



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**atto di riordino del sistema regionale dei servizi
per le dipendenze patologiche**

(dgr 747 del 29/06/04)

DIPARTIMENTO SERVIZI ALLA PERSONA ED ALLA COMUNITA'



INDICE

PREMESSE	4
-----------------	---

IL SISTEMA INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA' IN MATERIA DI DIPENDENZE PATOLOGICHE

PARTE I IL MODELLO ORGANIZZATIVO

1. IL GOVERNO DEL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE	
1.a Il livello Regionale	6
1.b Il livello Dipartimentale	7
2. IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	
2.a Principi epistemologici e bioetici	7
2.b Funzioni del Dipartimento	8
2.c Struttura del Dipartimento	10
2.d Articolazione del Dipartimento	13
2.e Accessibilità al Dipartimento	14
2.f Comitato interdipartimentale	14
2.g Integrazione socio-sanitaria	14
2.h Rapporti con la Consulta regionale per le dipendenze patologiche	15
2.i Servizi e strutture non accreditate	15
2.l Indirizzi operativi	15
2.m Aspetti logistici	18
2.n Modalità attuative e finalità	18
2.o Nomina del Coordinatore e indennità	20
2.p Budget del Dipartimento	20
2.q Organismo regionale di coordinamento e di controllo	20

PARTE II LE AZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - I BISOGNI, L'OFFERTA, IL SUPPORTO -

3. IL SISTEMA "CHE CURA": LA PREVENZIONE, LA CURA E IL REINSERIMENTO	21
4. LA RELAZIONE TRA DOMANDA E OFFERTA	22
5. L'OFFERTA DEL DIPARTIMENTO	
5.a I criteri della riqualificazione della rete dell'offerta	22
5.b Caratteristiche basilari dell'offerta	23



5.c. Le modalità di organizzazione dell'offerta	23
5.c.1 I Processi e i Progetti	23
5.c.2 I Trattamenti, le terapie e gli interventi specifici	24
5.c.3 I Servizi	26
6. I LIVELLI D'INTERVENTO	26
7. I MACROSETTORI	26
7.a. Prevenzione	27
7.a.1 Promozione della Salute - "Antenna sensibile"	27
7.a.2 La rete di intercettazione del disagio e contatto precoce	28
7.b. Cura e Riabilitazione	29
7.b.1 Il Progetto Terapeutico Individualizzato e il Referente del Caso	29
7.c. Inclusione sociale e lavorativa	31
7.c.1 Tipologia dei processi e dei Servizi di reinserimento	32
7.c.1.a Residenzialità breve - Semiresidenzialità	32
7.c.1.b Servizi residenziali sociali per problematiche connesse a stati di dipendenza (L.R. n. 20/02)	32
7.c.1.c Progetti e trattamenti dell'inclusione socio-riabilitativa	33
7.d. Interventi in contesti specifici o settori trasversali	33
7.d.1 Area comorbilità psichiatrica	33
7.d.2 Area genitorialità e tossicodipendenza	34
7.d.3 Area penale , amministrativa e giudiziaria	35
7.d.3.a Tribunale Penale	35
7.d.3.b Istituti penitenziari e custodia attenuata	35
7.d.3.c Uffici locali di esecuzione penale esterna	36
7.d.3.d Assistenza post-penitenziaria e inclusione sociale	36
7.d.3.e Gli altri settori: necessità di omogeneizzazione degli approcci e degli stili d'intervento	37
7.d.4 Area alcologia	37
7.d.4.a La prevenzione	37
7.d.4.b La cura e riabilitazione	37
7.d.5. Area tabagismo	38
7.d.6 La sicurezza stradale correlata all'uso di sostanze legali e illegali	39
8. I PROCESSI E LE AZIONI DI SUPPORTO AL DIPARTIMENTO	39
8.a. Le funzioni di supporto dipartimentali	40
8.a.1 Sistema informativo	40
8.a.2 Osservazione epidemiologica	40
8.a.3 Controllo di gestione	40
8.a.4 Accreditamento e autorizzazione	41
8.b. Le funzioni di supporto interdipartimentali o Regionali	41
8.b.1 Sperimentazione, ricerca e sviluppo	41
8.b.2 Formazione e supervisione	41
8.b.3 Valutazione e qualità	41
9. STANDARD MINIMI DEI SERVIZI	41
Allegato 2	42
Allegato 3	65
Allegato 4	67



PREMESSE

Attraverso il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 la Regione Marche ha manifestato la volontà di individuare gli strumenti utili a garantire, nel settore delle dipendenze, l'articolazione di un ampio ventaglio di proposte e di programmi, a vari livelli e soglie di accesso, indispensabili per la costruzione di una "alleanza per la salute" che coinvolga cittadini e operatori, considerando le dipendenze patologiche come il risultato di un complesso intreccio di fattori, individuali, biologici, psicologici, pedagogici, sociali e culturali, che producono quadri diversificati di patologie, mai riconducibili a schemi semplicistici, ideologici o morali.

Peraltro, il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 fa esplicito riferimento all'esigenza di riordinare il sistema regionale dei servizi per le dipendenze, attraverso un apposito atto che declini in modo sistematico i contenuti individuati dal PSR stesso (cap. 2.2.4, pag. 71). Tale atto risulta indifferibile anche in relazione al nuovo assetto del Servizio Sanitario Regionale, che prevede:

- ⇒ l'istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), a seguito della fusione per incorporazione nell'A.USL 7 di Ancona delle altre 12 A.USL precedentemente esistenti;
- ⇒ l'articolazione dell'ASUR in 13 zone territoriali, divise in distretti.

Il tema della promozione della salute, centrale nella programmazione sanitaria regionale, impone in particolare che anche le funzioni e l'assetto dei servizi per le dipendenze siano ridefiniti a partire dal principio di base, che fa della comunità locale non il destinatario, ma il soggetto e l'interlocutore privilegiato nella definizione degli obiettivi di salute propri di ciascun territorio.

Partecipazione e territorialità sono i cardini attorno ai quali ruota un sistema di servizi orientati a promuovere salute.

In questo quadro vanno collocati gli obiettivi di qualificazione degli interventi del sistema, richiamando due principi chiave:

- ⇒ la centralità del Distretto, luogo privilegiato della rilevazione della domanda di salute di una popolazione data, punto di snodo e di coordinamento delle relazioni interdipartimentali e interistituzionali, centro strategico dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari;
- ⇒ l'organizzazione dipartimentale dei servizi, quale struttura dinamica e flessibile, tesa a garantire il massimo di appropriatezza clinica degli interventi, attraverso un sistema a rete e un'integrazione forte delle diverse competenze disciplinari impegnate nei processi di prevenzione, di cura e di inclusione.

Inoltre, già in attuazione della L. 328/00 la Giunta Regionale deliberò nel 2002 l'atto d'indirizzo e coordinamento degli interventi territoriali in materia di dipendenze patologiche (DGR 1711/02) indicando, per le attività progettuali, precisi livelli di competenza, e di responsabilità organizzativa e finanziaria.

In particolare, le linee progettuali e d'intervento in materia di dipendenze sono articolate su due livelli:

1. il livello regionale, con obiettivi ed iniziative specifiche istituzionalmente coerenti con la missione dell'Ente, finanziabili o co-finanziabili con risorse Regionali, tenendo conto



che alcuni interventi nel campo delle dipendenze sono a forte integrazione socio-sanitaria e riguardano l'intero territorio regionale;

2. i livelli di ambito, inter-ambito e provinciale, con iniziative locali finanziabili con le risorse dei fondi Statali e Regionali per gli interventi sociali trasferite annualmente ai Comuni, sulla base delle priorità stabilite dal Comitato dei Sindaci con i Coordinatori d'Ambito.

Al fine di attuare l'imprescindibile integrazione socio-sanitaria prevista dalle normative sopra citate, nonché di accompagnare i territori in questi nuovi scenari, si ritiene necessario riordinare l'intero sistema dei servizi per le dipendenze patologiche ed i comportamenti d'abuso e compulsivi, promuovendo lo sviluppo di un sistema socio-sanitario integrato che offra adeguate risposte al consumo e alla domanda di servizi.

Il settore delle dipendenze e dei fenomeni di abuso di sostanze legali ed illegali, nonché dei comportamenti compulsivi verso "nuove dipendenze", oltre a riferirsi ad acquisizioni e saperi scientificamente consolidati, presenta le seguenti peculiarità:

- ⇒ la complessità e la vastità del campo di azione;
- ⇒ la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci;
- ⇒ l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari dei diversi Ambiti Territoriali;
- ⇒ la capacità di strutturare interventi precoci, in grado di anticipare una domanda che, quando espressa spontaneamente, potrebbe essere già conseguente ad un deterioramento individuale o sociale;
- ⇒ l'esigenza di armonizzare i processi di presa in carico, i processi clinici, i processi educativi, gli interventi sociali, le competenze relative agli aspetti legali e giudiziari che frequentemente possono risultare connessi.

Per la costruzione di una azione preventiva, terapeutica e riabilitativa congruente è, pertanto, indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie ed organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici, del privato sociale accreditato e del terzo settore abbiano una effettiva pari dignità e possano concorrere in maniera integrata, a partire da collocazioni e responsabilità differenti, al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione interessata.

Varietà di offerta, rigore scientifico e programmi individualizzati, caratterizzano così un sistema complesso che possa prevedere l'interazione tra vari soggetti, all'interno di protocolli che contemplino una serie di trattamenti integrabili ed integrati, tra loro coordinati.

Il coordinamento e l'integrazione vanno considerati come un vero valore aggiunto indispensabile alla tenuta del sistema.

L'esperienza fin qui accumulata, mostra che le variabilità e la non unicità del soggetto con problemi droga-correlati non è solo riferibile alle sostanze usate, ai pattern di consumo, alle storie personali, alle variabili ambientali.

Esse sono anche declinabili in termini di fasi, momenti diversi in cui lo stesso soggetto è disponibile in misura diversa a coinvolgersi nei trattamenti.

Dal momento che è noto come l'adesione al trattamento sia uno degli indicatori decisivi per il suo successo, ne deriva che il sistema dei trattamenti deve essere in grado di offrire diverse soluzioni, anche quando il paziente non sembra interessato a raggiungere l'astinenza (od il risultato massimo sperabile).

Tra i trattamenti, va prevista anche la possibilità di detossificazione in degenza presso strutture sanitarie qualificate attraverso l'individuazione di unità operative di detossificazione, dipartimentali o interdipartimentali.



Il diritto al trattamento individualizzato più appropriato, per essere garantito, deve necessariamente prevedere un sistema di valutazione di base e di diagnosi bio-psico-sociale omogeneo in tutto il territorio regionale, che permetta la condivisione dei linguaggi e delle categorie diagnostiche tra i vari servizi, e consenta l'elaborazione di sistemi di valutazione dei protocolli basati sulle stesse premesse valutative.

Analogo sistema va concepito per la rilevazione dei dati.

Risulta indifferibile la definizione di un sistema informativo regionale informatizzato, che consenta di raccogliere e fornire dati a tutti i servizi coinvolti nei processi, interfacciato con un sistema di attribuzione e di analisi dei costi.

Nelle Marche il ruolo del Terzo Settore ha acquistato nel tempo una funzione sempre più integrata con le strutture ed agenzie del Servizio Pubblico, attraverso efficaci progettazioni congiunte e superando barriere preconcepite consentendo oggi di pensare ad un sistema dei Servizi in cui i soggetti pubblici e privati possano avere pari dignità, a partire da identici sistemi di accreditamento.

La rete dei servizi offerti dal Privato Sociale e dal Terzo Settore offre già oggi un ventaglio di possibilità che supera la tradizionale opportunità della C.T. classica generalista, ed orienta invece l'intervento verso strutture, programmi e progetti sempre più specialistici e professionalizzati, al passo e spesso in anticipo rispetto agli indirizzi legislativi, in posizione spesso sussidiaria all'intervento pubblico.

Tale riordino non prescinde infatti dai meriti che il Terzo Settore ha saputo conquistarsi ma ne esalta il valore e la specificità, e ne fa cardine essenziale dell'innovazione.

L'esperienza ormai consolidata della A.USL 7 di Ancona, che comprende tre Ambiti Territoriali, e che ha concepito come sistema più opportuno quello dipartimentale consente oggi di affermare, con il sostegno delle Organizzazioni e delle Società Scientifiche più autorevoli, che tale sistema risulta essere il più idoneo per la gestione di un fenomeno ad alta complessità quale quello delle dipendenze patologiche.

IL SISTEMA INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA' IN MATERIA DI DIPENDENZE

PARTE I IL MODELLO ORGANIZZATIVO

1. IL GOVERNO DEL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche è articolato sui seguenti livelli di governo e di responsabilità:

- ⇒ regionale
- ⇒ Dipartimentale

1.a Il livello regionale

Competono al livello istituzionale Regionale le funzioni di programmazione, di indirizzo e di coordinamento.

Le funzioni di programmazione e di indirizzo sono proprie della Giunta Regionale, che a tal fine si avvale del Dipartimento Servizi alla Persona ed alla Comunità (DSPC).

Il livello istituzionale Regionale:

- ⇒



- ⇒ determina obiettivi, strategie, priorità, linee guida, programmi speciali e sperimentazioni;
- ⇒ determina ed alloca le risorse economiche;
- ⇒ determina standard minimi essenziali relativi ad organici e qualifiche professionali;
- ⇒ indica i criteri di utilizzo del Fondo Nazionale Lotta alla Droga e/o di eventuali quote del Fondo Nazionale Politiche Sociali, e del Fondo Sanitario Nazionale;
- ⇒ monitorizza e valuta la qualità del sistema, anche in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- ⇒ definisce i percorsi formativi, anche per garantire livelli omogenei di professionalità su tutto il territorio.

Le funzioni di gestione strategica e di coordinamento dei servizi su scala regionale sono garantite dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), e sono finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- ⇒ equità distributiva di risorse e prestazioni;
- ⇒ fruibilità della rete integrata dei servizi;
- ⇒ appropriatezza dei servizi erogati, attraverso l'adozione di protocolli operativi comuni;
- ⇒ adeguatezza qualitativa, dotazionale e professionale dei servizi erogati

La Regione e l'ASUR, nello svolgimento delle proprie funzioni, si avvalgono del supporto e della collaborazione del Comitato Interdipartimentale, dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), della Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, nonché degli osservatori regionali.

1.b Il livello Dipartimentale

Il livello Dipartimentale è quello della decisione operativa, della programmazione locale, del coordinamento e della definizione degli indirizzi gestionali delle Unità Operative (UO), delle attività e degli interventi.

A questo livello, attraverso gli organi del Dipartimento ed i Distretti, si realizza l'integrazione socio-sanitaria tra le Zone Territoriali dell'ASUR, gli Ambiti Territoriali, i soggetti del terzo settore ed i "servizi di vicinanza".

2. IL DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

2.a Principi epistemologici e bioetici

Il riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche è basato su un assunto concettuale ed epistemologico del tutto innovativo, che modifica il classico paradigma dualistico storicamente consolidato tra servizi pubblici e privati eventualmente integrati e propone la sintesi nel sistema integrato dei Servizi pubblici e privati.

Si passa cioè dalla dicotomia tra Servizio Pubblico e/o Privato al Sistema Pubblico dei Servizi Pubblici e Privati Integrati e connessi nei Dipartimenti Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Nella logica Dipartimentale descritta nel paragrafo 1.b, la struttura che governa i processi di progettazione operativa, decisionali, gestionali, di coordinamento delle diverse U.O. ed attuativi del Sistema dei Servizi che si occupano in forma integrata della materia, è un presidio pubblico del Servizio Sanitario Regionale, identificato nel Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP).

Nell'ambito della programmazione Aziendale e Zonale, il DDP articola e declina tutte le funzioni di competenza, integrando e connettendo soggetti con diversi riferimenti strutturali (prevalentemente Pubblici e del Privato Sociale accreditato e del Terzo Settore) che concorrono con pari dignità, titolarità e responsabilità, e valorizzando le differenze e specificità come ulteriore risorsa, al perseguimento degli obiettivi di salute della



popolazione, secondo i principi caratterizzanti la concezione del Servizio Pubblico della Regione Marche, concepito come solidale, equo, universale e di qualità, e permeato dai principi bioetici di beneficio, giustizia ed autonomia, nonché integrato negli aspetti sociali e sanitari delle problematiche affrontate.

Il DDP, dunque, è definito come Servizio Pubblico che, al fine di assicurare il più ampio ed appropriato ventaglio di opportunità alla persona, integra al suo interno operatori e Servizi appartenenti a culture professionali ed istituzionali diverse, per costituire un sistema di maggiore complessità logica e funzionale, al quale ognuno dei sottosistemi è connesso dalla comune *mission*.

Ciò al fine di garantire a chiunque viva in questa regione, (come cittadino, come detenuto, come persona temporaneamente residente, legalmente o clandestinamente, ed a qualunque etnia, sesso o religione appartenga) di veder rispettato il diritto al trattamento più appropriato (per quella patologia, per quella persona, in quello specifico momento evolutivo, della persona e della patologia).

Ciascun trattamento deve essere offerto nei luoghi più adeguati, da parte di personale specializzato e costantemente formato, organizzato in équipe pluriprofessionali e multidisciplinari, numericamente adeguate, all'interno di Unità Operative (Pubbliche e del Privato Sociale), integrate nei DDP, quale garante dei livelli di qualità, complementarietà e sussidiarietà indicati nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Sociale Regionale.

Nel modello di Dipartimento Pubblico integrato si coniugano le competenze a livello distrettuale, zonale e sovrazonale, con funzioni svolte per processi e per progetti strutturati in settori di responsabilità gestionale e/o professionale, e viene assicurata, a partire da protocolli diagnostici, terapeutici e valutativi condivisi, l'articolazione del più ampio ventaglio di trattamenti, tracciando percorsi assistenziali basati su percorsi e programmi individualizzati che possano attraversare diversi servizi e ambienti/progetti del Dipartimento, rivolti anche ai soggetti solo parzialmente o non disponibili al cambiamento, attraverso interventi multidisciplinari e pluriprofessionali che garantiscano la presenza di attività strutturate nelle aree di:

- presa in carico, cura appropriata ed individualizzata, riabilitazione;
- prossimità, avamposto, riduzione del danno;
- prevenzione, intercettazione del rischio e riduzione della domanda;
- formazione, aggiornamento, supervisione, documentazione, ricerca e sperimentazione;
- valutazione, programmazione e sviluppo, ed Osservatorio Epidemiologico connesso con la rete epidemiologica regionale;
- grave marginalità/cronicità;
- provvedimenti penali, amministrativi e giudiziari
- risocializzazione/reinclusione sociale;
- nuovi stili di consumo, comportamenti compulsivi, nuove dipendenze;
- consulenza, psicoterapie rivolti anche ai bisogni dei familiari coinvolti;
- alcolologia, tabagismo, dipendenze da psicofarmaci
- organizzazione e coordinamento delle attività di servizio sociale;
- organizzazione e coordinamento di attività infermieristiche e di assistenza domiciliare integrata;
- organizzazione e coordinamento delle attività amministrative e di gestione rivolte al personale ed all'utenza.

2.b Funzioni del Dipartimento

Il DDP si configura, sulla base del D.Lgs 502/92 e successive modifiche, specificamente dall'integrazione derivante dal D.Lgs 229/99, artt. tre, *quater* e *quinques*, nonché sulla



base dell'Accordo Stato-Regioni del 21/01/99, come una articolazione del Servizio Sanitario Regionale cui sono affidate, sul territorio di competenza:

- ⇒ la programmazione specifica;
- ⇒ la realizzazione, il monitoraggio e la verifica degli interventi sulle dipendenze e sui fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali ed illegali, incluse le attività di prevenzione specifica e di inclusione socio-lavorativa;
- ⇒ il coordinamento tecnico scientifico dei diversi centri accreditati coinvolti nell'area della dipendenza, delle patologie compulsive, e dell'abuso di sostanze legali o illegali, in conformità con gli atti nazionali e regionali di riferimento;
- ⇒ la promozione, l'implementazione e la manutenzione della rete di intervento;
- ⇒ il coordinamento e la conduzione di specifiche attività territoriali nell'ambito del monitoraggio dei fenomeni di abuso e di dipendenza;
- ⇒ la stesura di un piano pluriennale da realizzare attraverso programmi annuali all'interno del/i Piano/i Territoriale/i d'Ambito, con oneri a carico del fondo sanitario Regionale e del fondo Regionale per le politiche sociali, come previsto dalla DGR 1711/02;
- ⇒ la rilevazione ed il monitoraggio dei bisogni assistenziali e di intervento attraverso dati epidemiologici, indagini sociali, verifiche relative a domanda, offerta, spesa e soddisfazione dei clienti;
- ⇒ l'esercizio di funzioni di controllo, garantendo una strategia complessiva di intervento e pari dignità dei soggetti che operano nel sistema di intervento;
- ⇒ la verifica del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti;
- ⇒ la cooperazione alla definizione, o alla revisione, degli standard regionali di accreditamento dei servizi ai livelli essenziali di assistenza;
- ⇒ la definizione, sulla base delle indicazioni regionali, di protocolli di collaborazione tra le strutture accreditate del Servizio Sanitario Regionale, gli Ambiti Territoriali ed altre amministrazioni (Prefetture, Istituzioni scolastiche, Sistema carcerario, Tribunale dei Minori, autorità militari, ecc.) definendo gli obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della rete, al fine di evitare la dispersione o la sovrapposizione delle risorse;
- ⇒ la gestione l'erogazione e l'utilizzo dei fondi nazionali e regionali dedicati a progetti preventivi, terapeutici o riabilitativi, con particolare attenzione all'integrazione socio – sanitaria;
- ⇒ il potenziamento delle attività finalizzate al reinserimento socio-lavorativo degli utenti, integrando le proprie risorse umane, organizzative e logistiche, con quelle degli Ambiti Territoriali e dei Centri per l'Impiego;
- ⇒ la cooperazione con la Regione alla definizione, ed all'attuazione del piano annuale di formazione e aggiornamento degli operatori;
- ⇒ la programmazione e la realizzazione di attività per leggere il rischio di burn-out ed intervenire con progetti formativi congiunti di analisi della motivazione alla mission, individuazione di elementi di aumento della soddisfazione degli operatori, verifica del rispetto della L. 626/94 e ipotesi di miglioramento della qualità dei servizi per utenti e operatori degli stessi;
- ⇒ la promozione e il coordinamento del piano annuale o pluriennale delle ricerche e delle sperimentazioni, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali, e con l'Università.

Dove ritenuto necessario od opportuno, nell'ambito della programmazione regionale o territoriale e mediante specifici accordi, il Dipartimento gestisce ulteriori funzioni, attività o strutture comuni a tutto l'ambito di competenza caratterizzabili come servizio/supporto offerto alla rete locale di intervento.



