

La normativa regionale in materia di alcol e problemi alcolcorrelati

Roma, settembre 2006

La normativa regionale in materia di alcol e problemi alcolcorrelati

A cura della sezione Organizzazione dei servizi sanitari

Indice

Premessa: Le principali indicazioni normative nazionali	7
Schema norme nazionali	9
Schema norme programmatiche regionali	11

Le schede normative regionali:

Premessa.....	15
Valle d'Aosta	17
Piemonte.....	21
Lombardia	25
Trento	31
Bolzano.....	33
Veneto	37
Friuli Venezia Giulia.....	43
Liguria.....	49
Emilia-Romagna.....	53
Toscana.....	59
Marche.....	65
Umbria.....	73
Lazio.....	79
Abruzzo	85
Campania.....	89
Molise.....	95
Basilicata	93
Calabria	97
Puglia.....	101
Sicilia.....	107
Sardegna	111

Premessa: Le principali indicazioni normative nazionali

In Italia è progressivamente maturata la consapevolezza del problema “alcolismo” e nell’ultimo decennio in ambito nazionale e regionale si è registrato un significativo incremento nell’emanazione di atti normativi e programmatici riguardanti le problematiche alcolologiche e le misure per contrastarne la diffusione.

Una consapevolezza maturata soprattutto dagli anni '90 in poi, e da quell’epoca si comincia a rilevare il passaggio da norme unicamente di tipo sanzionatorio, contenute principalmente negli **articoli 688-691 del codice penale, e nell’articolo 186 del codice della strada “guida sotto l'influenza dell'alcool”** (anche art. 119, comma 8 - visita di aspiranti conducenti che manifestano comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate), a norme dedicate alla prevenzione e cura della dipendenza da alcool.

Indicazioni specifiche che si inquadrano nella più ampia normativa sul tema delle tossicodipendenze, a partire dal **“Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” (D.P.R. 9.10.1990, n. 309).**

Il decreto ha istituito specifici servizi per le tossicodipendenze in ogni azienda USL (Ser.T), disciplinati in seguito da appositi decreti ministeriali (in particolare DM 444 del 1990), che rappresentano il primo e fondamentale nucleo di tutela dei soggetti con problemi di dipendenze patologiche. I SerT hanno nel corso degli anni attivato interventi specifici per il trattamento dei comportamenti d’abuso di alcol e per la riabilitazione dei soggetti alcol-dipendenti.

Il DPR 309/90 prima e la legge 45/99 successivamente, hanno orientato il sistema di intervento nell’area delle dipendenze sempre di più ai bisogni del territorio, alle emergenze reali e a una sempre maggiore integrazione delle risorse disponibili, coordinando e monitorando il fenomeno.

Il decreto 309/90 rinviava, inoltre, al Ministero della Sanità la determinazione degli indirizzi per le attività di prevenzione del consumo e delle dipendenze da alcol e per la cura e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da alcol.

In attuazione di questa disposizione è stato emanato il **DM (Ministro della Sanità) 3 agosto 1993 - Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza.** Il Decreto riconosce la rilevanza del fenomeno alcoldipendenza, che va considerato alla stregua di una vera e propria malattia sociale, e rileva l’esigenza di rispondere alle domande e ai bisogni posti dall’alcoldipendenza e patologie correlate con interventi integrati e coordinati a livello medico, psicologico e sociale. Il decreto prevede inoltre un’articolazione operativa su due livelli: locale e regionale.

A livello locale, *l’équipe per le alcoldipendenze* costituisce un momento di risposta funzionale di carattere multidisciplinare ed opera, di norma, nell’ambito del bacino di utenza di una singola unità sanitaria locale, collocata nel servizio o struttura più idonea per facilitare e promuovere l’afflusso dell’utenza. Le professionalità da utilizzarsi nell’ambito di un approccio multidisciplinare integrato sono preferenzialmente quelle del medico, dello psicologo, dell’educatore professionale, dell’assistente sociale e dell’infermiere professionale.

A livello più ampio la Regione, individuando al suo interno una precisa referenza e responsabilità, programma e coordina le attività di promozione della salute, la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate, incentiva la ricerca, la formazione

e l'aggiornamento degli operatori, definisce un sistema informatico di raccolta dati sull'andamento del fenomeno nel proprio ambito territoriale, assicurando i flussi nazionali previsti dalla normativa vigente.

Grande attenzione alla necessità di prevenire l'uso inadeguato di bevande alcoliche è dedicata anche dal **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000**, all'interno del primo dei 5 obiettivi prioritari di salute, *"Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute"*.

Il Piano indica la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol, per i maschi, ed i 20 grammi/die di alcol, per le donne, dovrà ridursi del 20%;
- La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto dovrà tendenzialmente ridursi del 30%.

Individua anche le azioni prioritarie per realizzare i suddetti obiettivi: campagne di educazione sanitaria, differenziate per i diversi gruppi di popolazione; campagne mirate a controllare i consumi alcolici fra le donne in gravidanza e a promuovere l'interruzione del consumo; sostegno ad iniziative volte alla disassuefazione dall'alcol, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia; azioni mirate al miglioramento dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti alcol-dipendenti.

Come sviluppo di queste indicazioni, l'**Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"** riconosce l'esigenza di incrementare l'attività e la diffusione dei servizi sanitari operanti nel campo della dipendenza da alcol e della patologia alcolcorrelata, razionalizzandone gli interventi e migliorandone la qualità.

L'Accordo raccomanda fortemente che le Regioni definiscano specifiche risposte organizzative per i problemi legati all'alcolismo, inserendo le attività di assistenza alle persone con problemi di alcolismo e propone l'integrazione dei servizi e degli operatori nell'ambito del **Dipartimento delle Dipendenze**.

Ciascun Dipartimento dovrebbe essere dotato almeno di una *équipe alcolologica* di carattere multidisciplinare, quale punto focale per gli interventi di secondo livello, ossia di diagnosi, di trattamento e di riabilitazione, nonché per il raccordo con le strutture ospedaliere, il volontariato, l'associazionismo, il privato sociale e il privato. Particolare attenzione è stata posta al coordinamento con i reparti ospedalieri che ricoverano i soggetti con patologie alcolcorrelate, ritenendo opportuno prevedere *un modulo operativo ospedaliero*, dotato di un numero limitato di posti letto (orientativamente 3 posti letto per un bacino di 300.000 persone), inserito nell'ambito dei piani di lavoro del Dipartimento.

Di poco successivo, l'**Atto di intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999** determina i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso. L'intesa costituisce evidentemente una regolamentazione anche degli enti operanti nel settore della dipendenza da alcol.

Risulta di particolare rilievo la **Legge 18 febbraio 1999, n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze"**.

L'art. 127 prevede il finanziamento a carico del *Fondo nazionale per la lotta alla droga* di progetti triennali prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze e dall'alcoldipendenza correlata, presentati dalle Regioni e dai Ministeri interessati.

Più in generale, si può evidenziare che attraverso la gestione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga si è avviato il passaggio dal finanziamento “per servizi” al co-finanziamento “di progetti” ed, infine, al co-finanziamento “di politiche e servizi integrati territoriali”.

In attuazione della legge 45/99, il **D.P.C.M. 10 settembre 1999 “Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze”** ha indicato criteri e obiettivi generali dei progetti, tra cui progetti integrati sul territorio di prevenzione primaria delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza correlata; programmi di educazione alla tutela della salute; programmi di contrasto alla diffusione delle «nuove droghe»; inclusione sociale e lavorativa; progetti personalizzati volti al reinserimento lavorativo e a quello sociale di tossicodipendenti e alcol dipendenti correlati; diffusione sul territorio di servizi sociali e sanitari di primo intervento, dei servizi di consulenza e informazione anche telefonica; attivazione di iniziative per lo sviluppo di sistemi territoriali di intervento a rete per il contrasto delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza correlata; programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori sociali e sanitari con forme di partecipazione congiunta di operatori pubblici e del privato sociale.

Al contempo, la normativa nazionale in materia di welfare ha introdotto sostanziali mutamenti nello scenario dei servizi alla persona ed alla comunità. Basti pensare al **D.Lgs. 229/99**, alla **legge n. 328/2000** (legge quadro sui servizi sociali), al Piano Sociale Nazionale, al **DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria**, al **DPCM 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza**.

In questo quadro, le prestazioni in materia di dipendenze patologiche sono da considerarsi *sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*. I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria sono i “distretti”, che operano in stretta integrazione con i Comuni associati nei cosiddetti “ambiti sociali” (in genere distretti e ambiti sociali operano su un territorio coincidente, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/00).

Inoltre gli interventi per le dipendenze sono di tipo “intersectoriale” in quanto richiedono una sempre maggiore integrazione con le azioni e con le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione al lavoro, le politiche di promozione dei diritti ed opportunità per gli adolescenti ed i giovani, le politiche per l'immigrazione, le attività di trattamento e di tutela della popolazione detenuta. Risulta, poi, strategico il ruolo degli enti locali e del terzo settore, sia nella rilevazione dei bisogni sia nell'erogazione dei servizi.

In attuazione del D.Lgs. 230 del 1999, viene approvato il **Decreto ministeriale 21 aprile 2000 “Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario”** per il passaggio al Servizio sanitario nazionale delle competenze e delle modalità per il reale riconoscimento della tutela della salute dei soggetti in stato di detenzione.

La materia trova un suo quadro organico di riferimento solo con la **Legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati”** (pubblicata nella G.U. n. 90 del 18 Aprile 2001).

“Una legge presa a modello da molti Paesi europei, che tuttavia non pare avere avuto finora un forte impatto propulsivo sulle offerte di servizi nelle regioni”, come nota Emanuele Scafato dell'Istituto Superiore di Sanità.

Inoltre sono ancora da adottare alcuni atti ivi previsti, ad esempio non sono state effettuate le modifiche agli ordinamenti didattici universitari delle professioni sanitarie e di quelle sociali previste dall'art.5, al fine di inserirvi l'apprendimento dell'alcolologia.

Di seguito si sintetizzano le principali indicazioni.

Art. 1: la legge reca norme finalizzate alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti, ai sensi della normativa emanata dall'Unione Europea e dall'OMS. Ai fini della presente legge, per bevanda alcolica si intende ogni prodotto contenente alcol alimentare con gradazione superiore a 1,2 gradi di alcol e per bevanda superalcolica ogni prodotto con gradazione superiore al 21 per cento di alcol in volume.

Art. 2: indica le finalità della legge:

- a. tutela il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b. favorisce l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c. favorisce l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d. promuove la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcol-correlati;
- e. favorisce le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo-aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcol-correlati.

Art. 3: indica le attribuzioni dello Stato, tra cui l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento che indichi:

- a. i requisiti minimi dei servizi per la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti alcolodipendenti,
- b. gli standard di attività dei servizi individuati dalle regioni e P.A. Trento e Bolzano per lo svolgimento delle funzioni indicate alla lettera a);
- c. i criteri per il monitoraggio periodico da parte delle Regioni dei dati relativi al consumo di bevande alcoliche e ai problemi alcolcorrelati;
- d. le azioni di informazione da effettuare nelle scuole, università, caserme, istituti penitenziari e luoghi di aggregazione giovanile.

Inoltre il Ministero dell'Interno adotta provvedimenti per intensificare le attività di controllo delle strade durante le ore in cui è maggiore il rischio di incidenti legati al consumo e all'abuso di alcol, dotando gli addetti ai controlli di attrezzature idonee.