2.c Struttura del Dipartimento

Il modello organizzativo che più si addice alla complessità del Dipartimento, inteso come “organizzazione costituita da varie unità operative con forti interdipendenze tecnico-funzionali che perseguono, in maniera coordinata, finalità comuni, e che è retto da regole chiare, formali, conosciute e condivise” (G. Serpelloni, 2001) è quello di un Dipartimento Integrato, funzionale nei confronti dei c.d. servizi di vicinanza, e strutturato nei confronti di tutte le U.O. pubbliche e private accreditate del Dipartimento, dotato di una forte autonomia in termini organizzativi, di budget e contrattuali.

Sono organi del Dipartimento:

- ⇒ il Coordinatore;
- ⇒ il Comitato;
- ⇒ l'Assemblea;
- ⇒ l'Ufficio di Staff;
- ⇒ le Unità Operative territoriali.

Il Coordinatore del Dipartimento è l'organo esecutivo e coordina, tra pari, il Comitato di Dipartimento.

Il Coordinatore rappresenta inoltre le istanze dipartimentali al livello distrettuale, zonale, aziendale e d'Ambito Territoriale, avendo come riferimento obbligatorio il Comitato stesso e le deliberazioni da esso assunte.

In particolare, egli partecipa attivamente, coadiuvato dall'ufficio di Staff, alla predisposizione dei Piani Territoriali, in stretta collaborazione con i Coordinatori d'Ambito ed i Comitati dei Sindaci, e fa parte di diritto del Comitato Interdipartimentale regionale.

Il Coordinatore di Dipartimento:

- ⇒ attua i modelli organizzativi ed il progetto generale d'intervento stabiliti dal C.d.D.;
- ⇒ verifica la conformità dei comportamenti e dei risultati delle U.O. con gli indirizzi predeterminati;
- ⇒ gestisce le risorse secondo le indicazioni del C.d.D. ed è responsabile del corretto utilizzo del budget;
- ⇒ presenta una relazione annuale al Comitato di Dipartimento sullo stato di attuazione del progetto generale d'intervento;
- ⇒ rappresenta il Dipartimento nei rapporti intra / extra zonali;
- ⇒ convoca e presiede l'Assemblea;
- ⇒ promuove riunioni del personale ed elabora proposte di interventi, formazione ed aggiornamento;
- ⇒ coordina e cura il Sistema Informativo;
- ⇒ rappresenta il Dipartimento al Consiglio dei Sanitari della Zona.

Nella fase di avvio si ritiene opportuno che il Coordinatore coincida con l'attuale dirigente responsabile dell'Unità Operativa complessa Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP).

Il Comitato di Dipartimento è l'organo decisionale, di programmazione, di coordinamento e di indirizzo delle attività e degli interventi.

Esso è composto da:

- ⇒ il Coordinatore;
- ⇒ il responsabile dell'U.O. complessa STDP;



- ⇒ un responsabile di organizzazione del privato sociale accreditato, designato dai responsabili delle organizzazioni del privato sociale componenti dell'assemblea;
- ⇒ un Coordinatore d'Ambito sociale designato dalla Conferenza permanente dei Coordinatori di Ambito;
- ⇒ due nominativi designati dall'Assemblea e individuati al proprio interno;
- ⇒ un Direttore di Distretto designato dal Direttore della Zona Territoriale dell'ASUR.

Nel caso in cui la figura del Coordinatore coincida con quello del responsabile dell'U.O. complessa STDP (fase di avvio), la rappresentanza di quest'ultimo verrà designata dai rappresentanti delle U.O. semplici in cui è articolata l'U.O. complessa STDP.

Al Comitato compete la predisposizione di un progetto generale di intervento che deve tenere conto delle linee di indirizzo della Regione, dell'ASUR, delle Zone e dei Distretti, e degli Enti Locali competenti.

Quest'organo deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti tra le varie componenti, anche al fine di assicurare il governo clinico dei processi.

Il Comitato di Dipartimento delibera in merito a:

- ⇒ gestione delle risorse umane;
 - ⇒ utilizzo degli spazi comuni e delle attrezzature;
 - ⇒ organizzazione e sperimentazione;
 - ⇒ coordinamento e sviluppo attività cliniche, ricerca, formazione, studio, qualità delle prestazioni;
 - ⇒ miglioramento dei Livelli di Assistenza e coordinamento attività extra ospedaliere;
 - ⇒ gestione delle risorse finanziarie assegnate e disponibili;
 - ⇒ esplicitazione della *mission* e programmazione congiunta con i Distretti e con gli Ambiti territoriali per l'integrazione socio sanitaria;
-
- ⇒ governo clinico dei processi;
 - ⇒ programmazione dell'accesso diretto ai servizi dipartimentali accreditati.

Il Comitato deve essere convocato almeno mensilmente, secondo un apposito regolamento formulato coerentemente con le indicazioni regionali.

Il Comitato si può articolare anche in gruppi tematici, gruppi funzionali, o gruppi riferiti ad Ambiti Territoriali/Distretti.

Sulla base di specifiche esigenze, il Comitato può avvalersi di qualificate competenze esterne.

L'Assemblea è l'organo consultivo ed elettivo del Dipartimento.

Partecipano ad essa con diritto di voto, secondo criteri stabiliti dalla Regione e mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze:

- ⇒ i responsabili delle U.O. complesse STDP
- ⇒ i responsabili delle U.O. semplici del STDP
- ⇒ i responsabili delle U.O. trattamenti residenziali (complesse e semplici);
- ⇒ la cooperazione sociale, il volontariato e le associazioni di promozione sociale;
- ⇒ i Direttori dei Distretti;
- ⇒ i Coordinatori d'Ambito territoriale sociale;
- ⇒ il Ministero della Giustizia (PRAP, CSSA, CSSM, Direzione penitenziaria, ...);
- ⇒ le Prefetture.

Partecipano ad essa senza diritto di voto, quindi con funzione solo consultiva, secondo criteri stabiliti dalla Regione e mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze:

- ⇒ gli enti locali;
- ⇒ le scuole;



- ⇒ il Dipartimento Salute Mentale;
- ⇒ i referenti degli Uffici di Promozione Sociale e degli Sportelli della Salute distrettuali;
- ⇒ un responsabile di ciascuna associazione di familiari operante nel territorio del Dipartimento;
- ⇒ un rappresentante incaricato dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- ⇒ i Dipartimenti Materno Infantili.

L'Assemblea svolge le seguenti funzioni:

- ⇒ designa due rappresentanti all'interno del Comitato di Dipartimento;
- ⇒ informa e sensibilizza il Comitato sulle priorità locali;
- ⇒ è l'organo di riferimento del Comitato per quanto attiene la rilevazione della domanda;
- ⇒ esprime pareri richiesti dal Comitato, non vincolanti;
- ⇒ propone l'istituzione di gruppi di lavoro tematici.

E' convocata dal Coordinatore del Dipartimento, che la presiede, e si riunisce almeno due volte l'anno.

L'Ufficio di Staff è l'organo di supporto del Dipartimento.

E' gerarchicamente subordinato al Coordinatore del Dipartimento, e svolge le funzioni

- ⇒ tecnico-amministrative
- ⇒ gestionali
- ⇒ di raccolta, elaborazione ed analisi dei dati
- ⇒ di supporto alla valutazione, programmazione e sviluppo
- ⇒ di coordinamento del sistema informativo
- ⇒ di segreteria

necessarie alle attività del Comitato ed al funzionamento del Dipartimento nonché alla formulazione di proposte per la progettazione e l'organizzazione dei Servizi verso obiettivi di qualità.

Potrà essere prevista, su richiesta del Comitato, la presenza consultiva alle riunioni dei responsabili dell'osservatorio e dell'area amministrativa per una migliore efficacia programmatica e gestionale del Comitato stesso.

La composizione ed il funzionamento sono deliberate dal Comitato di Dipartimento, su proposta del Coordinatore.

Le Unità Operative Territoriali

Nel rispetto delle proprie tipologie organizzative, le U.O. hanno compiti esecutivi e propositivi.

In particolare:

- ⇒ realizzano i processi diagnostici e terapeutici;
- ⇒ realizzano gli obiettivi di budget nel rispetto della quota parte assegnata;
- ⇒ possono proporre al Comitato di Dipartimento gli obiettivi da inserire nella programmazione nel rispetto di quanto espresso dall'Assemblea;
- ⇒ propongono le linee guida e le azioni rivolte al miglioramento di qualità.

I responsabili di Unità Operativa sono tenuti a:

- ⇒ partecipare attivamente alle attività del C.d.D., qualora designati dall'Assemblea;
- ⇒ dirigere, assegnando funzioni e valutando, gli operatori della U.O.;
- ⇒ proporre e negoziare il budget di U.O. con il coordinatore rispondendo dell'esito per quanto in loro facoltà;
- ⇒ garantire la partecipazione alle attività formative e istituzionali del Dipartimento;



- ⇒ garantire la collaborazione al Dipartimento, al fine di raggiungere gli obiettivi dettati dal C.d.D., rendendo disponibili le risorse assegnate.

2.d Articolazione del Dipartimento

Il DDP ha competenza su un'area territoriale coincidente, di norma, con quella del Dipartimento di Salute Mentale, ed è soggetto alle medesime previsioni e normative di cui alla L.R. 13/03, art. 6.

Ciò in relazione all'analoga complessità di funzioni e di articolazioni strutturali, ed alla possibilità di cogliere le medesime opportunità offerte dal territorio, ferma restando la necessità di riferimento certo alle Zone e di una dotazione organica adeguata.

Il Dipartimento è articolato in:

- ⇒ Unità Operative (U.O.) Complesse
- ⇒ Unità Operative (U.O.) Semplici

La Regione, entro i primi 6 mesi di avvio, in collaborazione con l'ASUR definisce i criteri relativi agli standard minimi di prestazione e al bacino d'utenza, per l'istituzione delle U.O. complesse e semplici e per la regolamentazione dei rapporti funzionali e gerarchici fra le stesse.

Ciascun DDP, con proprio regolamento, recepisce tali criteri e sulla base di essi articola la propria struttura organizzativa.

Le U.O. semplici territoriali, possibilmente coincidenti con i Distretti Sanitari e con gli Ambiti Territoriali, sono dotate di sedi idonee e sufficiente autonomia operativa, anche in sintonia con il programma delle attività territoriali del Distretto, ed interagiscono con una rete di aree di intervento e di protocolli terapeutici trasversali alle definizioni geografiche dei singoli presidi.

Ciò è finalizzato alla realizzazione di una connessione territoriale con le altre agenzie, in particolare con quelle sociali (Ambiti, Uffici di Promozione Sociale).

Le principali Unità Operative attivabili presso ogni Dipartimento, ad eccezione delle U.O. di detossificazione, che avranno valenza provinciale, sono le seguenti:

- ⇒ U.O. complessa Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (STDP)
- ⇒ U.O. complessa trattamenti residenziali e semiresidenziali
- ⇒ U.O. alcologia e sostanze legali
- ⇒ U.O. territoriali/distrettuali
- ⇒ U.O. provvedimenti amministrativi, giudiziari e penali (imprescindibile ove esiste un carcere, aggregata in area di assistenza in caso diverso)
- ⇒ U.O. detossificazione in degenza.

Le U.O. semplici delle Zone sono articolazioni della U.O. complessa STDP.

L'U.O. complessa STDP dovrà essere articolata almeno secondo le seguenti U.O. minime essenziali:

- ⇒ amministrazione e gestione;
- ⇒ provvedimenti amministrativi, giudiziari e penali, ove esiste una struttura penitenziaria;
- ⇒ centro di detossificazione in degenza ospedaliera, almeno una per provincia;
- ⇒ ambulatorio tossicologico;
- ⇒ ambulatorio territoriale/distrettuale, almeno uno per DDP.

Sono inoltre individuabili ulteriori Unità Operative ed Aree di responsabilità, formalmente attribuite, specifiche o trasversali, sulla base delle esigenze di programmazione, secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento e del Comitato Interdipartimentale.

In rapporto all'estensione del DDP ed alle esigenze territoriali, l'ASUR, sentito il Comitato Interdipartimentale, attiverà almeno una U.O. sanitaria/ospedaliera per territorio provinciale, per la detossificazione programmata nei casi in cui sia inopportuna quella



ambulatoriale o residenziale, che opererà come una delle specifiche articolazioni dipartimentale anche nei confronti dei Servizi di altri Dipartimenti, essendo ormai patrimonio comune l'acquisizione che la fase della disintossicazione costituisce uno dei momenti più rischiosi dei trattamenti, e che non può essere considerata un puro atto medico/tossicologico, ma va strettamente connessa all'articolazione del programma definito con il Servizio di appartenenza del soggetto interessato.

2.e Accessibilità al Dipartimento

Il DDP prevede accessi differenziati per percorsi terapeutici e riabilitativi individualizzati, in base:

- ⇒ alla valutazione delle risorse attivabili e del tipo di problema/patologia presentato dalla persona e dal suo contesto di riferimento;
- ⇒ alla storia clinica e personale;
- ⇒ al livello di gravità riscontrato;
- ⇒ al tipo di trattamento individuato come appropriato nella fase di valutazione e presa in carico;
- ⇒ alle necessità di una gestione clinica e relazionale differenziata.

Si accede ai servizi dipartimentali tramite le strutture ed i servizi pubblici e del privato sociale accreditati, sulla base di protocolli diagnostici e di presa in carico condivisi tra tutti i servizi e le strutture del dipartimento, ed omogenei su tutto il territorio regionale.

La eventuale certificazione dello stato di tossicodipendenza, di cui al D.M. 186 del 1990, art. 1, compete al servizio pubblico attraverso la U.O. complessa Dipartimentale Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP).

All'interno del DDP tutti i servizi e le strutture informano il soggetto ed i suoi familiari circa la natura e la gravità del problema, ed orientano gli stessi verso i possibili interventi, creando una "alleanza" per il trattamento fondata sulla consapevolezza e sulla fiducia.

L'eventuale successiva presa in carico del soggetto da parte dei servizi pubblici o del privato sociale, avviene secondo le modalità indicate in Allegato2.

Ai fini della costante e sistematica circolarità dell'informazione, il primo accesso della persona e l'eventuale presa in carico vanno sempre notificati all'Ufficio di Staff del DDP.

In tal modo si evitano logiche di competizione tra servizi pubblici e privati, a favore di una reale complementarità ed integrazione.

2.f Comitato interdipartimentale

A livello Regionale è istituito il Comitato Interdipartimentale regionale, cui partecipano:

- ⇒ tutti i Coordinatori di Dipartimento;
- ⇒ il Responsabile dell'Integrazione socio-sanitaria dell'ASUR;
- ⇒ quattro Coordinatori d'Ambito Territoriale (uno per provincia) designati dalla Conferenza permanente dei Coordinatori di Ambito;
- ⇒ 2 rappresentanti della Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, individuati al proprio interno.

Il Comitato Interdipartimentale è l'organo dell'ASUR che, integrandosi con l'Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia Regionale Sanitaria, con il Dipartimento Servizi alla persona e alla comunità della Regione nella persona dei Dirigenti del Servizio Politiche Sociali e del Servizio Assistenza Territoriale, e con la Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, fornisce un supporto scientifico alla gestione strategica.

2.g Integrazione socio-sanitaria

In sintonia con la programmazione Regionale, con l'ASUR, con i Piani delle Zone e d'intesa con il Distretto, il Dipartimento, attraverso i suoi organismi e le sue articolazioni, attua modalità di lavoro che consentano l'integrazione socio-sanitaria degli interventi in materia di dipendenze patologiche.



Al fine di realizzare tale integrazione:

- ⇒ la programmazione operativa Dipartimentale concordata con la Direzione della Zona e relativa agli aspetti di integrazione socio-sanitaria viene concertata con i Coordinatori d'Ambito, in occasione della predisposizione dei Piani Territoriali di ciascun Ambito;
- ⇒ tutta la progettazione locale di settore viene concertata, anche a livello Provinciale, inserita nei Piani Territoriali e co-finanziata dagli Enti Locali, dai soggetti del privato sociale accreditato e dalla Zona Territoriale di riferimento, secondo le modalità indicate dall'atto d'indirizzo e coordinamento di cui alla DGR 1711/02;
- ⇒ tutti gli impegni e le attività concertate, programmate e progettate vengono obbligatoriamente formalizzate attraverso protocolli interistituzionali monitorati, e soggetti a verifica periodica;
- ⇒ le Province assicurano, attraverso specifici tavoli di concertazione, percorsi di coordinamento ed integrazione sociale tra i diversi dipartimenti afferenti al proprio territorio, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse ed i servizi esistenti;
- ⇒ anche attraverso il Distretto, la programmazione e la progettazione Dipartimentale si integrano, per quanto opportuno, con la programmazione di settori "di vicinanza" (infanzia e adolescenza, politiche giovanili, Salute Mentale, politiche per la sicurezza, lotta al traffico, ...), anche per quanto riguarda le risorse (umane, finanziarie e logistiche);
- ⇒ a livello territoriale, gli Uffici di Promozione Sociale costituiscono un imprescindibile strumento d'integrazione socio-sanitaria con gli Sportelli per la Salute, secondo modalità definite dal Dipartimento sentita l'Assemblea.

2.h Rapporti con la Consulta regionale per le dipendenze patologiche

La Consulta regionale sulle dipendenze patologiche è un organo consultivo della Regione. Formula proposte ed esprime pareri in merito alla programmazione Regionale sulle dipendenze, secondo quanto stabilito dalla DGR n° 268/01 istitutiva della Consulta stessa. Opera in stretto contatto con il Comitato interdipartimentale. Qualora si rendesse necessario, la composizione della Consulta potrà essere armonizzata con il nuovo assetto organizzativo previsto dal presente atto.

2.i Servizi e strutture non accreditate

Le L.R. n° 20 del 2000 e del 2002 disciplinano il sistema di accreditamento delle varie tipologie di strutture che erogano servizi a ciclo residenziale e semiresidenziale. Poiché altri servizi specifici (lavoro di strada, inserimento lavorativo,...) sono erogati da organizzazioni del terzo settore attualmente non accreditate, entro 12 mesi dall'approvazione del presente atto la Regione dovrà definire le linee guida ed i criteri di accreditamento dei servizi sopra indicati e dei soggetti erogatori.

2.l Indirizzi operativi

- ⇒ Al Dipartimento afferiscono, secondo specifici meccanismi di rappresentanza definiti dalla Regione, e mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le organizzazioni accreditate, pubbliche e private, coinvolte nell'area della tossicodipendenza e gli Enti Locali.
- ⇒ Va potenziato e migliorato il coinvolgimento dei PLS e MMG nella individuazione precoce di comportamenti a rischio o già consolidati relativi all'uso/abuso di sostanze, nonché rispetto all'integrazione con un sistema di servizi in grado di intercettare il bisogno e di progettare insieme interventi specifici, individualizzati ed appropriati, nonché di concorrere alla strutturazione di percorsi formativi.
- ⇒ La contiguità con i Dipartimenti per la Salute Mentale diventa via via più significativa, e pone l'esigenza di concepire sistemi di valutazione congiunta relativamente alle situazioni di cosiddetta "duplice diagnosi", al fine di definire le prevalenze e le sussistenze patologiche e prefigurare percorsi di intervento terapeutico, in particolare anche "sulla



crisi”, che possano attraversare competenze di Dipartimenti e Servizi diversi in momenti diversi, e che consentano il superamento di steccati sulla definizione di appartenenza dei soggetti.

In tal senso, l'ASUR dovrà avviare un preciso percorso di formazione congiunta e di collaborazione degli operatori, anche per arrivare alla definizione di un protocollo diagnostico basato su strumenti di valutazione condivisi, coinvolgendo esponenti dell'Università, del DSM e dei DDP.

A tal fine, con successivo atto, verranno definite delle “linee guida diagnostiche regionali sulla duplice diagnosi”, in modo da condividere ed omogeneizzare innanzitutto il linguaggio in tutto il territorio regionale, nonché per delineare i conseguenti percorsi terapeutici.

La difficoltà di definire percorsi terapeutici adeguati per questo tipo di pazienti, con il rischio di abbandonarli a se stessi e con costi elevati sia a livello socio-famigliare che per il sistema sanitario (ad esempio: il c.d. fenomeno della “porta girevole”, i ricoveri), impone inoltre che si creino a livello zonale dei “nuclei di valutazione interdipartimentali (DSM – DDP)”, così da poter affrontare le varie problematiche e poter proporre un percorso terapeutico quanto più possibile integrato, con il primario coinvolgimento del privato sociale.

⇒ Al fine di sviluppare le capacità di programmazione e di ottimizzare la rete di intervento, può essere configurata, all'interno dell'Ufficio di Staff, una Unità di Valutazione, Programmazione e Sviluppo (UVPS) che comprende l'Osservatorio epidemiologico-statistico in rete con gli altri osservatori (Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali, Osservatori Provinciali, ARS, Centro Regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza), per rilevare con la massima rapidità elementi di interesse comune e progettare efficaci ed immediate azioni di prevenzione, di intercettazione di nuovi bisogni e/o di novità significative nell'andamento del fenomeno, utili ad una tempestiva programmazione socio-sanitaria.

A questo proposito, la DGR n. 2841 del 28/07/92, in attuazione della DGR n. 80/92, stabiliva che, tra le figure professionali, la voce “altro” del DM 444/90 andasse intesa come quella di “sociologo”, e ne prevedeva 8 nell'intera regione, pur in servizi a quel tempo classificati ancora a bassa utenza, per assolvere alle funzioni successivamente specificate nel DPR 483 del 10/12/97.

⇒ La necessaria integrazione progettuale tra Ambiti Territoriali e Zone deve prevedere la destinazione di fondi certi per tutte le attività ad integrazione socio-sanitaria connesse all'articolazione dei programmi del Dipartimento.

A questo riguardo, con atto Regionale successivo, dovrà essere reso attuativo il DPCM 14/02/2001 sull'integrazione socio-sanitaria, come peraltro previsto dal PSR.

Al fine di tenere alta la qualità dei servizi erogati dal Dipartimento, la Regione, compatibilmente con le proprie priorità ed esigenze di bilancio:

- Rideterminerà, nei primi dodici mesi di avvio, gli standard minimi essenziali relativi alle dotazioni organiche del servizio pubblico, attraverso l'applicazione dei criteri del 444/90 integrati con eventuali nuove acquisizioni;
- individuerà meccanismi incentivanti per ridurre il turn-over e riconoscere la situazione di rischio, anche infettivo, in particolare al personale infermieristico, elaborando formule integrative del CCNL che prevedano ulteriori garanzie di tutela ed incentivazione per il personale che effettua attività di assistenza domiciliare.
- ridefinirà il sistema delle rette per le organizzazioni del privato sociale accreditato.

Per le stesse finalità, compatibilmente con le proprie esigenze di bilancio, la Regione contribuirà a sostenere finanziariamente gli interventi strutturali, sia del privato sociale che pubblici, in attuazione delle normative regionali di settore (L.R. 20/2000 e L.R. 20/2002).