Per la realizzazione delle attività di monitoraggio è autorizzata la spesa massima di lire 1.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001. Per la realizzazione delle attività di informazione e di prevenzione, è autorizzata la spesa massima di lire 2.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001. Per le attività di controllo delle strade nelle ore a maggior rischio di incidenti legati al consumo di alcol, è autorizzata la spesa massima di lire 1.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001.

Art. 4: prevede l'istituzione della *Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alco-correlati* e ne indica composizione e funzioni.

Art. 5: indica l'opportunità di modificare, successivamente, gli ordinamenti didattici del corso di laurea in medicina e chirurgia e dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico, allo scopo di assicurare l'apprendimento dell'alcolologia come corso di studio.

Art. 6: apporta una modifica al nuovo codice della strada di cui al Decreto Legislativo 30 aprile 1992 n. 285 e prevede la riduzione del valore alcolemico consentito per la guida di un veicolo da 0,8 g a 0,5 g per litro di sangue.

Art. 8: prevede che il Ministro della sanità trasmetta annualmente al Parlamento una relazione sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge, predisposta sulla base delle relazioni inviate dalle Regioni ai sensi dell'art. 3.

Art. 9 attribuisce alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano la competenza a:

- programmare, nell'ambito delle risorse rese disponibili dal Fondo sanitario nazionale, gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati;
- individuare i servizi e le strutture, anche ospedaliere e universitarie, incaricati della realizzazione degli interventi, compresi quelli per il trattamento in fase acuta dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati,
- definire la formazione e l'aggiornamento degli operatori del settore, in base ai principi dalla presente legge ed alle previsioni del Ministero della salute.

Le Regioni e le Province Autonome sono tenute a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Ministero della sanità sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge.

Art. 11: Nell'ambito della loro programmazione socio-sanitaria, le regioni e le province autonome, fatte salve le strutture esistenti, possono realizzare strutture di accoglienza per pazienti alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cure prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital.

Art. 12: Le regioni, le aziende USL ed i servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati possono svolgere la loro attività avvalendosi, anche mediante apposita convenzione, di enti ed associazioni pubbliche o private che operano per il perseguimento degli obiettivi di cui alla presente legge. La permanenza presso le suddette strutture non può essere superiore a trenta giorni.

Art. 13: vieta la pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di anni 18.

Art. 15: il comma 1 attribuisce al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il compito di individuare le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche;

Il comma 3 prevede che ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi alcolologici o altre strutture riabilitative si applica l'articolo 124 del DPR 309 /1990 (la norma prevede la conservazione del posto di lavoro per la durata del trattamento riabilitativo, nel limite massimo di 3 anni, con aspettativa senza assegni e altre specificazioni contrattuali).

Art. 16: Stanzia la somma di 4.125 milioni annui a partire dall'anno 2001, a carico del bilancio dello Stato, per gli oneri derivanti dall'applicazione della legge.

In attuazione della legge 125/2001, vengono poi adottati:

- **il decreto ministeriale 14 aprile 2003** (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), che provvede alla "Istituzione della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati".
- **il decreto ministeriale 3 giugno 2004, n. 199** (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), che adotta il "Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati".
- **l'atto d'intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006** (in Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 Marzo 2006) che individua 14 tipologie di attività lavorative, con diverse specificazioni, che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali si fa divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125.

Nella fase attuale si riconosce, altresì, esplicitamente (PSN 2003-05 e PSN 2006-08) che la prevenzione e la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol costituisce uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione alla protezione della salute delle giovani generazioni.

In particolare, **il Piano sanitario nazionale 2003-2005** approvato D.P.R. 23.5.2003, inserisce la prevenzione dell'alcolismo nell'ambito di uno dei dieci progetti prioritari, adottati per la strategia del cambiamento: *"Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"*.

Il Piano riconosce che, pur con qualche elemento positivo (il consumo di bevande alcoliche in Italia è andato diminuendo dal 1981 in poi), il problema è ancora molto rilevante. La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol va considerata come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Occorre, pertanto, porre in essere ogni possibile intervento per raggiungere gli obiettivi affermati dall'OMS e dall'Unione Europea con la approvazione di una specifica strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Si ribadisce che numerose evidenze dimostrano che gli individui che abusano dell'alcol, e in particolare i giovani, sono più esposti ad assumere comportamenti ad alto rischio quali la guida di autoveicoli e l'esecuzione di lavori in condizioni psicofisiche inadeguate. Per i più giovani inoltre si sottolinea la correlazione fra uso di alcol, fumo e abuso di droghe, e il ruolo assunto dall'alcol quale "ponte" per l'approccio all'uso di sostanze psicotrope illegali.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, si sofferma sul tema delle *"dipendenze connesse a particolari stili di vita"*

Questa linea di azione richiama quanto previsto dal PSN 2003-05 ed è finalizzata a contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, quali il fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda l'abuso di alcol, il Piano rileva che in questi ultimi anni si sono consolidate le politiche sanitarie del nostro Paese in campo alcologico, come è rilevabile dalla Relazione che il Ministro della Salute ha presentato al Parlamento, ai sensi dell'art. 8 della legge 125/2000, per illustrare gli interventi attivati a livello nazionale e regionale nell'anno 2004. Un consolidamento che riflette anche gli orientamenti delle politiche alcologiche della Unione Europea, che hanno avuto negli ultimi anni un forte impulso con l'inserimento delle problematiche sanitarie connesse con l'uso e abuso di alcol nel nuovo Programma di azione comunitario di sanità pubblica per gli anni 2003-2008.

Inoltre il Ministero della Salute ha elaborato nel Dicembre 2004 un *Piano nazionale Alcol e Salute*, inserito nel programma di attività del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), quale strumento per favorire azioni di ampio respiro per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati in tutto il territorio nazionale.

Nonostante i progressi rilevabili nel sistema di servizi e interventi del SSN, sia a livello nazionale che regionale, permangono alcuni preoccupanti fenomeni, con l'aumento della popolazione complessiva dei consumatori, in particolare donne e i giovani e l'aumento dei comportamenti di consumo a rischio, nonché con la difficoltà di garantire, soprattutto in alcuni territori, percorsi terapeutici adeguati ai bisogni dell'utenza con problemi di alcoldipendenza conclamata.

Il Piano fissa due obiettivi generali da raggiungere:

1. accrescere la percezione culturale dei rischi e delle conseguenze del “bere”, trasmettendo univoci e adeguati orientamenti soprattutto per la protezione sanitaria dei più giovani e delle donne;
2. accrescere la disponibilità e l’accessibilità di efficaci trattamenti, nei servizi pubblici o accreditati, per i soggetti con consumi dannosi e per gli alcolodipendenti conclamati, nonché sorvegliare l’efficacia e l’efficienza degli interventi.

Le competenze a livello nazionale

Si ritiene utile evidenziare che, a livello nazionale, vi è un intreccio di competenze in materia di alcolismo da parte di diversi Ministeri e principalmente: Salute, Giustizia, Lavoro, Interni. Una competenza che si è modificata nel tempo più volte per le scelte operate dalle diverse legislature.

Così, per coordinare questa articolata serie di funzioni e dare attuazione ai piani d’azione dell’Unione Europea per la lotta alla droga e alle altre dipendenze patologiche, la legge finanziaria 2004 ha istituito un **Dipartimento nazionale per le politiche antidroga all'interno della Presidenza del Consiglio dei Ministri** (art. 3, commi 83, 84, 85, 86 della legge 24 dicembre 2003, n. 350). In seguito, il DPCM 31 maggio 2004 ha disciplinato l’organizzazione di questo Dipartimento tramite "Linee di indirizzo amministrativo in tema di promozione e coordinamento delle politiche, per prevenire e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcolodipendenze correlate" (pubblicato nella G.U. n. 132 del 8 giugno 2004. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Dipartimento trasmette una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione degli interventi contro le dipendenze patologiche, con particolare riferimento alle azioni di contrasto e prevenzione della droga e di recupero, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Nell’attuale legislatura, con apposito atto legislativo (decreto legge 18 maggio 2006, n. 181, convertito, con modificazioni, nella legge 17 luglio 2006, n. 233), **si sono spostate le competenze del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga al Ministero della Solidarietà Sociale**. Questa scelta dipende - come viene spiegato nella Relazione annuale 2005 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia presentata a luglio 2006 al Parlamento – dalla convinzione dell’importanza di spostare l’asse degli interventi da un approccio di tipo sanzionatorio e repressivo ad uno sociale ed includente.

Oltre a queste competenze, vi sono poi diversi enti di ricerca di livello nazionale che operano in questa materia, ed in particolare l’Istituto Superiore di Sanità, attraverso “l’Osservatorio Fumo, Alcol, Droga (OSSFAD) e il “Centro di collaborazione OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol-correlati”, che opera da molti anni come controparte italiana in diversi progetti nazionali, europei e internazionali per la prevenzione, la valutazione e il monitoraggio dell’uso di alcol e delle patologie alcol-correlate.

Un ruolo strategico riveste, inoltre, la collaborazione attiva di più soggetti istituzionali e non, tra cui gli Enti Locali e la Conferenza stato-Regioni, nonché i numerosi enti ed associazioni di volontariato, tra cui *Alcolisti Anonimi*, *Club degli Alcolisti in Trattamento*, che risultano ben radicate sul territorio.

Altrettanto fondamentale il ruolo delle società scientifiche, ed in particolare della *Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche*, nonché della *Società Italiana di Algologia* (SIA), che partecipa anche alla Consulta Nazionale sull’alcol e sui problemi correlati.

Strategie e politiche europee 2005-2010

A conclusione di questa rassegna delle normative di riferimento, si ritiene utile segnalare la recente risoluzione dell'OMS Europa *"Framework for Alcohol Policy in the European Region"*, che costituisce la cornice di riferimento sulle politiche e le strategie contro l'alcol per il periodo 2005-2010.

La risoluzione sollecita un'ampia collaborazione internazionale e il coinvolgimento di tutti i possibili interlocutori istituzionali per l'individuazione di programmi e politiche efficaci per ridurre il rischio e le patologie alcol-correlate. È auspicato il coinvolgimento del mondo dell'industria, dell'agricoltura e del commercio per giungere alla formulazione di strategie ampiamente condivise, orientate alla tutela specifica della popolazione dal consumo dannoso di alcol.

Schema norme nazionali

D.P.R. 9.10.1990, n. 309 “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” pubblicato nella Gazz. Uff. 31.10.1990, n. 255, S.O.

D.M. 3 agosto 1993 (Ministro della Sanità) - Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza, pubblicato nella Gazz. Uff. 23.8.1993, n. 197 e ripubblicato nella Gazz. Uff. 15.1.1994, n. 11, dopo la registrazione presso la Corte dei conti.

PSN 1998-2000, approvato con DPR 23 luglio 1998 all'interno del primo dei 5 obiettivi prioritari di salute, “*Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute*” pubblicato nella Gazz. Uff. 10.12.1998, n. 288, S.O..

Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti” pubblicato nella Gazz. Uff. 15.3.1999, n. 61.

Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 “Individuazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso” pubblicato nella Gazz. Uff. 1.10.1999, n. 231.

Legge 18 febbraio 1999, n. 45 “Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze”. L'art. 127 prevede il finanziamento, a carico del Fondo, di progetti triennali presentati dalle Regioni anche sui problemi sanitari connessi all'alcolismo. Legge pubblicata nella Gazz. Uff. 5.3.1999, n. 53.

Decreto ministeriale 21 aprile 2000 "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"

Legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” pubblicata nella Gazz. Uff. 18.4.2001, n. 90.

D.M. 14 aprile 2003 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), "Istituzione della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati di cui all'art. 4 della legge n. 125 del 2001".