⇒ Il Dipartimento, in stretta collaborazione con la Regione, dovrà attivare procedure atte a garantire stabilità nel settore, riservando esclusivamente a progetti a termine forme di collaborazione diverse dall'assunzione in ruolo, e contemporaneamente ipotizzando laddove queste ultime si ritenessero necessarie, forme innovative di convenzione diretta con singoli professionisti (basate sulle normative per la specialistica ambulatoriale) che consentano di promuoverne la corresponsabilizzazione nella definizione ed attivazione dell'atto terapeutico appropriato, inserito nel progetto terapeutico complessivo e coordinato nel Dipartimento.

Così come andranno utilizzati gli accordi già esistenti, e/o nuovi atti, per la esclusione di forme di appalto al ribasso o basate su "acquisto di ore/prestazione", privilegiando invece, laddove si ritenesse opportuno ricorrere ad appalti con il Terzo Settore, la scelta di formule che tendano ad appaltare processi terapeutici compiuti, con definizione di criteri di accessibilità, indicatori di processo e di risultato, vincolo di rispetto delle linee dipartimentali e meccanismi incentivanti per progetti particolari finanziati con fondi esterni al SSR (FSE, progetti ministeriali, ricerche, ecc.).

Nell'ottica dipartimentale, risultano infatti poco adeguate le scelte di "convenzioni per posti letto" o di "acquisto di prestazioni/tempo.

In armonia con la L.R. 13/03 e con la DGR 238/04, l'ASUR costituirà un gruppo di lavoro, composto da soggetti nominati dalla Consulta, da esponenti delle OOSS ed anche da eventuali esperti qualificati, per lo studio e l'elaborazione di forme di appalto e/o di convenzionamento innovative e più appropriate alle caratteristiche richiamate.

⇒ Risulta inoltre necessario:

- definire i profili professionali, e le eventuali risorse necessarie per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione del personale, necessari per l'attuazione del presente atto entro i primi ventiquattro mesi dell'avvio attraverso l'istituzione di un tavolo congiunto interassessorile (Politiche Sociali, Sanità e Formazione Professionale) e con le parti sociali (Privato Sociale, Terzo Settore ed OO.SS).

Fino alla definizione di quanto sopra esposto è necessario che si mantengano inalterati gli attuali standard riferiti al personale già operante;

- definire le necessità, anche finanziarie, di formazione, aggiornamento e riqualificazione delle figure professionali in campo socio-sanitario necessarie per l'applicazione del presente atto, e predisporre le premesse per l'attivazione di percorsi, anche Universitari, rivolti alla soluzione di discrepanze nazionali e regionali nella definizione dei profili sanitari di alcune figure in particolare.

⇒ Relativamente alla complessità di funzioni del Dipartimento, peraltro già schematicamente individuate nel PSR, nelle Zone ove insistono strutture carcerarie, devono esser attivate Unità Operative specifiche rivolte alla popolazione carceraria o comunque in regime di restrizione della libertà personale, o coinvolte con sanzioni e provvedimenti amministrativi e/o giudiziari, anche del Tribunale dei Minori.

Tali Unità operano in forte integrazione con i Centri Servizio Sociale Adulti e Minori del Ministero della Giustizia, e con gli Ambiti Territoriali.

⇒ Analogamente, per le dipendenze patologiche da alcol e da tabacco occorre prevedere U.O. specifiche pluriprofessionali, che consentano l'articolazione di protocolli diagnostici e terapeutici e l'individuazione di sedi di erogazione dei trattamenti che non potranno essere del tutto coincidenti con le articolazioni dedicate ai consumatori di droghe illegali. In fase di avvio del progetto di riordino appare opportuno assegnare a tali U.O. anche la predisposizione di percorsi di intercettazione e di terapia dedicati ai consumatori di quelle che vengono chiamate "nuove droghe", nonché alle dipendenze diverse (internet, gioco d'azzardo, concomitanza di uso/abuso di sostanze con disordini alimentari, altro).



2.m Aspetti logistici

Le strutture accreditate pubbliche e private che ospitano le Unità Operative ed i servizi del Dipartimento devono essere progettate, ubicate, organizzate e sviluppate nel rispetto del principio di dignità dell'utenza e degli operatori, attraverso strategie mirate all'integrazione del servizio nel territorio.

In tal senso dovranno essere attentamente valutati elementi (ubicazione, erogazione del servizio, ...) in grado di rispettare la peculiarità delle persone a cui si rivolge.

Tali indicazioni si devono intendere quali requisiti di accreditamento e pertanto oggetto di verifica da parte degli enti responsabili del controllo.

Le strutture adibite a servizi residenziali e semiresidenziali dovranno avere accesso alle provvidenze edilizie proprie dei servizi di pubblica utilità e quindi essere tutelate in deroga ai regolamenti edilizi Comunali.

A tale proposito, entro 24 mesi dall'approvazione del presente atto verrà istituita una commissione regionale per predisporre quanto occorra alla realizzazione di tali indirizzi.

2.n Modalità attuative e finalità

Per le attività previste, compreso il funzionamento delle aree, della segreteria organizzativa e delle procedure amministrative, il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di proprio organico e di un budget definito.

Complessivamente, le risorse finanziarie destinate al fenomeno delle dipendenze saranno non inferiori al 2% del Fondo Sanitario Regionale.

Il progetto di riordino verrà attuato in cinque anni.

Il quinquennio è articolato in due fasi:

⇒ **fase 1: di avvio e messa a regime, della durata di almeno due anni**, fatta salva diversa valutazione al termine del periodo;

⇒ **fase 2, di tre anni, fatta salva diversa durata della fase di avvio, finalizzata alla verifica ed al consolidamento.**

Fase 1

La prima fase prevede l'adeguamento completo del sistema dei Servizi delle Marche al progetto.

Entro 24 mesi dall'approvazione del presente atto, dovranno essere raggiunti i due seguenti obiettivi prioritari:

1. **la definizione di una strategia operativa basata su strumenti di base condivisi e comuni in tutto il territorio regionale** che permetta una identità di linguaggio nella definizione degli aspetti biologici, psicologici e sociali del soggetto e del suo contesto di riferimento, nonché della "fase" in cui si trova relativamente alle prospettive di cambiamento, che prevedano anche gli elementi di valutazione di esito e di processo.

Un protocollo così individuato è condizione indispensabile all'orientamento nel programma o progetto terapeutico dipartimentale (salvaguardando situazioni di necessità di ricorso a progetti specifici extra dipartimentali regionali ed extra regionali) più appropriato, riducendo il margine di errore nell'invio e contribuendo ad abbassare il numero delle interruzioni precoci dei trattamenti, quindi il fenomeno della "porta girevole" e della cronicizzazione nei Servizi.

Tra le articolazioni di trattamento della regione Marche, potrebbe rivelarsi necessaria anche la strutturazione di uno o più "centri di eccellenza" relativamente all'approfondimento diagnostico per il migliore orientamento nei casi più complessi;



2. la descrizione dei profili assistenziali attraverso la definizione dell'insieme dei trattamenti del sistema dei servizi pubblici e del Terzo Settore secondo parametri definiti ed esaustivi relativamente agli aspetti di: inclusione/esclusione, caratteristiche e peculiarità del trattamento, obiettivi, durata, indicatori di processo e di risultato, disponibilità, maggiore o minore diffusione sul territorio.

I due elementi prioritari individuati, non solo costituiscono prerequisiti essenziali alla possibilità di procedere alla delineazione di profili di assistenza inseriti in una cultura della valutazione, in cui gli interventi siano guidati dalle migliori evidenze e, laddove ciò non sia possibile, dal sostegno tecnico scientifico degli operatori che sperimentano "buone prassi" e le condividono ma, anche, permetteranno di affrontare, definire e validare, nell'arco temporale della fase sperimentale (due anni), le procedure (anche legali) e la titolarità di certificazione dello stato di tossicodipendenza, nonché la possibilità di accesso diretto, esclusivamente ai programmi e presidi connessi nel Dipartimento, che resteranno alla completa titolarità delle Unità Operative Pubbliche del Dipartimento fino ad eventuale definizione regionale diversa, successiva comunque alla proposta dell'organismo individuato per questi aspetti, sottoposta al Comitato interdipartimentale ed alla Consulta.

Nella fase di avvio, l'ASUR dovrà istituire i Dipartimenti ed il Comitato Interdipartimentale e coordinare, in stretta connessione con l'organismo regionale di coordinamento e controllo di cui al punto 2.q, un gruppo di lavoro concordato con la Consulta che persegua il raggiungimento dei due obiettivi prioritari della fase di avvio.

Nello stesso biennio, l'ASUR, sulla base di proposte elaborate dal Comitato Interdipartimentale ed in raccordo con il DSPC della Regione, dovrà procedere prioritariamente:

- all'attivazione dei DDP e degli organismi previsti;
- all'individuazione ed alla attivazione di un sistema di rilevazione dati unico ed informatizzato;
- alla stesura di un protocollo regionale con il Tribunale dei Minori per le situazioni relative ai genitori tossicodipendenti di minori;
- alla costituzione di un gruppo misto DDP/DSM per la definizione di protocolli "duplice diagnosi" diagnostici e di intervento;
- alla costituzione, in collaborazione con altri servizi anche ospedalieri, e con il 118, di un protocollo di "intervento sulla crisi";
- alla definizione di linee di intervento e di percorsi, per garantire il diritto all'assistenza e, anche, la protezione sociale, relativamente ai soggetti gravemente compromessi da un punto di vista clinico e sociale, frequentemente con complicazioni giudiziarie, che attualmente attraversano discontinuamente svariati servizi con esiti insoddisfacenti e problematici;
- alla definizione delle dotazioni organiche adeguate al sistema dei servizi ed alle necessità del territorio, sulla base degli standard minimi essenziali stabiliti dalla Regione, nonché allo studio ed alla proposta di meccanismi di finanziamento complementari o alternativi al sistema "a rette";
- alla verifica ed allo stretto monitoraggio e coordinamento di tutti gli aspetti dipartimentali relativi ai rapporti con i livelli di Zona, Distrettuali e di Ambito; nonché a tutte le azioni che si evidenzieranno come necessarie al miglior funzionamento del sistema di servizi.

Le azioni prioritarie e le relative responsabilità attuative sono indicate in Allegato 4.



Fase 2

A partire dalla verifica della fase di avvio e dalla attivazione dei protocolli descritti, sarà rivolta al consolidamento della prassi operativa dipartimentale, alla miglior definizione/ridefinizione dei trattamenti più appropriati, alla eventuale riqualificazione degli interventi e dalla “messa a regime” del sistema, anche relativamente allo sviluppo di nuove ipotesi di ricerca e sperimentazione sia clinica che gestionale.

Gli elementi che caratterizzeranno la possibilità di attuazione e sviluppo della seconda parte del progetto, espressi in termini verificabili, e verificati annualmente e particolarmente a conclusione della fase sperimentale di avvio, andranno a costituire nuovi fattori di accreditamento delle aree, servizi e strutture dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Nella fase conclusiva della articolazione quinquennale sarà possibile, ove necessario, ridefinire gli elementi di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento di tutti i Servizi connessi nei Dipartimenti in maniera univoca ed omogenea.

Per la definizione delle linee guida sugli aspetti specifici indicati nel presente atto, la Regione si avvarrà anche della Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, sentito il Comitato Interdipartimentale.

2.o Nomina del Coordinatore e indennità

Nel biennio di avvio il Coordinatore viene nominato dal Direttore della Zona Territoriale, o, in caso di Dipartimento sovrazonale, dal Direttore Generale dell'ASUR, e viene individuato di norma tra i dirigenti Responsabili dei Ser.T.

Nel triennio successivo, il Coordinatore viene nominato dal Direttore della Zona Territoriale, o, in caso di Dipartimento sovrazonale, dal Direttore Generale dell'ASUR, su proposta del Comitato di Dipartimento, ed è individuato tra gli operatori pubblici e privati del Dipartimento stesso.

In questa fase, si aprirà una verifica complessiva che comprenderà anche la valutazione della crescita del sistema, tale da consentire una eventuale ridefinizione dello stato giuridico, qualifica professionale ed afferenza del Coordinatore del Dipartimento, materia attualmente allo studio ed approfondimento delle organizzazioni maggiormente rappresentative del settore.

Per le attività di coordinamento del Dipartimento, è riconosciuta l'attribuzione di una indennità economica, secondo le vigenti normative contrattuali.

2.p Budget del Dipartimento

Il Direttore di Zona, o dell'ASUR in caso di DDP sovrazonale, assegna un *budget* annuale al DDP, attraverso il Coordinatore.

Il Comitato di Dipartimento definisce il progetto annuale d'intervento secondo le modalità di cui al paragrafo 1.g, nonché il piano di utilizzo del budget, e lo propone, attraverso il Coordinatore, al Direttore di Zona, o dell'ASUR in caso di DDP sovrazonale, anche tenendo conto degli indirizzi del Distretto in materia di prevenzione.

Il Direttore di Zona, o dell'ASUR in caso di DDP sovrazonale, approva il piano.

Il Coordinatore è responsabile della gestione del budget assegnato, ai fini dell'attuazione del progetto annuale deliberato dal Comitato.

Alla composizione del budget concorre anche la quota delle risorse finanziarie destinate alla lotta alla droga dall'Assessorato alle Politiche Sociali, nei limiti delle relative assegnazioni statali.

2.q Organismo regionale di coordinamento e di controllo

Per la fase di avvio del modello integrato, sarà istituito presso il DSPC della Regione un organismo regionale di indirizzo, coordinamento e controllo sullo stato d'attuazione del presente atto.

Inoltre, tale organismo dovrà:



- ⇒ proporre i criteri di valutazione dei Coordinatori dei Dipartimenti, dei Responsabili delle U.O. e dei settori che compongono il DDP, con particolare riferimento agli aspetti di gestione/responsabilità del *budget* e del raggiungimento degli obiettivi, nonché dell'effettivo contributo al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento;
- ⇒ coordinare una ricerca pluriennale per la valutazione dell'effettivo impatto, e per la definizione di indicatori di processo e di esito;
- ⇒ proporre alla Regione, secondo i tempi e le modalità previste al par. 8.b.3, un piano operativo di monitoraggio e valutazione della qualità del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche;
- ⇒ fornire un eventuale supporto ai gruppi di lavoro ed al Comitato Interdipartimentale.

Tale organismo sarà istituito secondo i seguenti criteri:

- ⇒ due rappresentanti della Consulta regionale sulle dipendenze patologiche;
- ⇒ il Responsabile dell'ARS, o suo delegato;
- ⇒ due rappresentanti del Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione;
- ⇒ il Responsabile dell'integrazione socio-sanitaria dell'ASUR, o suo delegato;
- ⇒ un esponente della Consulta delle Società Scientifiche per le Dipendenze (individuato tra soggetti con significativa esperienza nei processi di presa in carico, definizione dei trattamenti e valutazione degli stessi).

PARTE II

LE AZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

- I BISOGNI, L'OFFERTA, IL SUPPORTO -

3. IL SISTEMA "CHE CURA": LA PREVENZIONE, LA CURA ED IL REINSERIMENTO

L'esigenza primaria è quella di avere un sistema di risposte terapeutiche che integri competenze, sapere ed esperienze del settore Pubblico e del Privato Sociale accreditati. Mantenendo la centralità dei bisogni dell'utente, non disgiunti dalle esigenze della collettività (dalla famiglia agli altri committenti fino alla società civile), è necessario operare un cambiamento concettuale, terminologico e metodologico:

- ⇒ da un insieme di trattamenti integrati tra loro,
- ⇒ ad un sistema integrato di progetti, servizi e trattamenti orientati in processi e connessi dal Dipartimento, che consenta accessi differenziati e diretti.

Il Sistema che cura dovrà pertanto possedere metodologie comuni, procedure diagnostiche e terapeutiche condivise, strumenti di base omogenei che possano identificarlo nel suo modo di funzionare, conducendolo verso percorsi standard e quindi definiti e riconoscibili oltre che integrati.

Tale condivisione inoltre dovrà rinforzare la costruzione di un linguaggio comune tra i Servizi diversi con competenze diverse e consentire la reale integrazione di questi all'interno di un sistema articolato e libero di offerte di assistenza.

Un tale sistema deve contenere in sé gli aspetti dinamici caratteristici anche del fenomeno e la capacità di inglobare costantemente le novità scientifiche di cui un settore di recente costituzione e multi-disciplinare necessita per dare linfa fondamentale al lavoro terapeutico ed assistenziale.

Le azioni del sistema si articolano in tre settori:

- ⇒ la relazione tra domanda e offerta;
- ⇒ l'offerta: i servizi, i progetti e i processi;



⇒ le azioni di supporto.

4. LA RELAZIONE TRA DOMANDA E OFFERTA

Per poter affrontare le risposte al consumo è necessario fare riferimento al rapporto di interdipendenza tra bisogni e offerta.

Ponendo particolare attenzione ai nuovi stili di consumo, alla diversificazione delle sostanze di consumo e d'abuso diverse dall'eroina, alla maggiore diffusione di una cultura che tende a considerare normale l'uso di psicofarmaci e stimolanti, al rischio di cronicità, di tossicodipendenti "anziani", alla migliore individuazione di comorbidità e di soggetti multiproblematici, l'identificazione dei bisogni determina la strutturazione dell'offerta, così come la diversificazione e l'innovazione dell'offerta possono far emergere bisogni nascosti o latenti.

Appare inoltre sempre più evidente che, relativamente alla popolazione giovanile, per contattare il fenomeno bisogna andare laddove c'è il problema, utilizzando strumenti diversi ed orari diversi da quelli dell'ambulatorio, in considerazione anche del fatto che l'intervento non prevede la esclusiva centralità del farmaco, ma individua anche la relazione sia in ambito clinico che territoriale come risposta ai bisogni di aiuto.

5. L'OFFERTA DEL DIPARTIMENTO

5.a I criteri della riqualificazione della rete dell'offerta

I criteri per la riqualificazione della rete dell'offerta sono stati delineati a partire dalle caratteristiche di base del sistema di offerta esistente e dagli obiettivi prioritari del sistema stabiliti dal Piano Sanitario Regionale 2003/2006 (PSR).

Questi ultimi sono così sintetizzabili:

- ⇒ potenziare gli interventi di prevenzione primaria, soprattutto la prevenzione dei rischi e la prevenzione del danno fisico e sociale nei luoghi maggiormente frequentati dai giovani, nell'ambiente di lavoro, nello sport, nei ritrovi ricreazionali
- ⇒ favorire un contatto precoce con soggetti consumatori di vecchie e nuove droghe che non abbiano ancora sviluppato forme di dipendenza;
- ⇒ evitare la cronicizzazione dello stato di tossicodipendenza soprattutto quella iatrogena;
- ⇒ incrementare la presa in carico dei soggetti tossicodipendenti da parte dei servizi;
- ⇒ prevedere iniziative indirizzate alle famiglie, finalizzate alla informazione, al sostegno alla genitorialità, al supporto psicologico ed al coinvolgimento nei percorsi terapeutici;
- ⇒ rimodulare l'offerta complessiva della cura e dei trattamenti riabilitativi;
- ⇒ elaborare profili di assistenza integrati medico/farmacologici, psicologici e sociali;
- ⇒ assicurare una risposta esauriente e qualificata ai soggetti con comorbidità psichiatrica e/o infettiva, ai bisogni di cura delle patologie indotte dalle droghe di sintesi, dalle poliassunzioni e dalle "nuove dipendenze", comprendendo in queste anche settori che necessitano di sperimentazione di nuovi stili di intervento, quali i comportamenti compulsivi, le dipendenze da internet, da gioco d'azzardo patologico, il *doping* ecc;
- ⇒ garantire una adeguata rete di servizi alle persone con problemi di alcoldipendenza o alcol-correlati;
- ⇒ consolidare l'assistenza sanitaria rivolta ai detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti negli istituti penitenziari delle Marche e nella fase dell'esecuzione penale esterna;
- ⇒ potenziare qualitativamente le opportunità di reinserimento sociale, scolastico, lavorativo ed abitativo;
- ⇒ riorganizzare e riqualificare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in larga misura svolte da personale infermieristico, della cui figura professionale va rivalutata anche la funzione relazionale con l'utente, le possibilità di influenza sugli aspetti motivazionali nonché sul miglioramento della *compliance* ai trattamenti;



⇒ valorizzare la complessità del sistema degli interventi di Servizio Sociale, le cui potenzialità vanno sviluppate ed utilizzate appieno.

5.b Caratteristiche basilari dell'offerta

Il sistema integrato dell'offerta, per affrontare in maniera appropriata i bisogni emergenti e la mutevolezza del fenomeno, deve essere caratterizzato da:

- ⇒ flessibilità, molteplicità ed integrazione degli interventi;
- ⇒ accessibilità e capillarità della rete di intervento;
- ⇒ sensibilità ai cambiamenti delle forme di abuso e di dipendenza;
- ⇒ aggiornamento, supervisione ed innovazione tecnologica e scientifica;
- ⇒ continuità dell'assistenza e garanzia di progetti terapeutici individualizzati;
- ⇒ riqualificazione e valorizzazione di servizi e figure professionali tradizionalmente poco coinvolti nel fenomeno delle dipendenze patologiche;
- ⇒ individuazione servizi specialistici per particolari bisogni.

Al fine di favorire la continuità dell'assistenza dalla fase della prima accoglienza fino a quella del reinserimento si debbono prevedere:

- ⇒ definizione ed implementazione di una rete di servizi per i contatti precoci;
- ⇒ modalità di presa in carico globale ed omogenea;
- ⇒ definizioni formali di processi, percorsi, progetti e trattamenti;
- ⇒ elaborazione di linee guida e/o protocolli operativi
- ⇒ introduzione della figura del "Referente del caso".

Fatte salve le azioni istituzionali del Dipartimento, per affrontare la sfida della riqualificazione è inoltre necessario sviluppare azioni di supporto al DDP in riferimento alle decisioni sia cliniche che di governo, attraverso strumenti quali l'osservatorio epidemiologico, il sistema informativo, il sistema gestionale-amministrativo, il sistema di qualità, ricerca e formazione.

5.c. Le modalità di organizzazione dell'offerta

L'offerta si articola per processi, che orientano il percorso assistenziale individualizzato costituito da progetti terapeutici specifici, i quali si avvalgono di un ampio ventaglio di trattamenti, erogati presso appropriate tipologie diverse di servizi.

I servizi sono posizionati a vari livelli d'intervento, la cui integrazione è mantenuta coerente dal referente del caso.

5.c.1 I Processi e i Progetti

Processi e progetti rappresentano modalità organizzative complementari del Dipartimento. I progetti, di rete o individuali, sono la forma transitoria di strutturazione dell'offerta e rappresentano un elemento temporalmente limitato che assorbe risorse per uno specifico gruppo di obiettivi.