D.M. 3 giugno 2004, n. 199 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), adotta il “Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della *Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati* ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge 30 marzo 2001, n. 125” pubblicato nella Gazz. Uff. 6.8.2004, n. 183.

PSN 2003-2005 approvato con D.P.R. 23.5.2003 nell'ambito di uno dei dieci progetti prioritari, adottati per la strategia del cambiamento: “*Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute*” pubblicato nella Gazz. Uff. 18.6.2003, n. 139, S.O.

PSN 2006-2008, approvato con DPR 7.4.2006, inserisce, tra gli obiettivi di salute del Servizio sanitario nazionale, anche quello delle “*dipendenze connesse a particolari stili di vita*”. Pubblicato nella Gazz. Uff. 17.6.2006, n. 139, S.O.

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
Valle d'Aosta	Piano Regionale per la Salute 2006-2008 , approvato con L.R. 20.6.2006, n. 13. Il Piano tratta del problema sia nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie sia con una specifica azione, denominata "Sviluppo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche".	
Piemonte	Piano sanitario regionale 1997-1999 , approvato con L.R. 12.12.1997 n. 61. Il Piano dedica un capitolo al "Progetto Dipendenze", confermando che in ogni ASL devono essere garantiti gli interventi a favore degli alcooldipendenti mediante i GLA, ossia gruppi di lavoro interservizi per l'alcolismo, nominati dal Direttore Sanitario. Ogni ASL deve inoltre predisporre programmi coordinati ed integrati di prevenzione e riabilitazione delle situazioni di dipendenza, da adottare e realizzare con il concorso di tutti gli Enti coinvolti.	Delibera di Giunta Regionale 80 – 1700 del 11.12.2000 sulle linee guida dell'atto aziendale, che indica l'attivazione del Dipartimento di patologie delle Dipendenze nelle ASL.
Lombardia	Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 approvato con D.C.R. 13.3.2002 n. 462; Il Piano prevede, sul tema delle tossicodipendenze e alcooldipendenze, obiettivi specifici per due aree: <i>Area di sostegno e trattamento</i> e <i>Area di reinserimento sociale</i> . Più in generale il Piano prevede: - il rafforzamento del ruolo della ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni: essa esercita la funzione di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, - l'estensione del sistema di autorizzazione e di accreditamento a tutti gli ambiti delle attività sanitarie e sociosanitarie, a tutela della libertà di scelta del cittadino, - l'introduzione del contratto come strumento che regola i rapporti fra ASL e soggetti erogatori di prestazioni, con parità di diritti e doveri tra strutture pubbliche e private.	"Progetto Regionale Dipendenze" , approvato con DGR n. 12621 del 7.4.2003, che riguarda due aspetti: da un lato approva gli indirizzi programmatici e direttive per l'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL; dall'altro determina i requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite.
P.A. TRENTO	Schema di Piano sanitario provinciale 2000-2002 : nell'ambito dell'area "promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie, inserisce il Progetto "Riduzione del consumo di alcol", con i seguenti obiettivi generali: riduzione della diffusione e del consumo di alcol; promozione di un uso appropriato dei farmaci; riduzione di altri comportamenti a rischio per la salute	
P.A. Bolzano	Piano sanitario provinciale 2000-2002 , approvato con DG.P. 19 luglio 1999 n. 3028. Il Piano affronta il tema dell'abuso di alcool in più punti, tra cui: la sezione 10.3 tratta degli aspetti della prevenzione e pone l'obiettivo di sensibilizzare bambini e giovani rispetto ai comportamenti devianti che possono portare alla dipendenza; il capitolo 2.5.6. è dedicato al tema "Abuso di droghe, alcool, farmaci e fumo di tabacco".	La L.P. 18 maggio 2006, n. 3: "Interventi in materia di dipendenze" attua la legge 125/01 con misure di prevenzione e tutela della salute: vieta la vendita di alcool ai minori di 16 anni; vieta la pubblicità di alcolici nei programmi di radio e televisioni locali dalle ore 16 alle 19; nei programmi per minori dai 15 minuti precedenti ai 15 m. successivi la trasmissione; nella stampa rivolta ai minori, nei cinema per film rivolti ai minori. Gli esercizi commerciali devono esporre separatamente gli alcolici dalle altre bevande e disporre di almeno 2 bevande fredde non alcoliche più economiche rispetto agli alcolici. I Comuni possono disporre ulteriori misure per feste, manifestazioni sportive etc. Sono fissate le sanzioni pecuniarie per la violazione delle norme.

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme rogrammatorie regionali</i>
Veneto	Il Piano Socio-Sanitario regionale 1996-1998, approvato con L.R. 3 febbraio 1996 n. 5, include tra gli Obiettivi strategici previsti dall'art. 3: - la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze psicotrope e alcool e il reinserimento socio-lavorativo dei dipendenti da tali sostanze; - la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco e alcool; L'art. 11 "I progetti obiettivo e le azioni programmate" prevede che il provvedimento relativo alle tossicodipendenze deve includere: - il recepimento, in materia di alcoldipendenza, del "Progetto Alcolologia Veneto" di cui alla D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980, attuativo del D.M. Sanità 30.8.1993. - la revisione della L.R. 22 ottobre 1982, n. 49 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool".	Documento "Alcolologia nel Veneto - "Non solo cura ma cultura. Indirizzi per il lavoro in rete" approvato con DGR 473 del 28.2.2006.
Friuli V.G.	Piano sanitario regionale 2000-2002, definito anche "Piano di intervento a medio termine (PIMT)", approvato con D.G.R. 9 marzo 2001 n. 734. Il Piano: - inserisce, tra gli obiettivi di salute prioritari, la promozione di comportamenti e stili di vita per la salute con particolare riferimento a fumo, alcool, dieta e attività fisica. - dedica il punto 5.8 ai Servizi per le dipendenze. In quest'ambito prevede che il sistema di assistenza deve considerare le seguenti priorità: la centralità del soggetto portatore di un bisogno; interventi basati sulle problematiche generali sull'uso delle sostanze e non solo sulla dipendenza; garanzia di un'area specifica di intervento per l'alcooldipendenza; ruolo di integrazione dei diversi soggetti istituzionali e non, che deve trovare ricomposizione nel distretto etc.	L.R. 31-3-2006 n. 6 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", dedica l'art. 48 alle <i>Politiche di contrasto alle dipendenze</i>.
Liguria	Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con DCR 20/27.1.2004 n. 3, in cui la Regione affronta specificamente il tema dell'alcol e dei problemi alcol-correlati ed assume come propri gli obiettivi delineati dal PSN e della legge quadro n. 125/2001. Il Piano definisce le azioni prioritarie per le Aziende sanitarie per migliorare la rete dei servizi, coordinare gli interventi e aggiornare gli operatori sociosanitari; sostenere le realtà territoriali autonome di autotutela e promozione della salute etc.	La Regione Liguria ha adottato le "Linee di indirizzo su prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze" (D.C.R. 31 luglio 2001 n. 34), precedute dalle Linea Guida per l'istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze (D.G.R. 9 marzo 2001 n. 305), in cui si riuniscono, all'interno di un assetto dipartimentale dell'azienda USL, anche i soggetti del privato sociale che gestiscono Comunità di Accoglienza e recupero dei tossicodipendenti. Inoltre, la L.R. 24 maggio 2006 n. 12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari" e il " Piano triennale dei Servizi Sociali 2002-2004", prevedono l'azione prioritaria "Prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti".

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme rogrammatorie regionali</i>
Emilia-Romagna	Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato con DCR n. 1235/1999, si sofferma sul tema delle dipendenze patologiche nell'ambito dei Progetti Speciali per l'integrazione socio-sanitaria. Rileva che nel settore delle dipendenze patologiche è da tempo avvertita la necessità di definire le modalità di integrazione delle competenze, delle risorse e degli interventi fra Aziende USL ed Enti locali prevedendo il coinvolgimento anche degli Enti ausiliari e delle Associazioni di volontariato. A tale scopo è adottato, con D.G.R. n. 62/1999, un Protocollo d'intesa con la Confederazione delle Autonomie Locali dell'Emilia-Romagna (CALER). Il protocollo chiarisce le differenze fra competenze istituzionali e gestione degli interventi, consentendo di individuare modalità di rapporto tra i diversi enti che garantiscano unitarietà di programmazione e di indirizzi ed integrazione operativa degli interventi.	D.G.R. 17-1-2005 n. 26: “Applicazione della L.R. n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso - Ulteriori precisazioni” La Regione definisce le modalità di qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali di particolare complessità, quali: <i>accoglienza e presa in cura dei casi con morbidità anche psichiatrica; appropriatezza dell'intervento residenziale; appropriatezza dei trattamenti farmacologici dei tossicodipendenti da eroina e da alcol</i>.
Toscana	Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 approvato con D.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22, Nella parte dedicata ai progetti speciali di interesse regionale e alla prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze, prevede uno sviluppo delle azioni finalizzate alla promozione dell'empowerment della popolazione attraverso interventi tesi a ridurre l'uso eccessivo di alcool, in particolare nelle fasce di età adolescenziali e giovanili, e la prevalenza di forti bevitori. Il Piano prevede, inoltre, la revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolistici" di cui alla D.C.R. n. 281/1998, alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella legge quadro nazionale n. 125/2001.	In attuazione del PSR 2005/2007, la D.G.R. 27 marzo 2006 n. 210 prevede “Attivazione del processo di revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolistici" e indirizzi per azioni di promozione, sostegno e coordinamento degli interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di sostanze alcoliche”.
Marche	Piano sanitario regionale 2003-2006, approvato con DCR n. 314/2003, dedica il paragrafo 2.2.4 al tema “dipendenze patologiche”. Il paragrafo inizia con l'analisi del “cambiamento del sistema di welfare”, che ha portato ad una modifica dei servizi alla persona e quindi anche delle dipendenze. L'articolata rete dei servizi nella Regione costituisce lo strumento per perseguire obiettivi prioritari, tra cui il potenziamento degli interventi di prevenzione primaria, anche attraverso collaborazioni interistituzionali (comuni, provveditori agli studi, ecc.), riconoscendo agli ambiti la funzione di co-progettazione delle azioni di salute rivolte alla prevenzione primaria. E' necessario definire un piano pluriennale (progetto obiettivo) per articolare una programmazione, di governo e di gestione; occorre anche stabilire profili di assistenza che attraversino i diversi servizi (materno-infantile, età evolutiva, servizi per le dipendenze patologiche, ecc.) e siano fondati sulla centralità di funzione del MMG e del PLS.	In attuazione del Piano sanitario regionale, la Regione ha previsto la “Adozione dell'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.” (DGR 29-6-2004 n. 747). Si tratta di un ampio provvedimento, che definisce il sistema integrato territoriale dei servizi alla persona e alla comunità in materia di dipendenze, disciplinando in particolare il dipartimento dipendenze patologiche.
Umbria	Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con DCR n. 314/2003, conferma e sviluppa gli obiettivi sulla prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche sulla base di una serie di atti regionali precedenti ed in particolare: “Atto di indirizzo programmatico sulla riduzione del danno da dipendenze” (DCR 10.1.2000 n. 767); “Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze e tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti (D.G.R. 29.7.2002 n. 1057); “Piano sociale regionale 2000/2002” (DCR 20-12-1999 n. 759). Il Piano sanitario regionale prevede anche lo sviluppo di alcuni servizi specialistici, tra cui il <i>Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati</i>.	La DGR 15-12-2004 n. 1973: “Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze”, che si sofferma sulla attuale organizzazione dei servizi, compresi i Centri Alcolologia, e stabilisce le priorità di azione, tra cui l'approfondimento sulla conoscenza dei fenomeni e una diversa e più adeguata metodica di rilevazione e diffusione dei dati.

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
Lazio	Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 , approvato con DCR n. 114/2002 prevede tra i problemi di salute specifici nell'ambito delle dipendenze, il tema della dipendenza da alcol. Tale attività sarà inserita nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze attivato presso le Aziende USL (Progetto obiettivo dipendenze DGR 716/2000). La proposta operativa nel campo della Diagnosi e cura dell'alcoldipendenza è quella di attivare in ogni ASL un Servizio Alcolologico Territoriale (SALT) dotata di un'équipe alcolologica multidisciplinare. Il progetto obiettivo del 2000 sarà implementato con il <i>Piano di intervento regionale sui Problemi Alcol Correlati</i> elaborato dal Centro di Riferimento Regionale per i problemi e le Patologie Alcol Correlate (PAC) istituito con DGR 5626/97 (Policlinico Umberto I- Dipartimento di Medicina Clinica).	Provvedimenti sui "criteri per la definizione dei progetti e il riparto della quota del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga trasferita alla Regione Lazio" (es. DGR 3-8-2001 n. 1229).
Abruzzo	Il " Piano sanitario regionale 1999-2001 ", approvato con L.R. 2-7-1999 n. 37 e tuttora vigente , dedica ampio spazio al tema della "prevenzione cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcoldipendenza e di dipendenza dal tabagismo". Il Piano sviluppa ulteriormente i servizi e gli obiettivi previsti dalla L.R. 29-11-1999 n. 114: "Prevenzione dei problemi alcol-droga-correlati e di formazione di operatori del settore socio-sanitario, del settore socio-educativo e del volontariato" .	
Campania	Nell'ambito del " Piano Sanitario regionale 2002-2004 ", approvato con D.C.R. 20-6-2002 n. 129/3 , la Regione Campania ha definito specifici <i>Obiettivi di salute</i> da perseguire nel triennio anche sui problemi correlati all'alcol, in riferimento a quanto previsto dal PSN 1998-2000 e con la finalità generale di <i>promuovere Comportamenti e Stili di Vita per la Salute</i> . Il Piano regionale prevede, poi, lo sviluppo degli interventi di cura, riabilitazione e contrasto delle dipendenze, nonché delle azioni per monitorare e conoscere meglio il fenomeno.	Con la D.G.R. 2 luglio 2004, n. 970 la Regione ha approvato un " Programma di interventi per gli alcoldipendenti, ai sensi della legge 30 maggio 2001, n. 125 ". Con diverso provvedimento, D.G.R. 16-12-2005 n. 1910, la Regione disciplina la " Rete Ser.T. e strategie d'intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti ." La D.G.R. 15-4-2005 n. 514 concerne invece la: " Informatizzazione dei Ser.T. " in riferimento al Progetto Ministeriale "Sesit".
Basilicata	il Piano sanitario regionale per il triennio 1997- 1999 , approvato con D.C.R. 30.12.1996, n. 478 prevede una specifica Azione programmata sulle "Patologie alcol-correlate" , con questi risultati attesi: ridurre il consumo di alcol del 25% entro l'anno 2000; ridurre le morti per patologia alcol-correlata; ridurre i ricoveri per patologia alcol-correlata; recupero e reinserimento degli alcolisti. Definisce le conseguenti azioni prioritarie: sviluppo di programmi di promozione ed educazione alla salute; rete di servizi coordinata in aree funzionali omogenee o in Dipartimenti; definizione di programmi di intervento specifico per le famiglie.	Il " Piano Socio Assistenziale per il triennio 2000/2002 ", approvato con D.C.R. 22-12-1999 n. 1280 stabilisce, tra le priorità, lo sviluppo di una politica organica di lotta alla droga e alle altre dipendenze patologiche sul fronte della prevenzione; l'utilizzo dei Piani di zona come occasione per sviluppare una programmazione organica degli interventi, delle risorse e dei servizi territoriali, anche di promozione sociale, in un quadro di integrazione verticale ed orizzontale dei soggetti istituzionali e sociali.
Molise	Il Piano Sanitario Regionale 1997-1999 , approvato con DCR n. 505 del 30.12.1996 , affronta specificamente il tema della "Tossicodipendenza e alcoldipendenza", definendo alcuni obiettivi generali ed azioni prioritarie. Aggiorna così quanto in precedenza stabilito con la L.R. 8 giugno 1992, n. 18 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope".	

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme rogrammatorie regionali</i>
Calabria	Piano regionale per la Salute 2004/2006 , approvato con L.R. 19-3-2004 n. 11, tratta il tema dell'Alcol al paragrafo 2.3, rilevando che "la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini". Per affrontare questo complesso problema il Piano considera prioritaria la prevenzione e l'implementazione dei servizi; definisce inoltre un'articolata serie di obiettivi di salute e di azioni prioritarie.	
Puglia	Il "Piano Sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di Salute 2002-2007", approvato in via definitiva con D.G.R. 27-12-2001 n. 2087 – Il paragrafo 8.2.2 "Dipendenza da sostanze di abuso" conferma la scelta di coordinare la rete dei servizi nel "Dipartimento delle dipendenze patologiche" delle ASL, come previsto dalla L.R. 6.9.1999, n. 27. Stabilisce gli obiettivi prioritari, tra cui la definizione del sistema di autorizzazione ed accreditamento; il recepimento della legge n. 125/2001 e degli obiettivi del PSN 1998/2000 per realizzare - attraverso l'attivazione di strutture dedicate sia nell'ambito del Dipartimento per le dipendenze patologiche sia nell'ambito delle strutture ospedaliere ed universitarie - i seguenti obiettivi specifici: prevenzione dell'abitudine all'alcol tra gli studenti delle scuole; prevenzione dell'abitudine all'alcol nei confronti della popolazione in generale ed in particolari luoghi di aggregazione; trattamenti per la disassuefazione dall'alcol.	La Regione, con D.G.R. 30-11-2005 n. 1722, ha previsto la "Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche (C.R.I.Di.P.)", con funzioni di orientamento, istruttoria, implementazione, formazione, ricerca e supporto tecnico-scientifico alla gestione strategica regionale in materia di dipendenze patologiche. Inoltre la L.R. 9 agosto 2006, n. 26 "Interventi in materia sanitaria" dedica l'art. 6 alle dipendenze patologiche e prevede nuove modalità organizzative al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP); delega poi la Giunta regionale ad emanare indirizzi in materia (anche per la tutela della salute dei detenuti in attuazione del D.Lgs. 230/99).
Sicilia	Il Piano sanitario regionale 2000-2002, approvato con D.P.Reg. 11-5-2000, prevede che le A.U.S.L. istituiscano il <i>Dipartimento funzionale delle dipendenze patologiche</i> , come scelta strategica per coordinare e riorganizzare il sistema degli interventi e fornisce indicazioni sull'organizzazione del Dipartimento e sulle principali unità componenti, i SERT.	In attuazione del Piano sanitario regionale, il Dec.Ass. 21 dicembre 2001, ha approvato le "Linee guida sul dipartimento delle dipendenze patologiche". Inoltre la Circ.Ass. 22-5-2006 n. 1195, fornisce "Direttive per lo sviluppo del nuovo sistema informativo regionale delle dipendenze. Debito informativo aziendale e obiettivi di attività per l'anno 2006".
Sardegna	Il Piano Regionale per i Servizi Sanitari, approvato con DGR n. 51/9/2005 ed in fase di approvazione da parte del Consiglio regionale, stabilisce specifici obiettivi ed azioni prioritarie sul tema delle dipendenze. Impegna anche la Regione, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Piano, a predisporre un <i>programma di interventi nel settore delle dipendenze</i> (inclusi alcolismo e tabagismo), prevedendo il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, impegnati nella risposta a tale bisogno di salute. La Regione istituisce la <i>Commissione regionale per le dipendenze</i> con compiti di supporto all'analisi e al monitoraggio degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché di sostegno tecnico – scientifico nella promozione delle iniziative.	Il "Piano socio-assistenziale per il triennio 1998-2000, approvato con D.C.R. 29-7-1998, contiene un'azione programmatica sulla prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche, per collegare alla più articolata e consistente attività delle Aziende U.S.L., le competenze dei Comuni nell'ambito della prevenzione e nella predisposizione e attivazione di progetti di inserimento sociale. Dovrà porsi particolare attenzione agli stili di vita ed al disagio della popolazione adolescente e giovanile.

Le schede normative regionali

Premessa

Come rileva il PSN 2006-08, appare evidente che negli ultimi anni si è consolidata una nuova cultura istituzionale in campo alcologico che ha indotto molte Regioni a rafforzare il sistema di misure programmatiche e organizzative, con particolare attenzione al mondo giovanile e scolastico.

Le normative regionali sul tema delle tossicodipendenze sono molte, e all'interno delle stesse viene trattato anche il tema dell'alcol e dei problemi alcol-correlati. Meno frequenti sono le normative specifiche, anche se negli ultimi anni i Piani sanitari regionali dedicano spesso uno spazio al tema dell'alcoldipendenza e delle politiche sanitarie di prevenzione del fenomeno con particolare attenzione alla fascia giovanile.

Per quanto riguarda la rete dei servizi, il riferimento principale rimane, a livello aziendale, il SERT, al cui interno operano equipe o gruppi di lavoro sull'Alcologia.

Questa organizzazione è cresciuta nel tempo, anche in considerazione di quanto emerso nella *III Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova, 28-30 novembre 2000*, in cui i professionisti del settore hanno rilevato con forza la necessità di un sistema di servizi ben riconoscibile per i cittadini e realmente strutturato.

Un ruolo di grande rilievo è riconosciuto agli Enti locali, che collaborano con le aziende USL sia nella programmazione sia nell'attivazione dei programmi, in particolare nell'area della prevenzione (sulla base dei Piani di zona dei Comuni e dei Programmi di attività territoriali dei Distretti).

Un ruolo altrettanto significativo è svolto dagli enti e associazioni di volontariato, auto-mutuo aiuto, enti ausiliari, organizzazioni e società scientifiche, che operano in questo complesso settore che è caratterizzato come *“area ad elevata integrazione socio-sanitaria”* (DPCM 14 febbraio 2001), ed è tipicamente trasversale e intersettoriale.

Le attività di monitoraggio del Ministero della Salute (è appena stata presentata al Parlamento la relazione annuale 2005 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia) consentono di affermare che in tutte le Regioni si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali preposti al trattamento e alla riabilitazione della dipendenza da alcol, ma anche che rimane ancora molto da fare per conoscere il fenomeno e per contrastarlo.

Tutte le Regioni hanno partecipato al **progetto SESIT** del Ministero della Salute, Ministero del Welfare e Regioni, concernente il *“potenziamento delle dotazioni informatiche dei Sert e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo degli standard europei”*; tuttavia solo in alcune Regioni si sono reperite normative per l'adesione e l'implementazione del sistema. Il progetto SESIT è coordinato dalla Regione Veneto.

VALLE D'AOSTA

La Regione, che ha circa 118.000 abitanti, alla fine degli anni '80 attivava *l'Unità Operativa per le Tossicodipendenze* all'interno dell'unica USL Valle d'Aosta, sulla base della Delibera della Giunta Regionale n.7838 del 18 settembre 1987.

L'Unità operativa, divenuta in seguito Ser.T (Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze), rappresenta tuttora la principale struttura pubblica dell'azienda USL deputata alla prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti portatori di problematiche legate ai diversi stati di uso, abuso e dipendenza da sostanze e da comportamenti compulsivi.