Sono indispensabili per completare l'offerta, per sperimentare nuove forme di intervento o di management e per migliorare o modificare processi esistenti.

I processi sono la trama stabile di strutturazione dell'offerta e il loro insieme deve rendere conto dell'assetto funzionale e gestionale dell'offerta.

Processo può essere considerato ogni insieme di attività che produce trasformazioni orientate ad uno scopo.

I processi contengono quindi:

- tutte le attività legate alle specifiche terapie e agli specifici interventi diretti all'utente;
- tutto quanto permetta e sostiene dette terapie-interventi, (i servizi con le sedi di erogazione come pure i processi amministrativi e gestionali di supporto);



- il sistema di management, le modalità di controllo e di interazione tra le varie azioni e le varie procedure.

Ogni processo deve avere confini e caratteri ben definiti che consentano l'identità del processo, dei trattamenti e interventi e dei metodi di management in esso contenuti.

Tabella n. 1: Caratteristiche essenziali dei processi.

Figure coinvolte e loro ruolo	Quantità, qualità e ruolo delle figure necessarie (quanti medici, infermieri, assistenti sociali ecc. e quale ruolo svolgono, se esecutivo, di controllo, di parere ecc.)
Setting	Condizioni logistiche ed ambientali dove svolgere il processo (in genere pluri-sede) con le necessità di continuità e coordinamento delle attività
Sistema di gestione, direzione e coordinamento	Coordinamento delle attività ed alle responsabilità del processo stesso.
Destinatari	Gruppi di pazienti o di operatori o enti a cui è rivolto il processo
Criteri di avvio, cambio e fine	Che cosa avvia e cosa conclude il processo
Azioni – trattamenti – interventi	Azioni specifiche e sequenza definite di operazioni da svolgere. Possono essere previsti in un dato processo uno o più trattamenti purché costituiscano parte integrante del processo e condividano con il processo uno o più obiettivi comuni.
Nodi critici	Punti decisionali importanti e nodi critici dove occorre mettere una particolare attenzione nello strutturare il processo.
Interazioni	Interdipendenze intra ed extra processo
Output ed outcome	Esplicitare e definire quali misure di output e outcome sono specifiche del processo.

L'organizzazione dei trattamenti per processi, necessita di una trattazione specifica, che costituirà parte sostanziale dell'attività dei gruppi di lavoro che, nel primo anno di avvio si occuperanno nel dettaglio della costruzione di una "matrice culturale" condivisa, che definirà le interrelazioni tra l'offerta, l'utenza e gli obiettivi.

5.c.2 I Trattamenti, le terapie e gli interventi specifici

I trattamenti vanno stabiliti secondo criteri basati sulla Medicina delle Evidenze o secondo strutturati approcci condivisi dalla comunità scientifica.

Le terapie possono consistere, in base alla loro complessità, in un unico intervento (es. la disintossicazione in regime di ricovero) oppure in una serie di interventi paralleli o sequenziali e sono composti da un insieme omogeneo di orientate allo stesso obiettivo.

Gli interventi sociali alla persona sono il supporto fondamentale al percorso terapeutico e quindi sono complementari ai trattamenti sanitari.

Essi sono parte integrante del percorso terapeutico e vanno sempre considerati in relazione agli obiettivi di salute programmati.

I trattamenti sono gli elementi essenziali nell'esecuzione della cura.

Essi quindi necessitano di una chiarezza del modello concettuale e della pratica necessaria alla loro effettuazione, per cui si ritiene fondamentale che vengano sempre definiti ed esplicitati.



Inoltre, le eventuali prestazioni non ricomprese nei LEA e comunque non codificate secondo il sistema di standardizzazione SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze), dovranno trovarvi adeguata integrazione.

Tabella n. 2: Caratteristiche essenziali dei trattamenti e degli interventi

Tipologia/Setting:	1. Territoriale - distrettuale 2. Ambulatoriale/Domiciliare – 3. Ospedaliera 4. Residenziale - Semiresidenziale
Natura:	sanitari, socio-sanitari, sociali.
Destinatari:	popolazione generale; soggetti senza abuso di droghe (a rischio); soggetti o Enti istituzionali che operano in settori ad impatto sul fenomeno; soggetti con abuso; sotto-popolazioni particolari (immigrati, comorbilità psichiatrica, alcolisti, detenuti, ecc.); soggetti a rischio di ricaduta
Criteri di accessibilità	i criteri di accessibilità debbono essere definiti operativamente anche secondo gli strumenti oggettivi previsti in valutazione.
Figure professionali coinvolte	medico, assistente sociale, psicologo, infermiere, educatore, ecc.
Tipologia delle prestazioni	LEA, ed extra-LEA (approvate regionalmente)
Intensità assistenziale prevista	-bassa (oltre il mese) –media (settimanale) –alta (giornaliera)
Obiettivi /Finalità	definiti operativamente con precisi indicatori che debbono essere tra quelli compresi nel progetto terapeutico comprensivi sia dell'output che dell'outcome.
Durata	breve (un mese) – medio (sei mesi) – lungo termine (specificare 1 o più anni)

Di seguito, in uno schema generale, vengono indicate le principali terapie da prevedere nel Dipartimento, secondo i criteri previsti nel sistema di qualità, ferma restando la necessità di differenziazione delle diverse fasi, tipologie di sostanze, patologie compulsive, ecc.

Tabella n. 3: Tipologia dei trattamenti terapeutici

1. Disassuefazioni sintomatiche
2. Disassuefazioni con sostitutivi (metadone, buprenorfina, alcover, ecc.)
3. Terapie sostitutive a medio e lungo termine (metadone, buprenorfina, alcover, ecc.)
4. Farmacoterapie e Psicofarmacoterapie di supporto
5. Psicoterapia familiare (sistemica)
6. Psicoterapia individuale (psicoanalitica, sistemica, cognitivo-comportamentale)
7. Psicoterapia di gruppo (psicoanalitica, sistemica, cognitivo-comportamentale)
8. Sostegno individuale
9. <i>Counselling</i> (medico, psicologico, sociale, infermieristico, educativo)
10. Interventi di riduzione del rischio e del danno
11. Sostegno motivazionale
12. Trattamenti residenziali (specialistici, specializzati, lavorativi, educazionali)
13. Trattamenti semiresidenziali e diurni (specialistici e specializzati)
14. Trattamenti semiresidenziali, residenziali, diurni a bassa soglia di accesso



5.c.3 I Servizi

I Servizi sono le strutture o i luoghi ove è possibile erogare i trattamenti e sviluppare i processi.

Tabella n. 3: Caratteristiche essenziali dei servizi

Tipologia /Setting	1.Territoriale/Mobile – distrettuale 2. Ambulatoriale/Domiciliare 3. Ospedaliero 4. Residenziale/Semiresidenziale
Natura	1.sanitaria 2.socio-sanitaria 3.sociale
Soglia di accesso	1. bassa 2.media 3.alta
Destinatari:	popolazione generale; soggetti senza abuso di droghe (a rischio); soggetti o Enti istituzionali che operano in settori ad impatto sul fenomeno; soggetti con abuso; sotto-popolazioni particolari (immigrati, comorbidità psichiatrica, alcolisti, detenuti, ecc.); soggetti a rischio di ricaduta
Criteri di accessibilità	per i servizi che si propongono interventi diretti o indiretti alla persona per mezzo di trattamenti o di interventi, è necessario specificare i criteri di accessibilità di ciascun trattamento compreso nel servizio.
Specializzazione	bassa, media, alta
Intensità	bassa, media, alta

6. I LIVELLI D'INTERVENTO

I livelli dell'intervento in cui si articola l'offerta sono:

- ⇒ **Livello 1:** promozione della salute, riduzione della domanda, intercettazione del disagio inespesso;
- ⇒ **Livello 2:**
 - a. contatto precoce, intercettazione del disagio nelle sue prime evidenze e primi interventi;
 - b. riduzione del danno;
- ⇒ **Livello 3:** accoglienza, diagnosi, analisi della domanda, progetto terapeutico, sostegno alle famiglie;
- ⇒ **Livello 4:** trattamenti ambulatoriali, diurni, residenziali, detossificazione in regime protetto;
- ⇒ **Livello 5:** inclusione sociale e lavorativa;
- ⇒ **Livello 6:** prevenzione delle ricadute.

7. I MACROSETTORI

L' offerta, aggregando i propri livelli, si articola nei seguenti i macrosettori:

- a. Prevenzione (livello 1 e 2)
- b. Cura e riabilitazione (livello 3 e 4)
- c. Inclusione sociale e prevenzione delle ricadute (livelli 5 e 6)
- d. Interventi in contesti specifici o in settori trasversali (tutti i livelli).



Tabella n. 4: articolazione dell'offerta per macrosettori e livelli d'intervento

Prevenzione	Livello 1 - Promozione della salute - Riduzione della domanda	Interventi in contesti specifici o settori trasversali
	Livello 2-a - Contatto precoce - Intercettazione del disagio e primi interventi	
	Livello 2-b - Riduzione del danno	
Cura	Livello 3 - Accoglienza, analisi della domanda - Diagnosi, progetto terapeutico, - Sostegno alle famiglie	
	Livello 4 - Trattamenti ambulatoriali, diurni, residenziali - Detossificazione in regime ospedaliero	
Inclusione sociale	Livello 5 - Inclusione sociale e lavorativa	
	Livello 6 - Prevenzione delle ricadute	

7.a. Prevenzione

L'area della prevenzione rappresenta un aspetto centrale del sistema.

E' necessario mettere in campo tutti gli interventi che possono favorire la crescita autonoma e responsabile della persona, prevenire e ridurre la domanda di droghe, ridurre lo sviluppo delle patologie droga-correlate ed il numero di decessi.

Gli interventi del macrosettoressione prevenzione si sviluppano su due piani che sono tra loro strettamente coordinati e interconnessi anche al fine di favorire l'emergere del cosiddetto "sommerso":

1. la rete di promozione della salute e la funzione di "antenna sensibile", attraverso interventi sul contesto sociale e ambientale (interventi di comunità);
2. la rete di intercettazione del disagio e contatto precoce, finalizzata alla riduzione dei rischi, alla riduzione del danno e ai primi interventi.

7.a.1 Promozione della Salute - "Antenna sensibile".

La promozione della salute, secondo la nota definizione dell'O.M.S., rappresenta un processo globale.

Esso investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività.

La promozione della salute nel campo delle dipendenze patologiche richiede l'acquisizione della logica di comunità, che presuppone il diretto coinvolgimento delle istituzioni locali e di tutti gli attori sociali per costruire e recuperare legami sociali, di solidarietà e di promozione dei diritti di cittadinanza per:

- ⇒ sviluppare attenzione competente e capacità di osservazione partecipe;
- ⇒ cogliere i segnali di rischio e fornire informazioni utili per orientare le strategie successive.

La rete di promozione alla salute e antenna sensibile si articola in:

⇒ Interventi di comunità

Il DDP partecipa alla riqualificazione del tessuto sociale, alla diffusione di modelli culturali più adeguati, alle iniziative messe in campo anche da altri enti ed istituzioni. Si tratta di un ruolo di contatto con altri enti, istituzioni, agenzie e più in generale con tutte le risorse del territorio (aree di vicinanza).

Tali interventi si realizzano attraverso:



- il raccordo permanente con il programma di attività territoriali del Distretto;
- il raccordo permanente con gli Ambiti Territoriali sociali;
- la partecipazione alla progettazione di Ambito relativa ad interventi di promozione dell'agio e di riduzione del disagio giovanile .

⇒ **Interventi di supporto sociale.**

Il DDP contribuisce in modo indiretto alle iniziative di sostegno ai processi di educazione e socializzazione, promuovendo l'autonomia e la consapevolezza delle persone, aumentando il livello di conoscenza e sensibilizzazione sulle problematiche relative all'uso/abuso di sostanze stupefacenti.

Tali interventi si realizzano attraverso azioni rivolte ai singoli, alle famiglie, al sistema sociale allargato, utilizzando come risorse:

- centri di informazione, consulenza e ascolto nelle scuole (elementari/medie inferiori fino all'università)
- centri di aggregazione giovanile
- avamposti nel territorio
- punti di ascolto/antenna nel territorio: luoghi lavoro, mondo della notte, ambulatori integrati", ecc.
- Unità Mobile Territoriale con funzione di informazione e orientamento, educativa di strada
- *help line*
- campagne informative e preventive regionali (monotematiche: *doping*, nuove droghe, tabacco, alcool, gioco d'azzardo, Hiv/Aids, Epatiti, ecc.)
- formazione di "adulti significativi" come operatori informali (soggetti che hanno una qualche influenza pedagogica sui giovani).

Tali operatori informali possono essere individuati principalmente a seconda che abbiano:

- un ruolo attivo sui giovani: famiglia, insegnanti, figure religiose, istruttori sportivi, responsabili scuole guida, responsabili servizio civile, responsabili di associazioni giovanili, responsabili del D.Lgs. 626/94, media locali;
- un ruolo di osservatori e trasmettitori di messaggi/spot: gestori di bar, di pub, di discoteche, di sale giochi, giornalai, vigili urbani, operatori agenzie di lavoro interinale, membri di gruppi /associazioni di auto aiuto.

⇒ **Interventi diretti**

Il DDP interviene in modo diretto con:

- consulenze specifiche su iniziative messe in campo da altri;
- azioni specifiche con obiettivo di identificare precocemente il problema ed entrare in contatto con soggetti a rischio, favorire l' emergere dell'utenza sommersa, anche attraverso interventi rivolti ai gruppi dove è noto e frequente l'uso e l'abuso di sostanze.

7.a.2 La rete di intercettazione del disagio e contatto precoce

Si tratta di servizi, progetti e processi che:

- ⇒ non sono necessariamente tipizzati in maniera sanitaria (possono appartenere all'area di vicinanza del Dipartimento);
- ⇒ partecipano con propri operatori e per le loro competenze, alle funzioni di front office della Sportello per la Salute (Distretto)/ Ufficio di Promozione Sociale (Ambito);
- ⇒ hanno come caratteristiche specifiche;
 - la capacità di identificare il problema droga (screening);



- la capacità di individuare il Servizio successivo verso cui indirizzare l'utente;
- la funzione di accompagnamento nelle fasi di passaggio ad altro servizio, in stretto rapporto con MMG e PLS;

⇒ svolgono le seguenti funzioni:

- interventi o richieste di intervento verso sottogruppi a contatto con le sostanze attraverso azioni specifiche previste dagli interventi di supporto;
- funzioni e attività di screening nella popolazione;
- funzione di contatto precoce.

Gli interventi che costituiscono la rete di intercettazione e favoriscono il contatto precoce e l'identificazione del disagio si possono attuare tramite i servizi di supporto già precedentemente elencati.

Tali Servizi possono anche non avere competenze specifiche nel settore, come:

- ⇒ Centri di Ascolto
- ⇒ Consultorio giovani, Spazi adolescenti
- ⇒ Centri Aggregazione giovanile
- ⇒ organizzazioni socio-assistenziali
- ⇒ altri Dipartimenti e/o Unità Operative

Possono altresì avere competenze parziali nel settore ma con capacità professionali nelle tecniche di ingaggio (colloquio motivazionale, counselling, ecc.):

- ⇒ Servizi di Riduzione dei Rischi
- ⇒ Unità di riduzione del danno
- ⇒ CIC
- ⇒ Gruppi di auto aiuto

Tutti gli interventi della rete richiedono l'elaborazione di accordi e protocolli con Ambiti Territoriali sociali, Comuni, Scuole, Enti, Istituzioni e Associazioni in modo da coordinare gli interventi tra di loro, creare sinergie, orientando i progetti su un unico obiettivo.

7.b. Cura e Riabilitazione

Gli interventi di questo macrosettore si strutturano in:

- ⇒ processi di ammissione: valutazione iniziale, presa in carico, predisposizione progetto terapeutico;
- ⇒ processi terapeutici e riabilitativi: le terapie, gli interventi ed i servizi connessi per le principali offerte all'utenza;
- ⇒ processi di supporto a quelli terapeutici e riabilitativi: funzione di monitoraggio.

7.b.1 Il Progetto Terapeutico Individualizzato e il Referente del Caso

Tutti i centri che possono intercettare la domanda o fenomeni droga-correlati (primo contatto) debbono necessariamente essere collegati con il DDP, affinché attraverso la fase di accoglienza si possa fornire consulenza diretta o indiretta.

A partire dal contatto, si avvia la fase di accoglienza e presa in carico attraverso la quale inizia la valutazione, l'analisi della domanda e l'accertamento diagnostico, al fine di redigere un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) e di tracciare il percorso assistenziale specifico.

Il PTI deve contenere i bisogni, gli obiettivi, le risorse, le strategie e gli strumenti operativi, i tempi, gli indicatori, e può essere articolato in percorsi.



Tabella n. 5: Caratteristiche del Progetto Terapeutico Individualizzato

1.	Le richieste espresse e inespresse vanno raccolte anche da parte della famiglia, se possibile, e dei vari committenti se esistenti.
2.	La valutazione multidisciplinare e pluriprofessionale va intesa come accertamento delle condizioni bio-psico-sociali e va effettuata attraverso strumenti standardizzati e condivisi in ogni servizio e U.O. del Dipartimento
3.	Gli obiettivi, concordati con l'utente o il committente, vanno specificati e definiti, debbono poter essere misurabili e contenere una esplicitazione delle motivazioni che conducono a certi obiettivi.
4.	L'equipe definisce il Percorso Assistenziale che consiste in una pianificazione in fasi dettagliate in maniera coordinata o sequenziale, coinvolgendo i servizi interessati, secondo la logica unitaria del progetto.
5.	I tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi vanno esplicitati all'inizio e per ogni obiettivo secondo il percorso assistenziale terapeutico definito.

Nella fase di presa in carico, si sottolinea l'importanza del coinvolgimento della famiglia, ove possibile, al fine di attivare tutte le risorse disponibili per raggiungere gli obiettivi terapeutici.

Appare indispensabile, inoltre, prevedere una modalità unificata di presa in carico, a prescindere dal luogo in cui avviene l'accoglienza, suffragata da strumenti di rilevazione (medico/specialistici, psicologici, sociali e relazionali) di base uguali e condivisi in ogni sede del Dipartimento e trasmissibili.

Gli elementi costitutivi di questi due aspetti fondanti di tutta l'articolazione del sistema dei servizi connessi nel Dipartimento, (e cioè l'individuazione di protocolli diagnostici condivisi e di procedura unificata di presa in carico) verranno definiti nella fase di avvio del progetto regionale di riordino (cfr. Cap. 1.n).

Sempre nella fase di avvio, andranno individuate e definite responsabilità e competenze della figura del Referente del Caso (RC) che, in linea generale, rappresenta la figura di connessione tra trattamenti, progetti e processi terapeutici e può appartenere a professionalità diverse a seconda degli aspetti problematici che prevalgono.

Le funzioni principali del RC saranno, quindi, quelle di controllare che le terapie erogate rispondano alle prescrizioni previste, i controlli eseguiti e l'aderenza ai processi, alle procedure e ai protocolli.

Il percorso terapeutico può a sua volta essere articolato in fasi sequenziali di durata variabile, orientate al raggiungimento di obiettivi di breve, medio e lungo periodo concordati nei PTI, e può prevedere la possibilità di passaggio e/o cooperazione tra varie equipe, anche di Servizi e U.O. diverse.

Stabilito il PTI, gli obiettivi di salute ed identificato il percorso assistenziale, si attivano gli specifici processi terapeutici con trattamenti espletati dai Servizi a seconda dei vari luoghi e momenti di cura previsti, configurando un percorso nel tempo del quale il RC mantiene la coerenza attivando momenti di verifica *in équipe* anche in itinere, nei quali verificare ed eventualmente rivalutare e/o concordare le modalità di dimissione.

I servizi dovranno esplicitamente dichiarare quali e quanti trattamenti o interventi sono in grado di erogare.

Per ogni trattamento devono essere specificati il target ed i criteri di accessibilità, gli obiettivi, il tempo del trattamento e la compatibilità con altri trattamenti.

Ai trattamenti specialistici più tradizionali possono essere affiancati trattamenti specializzati presso strutture residenziali e semiresidenziali quali:

- ⇒ residenza per osservazione, approfondimento diagnostico, orientamento
- ⇒ residenza per comorbidità psichiatrica
- ⇒ residenza per alcoldipendenti



- ⇒ residenza per adolescenti
- ⇒ residenza per nuclei familiari
- ⇒ altro. La Regione, sentito il Comitato Interdipartimentale, nella fase di avvio del riordino definirà i criteri per l'attivazione di tali strutture, promuovendo l'eventuale riconversione e riqualificazione di servizi e strutture già esistenti sul territorio ma sottoutilizzati. e prevedendo atti integrativi della L.R.20/2000 relativamente ai requisiti di accreditamento.

Tabella n. 6: Tipologia dei servizi

Tipologia	Servizi
Territoriale - distrettuale	Servizio Territoriale per le Dipendenze patologiche cioè U.O. complessa Ser.T, con servizi dedicati all'area del rischio, consumo e abuso (ambulatorio territoriale) ed alla gestione della dipendenza attiva acuta e sub-acuta (ambulatorio tossicologico)
Ospedaliera	Centro di Detossificazione Ospedaliero direttamente connesso all'U.O. complessa Ser.T
Intermedia Senza Soglia - Bassa Soglia/Accoglienza	⇒ Unità Mobile di Riduzione del danno ⇒ Centro Crisi ⇒ Comunità di Accoglienza a bassa soglia: diurna, residenziale, notturna, <i>drop-in center</i>
Servizi Terapeutici specialistici generali	⇒ Comunità Diurna ⇒ Comunità semiresidenziale solo per alcuni gg. la settimana ⇒ Comunità Residenziale ⇒ Comunità breve
Servizi Terapeutici specializzati (Residenza breve – Residenza per disassuefazione)	⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale di accoglienza, orientamento, diagnosi. ⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per soggetti con comorbidità psichiatrica ⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per alcol dipendenti ⇒ Comunità residenziale per genitori con figli, coppie, nuclei familiari ⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per adolescenti

Inoltre, relativamente alle Comunità semiresidenziali è necessario prevedere progetti personalizzati che possano consentire una "permeabilità" della struttura da e verso l'esterno, per favorire l'articolazione di programmi orientati prevalentemente al di fuori della comunità ma gestiti dall'equipe del centro e comprendenti momenti terapeutici strutturati, particolarmente utili in determinate fasi del programma stesso.

7.c. Inclusione sociale e lavorativa

L'inclusione socio-lavorativa si sviluppa lungo tutta il continuum dell'assistenza: durante la fase della cura e riabilitazione, nella fase finale e nel post-cura.

Gli obiettivi peculiari di questa area sono:

- ⇒ permettere il completamento del progetto globale di cura al fine di ridurre il rischio di ricaduta e facilitare la piena acquisizione di autonomia;
- ⇒ ridurre il rischio che, in caso di ricaduta, l'evento negativo ponga le basi per una cronicizzazione e quindi il deterioramento delle capacità e degli apprendimenti acquisiti nel percorso precedente.