Gli ambiti di intervento del Ser.T sono molteplici, secondo il dettato del testo unico n.309/1990, e si muovono non solo nell'ottica della gestione complessiva del caso - dal punto di vista sanitario, psicologico, educativo, di accompagnamento e reinserimento sociale - ma anche nell'ottica di favorire e coordinare un'organizzazione di rete dei diversi servizi per le dipendenze patologiche.

A tal fine il servizio si propone come punto di riferimento di altre realtà, pubbliche e private, che a diverso titolo si occupano dei differenti aspetti della tossicodipendenza e alcolodipendenza, tra cui le associazioni di volontariato (Alcolisti Anonimi; Club degli Alcolisti in Trattamento della Valle D'Aosta).

Tra le prime normative, si può citare anche la L.R. 27 maggio 1988 n. 38 che istituiva una comunità per il recupero di tossicodipendenti, la *"Emanuele Désaymonet"* di Aosta.

In seguito la Regione approva ed avvia un "programma di iniziative di lotta all'abuso di sostanze lecite ed illecite nelle scuole della Valle d'Aosta e adozione di linee guida per la prevenzione" (LR. 5.01.1990, n. 6).

Con L.R. 3 maggio 1993, n. 22 la Regione stabiliva, inoltre, l'erogazione di specifiche "provvidenze economiche a favore di persone anziane e handicappate, alcolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS", al fine del pagamento delle rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative, sia in regime diurno sia in regime residenziale, o come concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione. La legge è tuttora vigente e periodicamente rifinanziata.

In seguito si sono ripetute iniziative per rafforzare l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali per la prevenzione e la lotta all'alcolismo (va rilevato che l'integrazione socio-sanitaria costituisce una linea di azione sempre presente nella programmazione della Regione).

Sono stati promossi studi specifici, come *"Alcol, produzione, consumi e morbosità"* svolto negli anni 2000-01 e campagne di prevenzione regionale, come la *"Sbronza di Noè"*, che si sono avvalsi dei servizi e degli operatori sul territorio, in particolare quelli del *servizio di alcologia* dell'azienda USL della Valle d'Aosta.

Un sistema che trova sviluppo nelle indicazioni del **Piano socio-sanitario regionale 2002-2004** approvato con L.R. 4 settembre 2001, n. 18. In particolare l'Obiettivo 3.4 reca: *"Contrastare l'abuso di alcol"* e definisce i seguenti obiettivi strategici:

- rafforzare le azioni finalizzate alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- creare e sostenere ambienti che favoriscano la promozione della salute e rafforzino la motivazione e le capacità individuali ad evitare i danni provocati dall'abuso di alcol;

- rafforzare il sostegno pubblico per comportamenti più sicuri nel bere, attraverso programmi educativi;
- rafforzare il contributo dei sistemi sanitari e in particolare dell'assistenza sanitaria di base, alla prevenzione e al trattamento dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- rafforzare il contributo dei servizi di assistenza sociale alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol.

Lo stesso Piano prevede l'articolazione dei servizi di riferimento, che sono: il Ser.T; una Comunità terapeutico-riabilitativa; un Centro di prima accoglienza; un Centro di reinserimento; una Casa alloggio per malati di AIDS; un Centro crisi.

Il Piano precisa che dal 1999 è stata attivata presso il Ser.T una *équipe di alcologia* che ha potuto operare disponendo di personale appositamente dedicato; ciò ha avuto una ricaduta operativa evidente sia nell'aumento complessivo dei nuovi casi contattati e seguiti, sia nella qualità delle prestazioni offerte e dei nuovi servizi attivati, quale il day hospital.

Al fine di migliorare i servizi attivati nell'ambito dell'alcologia il Piano prevede di rafforzare il sistema dei servizi, pubblici e del privato sociale, e anche la riunificazione degli stessi in un **Centro Polivalente** che comprenda: day hospital (6 posti); night hospital (3 posti); ambulatorio; centro diurno; centro residenziale (10 posti).

Presso il Centro di prima accoglienza, che opera in convenzione con l'Azienda USL Valle d'Aosta, è svolta attività di accoglienza della persona e di valutazione della richiesta con interventi di tipo socio-educativo quali segretariato sociale, colloqui di sostegno individuale e/o familiare, sostegno educativo, predisposizione di inserimenti in comunità terapeutica in accordo con il progetto terapeutico elaborato dal Ser.T.

Ora il principale riferimento è costituito dal **Piano regionale per la Salute e il Benessere Sociale 2006-2008, approvato con L.R. 20.6.2006, n. 13.**

Il Piano tratta del problema sia nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie sia con una specifica azione, denominata *“Sviluppo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche”*.

Il Piano avvia questa azione rilevando che sul territorio regionale è già attiva una “rete di servizi”, sia pubblici che del terzo settore, rivolti ad assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore. La rete risulta così costituita: SERT (Servizio Tossicodipendenze), comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, Centri di informazione e di consulenza (CIC), gruppi di auto-aiuto nell'ambito delle patologie alcolcorrelate (C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.), rete delle strutture di ascolto e di reinserimento sociale e lavorativo.

La rete così costituita, che necessita comunque di modalità organizzative ed operative meglio raccordate ed integrate, costituisce lo strumento per riqualificare l'offerta complessiva della cura e dei trattamenti riabilitativi. Ciò attraverso procedure strutturate per la “presa in carico” complessiva della persona. Vanno individuati percorsi individualizzati, calibrati sulla diagnosi di stato bio-psico-sociale del soggetto e inseriti in una cultura sanitaria “per progetti” che consenta, per ognuno dei soggetti in trattamento, la determinazione di obiettivi di breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori di processo e di risultato.

Farà parte della riqualificazione dell'offerta una approfondita riflessione clinica, di livello regionale, sulle modalità più appropriate di assistenza anche in regime ospedaliero, di degenza e di day hospital, con la definizione di profili di assistenza sia per le de-tossificazioni (per le quali la prestazione ambulatoriale o comunitaria appare inappropriata), sia per la definizione delle “urgenze” non esauribili in protocolli di

pronto soccorso, così come per le disfunzioni comportamentali gravi da bisogno compulsivo e dalla conseguente sindrome astinenziale (craving);

Per quanto riguarda i problemi di consumo dell'alcol, il Piano prevede di potenziare l'operatività dei servizi per l'individuazione, l'orientamento, il trattamento ed il monitoraggio nel tempo dei soggetti con problemi alcolcorrelati. Prevede inoltre il potenziamento delle forme di conoscenza del sommerso e di prevenzione, soprattutto orientate ai più giovani.

Si prevedono, in conclusione, i seguenti interventi prioritari:

1. promuovere la formazione integrata degli operatori pubblici e privati, che sia coerente con i nuovi bisogni ed i nuovi obiettivi;
2. qualificare e adeguare l'offerta assistenziale e, ove necessario, riconvertire le strutture terapeutico-riabilitative per una migliore risposta ai bisogni emergenti quali: gestione doppia diagnosi, alcolismo, nuove dipendenze (droghe di sintesi, gioco d'azzardo, ecc.);
3. adottare modalità operative e collaborazioni continuative, condivise tra i vari soggetti coinvolti al fine di potenziare le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo;
4. individuare e definire una rete regionale integrata di servizi dedicata ai soggetti con problemi alcolcorrelati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;
5. mettere in rete le informazioni e i dati prodotti in materia di dipendenza, devianza e disagio potenziando la raccolta informatizzata dei dati anche in conformità agli indicatori fissati a livello europeo al fine di aumentare la conoscenza epidemiologica sul fenomeno.

Si ricorda, infine, che nella *“Giornata di informazione sulle droghe”* svolta il 28 giugno 2006 ad Aosta, si è rilevato che nella Regione le dipendenze da alcol interessano il 2% della popolazione, quelle da droga una percentuale di poco inferiore, mentre la popolazione a rischio dipendenza raggiunge quasi la soglia del 20%.

REGIONE PIEMONTE

La Regione ha un'ampia normativa sul tema dell'alcolismo che si può far risalire alla L.R. 23 dicembre 1977 n. 62 *"Norme urgenti di attuazione della prevenzione e dell'intervento verso le tossicodipendenze e l'alcoolismo"*, che definiva una specifica rete di prevenzione ed assistenza tramite le unità sanitarie locali e i servizi ausiliari, e istituiva il "Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo" per definire indirizzi e modalità di coordinamento dei servizi locali.

Negli anni '90 il sistema viene riprogettato dal **Piano socio sanitario regionale 1990-1992, approvato con Legge Regionale 23 aprile 1990, n. 37**, che fornisce precisi indirizzi per l'attivazione in ogni USSL di un *"Gruppo di lavoro interservizi alcologia"* (GLA) in cui dovevano essere rappresentati tutti i servizi territoriali ed ospedalieri interessati, con il duplice scopo di recuperare e valorizzare professionalità ed esperienze e di assicurare il coordinamento degli interventi preventivi e riabilitativi nel settore. I GLA fanno di norma riferimento ai SerT, ossia ai "Servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcooldipendenza". I gruppi alcologia hanno il compito di coordinare le azioni dei diversi servizi presenti sul territorio, sia pubblici che privati. Dal 1996, i SerT trasmettono al Ministero della Sanità apposite schede di rendicontazione sulle attività svolte nel settore dell'alcologia. I SerT. si avvalgono del contributo integrato di tutte le discipline (psicologiche, sociali, educative e sanitarie) ed impostano programmi di recupero in collaborazione e coordinamento con le diverse realtà presenti nell'area del Privato Sociale (comunità terapeutiche, cooperative sociali, associazioni ecc.).

Al contempo, la **L.R. 23 aprile 1990 n. 36** all'art. 25 individua una serie di misure per favorire la riabilitazione ed il recupero di dipendenti affetti da alcolismo cronico, tossicodipendenza o grave debilitazione psico-fisica. Le misure sono, sinteticamente: assenze per malattia retribuite per il ricovero presso strutture specializzate; permessi giornalieri entro le due ore per attività ambulatoriali; riduzione dell'orario di lavoro per la durata del progetto terapeutico; attribuzione di mansioni della stessa qualifica diverse da quelle abituali quando tale misura sia individuata dalla struttura sanitaria pubblica come supporto della terapia in atto.

La condizione di dipendenza o di debilitazione deve essere previamente attestata da una struttura sanitaria pubblica o dalle strutture associative convenzionate. La persona si deve, inoltre, impegnare a sottoporsi ad un progetto terapeutico di recupero e di riabilitazione predisposto dalle strutture medesime. Il dipendente ha diritto ad ottenere il "congedo straordinario per motivi di famiglia" anche per il sostegno di parenti, entro il secondo grado o, in mancanza entro il terzo grado, che abbiano iniziato l'esecuzione del progetto di recupero e di riabilitazione.

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori, le indicazioni principali sono contenute nel **Piano sanitario regionale 1997-1999, approvato con L.R. 12 dicembre 1997 n. 61**.

Il Piano, nel paragrafo relativo alla "strategia per la razionalizzazione delle risorse" evidenzia come "l'evoluzione della domanda di salute e delle caratteristiche dell'offerta, spingono verso tipologie di attività sanitarie in cui si riduce sempre più il peso del ricovero stesso; contemporaneamente cresce la necessità d'attività sanitarie e socio sanitarie sempre più specifiche...In questo senso, l'esperienza dei G.L.A. ha rappresentato una modalità di lavoro innovativa, incisiva ed in sintonia con le indicazioni nel campo delle dipendenze".

Il Piano contiene anche un paragrafo sul “Progetto Dipendenze”, dove si conferma che in ogni ASL devono essere garantiti gli interventi a favore degli alcooldipendenti mediante i GLA, ossia *gruppi di lavoro interservizi per l'alcolismo*, nominati dal Direttore Sanitario. Ogni ASL deve inoltre predisporre programmi coordinati ed integrati di prevenzione e riabilitazione delle situazioni di dipendenza, da adottare e realizzare con il concorso di tutti gli Enti coinvolti.

Per coordinare le diverse attività e confrontare i risultati, il Piano prevede che a livello regionale ed interaziendale si svolgano periodicamente riunioni che coinvolgano sia i responsabili, coordinatori ed operatori dei servizi per le tossicodipendenze e alcooldipendenze, sia delle unità operative e dei dipartimenti che operano in collaborazione con i SERT. Le riunioni sono modalità di “*audit clinico*”, mirate a confrontare attività e risultati, valutare l'andamento del fenomeno, formulare proposte per il miglioramento dei programmi e per rendere omogenee le prestazioni sul territorio regionale.

Partendo dalle indicazioni dei Piani Sanitari Regionali, l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte con il contributo del “Gruppo Tecnico Consultivo” ha in seguito adottato le **“Linee Guida per gli interventi in Alcologia”**, per attivare i G.L.A. su tutto il territorio regionale con uniformità di criteri e garanzia di pluralità di offerta.

Attualmente nella Regione Piemonte vi sono 63 G.L.A. - all'interno delle 22 Aziende Sanitarie Locali: l'ambito territoriale dei G.L.A. coincide con quello delle ex UU.SS.LL. e con quello dei 63 servizi tossicodipendenze. Nei G.L.A. il Ser.T. è, nella maggior parte dei casi, il servizio capofila; altri servizi presenti sono il servizio psichiatrico, i servizi sociali, le associazioni del privato sociale; vi sono poi collaborazioni con le strutture ospedaliere e, per quanto possibile, con i Medici di medicina generale.

Nel 1998 nasce l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della regione Piemonte (OED) in risposta alla necessità dei Servizi per le Tossicodipendenze (SERT) piemontesi di contare su di un polo di riferimento per la sorveglianza e la ricerca sul tema della dipendenza da sostanze. L'osservatorio è uno strumento di conoscenza e sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei SERT con quella scientifica e metodologica dell'epidemiologia. A tal fine effettua ricognizioni e stime sulla popolazione colpita e valuta le risposte dei servizi pubblici e del privato sociale attraverso l'analisi e la descrizione: della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive; dei suoi effetti sulla salute per quanto riguarda eventi acuti, cronici e mortalità; dei suoi effetti sociali (quali le carcerazioni e gli interventi delle Forze dell'Ordine); della tipologia e della frequenza degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attivati dai servizi pubblici e dal privato sociale. Ha tra le sue priorità il consolidamento del nuovo sistema informativo sulle dipendenze mirato ad aumentare le capacità di sorveglianza e monitoraggio del fenomeno e dei trattamenti con particolare riguardo alla sorveglianza di fenomeni come l'alcolismo e le nuove droghe. (www.oed.piemonte.it).

Con D.G.R. 31 luglio 2000 n. 36-623 viene istituita la **“Commissione Regionale Dipendenze”**, per i rapporti tra soggetti pubblici e privati e per la valutazione delle risposte adeguate nell'ambito dei servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Con D.G.R. 11.12.2000 80-1700 (Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali) che prevede anche l'attivazione nelle 22 ASL piemontesi del **Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (D.P.D.)**, che ha per finalità la programmazione, il coordinamento e la verifica, sotto il profilo quali/quantitativo,

delle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche e delle patologie correlate alla dipendenza. Alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 21.01.1999, il modello organizzativo adottato è il Dipartimento strutturale territoriale. I

Il D.P.D., in relazione alle esigenze dei Sert, si può articolare in più strutture operative. Le strutture aggregate nel D.P.D. sono definite nel numero e nel merito in ogni ASL in relazione alle necessità e alle strategie locali: comunque il D.P.D. deve aggregare, come minimo, le strutture operative Ser.t. e Alcologia e, dove esista un Istituto Penitenziario, una struttura operativa Penitenziaria.

Le attività proprie del D.P.D. si articolano, a seconda delle esigenze locali, in servizi quali Unità di Strada, Centri Diurni - Drop In, Comunità semiresidenziali, Comunità residenziali, Poli per le "nuove droghe", ecc. garantendo la gestione della complessità delle strutture tramite l'articolazione dei processi organizzativi e di cura, la diversificazione dei servizi offerti, la ricomposizione della complessità degli interventi per offrire una completa gamma di servizi, tempestivi, razionali e integrati a soggetti diversi, con bisogni diversi, in fasi diverse del processo di cura.

È opportuno che nel Comitato di Dipartimento partecipino, secondo i criteri previsti per la costituzione del Comitato di Dipartimento, i rappresentanti delle categorie professionali, le associazioni, i fornitori di servizi e tutte le strutture sociosanitarie e socio - assistenziali autorizzate, pubbliche e private, che, nel territorio dell'Azienda, a vario titolo, operano nel campo delle tossicodipendenze.

Dovrà altresì essere garantita la dotazione di posti letto riservati a ricoveri ospedalieri per il D.P.D. (il numero dei posti letto sarà oggetto di appositi protocolli intra - aziendali, a seconda delle esigenze locali) da ricomprendere, di norma, all'interno del Dipartimento di Medicina Generale.

La **L.R. 18 febbraio 2002, n. 6 “Misure urgenti per l'avviamento al lavoro di soggetti tossicodipendenti o alcoldipendenti”** ammette a determinati benefici (previsti dalla L.R. 14.6.1993, n. 28) le imprese o cooperative che assumano tossicodipendenti o alcoldipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze o presso gli enti ausiliari, ed anche ex tossicodipendenti o alcoldipendenti che abbiano concluso un percorso riabilitativo da non più di 24 mesi.

La **D.G.R. 12 maggio 2003 n. 49-9325** recepisce l'atto di Intesa adottato dalla Conferenza Stato-Regioni il 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso.

Subito dopo, la **D.G.R. 9 giugno 2003 n. 19-9594** affida all'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (Aress) l'incarico di svolgere i compiti di indirizzo rispetto agli obiettivi istituzionali attribuiti all'Osservatorio epidemiologico per le dipendenze (OED) nell'ambito della rete epidemiologica regionale, nonché quello di fornire il necessario supporto scientifico alla “Commissione Regionale Dipendenze” nella fase di valutazione dei progetti regionali relativi al fondo per la lotta alla droga. Si prevede che i progetti abbiano come obiettivo generale quello di individuare indicatori per la verifica della qualità degli interventi e dei risultati relativi al recupero dei tossicodipendenti.

Fra i progetti d'interesse regionale sulla prevenzione e assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, rientrano le sperimentazioni previste dalla **DGR 23 marzo 2004 n. 22-12050** specificatamente per quanto previsto dall' art. 11 tipologia A e art. 15 della **DGR 12 maggio 2003 n. 49-9325**.

Da allora, numerose sono state le indicazioni normative e le strategie messe in atto dalla Regione Piemonte per la prevenzione e cura dell'alcolismo in risposta ad una realtà in continuo movimento e sempre più complessa ed intricata.

In quest'ambito va citato il **progetto “*Questa sera chiamatemi BOB – Se bevo non guido*”**, realizzato nel corso del 2004 sul territorio regionale. Il progetto si è basato sulla sensibilizzazione dei giovani ad adottare un comportamento responsabile rispetto alla conduzione di autoveicoli, tramite interventi periodici di operatori in discoteche o centri di aggregazione giovanile. Il progetto ha evidenziato, tra l'altro, come in un caso su due i giovani all'uscita dai locali si trovassero in condizioni di non potersi mettere alla guida (test alcolimetrico superiore agli 0,5 g/l consentiti).

REGIONE LOMBARDIA

La Regione affronta il tema con una lunga serie di normative, che si possono far risalire a 3 fasi, corrispondenti ai principali passaggi del sistema sanitario lombardo.

Una prima fase, ormai storica, riguarda gli anni '80 dove la normativa principale è costituita dalla *L.R. 9 settembre 1988 n. 51 "Organizzazione, programmazione e esercizio delle attività in materia di tossicodipendenza"*. Su di essa non si ritiene opportuno soffermarsi; si può unicamente rilevare la scelta di adottare il "progetto obiettivo" come strumento di programmazione degli interventi.

La seconda fase risale agli anni '90, quando si inserisce nelle nascenti ASL l'organizzazione dei servizi per le dipendenze patologiche e si prevedono modalità per l'accreditamento provvisorio degli enti ausiliari gestori di strutture di riabilitazione e reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso. Risale a questo periodo l'adozione del primo "Progetto obiettivo alcolismo".

La normativa principale è costituita da:

- L.R. 18 maggio 1990 n. 62: "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcoldipendenze" che istituisce, tra l'altro, la *Consulta Regionale sull'alcolismo* (la legge è stata in seguito abrogata dalla L.R. 5 gennaio 2000, n. 1 sul riordino delle autonomie locali).
- "Progetto obiettivo alcolismo", approvato con D.C.R. 21 marzo 1990, n. IV/1979.
- D.G.R. 23 maggio 1997 n. 6/28738 "Recepimento dell'atto di intesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, relativo agli enti ausiliari gestori di strutture di riabilitazione e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti, di cui all'art.116 del D.P.R. 309/90"
- D.G.R. 17 ottobre 1997 n. 6/31735 "Accreditamento provvisorio degli Enti Ausiliari gestori di strutture di riabilitazione e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti"

Si ritiene utile riportare uno stralcio del "***Progetto obiettivo alcolismo***" approvato con ***D.C.R. 21 marzo 1990, n. IV/1979***, che delinea una specifica articolazione organizzativa degli interventi, organizzata su quattro livelli di intervento.

- A) Livello regionale: Consulta Regionale sull'alcolismo; Ufficio Alcoldipendenze nell'ambito del Servizio Tossicodipendenze ed Alcoldipendenze;
- B) Livello sovrazonale, relativo alla "lungodegenza riabilitativa", ossia all'organizzazione di strutture residenziali, a gestione diretta o convenzionata, deputate al trattamento di pazienti con patologie e problematiche alcolcorrelate (P.P.A.C.), particolarmente impegnative dal punto di vista medico-psico-sociale, quali: Comunità residenziali, strutture coinvolte nella ricerca biomedica e psico-sociale sull'alcolismo; Associazioni di volontariato ed enti e organizzazioni di auto-aiuto;
- C) Livello zonale: *Commissione zonale per l'alcolologia* e in via sperimentale attivazione dei «Nuclei operativi per l'Alcolologia» (NOA) dipendenti dal Servizio di Assistenza sanitaria di base. I NOA dovranno in seguito divenire autonomi rispetto ai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze.

La Commissione zonale per l'alcolologia deve articolare i suoi interventi sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero e svolge diverse funzioni, tra cui: programma e attiva iniziative di prevenzione, coordina le attività di valutazione clinico-sociale dell'etilista; esamina le richieste di

convenzionamento degli enti ausiliari; cura la formazione degli operatori e collabora nella raccolta epidemiologica dei dati. La Commissione istituisce con i gruppi di volontariato rapporti differenti a seconda del diverso orientamento operativo delle associazioni.

D) Livello di base: medici di base e strutture di servizi socio-sanitari e territoriali.