Un adeguato reinserimento deve essere visto come il prodotto finale dell'acquisizione delle precedenti abilità trasversali, e programmato con la stessa attenzione con cui viene effettuata la diagnosi nella fase iniziale.



Il passaggio a questa fase del percorso assistenziale è caratterizzato da gradualità e continuità con il progetto terapeutico, che possono essere garantite dalla individuazione di un operatore referente del reinserimento, con competenze specifiche (*Tutor*) che abbia anche la funzione di collegamento con il RC.

Il *Tutor* potrebbe essere colui che coniuga e collega le esperienze passate con la realtà attuale, e che è in grado di ridefinire le crisi e le criticità del reinserimento alla luce di nuovi ulteriori apprendimenti.

Vanno creati quindi momenti di protezione finalizzati al reinserimento effettivo dei soggetti in difficoltà, mantenendo delle zone assistite entro il percorso di reinserimento come una fase di passaggio essenziale, ma sempre con lo scopo di effettivo inserimento sia nel mondo del lavoro che nel contesto sociale più vasto.

7.c.1 Tipologia dei processi e dei Servizi di reinserimento

I vari interventi e le varie attività connesse al reinserimento, oltre ai necessari progetti specifici che ne rappresentano parte sostanziale e imprescindibile, debbono essere strutturati all'interno di almeno due processi fondamentali complementari ed integrati:

- ⇒ il processo di reinserimento, riabilitazione e sostegno per il recupero di abilità individuali;
- ⇒ il processo di costruzione e mantenimento della rete sociale e istituzionale.

L'attività dell'inclusione sociale e di reinserimento si può attuare attraverso le seguenti tipologie di servizi o progetti :

- a. residenzialità a breve termine;
- b. strutture di alloggio o di accoglienza post-cura;
- c. progetti di orientamento, formazione al lavoro, sostegno sociale;
- d. misure di *tutoring* territoriale e di accompagnamento al lavoro;
- e. gruppi di auto-mutuo aiuto;
- f. gruppi di famiglie.

7.c.1.a Residenzialità breve - Semiresidenzialità

Risponde al bisogno di avere un tempo dedicato ad una ricognizione delle proprie competenze e della problematica che impedisce una soddisfacente risocializzazione, rimuovere le cause che impediscono o limitano in modo compromettente un progetto di emancipazione. La residenzialità breve può rappresentare contemporaneamente la fase conclusiva della cura e quella iniziale della inclusione sociale.

L'accesso a tale servizio può avvenire di norma a provenienza dal percorso di cura, ma in taluni casi anche direttamente, qualora non si ritenga appropriata una cura di lungo percorso o si ritenga sufficiente e primario soddisfare il bisogno di inclusione sociale rispetto ad altri tipi di intervento o per disinnescare sul nascere un principio di ricaduta.

7.c.1.b Servizi residenziali sociali per problematiche connesse a stati di dipendenza (L.R. n. 20/02)

Nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, possono essere utilizzate in determinate fasi del percorso terapeutico assistenziale le seguenti tipologie di strutture:

- ⇒ Comunità alloggio per tossicodipendenti – alcoldipendenti;
- ⇒ Centro di accoglienza per ex detenuti;
- ⇒ Casa famiglia;
- ⇒ Comunità alloggio per adolescenti;
- ⇒ Centro di pronta accoglienza per adulti;
- ⇒ Alloggio sociale per adulti in difficoltà;
- ⇒ Comunità familiare.



La valutazione per l'inserimento in dette strutture ed il relativo programma di permanenza verranno effettuati congiuntamente dai Servizi Sociali territorialmente competenti e dal DDP inviante.

7.c.1.c Progetti e trattamenti dell'inclusione socio-riabilitativa

Consistono in:

- ⇒ attività di sostegno individuale e di gruppo quali psicoterapia, *counselling*, *tutoring*;
- ⇒ attività finalizzate al monitoraggio e alla prevenzione della ricaduta: applicazione di protocolli specifici individuali e di gruppo, gruppi di auto-aiuto guidati e non;
- ⇒ attività di promozione di abilità psicofisiche, culturali o lavorative: bilancio delle competenze, orientamento e formazione al lavoro, misure di sostegno o di accompagnamento al lavoro e alla socializzazione in genere.

Come per i trattamenti relativi alla macroarea della cura (6.b.), anche le attività del reinserimento devono qualificarsi circa il *target*, i criteri di accessibilità, gli obiettivi a cui tendono, la durata, la compatibilità con altri trattamenti o attività.

Nella fase di avvio del riordino la Regione proporrà un protocollo operativo specifico per il reinserimento lavorativo.

7.d. Interventi in contesti specifici o settori trasversali

Si tratta di progettualità mirate, individuate a partire da un contesto particolare, o da un target di utenza che richiede interventi specifici.

Gli interventi in contesti specifici o in settori trasversali possono svilupparsi entro i processi fondamentali di cura precedentemente descritti o attraverso altri processi e progetti specifici.

Le aree interessate sono:

1. Area comorbilità psichiatrica
2. Area genitorialità e tossicodipendenza (area interdipartimentale ed interistituzionale a forte raccordo con i Servizi Sociali Territoriali per la Tutela dei Minori e l'Autorità Giudiziaria Minorile)
3. Area Penale, Amministrativa e Giudiziaria
4. Area alcologia
5. Area tabagismo
6. Area della sicurezza stradale correlata all'uso di sostanze legali e illegali

7.d.1 Area comorbilità psichiatrica

Con il concetto di "Diagnosi duale" ci si riferisce alla necessità di diagnosticare in un medesimo soggetto tanto la presenza di problemi legati all'abuso di sostanze psicotrope quanto disturbi psichiatrici caratterizzabili come disturbi di Asse I oppure di Asse II secondo la classificazione del D.S.M. IV.

Questa area è caratterizzata da elementi di gravità, di alta intensità assistenziale ed esiti insoddisfacenti o problematici poiché risulta, ad oggi, un'area di correlazione ma di scarsa integrazione tra DDP e DSM.

Le problematiche riguardano sia l'aspetto diagnostico, che l'aspetto terapeutico e gestionale.

Per i soggetti con "diagnosi duale" deve essere attivato almeno un processo specifico.

Gli obiettivi da raggiungere principalmente sono:

- ⇒ aumentare i soggetti presi congiuntamente in carico da DDP e DSM;
- ⇒ aumentare l'aggancio di soggetti con tale problematica;
- ⇒ aumentare la ritenzione al trattamento;



- ⇒ diminuire le ricadute e la recrudescenza delle crisi;
- ⇒ aumentare il reinserimento sociale.

Come già indicato tra gli indirizzi operativi (Cap. 1.i), per una migliore integrazione del DDP con il DSM sarà necessario, nella fase di avvio, giungere a:

- ⇒ la definizione di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi;
- ⇒ la necessità di formazione congiunta e specifica;
- ⇒ la formulazione di un unico progetto terapeutico individualizzato;
- ⇒ l'istituzione, a livello Zonale, o sovrazonale, di nuclei di valutazione interdipartimentali (DDP-DSM).

I trattamenti per la comorbilità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta devono essere quindi sviluppati mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato (socio riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico) a medio-lungo termine condiviso con i DSM, e in collaborazione con le U.O. di Malattie Infettive, i Servizi di Alcologia, le U.O. Ospedaliere, i Servizi socio-sanitari territoriali, i MMG, il Privato Sociale ed i Gruppi di Auto-Aiuto.

Come emerge anche dal Progetto Obiettivo recentemente presentato dalla Consulta per la Salute Mentale, per elaborare ed attuare strategie efficaci risulta fondamentale, nella primissima fase di avvio del riordino, preoccuparsi della costituzione di un gruppo di lavoro misto, pluriprofessionale (DSM, DDP), a livello regionale, che predisponga delle linee di programma per una formazione congiunta, supervisione, esperienze di “*cross training*”, e quanto possa favorire la creazione di una cultura di valutazione diagnostica (basata sia sulla prevalenza psichiatrica che sulla coesistenza psicopatologica di elementi plurimi) che dovrà modificare la cultura delle “appartenenze” e dei “centri di costo” per attivare un sistema efficace che possa predisporre percorsi assistenziali appropriati ad un'utenza particolarmente complessa ed esposta

7.d.2 Area genitorialità e tossicodipendenza

Altrettanto delicata risulta la problematica relativa ai soggetti tossicodipendenti con figli.

La delicatezza è determinata:

- ⇒ dalla necessità di coniugare la priorità della tutela del minore con la necessità di cura dei genitori;
- ⇒ dalla complessa interazione tra il DDP e gli altri soggetti istituzionali quali, Procura Minorile, Tribunale dei Minori, USSM, Servizi Sociali territoriali per la tutela dei minori.

Sarebbe quindi opportuna la stesura di appositi protocolli d'intesa tra le diverse realtà istituzionali, al fine di:

- ⇒ garantire il rispetto dei diversi ruoli e competenze, nonché i diritti di cura e tutela dei soggetti coinvolti;
- ⇒ evitare eventuali difformità nel territorio regionale;
- ⇒ garantire un accesso gratuito – definito – corretto ai servizi sanitari per le gestanti e le partorienti.

Nella fase di avvio del riordino, dovrà essere costituito presso la Regione un apposito gruppo di lavoro che individui:

- ⇒ le criticità;
- ⇒ i soggetti istituzionali coinvolti;
- ⇒ le modalità di approccio alla problematica;
- ⇒ possibilità di metodologie omogenee,



7.d.3 Area Penale, Amministrativa e Giudiziaria

A questa area è ascrivibile ogni contatto con il Servizio che avvenga non per “libera scelta” dell’utente, ma in una qualunque forma, amministrativa o giudiziaria, che “obblighi” il soggetto a trattamenti necessari onde evitare pesanti ripercussioni o sanzioni incidenti sulla limitazione della libertà d’iniziativa e sulle autonomie personali.

In questa area si considerano tutti gli aspetti relativi al contatto del tossicodipendente con la giustizia civile e penale, nei diversi contesti e nelle diverse fasi che, in particolare per la popolazione detenuta, riguardano:

- a. la convalida dell’arresto e il giudizio per direttissima (tribunale penale);
- b. l’esecuzione penale negli istituti penitenziari;
- c. l’elaborazione di progetti alternativi alla detenzione carceraria o domiciliare
- d. l’esecuzione penale esterna (Centri Servizio Sociale Adulti) con accesso diretto dalla libertà o dagli istituti penitenziari;
- e. l’assistenza post-penitenziaria.

L’ambito penitenziario è un contesto specifico che necessita di diversi interventi (processi, progetti, trattamenti, servizi) e allo stesso tempo è un contesto trasversale in quanto richiede più livelli di intervento (prevenzione, cura, inclusione sociale e prevenzione della ricaduta) ed un’ulteriore integrazione del sistema sociale e sanitario con quello giudiziario e penitenziario.

L’intervento in ambito penitenziario riguarda, quindi, tutte le macro-aree del sistema.

7.d.3.a Tribunale Penale

Nella fase di convalida dell’arresto e del giudizio per direttissima di imputati tossicodipendenti, la presenza del DDP in Tribunale attraverso la formulazione di progetti di trattamento può consentire, in alcuni casi, di evitare l’esperienza della detenzione e, soprattutto, avviare il soggetto verso un trattamento.

Tale attività è possibile in base ad una stretta collaborazione con il giudice penale.

7.d.3.b Istituti penitenziari e custodia attenuata

Si evidenziano alcuni problemi specifici tra esigenze di sicurezza propri dell’istituzione e diritti di trattamento del detenuto tossicodipendente.

Il contesto penitenziario, dove le esigenze di sicurezza e le esigenze di trattamento sono alla continua ricerca di un equilibrio, crea di per sé forti difficoltà e, in alcuni casi, determina dei rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti nonché del personale addetto alla sorveglianza e all’assistenza.

La perdita della libertà, l’interruzione obbligata dell’uso di droga, la vita in un contesto di “custodia”, determinano la specificità del contesto penitenziario.

In particolare va ricordato che il detenuto è un “cliente non volontario”, nel quale la mancanza di motivazione è un aspetto strutturale e la possibile relazione di aiuto è necessariamente influenzata dalla condizione detentiva e dalla esigenza di ottenere i benefici previsti dalla legge.

Tali aspetti determinano la complessità dell’aggancio terapeutico, ma allo stesso tempo la fase detentiva può costituire una occasione per cogliere i bisogni del soggetto, per sostenere e far sviluppare una possibile progettualità terapeutica tra curare e punire, tra esigenze di salute e giudiziarie.

Gli interventi, soprattutto quando si tratta di formulare un progetto terapeutico ed un percorso assistenziale, devono essere fortemente coordinati e condivisi tra il sistema socio-sanitario (il DDP) ed il sistema penitenziario.



Solo attraverso una stretta e continua collaborazione con la Direzione dell'istituto e con l'équipe pluriprofessionale di osservazione e trattamento è possibile sviluppare un intervento adeguato e cercare di favorire la trasformazione ed il passaggio dalla richiesta di assistenza motivata dalla pena, alla richiesta di assistenza per la ridefinizione di un progetto di vita consapevole e motivato.

Va sottolineato come la ricaduta dopo l'esperienza detentiva, laddove non si avvii alcun programma di aiuto, è la norma.

A tal proposito, per le modalità operative si rimanda ai protocolli d'intesa tra Istituti di pena e Zone Territoriali di cui alla DGR 1069/02.

Custodia attenuata

La custodia attenuata è un circuito penitenziario (sezione o istituto) di trattamento avanzato di II° livello finalizzato a creare percorsi alternativi dove l'aspetto prevalente della "custodia" è maggiormente integrato dall'aspetto riabilitativo e terapeutico.

L'obiettivo è quello di affrontare in modo più adeguato le problematiche dei tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti al fine di creare un ambiente educativo, fornire occasioni di riflessione, far elaborare la motivazione per un possibile cambiamento, sostenere il soggetto, progettare percorsi di reinserimento sociale

La vita dell'istituto/sezione è organizzata sullo stile di una comunità residenziale e richiede, quindi, una pianificazione e diversificazione delle attività.

Peraltro, il protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Marche del 9/03/01 prevede l'ipotesi di attivazione di una sezione a custodia attenuata ad alta valenza trattamentale presso la struttura del Barcaglione (AN), ipotesi ad oggi non concretizzata.

7.d.3.c Uffici locali di esecuzione penale esterna

Queste strutture, incaricate di seguire in libertà i condannati tossicodipendenti, si rapportano con il DDP per il necessario coordinamento dell'attività terapeutica.

Nell'ambito di tale attività è necessario potenziare la disponibilità di programmi esterni (ambulatoriali, "strutturati", centri diurni, comunità residenziali e programmi semiresidenziali) che possano far aumentare il numero delle ammissioni e garantire una maggiore intensità assistenziale nella delicata fase dell'esecuzione penale esterna, quando i soggetti beneficiano di una misura alternativa come: affidamento in prova al servizio sociale, detenzione domiciliare, semilibertà.

7.d.3.d Assistenza post-penitenziaria e inclusione sociale.

Durante la fase penitenziaria è necessario pianificare la fase di dimissione (scarcerazione) per evitare che si interrompa la continuità dell'assistenza come spesso accade quando si esce da un istituto penitenziario.

Fondamentale è quindi la fase di assistenza post-penitenziaria che prevede interventi di inclusione sociale e di prevenzione delle ricadute.

Alcuni servizi previsti per l'inclusione sociale (case alloggio, case famiglia) e per la cura (comunità terapeutiche) possono, rappresentare, opportunità anche per l'esecuzione penale in riferimento ai permessi premio.

Data la complessità del contesto entro cui si agisce, per uniformare le conoscenze reciproche dei diversi sistemi sanitari, sociali e penitenziari e per favorire lo scambio e il confronto delle esperienze occorre creare occasioni di formazione e supervisione congiunta.



7.d.3.e Gli altri settori: necessità di omogeneizzazione degli approcci e degli stili d'intervento.

L'estensione dell'Area Penale, Amministrativa e Giudiziaria, comprende il settore carcerario, ma anche attività che, fino ad oggi, assumono prevalentemente carattere di controllo e certificazione.

Un elemento tipico di questo aspetto è quello del "servizio" prestato ad un committente diverso dall'utente quale gli organismi medico-legali interessati dalle sanzioni di sospensione della patente (Commissioni mediche Provinciali).

Maggiori margini di collaborazione e di senso terapeutico, o quantomeno di intercettazione precoce del disagio, possono assumere i rapporti con le Prefetture ma risulta fondamentale, per tutto il settore, sfruttare tutte le esperienze eccellenti anche di formazione congiunta già effettuate nella Regione, pubblicizzarne e condividerne i risultati per giungere ad omogenee modalità di intervento che consentano di ampliare la funzione di aiuto rispetto a quella di controllo.

7.d.4 Area alcologia

7.d.4.a La prevenzione

La prevenzione primaria e secondaria dell'abuso/dipendenza da alcol non deve prescindere dalle evidenze epidemiologiche che registrano una tendenza verso un consumo incongruo di bevande alcoliche nella fascia giovanile di età.

Questo uso si caratterizza per una ricerca di effetti psicoattivi spesso accompagnati da cocktail di altre sostanze stupefacenti per modulare l'effetto ricercato. La prevenzione, con specifiche strategie progettuali, deve inoltre indirizzarsi anche verso categorie che si sono rilevate più a rischio di sviluppare abuso e dipendenza da alcol quali immigrati, disoccupati, soggetti anziani soprattutto se da poco pensionati, donne casalinghe e nel periodo post-menopausale.

7.d.4.b La cura e riabilitazione

L'alcolismo prevede disfunzionalità bio-psico-sociali nel soggetto.

Questa evidenza ha indirizzato il Legislatore, nel corso degli ultimi dieci anni, a prevedere equipe per le alcoldipendenze multidisciplinari.

L'Accordo Stato-Regioni del 21 Gennaio 1999 ribadisce i correlati medici, psicologici e sociali dell'alcoldipendenza e l'importanza di prevedere equipe pluriprofessionali.

Inoltre collocava l'area specifica di intervento per l'alcoldipendenza nell'ambito di una struttura ad ampio spettro, il Dipartimento, destinata al trattamento dei problemi relativi a tutte le dipendenze, in grado di assicurare disponibilità di risorse logistiche, strumentali ed umane adeguate alla complessità dei problemi, nonché risposte interdisciplinari integrate, a livello medico, psicologico e sociale.

La peculiarità dell'alcolismo impone che l'ASUR attivi equipe specifiche per l'alcoldipendenza all'interno del DDP o a livello interdipartimentale (Ambulatorio Alcolologico o U.O.), e preveda anche percorsi ambulatoriali distinti da quelli per le altre forme di dipendenza.

L'ASUR potrà svolgere tali azioni a livello distrettuale, dipartimentale o interdipartimentale, secondo criteri stabiliti dalla Regione, sentito il Comitato Interdipartimentale.

L'articolazione organizzativa dell'offerta, e le sue modalità attuative, risulteranno del tutto identiche a quanto esplicitato nel paragrafo 6.b "cura e riabilitazione", ma è utile distinguere percorsi assistenziali rivolti a:

- ⇒ soggetti che tendono a mantenere l'astensione dall'alcool con rare ricadute;
- ⇒ soggetti che presentano la tendenza alla ricaduta.



Gli interventi possono integrarsi con un inserimento nei Gruppi di auto-aiuto (C.A.T, A.A.). Tali Gruppi (Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi) costituiscono una risorsa importante nel trattamento dell'alcoldipendenza in quanto favoriscono la relazionalità interpersonale tra gli alcolisti e con i loro familiari.

Costituiscono inoltre una rete territoriale che si può integrare virtuosamente con le equipe per le alcoldipendenze.

In tal senso è da auspicare una collaborazione tra l'equipe per le alcoldipendenze e tali gruppi al fine di armonizzare, ciascuno con il proprio ruolo ed autonomia, l'intervento di tipo riabilitativo dell'alcolista, evitando controproducenti contrapposizioni ideologiche ed operative che riverberano negativamente nel trattamento dell'alcolista stesso.

Per favorire un processo di collaborazione è auspicabile oltre che un confronto periodico con gli organismi rappresentativi di tali istituzioni del privato sociale anche la previsione di Protocolli di intesa, come già si è verificato in altre realtà del territorio nazionale.

Nel caso emergano elementi psicopatologici comorbili all'alcoldipendenza è necessaria la collaborazione con il DSM, codificata con specifici protocolli d'intesa tra i due Servizi e con formazione congiunta, analogamente alle problematiche per la comorbilità psichiatrica.

Altrettanta attenzione deve essere posta alla definizione di linee guida per la collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG), che la Regione definirà durante la fase di avvio.

In soggetti per cui si rende necessario un importante e impegnativo intervento contenitivo e terapeutico, può essere previsto un ricovero ospedaliero cui può seguire anche l'inserimento in comunità terapeutica.

L'inserimento in Comunità Terapeutiche residenziali e semiresidenziali dovrebbe realizzarsi quando il soggetto esprime comunque una motivazione sentita verso il cambiamento del proprio stile di vita alcolico e non può intendersi come un parcheggio dell'alcolista perché ingestibile in ambulatorio.

Inoltre le Comunità dovrebbero intensificare la specializzazione nel settore delle alcoldipendenze, con specifici programmi di riabilitazione non confondendo l'alcolista in percorsi simili ai tossicodipendenti da altre sostanze stupefacenti

7.d.5. Area tabagismo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il fumo di tabacco il "principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia, handicap".

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2006, inserendo il fumo fra le principali aree di criticità per la salute, prevede azioni di prevenzione del tabagismo e l'implementazione di una rete integrata di attività/servizi per il suo trattamento.

Per quanto concerne le azioni preventive, esse devono essere rivolte prevalentemente ai giovani, sia nei luoghi istituzionali (scuole, caserme) che aggregativi (gruppi informali, società sportive, bar, luoghi del divertimento notturno, ...).

Tali attività devono essere svolte adottando metodologie idonee, per quanto possibile basate sull'evidenza scientifica, con strumenti, linguaggi, strategie e tempi adeguati alla popolazione di riferimento.

Per quanto concerne la disassuefazione da fumo di tabacco, le modalità di intervento più efficaci sembrano essere quelle che integrano le componenti mediche o fisiologiche con quelle psicologiche.

Sul piano operativo tale sinergia si può realizzare attraverso la costituzione di Centri Antifumo o U.O. dipartimentali o interdipartimentali, ove collaborino fattivamente:

- ⇒ il personale dedicato e formato del DDP;
- ⇒ le U.O. di Pneumologia delle Zone Territoriali e delle Aziende Ospedaliere;
- ⇒ il personale formato dei Distretti.



Tali centri possono avvalersi anche della collaborazione o della consulenza delle U.O. Zonali o Aziendali Ospedaliere di Oncologia, nonché di associazioni del terzo settore con comprovata esperienza nel settore.

I Centri Antifumo:

- ⇒ elaborano e realizzano programmi integrati di disassuefazione individuale e di gruppo nell'ottica dell'approccio multidisciplinare e dell'offerta diversificata di servizi;
- ⇒ programmano e realizzano, in collaborazione con le scuole e gli Ambiti Territoriali sociali, attività preventive secondo le modalità sopra indicate;
- ⇒ svolgono attività di counselling sanitario.

L'ASUR può svolgere tali azioni a livello distrettuale, dipartimentale o interdipartimentale, secondo criteri stabiliti dalla Regione, sentito il Comitato Interdipartimentale.

La Regione cura la formazione integrata degli operatori, rilevando il fabbisogno attraverso la Consulta regionale sulle dipendenze patologiche e sentito il Comitato Interdipartimentale.

7.d.6 La sicurezza stradale correlata all'uso di sostanze legali e illegali

La sicurezza stradale interessa ogni individuo della società.

Essa è strettamente legata, oltre che al rispetto delle norme, alla conoscenza di tutti i fattori che possono ridurne l'efficacia (caratteristiche del veicolo, fisiologia umana, caratteristiche stradali, effetti delle sostanze).

Informare e formare su tali fattori, costituisce certamente un importante obiettivo per le principali istituzioni.

In relazione all'effetto di sostanze legali (alcol) ed illegali sulla guida, la Regione promuove e sostiene attività preventive di formazione e informazione, con particolare riferimento alla popolazione giovanile.

Tali attività devono coinvolgere istituzioni (scuole), soggetti di rete (scuole guida, gruppi informali, società sportive), ed essere realizzate anche nei luoghi aggregativi giovanili.

I DDP, anche attraverso Unità Mobili ed operatori di strada, realizzano interventi integrati di sensibilizzazione secondo le specifiche esigenze e potenzialità del territorio di riferimento.

8. I PROCESSI E LE AZIONI DI SUPPORTO AL DIPARTIMENTO

L'Organo di supporto del DDP è l'Ufficio di Staff (cfr. Cap. 1.c).

Tale organo fornisce tutti gli elementi indispensabili allo svolgimento delle funzioni del Comitato e può essere composto anche da un'Unità di Valutazione, Programmazione e Sviluppo, strutturalmente connessa alla direzione strategica ed esecutiva del Dipartimento. L'UVPS garantirebbe la definizione ed il rispetto di un manuale di qualità contenente, *mission, vision*, processi, obiettivi, indicatori, metodologie, trattamenti.

Il manuale, come tutto il sistema, sarà aggiornato secondo i criteri del Miglioramento Continuo di Qualità.

Al fine di assolvere efficacemente tale compito, nonché di integrare l'attività decisionale con l'attività clinica, occorrono, sulla base delle dimensioni del Dipartimento, supporti operativi di personale e risorse che svolgano attività relative alle aree:

- ⇒ tecnica, amministrativo e gestionale;
- ⇒ informativa e valutativa.

In tal modo il sistema di supporto produrrà costantemente informazioni utili alla programmazione dipartimentale.

I principali processi di supporto, con i relativi obiettivi possono essere schematizzati come in tab. 7.



Tabella n. 7: obiettivi dei principali processi di supporto

Processi	Obiettivi
Monitoraggio degli esiti, dei trattamenti e delle prestazioni (valutazione <i>outcome</i> e <i>output</i>)	Misurare output e outcome durante il contatto, aumentare le analisi dei dati storici
Raccolta e valutazione della domanda	Misurare la domanda espressa, quella latente e l'andamento della domanda stessa
Valutazione e controllo della qualità	Aumentare il supporto al Coordinamento, aumentare la programmazione basata sull'evidenza
Formazione, ricerca, sviluppo	Aumentare la formazione comune, migliorare la professionalità e la collaborazione interprofessionale
Controllo di gestione	Correlazione dei costi e attività

Le funzioni di supporto alle attività da svolgere sono in parte all'interno dei singoli processi rivolti all'utenza, in parte trasversali ad alcuni processi oppure attivabili a seconda di specifici progetti.

Le funzioni di supporto possono essere articolate:

- a. a livello di ciascun DDP;
- b. a livello interdipartimentale o Regionale.

8.a. Le funzioni di supporto dipartimentali

1. sistema informativo
2. osservatorio epidemiologico
3. controllo di gestione
4. accreditamento e autorizzazione

8.a.1 Sistema informativo

Il sistema informativo, integrato nel sistema informativo dell'ASUR (L.R. 13/03, art. 28, comma 3), supporta, per la sua area di pertinenza, le seguenti funzioni:

- ⇒ rilevazione epidemiologica;
- ⇒ attività cliniche;
- ⇒ controllo di gestione.

Opera raccogliendo analizzando ed elaborando sinteticamente o prospettivamente i dati di attività del Dipartimento e collabora al confronto interno/esterno promuovendo misure standardizzate.

Si avvale di procedure informatizzate e raccoglie i dati a livello individuale e di progetto. Invia ed alimenta la raccolta dati a livello del Dipartimento, dell'ASUR e Regionale al fine anche di far circolare esperienze ed informazioni.

8.a.2 Osservazione epidemiologica

Tale funzione del Dipartimento si connette con la Rete Epidemiologica Marchigiana (REM), con l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, e con gli Osservatori Sociali esistenti presso le Province.

Opera per analizzare la domanda espressa e inespressa e monitorizza l'andamento della diffusione del fenomeno nel territorio ed i fattori che influenzano tale diffusione.

Deve essere specialmente utilizzato per analizzare a livello dipartimentale la domanda del territorio e le sue caratteristiche e deve poter analizzare "eventi sentinella" e modificazioni della popolazione target, anche sulla base delle indicazioni e segnalazioni sulle tendenze del fenomeno fornite dall'Assemblea del DDP.

8.a.3 Controllo di gestione

Supporta la decisione della direzione strategica del Dipartimento, elaborando i costi di processo e di esito e i volumi di attività.



L'aggregazione di questi dati contribuisce al controllo di gestione aziendale con cui interagisce.

8.a.4 Accredimento e autorizzazione

Richiede, controlla e verifica la persistenza dei criteri Regionali e nazionali di autorizzazione al funzionamento e di accredito delle U.O. del Dipartimento.

8.b. Le funzioni di supporto interdipartimentali o Regionali

1. sperimentazione, ricerca e sviluppo
2. formazione e supervisione
3. valutazione e qualità

8.b.1 Sperimentazione, ricerca e sviluppo

In presenza di fenomeni particolari o su richiesta di agenzie interne o esterne o, infine, per sperimentare innovazioni terapeutico-assistenziali, la Regione, sentito il Comitato Interdipartimentale, può promuovere e sostenere sperimentazioni e ricerche presso uno o più Dipartimenti, secondo criteri definiti congiuntamente dalla Regione stessa, dall'ASUR e dall'ARS.

Tali attività sono finalizzate alla validazione ed allo sviluppo di buone pratiche, e ad implementare quindi il sistema dell'offerta.

8.b.2 Formazione e supervisione

La Regione, sentita la Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, sulla base del fabbisogno informativo individuato, promuove e sostiene, anche finanziariamente, percorsi formativi integrati specifici per gli operatori del settore.

La Regione concorre inoltre alla spesa per la realizzazione di attività di supervisione presso ciascun DDP.

8.b.3 Valutazione e qualità

La valutazione viene considerata attività indispensabile a differenti livelli: come risorsa per operatori e strutture, come possibilità di misurare gli esiti delle azioni, come intervento sul processo, come valutazione propriamente qualitativa, come misurazione della percezione della soddisfazione degli utenti e dei professionisti impegnati.

Entro 12 mesi dall'avvio del riordino, l'organismo regionale di coordinamento e controllo propone alla Regione un piano operativo di monitoraggio e valutazione della qualità del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.

9. STANDARD MINIMI DEI SERVIZI

I servizi riferiti ai macrosettori sopra indicati (paragrafo 6.) devono possedere i requisiti strutturali, organizzativi e le risorse indicate in Allegato 2.

Per quanto riguarda le strutture del privato sociale, gli adeguamenti tariffari proposti nella riga 15 di ciascuna tabella dell'Allegato 2 dovranno essere opportunamente verificati dalla Regione prima di essere approvati con apposito atto.

Entro i primi 6 mesi di avvio la Regione, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria, studierà dettagliatamente e valuterà l'impatto economico che l'adeguamento delle rette, l'aumento degli organici ed il nuovo assetto istituzionale potrebbero produrre, così come indicato in Allegato 4, e successivamente procederà all'approvazione dei relativi atti deliberativi.



ALLEGATO 2

PREVENZIONE. Unità Mobile	
1 Tipologia e setting	Unità mobile territoriale, educativa di strada.
2 Funzioni	Promozione della salute, riduzione della domanda, intercettazione del disagio verso tutta la comunità in generale.
3 Natura	Sociale
4 Finalità/Obiettivi	Tutela della salute della comunità, attività di prevenzione primaria e secondaria Riduzione dei rischi derivanti dal consumo di sostanze psico-attive; Supporto alle necessità bio-psico-sociali di singoli soggetti; Emersione del sommerso;
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none">- identificare e stabilire relazioni con gruppi di popolazione, sia italiana che straniera, al fine di attivare percorsi che riducano i rischi derivanti dal consumo di droghe legali ed illegali;- attivare campagne di prevenzione in tema di dipendenze patologiche;- informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti;- counselling individuale;- supporti motivazionali al cambiamento;- informare ed orientare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio;- assolvere al ruolo di "osservatorio permanente sulla strada" per la mappatura del territorio, per la raccolta ed analisi delle domande e dei bisogni delle popolazioni target;
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Accoglienza non selezionata di pazienti ed utenti (anche stranieri). Accesso previsto anche per pazienti/utenti non <i>drug-free</i> , altri gruppi di popolazione (giovani a rischio, senza fissa dimora, <i>sex-workers</i> , etc.). Non vi sono destinatari esclusi.
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Informale, senza selezione.
9 Durata	Contatto breve
10 Funzionamento del servizio	Secondo le specificità territoriali
11 Capacità Ricettiva	Bacino di utenza equivalente alla popolazione del dipartimento
12 Figure professionali	Equipe multidisciplinare con specifica formazione per il lavoro di strada
13 Intensità Assistenziale	Media
14 Specializzazione	Media
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento annuale su progetto e/o in convenzione annuale o pluriennale



PREVENZIONE. Azioni di supporto alle agenzie scolastiche	
1 Tipologia e setting	Programmazione integrata e omogenea con le Istituzioni scolastiche: interventi di consulenza programmata (non occasionale) presso scuole (interventi di supporto sociale)
2 Funzioni	Analisi critica del fenomeno dipendenze, formazione di una coscienza critica. Promozione della salute, educazione della domanda, intercettazione del disagio nel contesto scolastico
3 Natura	Sociale - educativa
4 Finalità/Obiettivi	Prevenzione primaria e secondaria, intercettazione, interpretazione e lettura delle problematiche emergenti, sostegno al corretto approccio alla conoscenza e alla interpretazione del fenomeno droga da parte di tutte le componenti della scuola. Individuazione delle situazioni problematiche, orientamento, sostegno, attivazione di tutte le risorse disponibili per il superamento del disagio e delle situazioni a rischio. Informazione, formazione, sostegno, orientamento, screening, monitoraggio ed epidemiologia del fenomeno. Sostegno alle famiglie
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione e consulenza sui rischi; - Interventi a tutela dello stato di salute e programmi di educazione sanitaria; - Orientamento scolastico e professionale in collaborazione con i CIC - Promozione del benessere in collaborazione con i CIC - Intercettazione situazioni a rischio - Ascolto e consulenza - Percorsi di formazione per insegnanti - Percorsi di formazione per genitori - Attività di screening e collaborazione con gli altri servizi territoriali e/o ambulatoriali per la prevenzione e la cura delle patologie correlate; - Supporto agli Interventi di sostegno educativo ; - Facilitazione per inserimento in gruppi di auto aiuto.
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Tutte le componenti del sistema scolastico di ogni ordine e grado: insegnanti, personale non docente, allievi, genitori. Esclusione:tutti i componenti di organizzazioni non scolastiche.
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Secondo modalità scelte dalla scuola.
9 Durata	È definita sulla base dell'intervento concordato su programmazione annuale. N.B. le programmazioni devono essere elaborate tra giugno e settembre (presentazione POF) per l'anno successivo
10 Funzionamento del servizio	Nell'arco temporale dell'anno scolastico (settembre-maggio) su programma e calendario prestabiliti
11 Capacità Ricettiva	Bacino di utenza equivalente alla popolazione scolastica in tutte le sue componenti.
12 Figure professionali	Equipe multiprofessionale con esperienza e formazione nel campo della prevenzione e riduzione del danno: Dirigenti scolastici e docenti, Medico/Psicologo/Assistente Sociale/Educatore Professionale/Sociologo e/o altre figure che possono intervenire per conto della équipe.
13 Intensità Assistenziale	Media
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento annuale su progetto preferibilmente con programmazione triennale



PREVENZIONE. Azioni di supporto/sviluppo dei centri di aggregazione giovanile	
1 Tipologia e setting	Interventi di sostegno e consulenza presso centri di aggregazione giovanile
2 Funzioni	Promozione della salute, riduzione della domanda, intercettazione del disagio nel contesto giovanile
3 Natura	Sociale
4 Finalità/Obiettivi	Informazione, formazione, sostegno, orientamento, screening, monitoraggio ed epidemiologia del fenomeno. Prevenzione primaria e secondaria, intercettazione, interpretazione e lettura delle problematiche emergenti, sostegno al corretto approccio alla conoscenza e alla interpretazione del fenomeno droga sia da parte degli utenti che degli operatori dei centri. Individuazione delle situazioni problematiche, orientamento e sostegno per il superamento del disagio e delle situazioni a rischio.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione e consulenza sui rischi; - Interventi a tutela dello stato di salute e programmi di educazione sanitaria; - Promozione dell'uso di un tempo libero di qualità - Intercettazione situazioni a rischio - Ascolto e consulenza - Aggiornamento agli operatori dei centri - Promozione di progetti ed azioni incentrati sulla "peer education" - Promozione della conoscenza dei servizi e dei gruppi di auto aiuto
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Frequentatori dei centri giovanili. Operatori dei centri giovanili. Familiari dei frequentatori minori. Esclusione: soggetti che non frequentano i centri di aggregazione
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Modalità concordate con i responsabili dei centri
9 Durata	È definita sulla base dell'intervento concordato su programmazione annuale
10 Funzionamento del servizio	Nell'arco temporale dell'anno su calendario e programma prestabiliti
11 Capacità Ricettiva	In rapporto alla capacità dei centri
12 Figure professionali	Equipe pluridisciplinare e multiprofessionale. Figure professionali possibili: Psicologo/Assistente Sociale/Educatore/ Educatore Professionale/Sociologo e/o altre figure Animatore o istruttore di attività manuali o artistiche
13 Intensità Assistenziale	Bassa
14 Specializzazione	Bassa
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento annuale su progetto di azioni di supporto/sviluppo e/o in convenzione annuale o pluriennale



CURA E RIABILITAZIONE. Servizio Territoriale/Ambulatoriale per le Dipendenze	
1 Tipologia e setting	Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche strutturato in : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatorio Territoriale (area del rischio, del consumo, uso) ▪ Ambulatorio Tossicologico (area della dipendenza acuta e sub acuta) E' importante differenziare la tipologia del servizio in rapporto alle caratteristiche dell'utenza e garantirne l'accesso differenziato, individuando percorsi terapeutici diversificati possibilmente utilizzando anche spazi logistici e/o fasce orarie differenti (Soggetti che presentano problematiche legate alla tossicodipendenza : ambulatorio territoriale. Soggetti che presentano una condizione di tossicodipendenza attiva con comportamenti compulsivi-dipendenti: ambulatorio tossicologico)
2 Funzioni	Prevenzione, cura, riabilitazione attraverso l'offerta di specifiche prestazioni sanitarie e sociali al fine di accrescere il patrimonio di salute della collettività.
3 Natura	Sanitario
4 Finalità/Obiettivi	Accoglienza, orientamento, valutazione, screening diagnosi, presa in carico, cura e riabilitazione, reinserimento sociale. Supporto alle necessità bio-psico-sociali del soggetto, tutela della salute, riduzione dei danni derivanti dal consumo di sostanze psico-attive. Monitoraggio clinico dei casi
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione e consulenza sui rischi anche attraverso unità mobili; - Accoglienza e orientamento rivolti agli utenti e ai familiari; - Interventi a tutela dello stato di salute e programmi di educazione sanitaria; - Controlli ematochimici generali e analisi dei metaboliti urinari; - Trattamenti farmacologici integrati finalizzati alla detossificazione, - Programmi farmacologici a medio e lungo termine; - Programmi farmacologici integrati; - Accertamenti /certificazioni medico legali; - Attività di screening e collaborazione con gli altri servizi territoriali e/o ambulatoriali per la prevenzione e la cura delle patologie correlate; - Valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale; - Counselling, Psicoterapie ed interventi di sostegno psicologico rivolti all'utente e ai familiari; - Interventi di sostegno educativo; - Interventi socio assistenziali, Attività di Servizio Sociale; - Predisposizione di programmi psicosocioriabilitativi personalizzati; - Orientamento e inserimento in Comunità Terapeutiche; - Interventi di reinserimento sociale e lavorativo; - Attività di riabilitazione; - Orientamento e trattamento di soggetti detenuti e di soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione; - Inserimento in gruppo di auto aiuto
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio territoriale: Soggetti a rischio di contrarre dipendenza, soggetti che presentano problematiche legate al consumo, uso, abuso di sostanze stupefacenti psicotrope, legali ed illegali. - Ambulatorio tossicologico: soggetti che presentano comportamenti compulsivo – dipendenti, soggetti con in atto dipendenza acuta. I destinatari sono sia i singoli cittadini interessati dal problema così come i familiari o le figure significative coinvolte. Esclusione: soggetti non coinvolti dalle problematiche legate all'uso, consumo e abuso di sostanze psicotrope o comportamenti compulsivi.
7 Soglia di accesso	Bassa – media – alta a seconda dell'intervento
8 Modalità di accesso	I cittadini possono accedere direttamente al Servizio o telefonando per avere un appuntamento
9 Durata del trattamento	È definita sulla base dell'intervento concordato
10 Funzionamento del servizio	Almeno dal lunedì al venerdì per tutte le attività. Predisposizione funzionamento ambulatorio tossicologico anche prefestivi e festivi (turnazione orizzontale personale sanitario)
11 Capacità Ricettiva	Bacino d'utenza popolazione del dipartimento (444/90) - Almeno una U.O. Ser.T per ogni Dipartimento, a cui fanno diretto riferimento almeno un ambulatorio tossicologico ed almeno un ambulatorio territoriale per ogni distretto/ambito



12 Figure professionali	Medico/Psicologo/Assistente Sociale/ Infermiere professionale, O.S.S. , ADEST (Ass. domiciliare)/ Educatore / Educatore Professionale/Impiegato Amministrativo/Sociologo e/o altre figure
13 Intensità Assistenziale	Alta
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Budget annuale



CURA E RIABILITAZIONE - U.O. TABAGISMO		
1	Tipologia e setting	Centro Antifumo Struttura ambulatoriale per lo svolgimento di corsi per smettere di fumare e di programmi terapeutici individuali adeguati al trattamento della dipendenza da nicotina.
2	Funzioni	Educazione alla salute, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza da fumo di tabacco
3	Natura	Socio-sanitaria
4	Finalità/Obiettivi	Finalità: riduzione della morbosità e mortalità correlata al fumo di tabacco. Obiettivi specifici: ⇒ cessazione del consumo di tabacco ⇒ aumento della motivazione ⇒ mantenimento dell'astinenza da tabacco nel tempo ⇒ promozione della consapevolezza sui danni correlati al fumo ⇒ raccolta dei dati relativi al fenomeno ⇒ monitoraggio dei programmi di disassuefazione per la sorveglianza epidemiologica. Obiettivi organizzativi: ⇒ predisposizione di un piano integrato per la prevenzione, cura e assistenza dei tabagisti basato su diagnosi e programmi personalizzati; ⇒ messa a disposizione di spazi strutturati di <i>counselling</i> e supporto finalizzati al sostegno della motivazione e dell'autoefficacia; ⇒ integrazione e consulenza con altre U.O. Zonali ed Aziendali Ospedaliere, e con il volontariato, che hanno competenze in tema di promozione e protezione della salute per attuare programmi di informazione ed educazione sul tabagismo e problemi fumo-correlati ⇒ creazione di reti di collaborazione con i MMG
5	Trattamenti e interventi erogati	La struttura svolge compiti di diagnosi, trattamento e riabilitazione finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo adottando metodiche di tipo medico, farmacologico e psicologico e favorendo il mutuo-aiuto. Più dettagliatamente le attività previste sono: - informazione sugli effetti del fumo di tabacco e sui danni da esso provocati; - accoglienza e orientamento a programmi di disassuefazione personalizzati; - accertamenti diagnostici; - valutazione clinico-funzionale; - trattamenti farmacologici; - terapia individuale; - realizzazione di corsi per smettere di fumare; - controlli periodici a distanza di tempo per la verifica del mantenimento dell'astinenza; - inserimento in gruppi di auto-mutuo-aiuto;
6	Destinatari/inclusione-esclusione	INCLUSIONE: Soggetti di ambo i sessi con problematiche di dipendenza tabagica. Relativamente all'attività di educazione alla salute e prevenzione giovani, studenti ed insegnanti del territorio. ESCLUSIONE: Soggetti di ambo i sessi che presentano disfunzioni comportamentali e/o psicologiche gravi tali per cui la cessazione dell'abitudine tabagica possa indurre un aggravamento del quadro sindromico.
7	Soglia di accesso	Bassa, media o alta a seconda dell'intervento
8	Modalità di accesso	⇒ accesso diretto (numero chiuso) per quanto riguarda i Corsi; ⇒ con invio da mmg ed impegnativa di "visita pneumologica antifumo" per quanto riguarda il trattamento individuale ⇒ con invio da altre U.O.
9	Durata del trattamento	Viene definita sulla base del trattamento concordato
10	Funzionamento del Servizio	Giorni e orari di apertura sono diversificati a seconda della organizzazione dei diversi Centri Antifumo: è prevista una soglia minima di apertura di almeno un giorno a settimana.
11	Capacità ricettiva	Zonale o sovrazonale
12	Figure professionali	L'équipe del Centro Antifumo ha carattere multidisciplinare, essendo costituita da almeno uno specialista pneumologo, uno psicologo e un infermiere professionale



		e/o assistente sanitario e potendosi avvalere della collaborazione anche di altre figure (dietologo, psichiatra, agopuntore, ecc.).
13	Intensità Assistenziale	Medio-alta
14	Specializzazione	Medio-alta
15	Retta/Costi/Finanziamento	Budget annuale di funzionamento + ticket