Si prevede, inoltre, la costituzione ed organizzazione *dell'Osservatorio epidemiologico e del sistema informativo sui problemi alcolcorrelati*, che permetta studi sulla diffusione ed estensione di problemi alcolcorrelati ed in particolare:

- rilevazione di tutte le strutture e i servizi già operanti nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problematiche alcolcorrelate;
- rilevazione a livello territoriale di informazioni sistematiche o a campione sul problema, verificando perifericamente quei parametri abitualmente impiegati per valutare l'entità di alcolizzazione di una comunità.

Il *“Sistema Informativo Alcolologico” (SIAL)*, dovrà ampliare e rendere sistematica la conoscenza delle informazioni sulle diverse problematiche alcolcorrelate e sulla casistica contattata dai diversi servizi interessati.

La terza fase si avvia dal 1998 in poi, a seguito delle scelte operate dalla **L.R. n. 31 del 1997 di riordino del Servizio Sanitario Regionale**. La legge adotta un modello peculiare di organizzazione sanitaria, che si fonda principalmente sulla distinzione tra il *ruolo di tutela e committenza* attribuito alle 15 ASL della Regione, e il *ruolo di produzione* attribuito all'insieme dei soggetti pubblici e privati accreditati, tra cui le stesse aziende ospedaliere (attualmente vi sono 29 AO, cui afferiscono la generalità degli ospedali della Regione). Questa scelta si riflette anche nelle norme sulle dipendenze patologiche, che trovano sviluppo soprattutto nell'ambito dell'accreditamento.

In questo periodo la Regione definisce gli standard per l'autorizzazione al funzionamento, in coerenza con la normativa nazionale, ed inoltre stabilisce i requisiti per l'accreditamento per le seguenti tipologie di servizio: servizio accoglienza, servizio terapeutico/riabilitativi, servizio di trattamento specialistico, servizio pedagogico/riabilitativi, servizio territoriale dipendenze/multidisciplinare integrato.

In questa fase i primi provvedimenti sono:

- D.G.R. 12 marzo 1999 n. 6/41878 "Definizione dei requisiti e delle modalità per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture di riabilitazione e reinserimento di soggetti tossicodipendente"
- D.G.R. 18 gennaio 2002 n. 7/ 7775 "Conferma dell'accreditamento dei servizi di riabilitazione e reinserimento di soggetti tossicodipendenti"
- D.G.R. 1 marzo 2000 n. 6/48847 "Approvazione dell'atto di indirizzo alle Aziende Sanitarie Lombarde per l'istituzione del Dipartimento tecnico-funzionale delle Dipendenze";
- Circolare n. 40/99 del 9.7.1999 "Disposizioni urgenti in merito all'applicazione dell'art.2 della legge 18/02/1999 n. 45 - indicazioni operative";

Successivamente vengono emanati due atti di particolare rilevanza, che sono tuttora i riferimenti principali: il **Piano socio-sanitario regionale 2002-2004** e il **“Progetto Regionale Dipendenze”, approvato con DGR n. 12621 del 7.4.2003**.

Il **Piano Socio-Sanitario 2002-2004** prevede, sul tema delle dipendenze e alcolodipendenze, un'Area di *sostegno e trattamento*

In generale il Piano prevede:

- il rafforzamento del ruolo della ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni: essa esercita la funzione di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni sociosanitarie,
- l'estensione del sistema di autorizzazione e di accreditamento a tutti gli ambiti delle attività sanitarie e sociosanitarie, a tutela della libertà di scelta del cittadino,
- l'introduzione del contratto, come strumento che regola i rapporti fra soggetti acquirenti e soggetti erogatori di prestazioni e che sancisce la parità di diritti e di doveri tra strutture di diritto pubblico e privato.

Sul tema dell'alcolismo, il Piano rileva che il sistema di intervento deve poter offrire alle persone con comportamenti di dipendenza tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide ai fini di tutelare la salute globalmente intesa e contenere i fenomeni di esclusione sociale, nonché garantire effettive e possibili processi di evoluzione, nonché produrre e promuovere conoscenze rispetto al fenomeno e alle sue tendenze, creando connessioni e punti di collegamento tra l'area della prevenzione e del trattamento medesimo.

L'obiettivo di ogni intervento è quello di portare i singoli soggetti alla completa astensione dall'uso di sostanze illegali e dall'abuso di sostanze legali e di contrastarne lo stato di dipendenza; si riconosce comunque come realistico e rispettoso della dignità delle persone anche l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e la qualità della vita, nonché di eliminare e/o diminuire i rischi, complicazioni e danni, in quei soggetti che non sono in condizioni di astenersi completamente dall'uso o dall'abuso di sostanze.

Per contrastare adeguatamente il fenomeno si deve prefigurare maggior conoscenza dello stesso, in un quadro complesso di orientamento ed interventi e allo scopo di valutare l'efficacia dell'approccio terapeutico stesso.

Area reinserimento sociale

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate, nei diversi settori della vita sociale. Tra gli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili si indicano gli interventi di reinserimento delle persone con problematica di dipendenza (tossicodipendenti e *alcoldipendenti*), come un insieme di prestazioni integrate di tipo socio-educativo.

Rientrano in quest'area gli interventi connessi alla vita quotidiana volti a promuovere il cambiamento delle condizioni reali di vita dei singoli e dei gruppi, contribuendo, altresì ad incidere sulla percezione sociale del fenomeno.

Interventi di promozione della formazione professionale, della formazione/lavoro, di inserimenti lavorativi, di progetti di vivibilità quotidiana, prestazioni assistenziali con destinatari sia i soggetti che le loro famiglie finalizzate ad agevolare o rendere, in alcuni casi possibili, il percorso di recupero stesso, attività educative e di sostegno a livello territoriale, interventi finalizzati alle fasce più deboli e marginalizzate, ecc.

Realizzare, in questo senso, una rete territoriale in grado di favorire l'integrazione sociale e mantenere lo stato di salute raggiunto dalla persona, attraverso momenti di sensibilizzazione, informazioni e confronto tra enti e istituzioni diversi, rappresenta un comune obiettivo, volto al miglioramento dei servizi resi ai cittadini in termini di efficacia ed efficienza.

Risultano trasversali alle aree di intervento sopra descritte: le aree della ricerca, del monitoraggio e dell'epidemiologia; l'area della formazione.

il **“Progetto Regionale Dipendenze”**, approvato con **DGR n. 12621 del 7.4.2003** con la seguente denominazione *“Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”*.

Il provvedimento si compone di due parti:

1. nella prima si fissano i requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e i requisiti ulteriori per l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite.

L'offerta dei servizi comprende: *servizio accoglienza* (strutture dedicate o moduli all'interno di un servizio pedagogico o terapeutico-riabilitativo), *servizio terapeutico/riabilitativo*, *servizio di trattamento specialistico* (per coppie, soggetti con figli, famiglie; pazienti in comorbidità psichiatrica; pazienti alcolisti e poli-dipendenti), *servizio pedagogico/riabilitativo*, *servizio territoriale dipendenze/multidisciplinare integrato*. Anche i Ser.T devono essere previamente autorizzati ed accreditati;

2. nella seconda sono forniti indirizzi programmatici e direttive per l'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze/ multidisciplinari integrati nelle ASL

Il provvedimento si propone, in ottemperanza al Piano Socio - Sanitario Regionale 2002-04, di:

- stabilizzare il sistema di offerta,
- potenziare le già esistenti e significative integrazioni fra i sistemi pubblico e del privato sociale, anche mediante lo strategico ruolo di coordinamento del Dipartimento delle Dipendenze,
- riconvertire e riqualificare gli interventi, mediante l'individuazione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento per tutte le unità di offerta, compresi i servizi ambulatoriali, gestite da soggetti pubblici e privati.

Il provvedimento riconosce alle ASL svolgono il ruolo di programmazione, di coordinamento e vigilanza delle attività sulle dipendenze, e conferma la scelta (già prevista con Dgr n. 48847 del 2000) di attivare nelle ASL un *Dipartimento delle dipendenze*, quale luogo idoneo a razionalizzare ed integrare in un insieme significativo e coerente la qualità e la destinazione di tutti gli interventi in materia di dipendenze, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati.

Alcune norme recenti:

- La **delibera 1375 del 14 dicembre 2005** stabilisce le regole relative alla gestione del sistema socio-sanitario 2006. Dispone inoltre il blocco, fatti salvi i casi definiti nel documento stesso, per tutto il 2006 dei nuovi accreditamenti nonché degli ampliamenti di accreditamenti di diverse strutture territoriali, compresi i Servizi per le tossicodipendenze ad esclusione dei Servizi Multidisciplinari Integrati.
- Il decreto n. 11954 del 1° agosto 2005 approva il **progetto regionale per l'inserimento lavorativo delle persone con problematiche di dipendenza**. Il successivo decreto 5435 del 17 maggio 2006 approva la graduatoria dei progetti per l'inserimento lavorativo di persone con problematiche di dipendenza e definisce modalità ed entità dei finanziamenti assegnati ai soggetti beneficiari (società cooperative, onlus, associazioni).

Si ritiene utile richiamare infine, alcune delle numerose iniziative della Regione, tra cui i seguenti Progetti:

Progetto Monitoraggio Droghe e Manifestazioni di Abuso (M.D.M.A.) svolto in collaborazione con l'Università di Milano e con tutti i soggetti coinvolti, istituzionali e non (protocollo d'intesa stipulato il 20.12.2002), con due obiettivi principali: 1. impostazione e avvio sperimentale di un sistema di sorveglianza rapido per la conoscenza delle sostanze in circolazione e relativa diffusione dei dati raccolti agli opportuni destinatari; 2. identificazione nella popolazione esposta delle nuove tendenze e nuove

modalità d'uso e correlata formazione aggiornata degli operatori, con definizione delle modalità di utilizzo di tali informazioni a fini terapeutici e preventivi.

Progetto Re-Ligo "rilevazione delle azioni di prevenzione sui territori" - nell'aprile 2004 è stata avviata una ricerca finalizzata ad evidenziare quali sono condizioni di contesto e caratteristiche degli interventi maggiormente di "successo" sul tema delle dipendenze patologiche. Sono stati analizzati circa 160 progetti/casi di prevenzione e/o riduzione del danno.

Va anche evidenziato che la Regione Lombardia ha aderito come partner al progetto "SESIT-Ministero della Salute - Fondo Lotta alla Droga, Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Sert e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo degli standard europei" (Delibera di Giunta Regionale 15886 30.12.2003).

P.A. TRENTO

La P.A. di Trento disciplina il tema dell'alcolismo con la **L.P. 29 ottobre 1983 n. 34: "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcoolismo"**

La legge si pone l'obiettivo di creare una rete di assistenza e prevenzione sul fenomeno della dipendenza finalizzata a: promuovere la conoscenza dei fenomeni di dipendenza patologica e avviare iniziative di prevenzione; elaborare ed attuare interventi per curare e reinserire socialmente i tossicodipendenti e alcolisti; sviluppare nel campo una adeguata coscienza sanitaria e programmare e attuare iniziative per la formazione e aggiornamento degli operatori del settore.

In base a questa legge, la Provincia assume direttamente le funzioni esercitate dal "*centro antidroga*" di Trento, nato per libera associazione di alcuni professionisti già nell'anno 1974.

La legge inoltre istituisce un "*Comitato provinciale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo*" e prevede l'attivazione di iniziative nelle USL e la realizzazione di strutture residenziali nella sola USL di Trento.

In seguito alla legge, nel 1984 si aprono i primi servizi pubblici di algologia, denominati "*Dispensari di Alcologia*", in tutte le U.S.L. della Provincia. Parallelamente nascono in tutto il Trentino i "Club degli Alcolisti in Trattamento" e si attiva una proficua collaborazione tra i dispensari pubblici e queste associazioni private di volontariato.