CURA E RIABILITAZIONE - U.O. Alcologia	
1 Tipologia e setting	Centro Alcologia Clinica Struttura Ambulatoriale per il trattamento delle problematiche legate all'abuso e alla dipendenza da alcol
2 Funzioni	Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza alcolica
3 Natura	Sanitario
4 Finalità/Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Disintossicazione dall'alcol - Superamento della fase craving alcolico, mantenimento dell'astensione dalle bevande alcoliche - prevenzione della ricaduta alcolica - aumento della motivazione verso un cambiamento dallo stile di dipendenza ad uno di autonomia - promozione di un processo di consapevolezza sui danni alcolcorrelati - miglioramento delle relazioni familiari sociali - prevenzione primaria e secondaria dell'abuso e dipendenza da alcol - studio e ricerca sull'acoldipendenza Accoglienza, orientamento, valutazione, screening, diagnosi, presa in carico, cura e riabilitazione dei soggetti alcolodipendenti Collaborazione con i MMG Monitoraggio ed epidemiologia del fenomeno
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione e consulenza sui rischi - Accoglienza ed orientamento rivolti agli alcolodipendenti ed ai familiari - Interventi a tutela dello stato di salute e programmi di educazione sanitaria - Controlli ematochimici generali ed analisi dei metaboliti urinari - Trattamenti farmacologici integrati finalizzati alla detossificazione - Programmi farmacologici integrati - Programmi farmacologici a medio e lungo termine - Accertamenti / Certificazioni medico legali - Attività di screening e collaborazione con gli altri servizi ambulatoriali e/o ospedalieri per la prevenzione e la cura delle patologie alcolcorrelate - Valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale - Gestione urgenze alcolologiche in collaborazione con gli altri Servizi specialistici territoriali e/o ospedalieri - Counseling, psicoterapie ed interventi di sostegno psicologico rivolti alla persona interessata e/o ai familiari - Interventi socio assistenziali, attività di servizio sociale - Predisposizione di programmi psico-socio-riabilitativi personalizzati - Orientamento ed inserimento in comunità terapeutiche - Interventi di reinserimento sociale e lavorativo attività di riabilitazione - Orientamento di soggetti detenuti e di soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione Inserimento in gruppi di auto-mutuo-aiuto
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Soggetti che presentano problematiche legate all'abuso e alla dipendenza di alcol I destinatari sono sia i singoli cittadini interessati dal problema così come i familiari o le figure significative coinvolte. Giovani, studenti ed insegnanti relativamente all'attività di prevenzione Esclusione: popolazione non coinvolta dall'abuso di alcolici
7 Soglia di accesso	Bassa - media – alta a seconda dell'intervento
8 Modalità di accesso	I cittadini possono accedere direttamente al servizio o telefonando per avere un appuntamento
9 Durata del trattamento	E' definita sulla base dell'intervento concordato
10 Funzionamento del servizio	Dal Lunedì al venerdì per tutte le attività
11 Capacità Ricettiva	Bacino d'utenza coincidente con la popolazione del dipartimento (444/90) Almeno una U.O. per ogni Dipartimento
12 Figure professionali	Medico – Psicologo -Assistente Sociale
13 Intensità Assistenziale	Media
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Budget annuale di funzionamento



CURA E RIABILITAZIONE Centro di Detossificazione Ospedaliero (C.D.O.)	
1 Tipologia e setting	Centro di Detossificazione Ospedaliero. Modello Integrato di Intervento per la disintossicazione ospedaliera, costituisce una delle U.O. integrate nella U.O. Complessa SerT.
2 Funzioni	<ul style="list-style-type: none"> - Aiutare a superare in modo sicuro e umano la sospensione dell'uso di sostanze, la sindrome di astinenza e il craving acuto correlato; - Agevolare ed incentivare il passaggio dai trattamenti con sostitativi degli oppiacei ai trattamenti con antagonisti ed anticraving e gli inserimenti in trattamenti terapeutici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali; - Indurre migliori meccanismi di neuroadattamento post-astinenziale, al fine di ridurre il craving residuo e la possibilità di ricaduta con potenziamento della motivazione al cambiamento; - Aumentare la <i>compliance</i> ai trattamenti di alta soglia dei soggetti in cui non è opportuna la disassuefazione ambulatoriale; - Raggiungimento di una astinenza in ambiente "umano e dignitoso" con uno staff di supporto ad alta specializzazione clinica; - Consentire il riequilibrio ed il recupero fisico e psicologico in assenza di sostanze; - Coordinare la fase ospedaliera all'interno dell'articolazione dei trattamenti nelle U.O. territoriali in modo di diminuire i drop-out e prevenire le ricadute a medio e lungo termine; - Gestire collegamenti con altri servizi regionali ed extra regionali per la cura delle Dipendenze Patologiche; - Disassuefazione da sostanza specifica in poliabusatore o in soggetto già in trattamento sostitutivo.
3 Natura	Sanitario
4 Finalità/Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Disassuefazione/ Disintossicazione Ospedaliera al fine di interrompere l'uso di sostanze psicoattive ed agevolare l'inserimento nei programmi terapeutici riabilitativi ad alta soglia (Ct , programmi farmacologici integrati) - Detossificazione in regime di degenza, evitando l'insorgenza della sindrome di astinenza, il craving acuto correlato e le complicanze neuro e psicopatologiche; - Sicurezza medica della disassuefazione per ogni specifica sostanza di consumo e d'abuso; - Aumento dei soggetti che possono passare a trattamenti ad alta soglia; - Disintossicazione selettiva di soggetti poliassuntori
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - ricoveri, dopo screening completo del Pronto Soccorso e superate eventuali situazioni medico-tossicologiche critiche, previa accettazione da parte del medico dell' Unità di Degenza; - trattamenti farmacologici di detossificazione anche rapida (protocollo specifico) e tradizionale/breve con farmaci sostitativi e/o sintomatici ed antagonisti e di prevenzione delle ricadute con farmaci antagonisti ed anticraving; - counselling psicologico; - counselling di servizio sociale; - attività di sostegno e supporto educativo; <p>consulenza/collegamento con le altre U.O. Ospedaliere, extra-ospedaliere sia del Dipartimento delle Dipendenze che dei Servizi contigui.</p>
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<p>Pazienti tossicodipendenti e/o con problemi psichici correlati con situazioni di dipendenza.</p> <p>Tossicodipendenti "cronici" con necessità di disintossicazione e contenimento;</p> <p>Soggetti che presentano forte intossicazione, complicanze mediche, complicanze psichiatriche e problemi familiari.</p> <p>Detenuti tossicodipendenti nella fase di avvio a programmi alternativi alla detenzione o ai regimi di misure privative della libertà personale;</p> <p>Donne tossicodipendenti in stato di gravidanza;</p> <p>Soggetti psichiatrici per quanto di competenza tossicologica;</p> <p>Soggetti con complicanze mediche derivanti dall'astinenza e quelli con complicanze infettivologiche;</p> <p>Soggetti con contesti socio-ambientali e affettivo-relazionali gravemente compromessi o comunque inadatti a sostenere la fase di svincolo dalla sostanza</p> <p>Esclusione: soggetti che non hanno indicazione clinica al ricovero ospedaliero.</p>
7 Soglia di accesso	Alta



8 Modalità di accesso	<p>E' previsto il coordinamento all'interno del Dipartimento delle Dipendenze fra l'Unità Ospedaliera Specializzata e le altre U.O. del Dipartimento delle Dipendenze ed altri servizi territoriali per la programmazione di ricoveri finalizzati a successivi.</p> <p>L'accesso al C.D.O. avviene su invio dei servizi territoriali competenti, previa valutazione e programmazione congiunta del progetto terapeutico di cui il trattamento di disassuefazione è parte.</p> <p>I programmi integrati di disassuefazione per le dipendenze patologiche sono sviluppati a partire dalla programmazione effettuata nelle U.O. territoriali mediante una collaborazione diretta con il personale della Unità di degenza per la fase di ricovero o day-hospital.</p> <p>La predisposizione del progetto terapeutico deve essere integrata dall'ulteriore predisposizione del piano individualizzato del trattamento ospedaliero che ne costituisce una sottofase e che ne specifica le modalità. Durante la degenza gli operatori di riferimento della struttura inviata e dell'eventuale struttura successiva che accoglierà l'utente, accompagnano ed elaborano congiuntamente la fase d'ingresso e di dimissione per la prosecuzione del progetto terapeutico complessivo.</p>
9 Durata del trattamento	7-21 gg.
10 Funzionamento del servizio	A ciclo continuo ospedaliero
11 Capacità Ricettiva	Regime ospedaliero . Almeno uno per provincia.
12 Figure professionali	<p>Nel "Modello Integrato di detossificazione" lo staff previsto dovrebbe essere costantemente composto da :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infermiere per espletare le attività di routine quotidiane e il monitoraggio degli aspetti vitali e per tutte le attività di <i>nursing</i> - un medico specialista, sempre reperibile a cui la caposala possa fare riferimento per ogni caso; - psicologi specialisti ed altre figure professionali con funzioni psico-socio-riabilitative (Assistenti sociali, Educatore, Istruttori Professionali). <p>Gli operatori componenti lo staff devono /dovrebbero aver svolto un training specifico per la gestione della detossificazione e il trattamento della dipendenza chimica</p>
13 Intensità Assistenziale	Alta
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Budget annuale di finanziamento



CURA E RIABILITAZIONE. Unità di riduzione del danno	
1 Tipologia e setting	Servizio a bassa soglia di accesso: unità mobile di strada di riduzione del danno, <i>Drop-in center</i> .
2 Funzioni	Supporto alle necessità bio-psico-sociali del soggetto; tutela della salute; riduzione dei danni derivanti dal consumo di sostanze psico-attive;
3 Natura	Sanitaria, ad alta integrazione sociale
4 Finalità/Obiettivi	Emersione del sommerso; Supporto alle necessità bio-psico sociali del soggetto, favorire il miglioramento delle condizioni igieniche, riduzione del danno possibile.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - identificare e stabilire "relazioni significative" con gruppi di popolazione, sia italiana che straniera, che non accedono ai servizi socio - sanitari, o che vivono situazioni di forte compromissione socio-relazionale o di marginalità sociale, o che sono a rischio di comportamenti dannosi per la salute; - informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti; - counselling individuale; - supporti motivazionali al cambiamento; - offrire presidi sanitari; - informare ed orientare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio; - offerta di presidi sanitari - offerta di materiali informativi; - assolvere al ruolo di "osservatorio permanente sulla strada" per la mappatura del territorio, per la raccolta ed analisi delle domande e dei bisogni delle popolazioni target;
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Accoglienza non selezionata di pazienti ed utenti (anche stranieri). Accesso previsto anche per pazienti/utenti non drug-free altri gruppi di popolazione (giovani a rischio, senza fissa dimora, sex-workers, etc.) Esclusione: popolazione non compromessa con l'uso di sostanze o comportamenti compulsivi o con forti situazioni di compromissione socio-relazionale o di marginalità sociale
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Senza particolari formalità
9 Durata del trattamento	Almeno 6/8 ore/giorno; min. 5 giorni a settimana
10 Funzionamento del servizio	Almeno 5 gg a settimana per 8 ore al giorno per le Unità Mobili. Nel Drop in center 3/5 ore al giorno, min. 5 giorni a settimana. L'orario dei due servizi può essere sovrapponibile.
11 Capacità Ricettiva	Coincidente con la popolazione del Dipartimento. Almeno una per Dipartimento.
12 Figure professionali	Equipe con specifica formazione nel campo della riduzione del danno; il personale dell'unità mobile e del <i>drop-in center</i> può coincidere.
13 Intensità Assistenziale	Media/Alta
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento su progetto e/o in convenzione annuale o pluriennale



CURA E RIABILITAZIONE. Comunità di Accoglienza a bassa soglia	
1 Tipologia e setting	Servizi di accoglienza a bassa soglia di accesso: <ul style="list-style-type: none"> • comunità diurna • comunità residenziale • comunità notturna
2 Funzioni	Supporto alle necessità bio-psico-sociali del soggetto; facilitare la formulazione della domanda di aiuto;
3 Natura	Misto socio-sanitario (DPCM 14/02/01)
4 Finalità/Obiettivi	costruzione eventuale percorso socio-terapeutico.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale (per i servizi residenziali e semi residenziali a bassa soglia) - detossificazione - counselling individuale; - ove possibile, impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione del percorso assistenziale idoneo; - bilancio delle competenze; - supporto alle necessità bio-psico-sociali dell'utente; - nel Drop in center offerta di presidi sanitari di prevenzione, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, i profilattici, il narcan ed i materiali informativi; - informazioni di orientamento sull' accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio; - assistenza sociale e consulenza legale; - supporto medico generale per le problematiche sanitarie che si potrebbero manifestare nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche; - eventuale consulenza e supporto psicologico individuale, familiare;
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Accoglienza non selezionata di pazienti ed utenti (anche stranieri). Accesso previsto anche per pazienti/utenti non <i>drug-free</i> o sottoposti a trattamenti farmacologici Esclusione: utenti già inseriti in percorsi o programmi terapeutici monitorati
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Su richiesta dell'interessato, dei servizi territoriali o delle unità mobili
9 Durata del trattamento	Max 2 mesi
10 Funzionamento del servizio	<ul style="list-style-type: none"> - diurna: almeno 8/10 ore/giorno; min. 5 giorni a settimana - residenziale: 24 ore per 365 giorni - notturna: 10/12 ore per 365 giorni
11 Capacità Ricettiva	Max 20 posti
12 Figure professionali	Equipe multidisciplinare
13 Intensità Assistenziale	Media
14 Specializzazione	Media
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento annuale, vuoto per pieno, su progetto e/o in convenzione annuale o pluriennale con i DDP .



CURA E RIABILITAZIONE. Centro Crisi	
1 Tipologia e setting	Servizi di accoglienza a bassa soglia di accesso: <ul style="list-style-type: none"> • residenza diurna • comunità residenziale • residenza notturna
2 Funzioni	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle necessità bio-psico-sociali del soggetto; - Facilitare la formulazione della domanda di aiuto; - Aiutare a superare in modo sicuro ed umano la sospensione dell'uso di sostanze, la sindrome astinenziale, il <i>craving</i> correlato; - Gestire un possibile collegamento con altri servizi sanitari e sociali per la cura delle dipendenze patologiche
3 Natura	Misto sanitario-sociale (DPCM 14/02/01)
4 Finalità/Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Disintossicazione non selettiva di soggetti poliassuntori; - costruzione eventuale percorso socio-terapeutico. - Aumento dei soggetti che possano passare a servizi di soglia più elevata; - Contenimento dei costi ed incentivazione alla de-ospedalizzazione dei trattamenti di disassuefazione; - Contenimento e cura delle malattie correlate alla dipendenza anche attraverso percorsi di educazione alla salute e di auto-aiuto; - Allargare la base dell'offerta dei servizi - Offrire sistemi di cura non selezionati.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione diagnostica pluriprofessionale; - <i>Counselling</i> individuale; - Detossificazione e/o stabilizzazione farmacologia; - Servizi medici specialistici; - Ove possibile, impostazione di un programma terapeutico complessivo ed individuazione del percorso idoneo per ogni persona afferente al servizio; - Bilancio delle competenze; - Collegamento alle reti sociali territoriali; - Assistenza sociale e consulenza legale; - Consulenza e supporto psicologico individuale e familiare.
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza non selezionata di pazienti ed utenti (anche stranieri). - Accesso previsto anche per pazienti/utenti non <i>drug-free</i> o sottoposti a trattamenti farmacologici che richiedono una presa in carico immediata.
7 Soglia di accesso	Bassa/nulla
8 Modalità di accesso	Su richiesta dell'interessato, dei servizi sociali e sanitari territoriali o delle unità mobili previo assenso dei servizi sanitari e sociali stessi.
9 Durata del trattamento	Max 90 giorni
10 Funzionamento del servizio	<ul style="list-style-type: none"> - diurna: almeno 8/10 ore/giorno; min. 5 giorni a settimana - residenziale: 24 ore per 365 giorni - notturna: 10/12 ore per 365 giorni
11 Capacità Ricettiva	8/15 posti
12 Figure professionali	Equipe multispecialistica con specifica formazione nel campo della riduzione del danno e dei servizi senza soglia.
13 Intensità Assistenziale	Media- alta
14 Specializzazione	Media- alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Finanziamento vuoto per pieno. Budget annuale di finanziamento.



CURA E RIABILITAZIONE. Trattamenti semiresidenziali e residenziali

Scheda Generale

1 Tipologia e setting	Servizi di tipo residenziale, semiresidenziale (diurno, notturno o solo per alcuni giorni della settimana)
2 Funzioni	Osservazione, diagnosi, definizione di un progetto personalizzato condiviso dall'utente, trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione dalla ricaduta.
3 Natura	Sanitario e Sociale
4 Finalità/Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Osservazione finalizzata alla diagnosi e alla redazione di progetti personalizzati di trattamento successivi. - Trattamento per il perseguimento degli obiettivi prefissati in sede di orientamento e diagnosi. - Cura finalizzata al recupero di specifiche abilità o livelli di autonomia bio-psicosociale
5 Trattamenti e interventi erogati	Anamnesi, bilancio delle competenze, piano di trattamento personalizzato, counseling, colloquio terapeutico o psicoterapia, gruppi tematici e gruppi terapeutici, verifica periodica, ergoterapia, terapia di coppia, terapia familiare.
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<p>Soggetti che presentano problematiche legate all'abuso di sostanze stupefacenti e conseguente disequilibrio comportamentale o bio-psicologico e che trovino indicazione al trattamento o alla cura in ambiente protetto al fine di recuperare in tutto o in parte le abilità o il benessere psicofisico perduti.</p> <p>Esclusione: soggetti non compatibili con altri in trattamento per motivi di sicurezza o di elevata problematicità comunicativa, organizzativa, di non autosufficienza, ecc...in rapporto allo standard del servizio.</p>
7 Soglia di accesso	Media o alta a seconda della tipologia del servizio
8 Modalità di accesso	Su invio da parte di U.O. del Dipartimento o direttamente attraverso le procedure diagnostiche e terapeutiche codificate e condivise.
9 Durata del trattamento	Da tre a trentasei mesi a seconda della tipologia del servizio specifico
10 Funzionamento del servizio	<p>Diurno o semiresidenziale : 5 giorni a settimana per almeno 8 ore</p> <p>Notturno e fine settimana: almeno 40 ore settimanali</p> <p>Residenziale: 365 gg/anno per 24 ore/die</p>
11 Capacità Ricettiva	Da 8 a 30 posti a seconda della tipologia specifica del servizio
12 Figure professionali	Medico, psicologo, psichiatra, educatore professionale/educatore, assistente sociale, animatore, istruttore di attività manuali, impiegato amministrativo
13 Intensità Assistenziale	Media o alta a seconda della tipologia del servizio
14 Specializzazione	Media
15 Retta/Costi/Finanziamento	A seconda della tipologia – vedi schede particolari



CURA E RIABILITAZIONE. Servizi Terapeutici specialistici generali	
1 Tipologia e setting	I Servizi Terapeutici Residenziali o Semiresidenziali specialistici generali si articolano nelle seguenti tipologie: 1. comunità terapeutica diurna 2. comunità terapeutica residenziale 3. comunità semiresidenziale solo per alcuni giorni la settimana 4. comunità breve
2 Funzioni	Recupero e/o miglioramento psico-fisico e socio relazionale del paziente attraverso protocolli di trattamento terapeutico individuali e/o di gruppo
3 Natura	Prevalentemente sanitario
4 Finalità/Obiettivi	Allontanamento dalle occasioni di ricaduta, cura della persona, recupero delle capacità e delle abilità relazionali e lavorative perdute, acquisizione della autonomia dalle sostanze d'abuso e stabilizzazione della stessa.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione diagnostica multidisciplinare e multiprofessionale basata su protocolli unificati di Dipartimento • attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; • consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; • gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti. • attività psicoeducative ed ergoterapiche di supporto.
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso (=non attivi durante il trattamento); • pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici compresi i sostitutivi, ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni. Esclusione: tossicodipendenti attivi.
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	Su invio da servizi abilitati alla diagnosi
9 Durata del trattamento	Max 18 mesi
10 Funzionamento del servizio	- servizio residenziale: 24 ore per 365 giorni - servizio semiresidenziale: almeno 40 ore a settimana a prescindere dalla distribuzione dell'orario
11 Capacità Ricettiva	8-30 posti
12 Figure professionali	Equipe multidisciplinare e pluriprofessionale che deve contenere comunque le seguenti professionalità: psicologo, educatore professionale / educatore, altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze in numero adeguato al numero dei soggetti trattati. Numero di operatori minimo equivalente a 2 operatori + 1 ogni 8 utenti oltre al responsabile del programma (vedi atto di intesa Stato Regioni 5 agosto 1999)
13 Intensità Assistenziale	Alta
14 Specializzazione	Media
15 Retta/Costi/Finanziamento	Da stabilire, tenuto conto delle voci relative a spesa alberghiera, consumi, spese generali di gestione (30%)+ spesa per il personale (60%) + spesa per attrezzatura e struttura (10%)



SERVIZI SPECIALIZZATI

CURA E RIABILITAZIONE - Trattamenti semiresidenziali e residenziali per diagnosi, osservazione e orientamento.	
1 Tipologia e setting	I servizi Terapeutici specialistici si articolano nelle seguenti tipologie: 1. comunità diurna per “accoglienza, orientamento e diagnosi” (atto intesa –art 11), e cioè di “osservazione, approfondimento diagnostico e orientamento” 2. comunità residenziale per “accoglienza, orientamento e diagnosi” (atto intesa – art 11)(vedi sopra) Entrambe le tipologie possono essere rivolte, a seconda della caratterizzazione del target, ad utenza che necessita di bassa soglia di accesso, o ad un’utenza che presenta problematiche bio-psico-sociali particolari che rendono appropriato un approfondimento psicodiagnostico specialistico ed un lavoro di sviluppo motivazionale in ambiente protetto e specialistico per l’elaborazione e l’attivazione di un percorso terapeutico mirato e personalizzato da svolgersi eventualmente presso altra struttura o programma
2 Funzioni	Accoglienza, cura e disintossicazione in ambiente protetto, approfondimento diagnostico, costruzione di progetto personalizzato
3 Natura	Prevalentemente sanitario
4 Finalità/Obiettivi	Osservazione finalizzata alla costruzione di un progetto terapeutico personalizzato Disintossicazione in ambiente protetto. Valutazione dello stato di salute del paziente, compresa diagnosi delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza, ove possibile impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia del centro più idoneo allo svolgimento dello stesso. Approfondimento diagnostico e definizione del programma terapeutico più appropriato alla complessità evidenziata
5 Trattamenti e interventi erogati	- valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale secondo le procedure di qualità indicate dalla regione, basata su protocolli unificati di Dipartimento ; - impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia del centro più idoneo allo svolgimento dello stesso. - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, nonché familiare: - gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio; - osservazione finalizzata alla costruzione di progetto terapeutico personalizzato - invio verso centro più idoneo al trattamento con relazione accompagnatoria
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Accoglienza non selezionata di pazienti, anche sottoposti a trattamenti farmacologici Accoglienza selezionata utenti che presentano problematiche particolarmente complesse nella individuazione del percorso più appropriato Esclusione: soggetti disintossicati per i quali è già stato definito un percorso di trattamento.
7 Soglia di accesso	Bassa
8 Modalità di accesso	Su invio da parte delle U.O. del Dipartimento o direttamente purché sia acquisita l’indicazione al trattamento da parte di servizio o figura professionale competente
9 Durata del trattamento	Max 90 giorni, prevedendo eccezionalmente estensione massima a 120 giorni sulla base di evidenze emerse durante il programma
10 Funzionamento del servizio	La comunità per “orientamento, osservazione e diagnosi” ha il seguente funzionamento - residenziale: 24 ore per 365 giorni - diurna: almeno 8 ore/giorno; minimo 5 (6) giorni/settimana
11 Capacità Ricettiva	8-20 posti. Almeno 1 presidio per Provincia



12 Figure professionali	Psicologo, Medico psichiatra anche ad ore, infermiere anche ad ore, altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze (es. tossicologo) e/o campo delle disabilità psichiatriche in numero adeguato al numero dei soggetti trattati, eventuale personale aggiuntivo per servizi ausiliari alberghieri. Numero di unità operative minime equivalente a 2 operatori a tempo pieno + 1 ogni 6 utenti, oltre al responsabile del programma (vedi atto di intesa Stato Regioni 5 agosto 1999) Il calcolo delle unità operative è dato dal monte ore complessivo settimanale/36
13 Intensità Assistenziale	Medio-Alta
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta complessiva delle residenze specialistiche generali + 10%



CURA E RIABILITAZIONE- Trattamenti semiresidenziali e residenziali per Comorbidità Psichiatrica	
1 Tipologia e setting	Si articolano nelle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> • comunità diurna per “doppia diagnosi” • comunità residenziale “doppia diagnosi”
2 Funzioni	Trattamento e cura, riabilitazione, reinserimento.
3 Natura	Prevalentemente sanitario
4 Finalità/Obiettivi	- accoglienza di soggetti con caratteristiche predefinite, particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico: problematiche psichiatriche - recupero della autonomia psico-fisica e potenziamento delle capacità di integrazione sociale.
5 Trattamenti e interventi erogati	- valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale secondo le procedure di qualità indicate dalla regione basata su protocolli unificati di Dipartimento; - attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell’utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, nonché familiare, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo e familiare , con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio; - attività psicoeducative e/o ergoterapiche di supporto
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Pazienti tossicodipendenti autosufficienti sul piano fisico con associata patologia psichiatrica riconosciuta dalle competenti strutture sanitarie. Esclusione: soggetti senza riconoscimento di comorbidità.
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	Su invio da servizi territoriali
9 Durata del trattamento	Variabile, comunque per cicli non superiori ai 18 mesi e ripetibili, con esplicitazione degli obiettivi da perseguire ogni volta.
10 Funzionamento del servizio	La comunità per “doppia diagnosi” ha il seguente funzionamento - residenziale: 24 ore per 365 giorni - diurna: almeno 8 ore/giorno; minimo 5 (6) giorni/settimana
11 Capacità Ricettiva	10-20 posti
12 Figure professionali	Psicologo, Medico psichiatra anche ad ore, infermiere anche ad ore, altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze e nel campo delle disabilità psichiatriche in numero adeguato al numero dei soggetti trattati, eventuale personale aggiuntivo per servizi ausiliari alberghieri. Numero di unità operative minime equivalente a 2 operatori a tempo pieno + 1 ogni 4 utenti oltre il responsabile del programma(vedi atto di intesa Stato Regioni 5 agosto 1999).. Il calcolo delle unità operative è dato dal monte ore complessivo settimanale/36
13 Intensità Assistenziale	Medio-alta
14 Specializzazione	Medio-alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta complessiva delle residenze specialistiche generali + 60% - Va prevista la modalità di cofinanziamento DSM



CURA E RIABILITAZIONE - Trattamenti semiresidenziali e residenziali per alcoldipendenti	
1 Tipologia e setting	I servizi dell'area dedicata agli alcoldipendenti si articolano nelle seguenti tipologie: 1 comunità diurna per "alcoldipendenti" 2 comunità residenziale "alcoldipendenti"
2 Funzioni	Trattamento e Cura, stabilizzazione, prevenzione della ricaduta
3 Natura	Prevalentemente sanitario
4 Finalità/Obiettivi	Accoglienza di soggetti con caratteristiche predefinite: problematicità correlata all'abuso di alcool. Recupero della autonomia psicofisica, ripristino delle capacità di integrazione sociale.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale secondo le procedure di qualità indicate dalla regione basata su protocolli unificati di Dipartimento;; - attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a dodici mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, nonché familiare, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - gestione delle problematiche mediche generali e specialistiche, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio. - attività psicoeducative ed ergoterapiche di supporto
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Pazienti maggiorenni con problematiche legate all'abuso dell'alcool senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Esclusione: soggetti non compromessi da alcoldipendenza e con gravi compromissioni psichiatriche.
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	Su invio da servizi (o medici di base) comunque abilitati per indicazione al trattamento
9 Durata del trattamento	Variabile, comunque per cicli non superiori ai 12 mesi e ripetibili, con esplicitazione degli obiettivi da perseguire ogni volta.
10 Funzionamento del servizio	La comunità per alcolisti ha il seguente funzionamento <ul style="list-style-type: none"> - residenziale: 24 ore per 365 giorni - diurna: almeno 8 ore/giorno; minimo 5 (6) giorni/settimana
11 Capacità Ricettiva	10-20 posti
12 Figure professionali	Psicologo, educatore professionale / educatore, Medico psichiatra anche ad ore, infermiere anche ad ore, altre figure professionali con specifica formazione nel campo dell'alcolologia in numero adeguato al numero dei soggetti trattati. Personale adeguato per servizi ausiliari alberghieri. Numero di unità operative minime equivalente a 2 operatori a tempo pieno + 1 ogni 6 utenti oltre il responsabile del programma(vedi atto di intesa Stato Regioni 5 agosto 1999).. Il calcolo delle unità operative è dato dal monte ore complessivo settimanale/36
13 Intensità Assistenziale	Medio-alta
14 Specializzazione	Medio-alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta complessiva delle residenze specialistiche generali + 20%



CURA E RIABILITAZIONE. Trattamenti semiresidenziali e residenziali per minori	
1 Tipologia e setting	Si articolano nelle seguenti tipologie: 1 comunità diurna per “adolescenti” 2 comunità residenziale per “adolescenti”
2 Funzioni	Educativa, di sostegno, orientamento
3 Natura	Sanitario e Sociale
4 Finalità/Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • accoglienza di soggetti che presentano particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico: giovani adolescenti che presentano problematiche di uso e/o abuso di sostanze.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale secondo le procedure di qualità indicate dalla regione basata su protocolli unificati di Dipartimento;;; • attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a trentasei mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell’utente, ed eventuali modifiche; • consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo e/o <i>familiare</i>, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale, di gruppo, <i>familiare</i> con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; • gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio; • Attuazione degli interventi previsti in materia di tutela dei minori. • attività psico-educative e ludiche • assistenza, supporto e tutoraggio per l’espletamento degli obblighi scolastici, avviamento verso corsi professionalizzanti.
6 Destinatari/inclusione-esclusione	<ul style="list-style-type: none"> • adolescenti con problematiche legate all’uso e/o abuso di sostanze stupefacenti Esclusione: minori di 12 anni e maggiori di 20.
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	Di norma su invio dei Servizi territoriali competenti alla tutela dei minori in accordo con l’Autorità giudiziaria
9 Durata del trattamento	Max 36 mesi
10 Funzionamento del servizio	La comunità per minori ha il seguente funzionamento - residenziale: 24 ore per 365 giorni - diurna: almeno 8 ore/giorno; minimo 5 (6) giorni/settimana
11 Capacità Ricettiva	Si fa riferimento alle norme collegate alla legge regionale 20/02
12 Figure professionali	Si rimanda alla regolamentazione delle strutture per minori legge 20/02 Equipe multiprofessionale con preparazione e formazione nel campo delle dipendenze patologiche e nel settore dell’adolescenza
13 Intensità Assistenziale	Alta
14 Specializzazione	Medio-alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta delle strutture specialistiche generali + 65% tenuto conto della bassa capacità ricettiva delle strutture



CURA E RIABILITAZIONE. Trattamenti semiresidenziali e residenziali per coppie di genitori, nuclei familiari o soggetti con figli	
1 Tipologia e setting	Si articolano nella seguente tipologia: 1 - comunità terapeutica residenziale
2 Funzioni	Accoglienza, sostegno, orientamento, cura, reinserimento.
3 Natura	Sanitaria e Sociale
4 Finalità/Obiettivi	Recupero dell'autonomia psicofisica e delle capacità di relazione sociale e del ruolo genitoriale. Riequilibrio delle dinamiche familiari in funzione di una efficace ed armonica educazione dei figli.
5 Trattamenti e interventi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale, secondo le procedure di qualità indicate dalla regione basata su protocolli unificati di Dipartimento; - attuazione di un programma educativo e terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a trentasei mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo e/o familiare, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale, di gruppo, familiare con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - interventi volti all'apprendimento e al consolidamento del ruolo genitoriale - interventi socio-educativi che garantiscano la presa in carico del minore favorendo la socializzazione nei contesti educativi del territorio. - Attuazione degli interventi previsti in materia di tutela dei minori. - gestione delle problematiche mediche e specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio; - Attività psicosociali e ludiche
6 Destinatari/inclusione-esclusione	Madri o coppie con problemi di dipendenza, anche con figli, anche trattati con farmaci sostitutivi Esclusione madri o coppie senza problemi di dipendenza
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	Su invio da parte dei servizi territoriali
9 Durata del trattamento	Max 36 mesi
10 Funzionamento del servizio	La comunità terapeutica ha il seguente funzionamento - residenziale: 24 ore per 365 giorni
11 Capacità Ricettiva	Max 13 nuclei, ognuno con proprio spazio abitativo
12 Figure professionali	Psicologo, Medico o pediatra ad ore, altre figure professionali con specifica formazione nel campo del trattamento minorile in numero adeguato al numero dei soggetti trattati. Numero di unità operative minime equivalente ad almeno 2 operatori a tempo pieno con specifiche competenze professionali nel settore delle dipendenze patologiche + 1 operatore ogni 4 nuclei o utenti adulti + 1 operatore ogni 6 minori con specifiche competenze professionali in ambito pediatrico e pedagogico (pediatra/pedagogista) oltre il responsabile del programma(vedi atto di intesa Stato Regioni 5 agosto 1999). Il calcolo delle unità operative è dato dal monte ore complessivo settimanale/36
13 Intensità Assistenziale	Alta
14 Specializzazione	Alta
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta delle strutture specialistiche generali + 60% oltre la retta di ogni minore aggiunto a carico dei Servizi Sociali degli Enti Locali



INCLUSIONE SOCIALE - Trattamenti semiresidenziali e residenziali	
1 Tipologia e setting	Si articolano nelle seguenti tipologie: 1. comunità di reinserimento diurna 2. comunità di reinserimento residenziale 3. comunità di reinserimento semiresidenziale solo per alcuni giorni la settimana
2 Funzioni	Supporto logistico, di sostegno sociale e psicologico e di tutela per soggetti che dopo avere espletato un percorso terapeutico, necessitano di una fase di accompagnamento e <i>tutoring</i> per il loro reinserimento socio-lavorativo e permanenza in ambiente protetto con l'obiettivo di incrementare e consolidare le capacità di autogestione.
3 Natura	Misto: sanitario o sociale a seconda del progetto personalizzato
4 Finalità/Obiettivi	Assicurare la stabilizzazione dell'equilibrio psicofisico nella fase di passaggio da un trattamento di cura all'inserimento socio-lavorativo.
5 Trattamenti e interventi erogati	- attuazione di un progetto dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto o 30 mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti e, comunque, con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana. - <i>tutoring</i> e mediazione con datori di lavoro e con altri referenti esterni
6 Destinatari/inclusion e-esclusione	Pazienti con caratteristiche predefinite, non in fase attiva, provenienti da percorsi di trattamento conclusi o compatibili, che siano in prospettiva o in grado di sostenere ritmi lavorativi (anche ridotti) in ambiente esterno Esclusione: soggetti che siano attivi nell'uso di sostanze o che non siano ancora in grado di sostenere un impatto con il mondo esterno.
7 Soglia di accesso	Media / alta
8 Modalità di accesso	A provenienza da altri percorsi terapeutici
9 Durata del trattamento	Max 18-30 mesi a seconda che si tratti di livello sanitario o sociale, tenuto conto del percorso già effettuato in continuità con altre strutture.
10 Funzionamento del servizio	La comunità terapeutica di reinserimento ha il seguente funzionamento - residenziale: 24 ore per 365 giorni - semiresidenziale: almeno 40 ore a settimana a prescindere dalla distribuzione dell'orario
11 Capacità Ricettiva	8-30 posti
12 Figure professionali	Equipe multidisciplinare che deve contenere comunque le seguenti professionalità: psicologo, educatore professionale/educatore, altre eventuali professionalità in numero adeguato al numero dei soggetti trattati. Numero di unità operative minime equivalente a 2 operatori + 1 ogni 8 utenti oltre al responsabile del programma.
13 Intensità Assistenziale	Medio-alta
14 Specializzazione	Medio-bassa
15 Retta/Costi/Finanziamento	Come retta delle strutture specialistiche generali



AZIONI DI SUPPORTO: Unità di Valutazione, Programmazione e Sviluppo	
1 Tipologia e setting	Nell'Ufficio di Staff, oltre a figure che consentano lo svolgimento delle attività di coordinamento, può essere istituita una Unità di Valutazione, Programmazione e Sviluppo (UVPS) necessaria alla implementazione ed alla programmazione effettiva del Dipartimento, che garantisca le seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> - osservatorio epidemiologico - sistema informativo - controllo di gestione - accreditamento e autorizzazione - sperimentazione - ricerca - formazione e supervisione - valutazione
3 Finalità/Obiettivi	supporto alla valutazione, alla programmazione ed allo sviluppo
4 Funzioni	<ul style="list-style-type: none"> - raccolta e analisi dei dati - <i>report</i> periodici delle attività e delle prestazioni - analisi economica e multidimensionale - supporto alle attività di ricerca e sperimentazione - controllo dei criteri di autorizzazione e accreditamento - controllo di qualità - gestione del sistema informativo dipartimentale - gestione delle attività di osservatorio - monitoraggio dei processi - miglioramento tecnico scientifico e acquisizione di nuove tecnologie; - analisi della domanda sul territorio e per le diverse sostanze e tipologie di pazienti - analisi di <i>follow-up</i> - gestione delle attività formative - <i>report</i> sulle principali ricerche di settore nazionali ed estere - analisi di <i>benchmarking</i> - gestione dei sistemi di supervisione e del loro impatto - supporto alle valutazioni multidisciplinari - supporto e promozione del collegamento con enti esterni - proposta, definizione e controllo di un sistema di indicatori collegato agli obiettivi - analisi e proposta dei criteri di valutazione predefiniti dalla Direzione di Dipartimento - definizione manuale di qualità comprendente processi, obiettivi, <i>mission</i> e <i>vision</i>
5 Destinatari	Interni al Dipartimento: Coordinamento e Comitato del Dipartimento, Tutti gli operatori. Interni alla Zona: Direzione Zonale, controllo di gestione. Esterni: Ministero, Regione, Zona, Asur, Ambiti, Provincia, Comuni, Enti locali, Privato sociale, gruppi di auto aiuto, scuola e mondo del lavoro.
6 Modalità di accesso	Gli operatori del Dipartimento e la Direzione di Zona possono accedere direttamente ai dati riassuntivi ed alla banca dati interna e esterna. Il Dipartimento, in accordo alle linee Zonali e a quanto stabilito dalle leggi vigenti ed a accordi specifici, fornisce dati aggregati e scritti o elaborati a tutti gli enti esterni. I dati individuali sono a disposizione solo degli operatori attivi e abilitati.
7 Figure professionali	Epidemiologo, Sociologo, Informatico, Statistico, Videoterminalista, Amministrativo. Relativamente alla complessità di funzione, possono essere previste ulteriori figure, quali lo psicologo del lavoro e/o di comunità, l'esperto in organizzazione di Servizi, di metodologia della ricerca, "altro".

Legenda:

Specializzazione: in che misura il Dipartimento interviene con proprio personale e proprie risorse alla erogazione del trattamento o alla realizzazione dell'intervento.

Intensità: si riferisce al grado di "impegno" sociosanitario che richiede quel determinato target cui si indirizza l'intervento (ad es. popolazione generale = int. Bassa; popolazione utenza attiva o cronica = intensità alta o media a seconda del servizio o trattamento)



ALLEGATO 3

Tablette esplicative della fase di ammissione, della predisposizione e verifica del Progetto Terapeutico Individualizzato

Processo di Ammissione

a. Fase del *triage* e dell'accoglienza

1. <i>triage</i> e "accettazione" dell'utente
2. raccolta informazioni in anamnesi
3. analisi della domanda
4. analisi e raccolta della richiesta/e anche quelle provenienti dalla committenza
5. esami di screening
6. primo colloquio di informazione e valutazione con spiegazione dettagliata del significato del periodo di valutazione e presa in carico (periodo di co-costruzione del progetto terapeutico attraverso la condivisione degli obiettivi di cura)
7. valutazione di eventuali necessità di terapie urgenti (escludendo le cure richieste dal paziente ma non reperate necessarie)
8. effettuazione di eventuali interventi di urgenza anche in collaborazione con agenzie sanitarie (Pronto Soccorso) o extrasanitarie (Comune, volontariato, ecc.)

b. Fase della valutazione multidisciplinare e pluriprofessionale

1. diagnosi integrata: medica, psicologica e sociale
a) bilancio delle carenze e delle competenze
b) valutazione della motivazione al cambiamento
c) studio ambiente familiare
2. valutazione multidisciplinare di équipe pluriprofessionale con ipotesi di progetto terapeutico
N.B. In caso di non sufficienza diagnostica potranno essere predisposti strumenti aggiuntivi di valutazione specie in casi di problemi specifici (gravidanza, comorbidità psichiatrica, problemi legali, senza fissa dimora, ecc.) nonché utilizzati i centri di osservazione, approfondimento diagnostico e orientamento.

c. Fasi della stesura del progetto terapeutico

1. Restituzione delle valutazioni e confronto con l'utente
2. Definizione concordata degli obiettivi terapeutici condivisi tra équipe e utente
3. Definizione progetto e degli obiettivi da raggiungere nel tempo
a) scelta dei trattamenti, delle terapie e degli interventi necessari
b) predisposizione del percorso terapeutico assistenziale individualizzato
c) definizione del Referente del Caso
4. Monitoraggio e Valutazione



d. Fasi della verifica del progetto terapeutico

1. definizione delle fasi di verifica e dei tempi valutativi secondo il progetto e gli obiettivi dati
2. valutazione in equipe dei dati soggettivi e oggettivi e delle misure degli indicatori
3. ridefinizione eventuale del progetto e degli obiettivi da raggiungere nel tempo
4. modifica coerente dei trattamenti, delle terapie e degli interventi necessari
5. modifica del percorso terapeutico assistenziale individualizzato
6. chiusura con esito dei trattamenti conclusi o interrotti

e. Fasi della dimissione e del *follow-up*

1. chiusura e dimissione definitiva del paziente
2. discussione con il paziente degli esiti raggiunti
3. consegna della valutazione e diagnosi di dimissione
4. consegna ai committenti della relazione conclusiva
5. accordo di valutazioni di <i>follow-up</i>



ALLEGATO 4

SINTESI DELLE AZIONI PRIORITARIE E RESPONSABILITA' ATTUATIVE NELLA FASE DI AVVIO

MESI	OBIETTIVO	RESPONSABILITA'
6	STIMA E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO	DSPC - ARS
6	VALUTAZIONE DELL'ASSETTO GIURIDICO-ISTITUZIONALE (N° DDP, DEFINIZIONE DEGLI STANDARD MINIMI DI PRESTAZIONE/BACINO D'UTENZA PER L'ISTITUZIONE DELL'U.O.) E DEFINIZIONE DELLE LINEE D'INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA	DSPC - ASUR
6	DEFINIZIONE DEI CRITERI ISTITUTIVI DELL'ASSEMBLEA DEL DDP	DSPC
6	NOMINA DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO E CONTROLLO	DSPC
9	DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI DIAGNOSTICI, CERTIFICATIVI, TERAPEUTICI ED OPERATIVI REGIONALI	ASUR - CONSULTA
12	RIDETERMINAZIONE DEGLI ORGANICI, ADEGUAMENTO DELLE RETTE, SISTEMA INCENTIVANTE	DSPC – ASUR – ARS - CONSULTA
18	DEFINIZIONE DEI PROTOCOLLI REGIONALI DIAGNOSTICHE SULLA COMORBILITA' PSICHIATRICA	ASUR - CONSULTA
18	DEFINIZIONE DEI CRITERI DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SPECIFICI NON RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI (LAVORO DI STRADA. INSERIMENTO LAVORATIVO)	DSPC – CONSULTA - ARS
24	RIDEFINIZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI E RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DI RIQUALIFICAZIONE DEL PERSONALE	DSPC - FORMAZIONE PROFESSIONALE - CONSULTA
24	DEFINIZIONE DEI PROFILI ASSISTENZIALI	ASUR – CONSULTA
24	STESURA DI UN PROTOCOLLO REGIONALE CON IL TRIBUNALE PER I MINORENNI RELATIVO A GENITORI TOSSICODIPENDENTI DI MINORI	ASUR – CONSULTA – MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
24	STESURA DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DELLA CRISI	ASUR - SERVIZI OSPEDALIERI – 118 – CONSULTA -
24	ANALISI DEGLI ASPETTI LOGISTICI E STRUTTURALI IN RAPPORTO AI REGOLAMENTI EDILIZI COMUNALI	EDILIZIA PUBBLICA-CONSULTA - ANCI

NOTA: per il raggiungimento degli obiettivi indicati si costituiscono degli appositi organismi o gruppi di lavoro.

Tutti gli organismi e gruppi di lavoro vengono formalizzati dalla Regione.

La responsabilità del coordinamento di tutte le attività è in capo alla Giunta Regionale.

Per ciascun organismo e gruppo viene comunque individuato un coordinatore che risponde del raggiungimento degli obiettivi di lavoro nei tempi stabiliti.