Dalle attività dispensariali si passa in seguito alla costituzione dei *Centri di Alcologia* strutturati con modalità dipartimentale (figure professionali diverse appartenenti a varie Unità Operative collaborano in orario di servizio all'attività di algologia). I Centri di Alcologia, oltre alla figura di un responsabile medico, si avvalgono della collaborazione di un operatore di rete che svolge il compito di collegamento tra i vari servizi socio-sanitari e del privato sociale e si occupa della realizzazione dei vari programmi di prevenzione.

A tutt'oggi in Provincia di Trento esiste un Centro o Servizio di Alcologia in ogni Distretto ed è proprio nella capillare diffusione territoriale che si può identificare il punto di forza dei programmi algologici della Provincia.

In seguito la **legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10** istituisce un'unica ASL nella Provincia, denominata "Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari" (APSS) e vi trasferisce le funzioni generali anche in materia di alcolismo, compreso il *comitato provinciale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo* prima attivato presso la Provincia.

Attualmente il principale riferimento è costituito dal **Piano sanitario provinciale 2000-2002** (approvato dalla Giunta ma non dal Consiglio provinciale, tuttavia ripreso e sviluppato nelle deliberazioni provinciali sugli obiettivi del Direttore generale della APSS), che nell'ambito dell'area "promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie, inserisce il Progetto "***Riduzione del consumo di alcol***".

Il progetto, in attuazione del PSN 1998-2000 e degli obiettivi dell'OMS, stabilisce i seguenti obiettivi ed azioni prioritarie da realizzare con il coinvolgimento di: servizi socio-assistenziali, volontariato, associazionismo, scuola e formazione professionale, biblioteche, formazione permanente, commercio, turismo, enti locali, mass media.

Obiettivi	Azioni
- riduzione della diffusione e del consumo di sostanze stupefacenti - promozione di un uso appropriato dei farmaci - riduzione di altri comportamenti a rischio per la salute	- realizzare campagne informative sulla pericolosità delle sostanze stupefacenti - realizzare un'indagine che rilevi la diffusione delle droghe di consumo saltuario e "sotterraneo" (cocaina, droghe di sintesi) - promuovere e sostenere attività che favoriscano la disassuefazione da queste sostanze, incentivando il contributo del volontariato e di operatori sanitari/socio-assistenziali - realizzare campagne di informazione nei confronti della popolazione e di formazione per il personale sanitario per l'uso appropriato e mirato, in particolare, di antibiotici e psicofarmaci nonché sulle possibilità d'uso e sull'efficacia delle medicine alternative - promuovere l'adozione di protocolli e linee guida dell'uso del farmaco antimicrobico a livello umano ed animale - realizzare iniziative informative per la balneazione sicura e per la protezione dei bagnanti, per la sicurezza negli sport invernali, sui rischi in montagna e nella raccolta di funghi

Tra le iniziative ed i progetti approvati dalla Provincia autonoma, si ritiene utile segnalare i seguenti progetti:

- *“La scuola come comunità in salute: alcol e fumo scegliere per tutelare il nostro futuro”* . Il progetto *“Alcool e Fumo”* è stato programmato e realizzato - insieme ad altri progetti di prevenzione della salute - in una forma originale: tramite un protocollo d'intesa tra l'Azienda sanitaria e le Istituzioni scolastiche (scuole materne, quelle dell'obbligo e scuole superiori), finalizzati una progettazione e valutazione comuni di interventi di promozione ed educazione alla salute.

Il progetto (che nel 2005 aveva 5 anni di consolidamento) è condotto in collaborazione tra il Servizio Educazione alla Salute e gli operatori dei Centri di Alcologia dei distretti, che hanno materialmente realizzato gli interventi di formazione degli insegnanti all'inizio anno scolastico e svolto le valutazioni in itinere e a fine anno dell'attività effettuate in classe dagli stessi insegnanti.

- *“Alcol e fumo nei giovani: lo sport come strumento di protezione della salute”*. Il progetto, finanziato dall'Assessorato alle politiche per la salute, ha articolato un percorso di sensibilizzazione alle problematiche relative all'alcol e al fumo sugli allenatori delle squadre giovanili di calcio. Il progetto nel 2005 ha raggiunto vari risultati, quale la scelta ufficiale della Federazione italiana gioco calcio (FIGC) di proclamarsi “libera da alcol e da fumo”.

P.A. BOLZANO

Il primo riferimento è costituito dalla **L.P. 7 dicembre 1978, n. 69: “Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza e alcoolismo”** (ora abrogata dalla L.P. 18 maggio 2006, n. 3).

La legge istituiva a livello provinciale, presso l'Assessorato Igiene e Sanità, un unico “*Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza e alcoolismo*” con le seguenti finalità:

- prevenzione e cura di forme di disadattamento, di emarginazione e devianza sociale, di tossicodipendenza e di alcoolismo, e delle altre forme che necessitano di analogo intervento;
- relativa assistenza e/o consulenza medica, psicologica, pedagogica, sociale e legale;
- riabilitazione e il reinserimento delle persone assistibili;
- divulgazione di informazioni idonee alla prevenzione di queste problematiche.

Il Servizio doveva operare con la collaborazione di tutte le strutture sanitarie e sociali pubbliche o convenzionate con la Provincia ed in particolare: centri medici e di assistenza sociale da attivare nei comprensori (in seguito nelle quattro USL della Provincia); comunità terapeutiche, focolari per l'assistenza diurna e/o notturna e altre strutture aventi finalità analoghe; affidamento educativo presso famiglie o persone singole ritenute idonee dall'équipe dei centri medici e di assistenza sociale.

In seguito la Provincia sosteneva le associazioni di volontariato che collaboravano con il Servizio di cui alla legge n. 69 del 1978, tramite la concessione di appositi contributi (DGP n. 5288/94 e DGP n. 7779/1994 e DGP 07/12/1994, n. 59 Regolamento concernente i criteri per la concessione di provvidenze economiche nel settore delle tossicodipendenze e l'alcoolismo).

Dopo l'approvazione della **L.P. 10.11.1993, n. 22**, nelle quattro aziende USL attivate nella Provincia, in seguito riorganizzate dalla **L.P. 5.3.2001, n. 7 “Riordinamento del Servizio sanitario provinciale”**, si prevede di affidare ai Servizi per le dipendenze (Ser.T) la competenza principale in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle tossicodipendenze e alcodipendenze. Per l'attuazione di programmi terapeutici e socio - riabilitativi il SerT può avvalersi di strutture terapeutiche riabilitative e di reinserimento sociale per tossicodipendenti, alcodipendenti e malati di AIDS.

Il SerT, che è un servizio specialistico sanitario, nell'ambito della sua attività, collabora con i presidi ospedalieri e con gli altri servizi territoriali, sanitari e sociali, fornendo consulenza medica, psicologica e psico-socio-educativa e relativi interventi specialistici sanitari ambulatoriali, nonché con le Associazioni private e tutte le Istituzioni interessate.

Nella Città di Bolzano il Servizio per le dipendenze è composto da due settori:

- A) *il Settore tossicodipendenze che opera a livello ambulatoriale (Ser.T):* che si occupa di persone con problemi riferibili all'uso e alla dipendenza da sostanze stupefacenti. Si rivolge a tutta la popolazione residente sul territorio di competenza di Bolzano e circondario.
- B) *il Settore di alcologia presso l'Ospedale di Bolzano* che garantisce la consulenza specialistica psicologica a tutti i pazienti ricoverati con dipendenza/abuso/problemi di alcol.

Per quanto concerne l'intervento ambulatoriale a favore di persone con problemi di abuso e/o dipendenza da alcol, l'Azienda Sanitaria di Bolzano si avvale della collaborazione con l'Associazione Privata HANDS, con cui ha stipulato una convenzione. Inoltre la HANDS gestisce a Bolzano una

comunità terapeutica per alcolodipendenti con importante compromissione psicosociale (D.G.P. n. 4731 del 11-12-2000: Convenzione con l'associazione "Hands" per lo svolgimento di attività nel settore delle alcolodipendenze). Altri ambiti sono seguiti con altre associazioni private (es: DGP n. 4824 del 18-12-2000: Convenzione con l'associazione "Caritas" per lo svolgimento di attività nel settore delle alcolodipendenze – centro psicosociale Caritas Silandro).

Vi sono, inoltre, dei “laboratori protetti” (10 posti a Bolzano e 8 posti a Chermes) per soggetti con problematiche legate alla dipendenza da alcol con difficoltà di inserimento lavorativo o professionale.

Va citata anche il **Protocollo d'intesa fra la Ripartizione Lavoro - Ufficio del Lavoro e le Aziende Sanitarie Locali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate** (D.G.P. n. 2812 del 27-08-2001).

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori, **il Piano sanitario provinciale 2000-2002**, approvato con DG.P. 19 luglio 1999 n. 3028, affronta il tema dell'abuso di alcool in più punti.

Il Piano prevede che il Ser.D (servizio per le dipendenze), istituito presso ognuna delle quattro aziende sanitarie, abbia il compito di erogare i principali trattamenti di carattere psicologico, sanitario, socio-riabilitativo e di sostegno nell'ambito della dipendenza da sostanze farmacologiche, stupefacenti e da alcool (capitolo 3.1.4.2).

La sezione 10.3 tratta degli aspetti della prevenzione e pone l'obiettivo di *sensibilizzare bambini e giovani rispetto ai comportamenti devianti che possono portare alla dipendenza*. Il Piano rileva che tra i giovani altoatesini il consumo di droghe non è particolarmente frequente; non altrettanto si può dire dell'abuso di alcool e per questo motivo occorre:

- preparare una campagna di sensibilizzazione e maggiore attuazione di misure preventive in collaborazione con i settori della scuola, del lavoro e del tempo libero
- definire misure di prevenzione
- elaborare percorsi di disintossicazione dall'alcool
- verificare le possibilità di un maggiore impiego di forme residenziali assistite per i giovani .

Tali misure vanno attivate entro due anni, con individuazione di specifiche risorse, e richiedono la collaborazione tra la “Ripartizione provinciale Servizio sociale e i diversi soggetti coinvolti: Ufficio Igiene Pubblica, Ufficio del Lavoro, Servizio Giovani e Settore dell'Istruzione.

Il capitolo 2.5.6. è invece dedicato al tema “*Abuso di droghe, alcool, farmaci e fumo di tabacco*”, e si apre rilevando “il fenomeno dell'alcolodipendenza continua ad essere un problema sociale in Alto Adige; l'invio di alcolodipendenti in comunità terapeutiche è passato dal 1993 al 1994 da 8,7 a 23,5 invii per 100.000 abitanti”.

Per migliorare questa situazione il Piano definisce i seguenti obiettivi di salute:

- Riduzione della prevalenza dei soggetti che abusano di alcol
- Riduzione della mortalità, della morbosità indotta e miglioramento della qualità della vita dei soggetti tossico-dipendenti, alcolodipendenti e tabacco dipendenti
- Contenimento dei danni iatrogeni.

Individua, poi, le principali azioni strategiche:

- Promuovere e partecipare alla realizzazione di progetti di educazione alla salute sui rischi specifici dell'abuso di alcol, droghe, farmaci e fumo quanto più precocemente possibile
- Promuovere progetti di contrasto al disagio in età adolescenziale e giovanile
- Adottare misure mirate a garantire livelli di qualità controllata alle prestazioni farmacologiche.
- Favorire e sostenere i gruppi di autoaiuto

- Potenziare gli interventi di riabilitazione e di reinserimento lavorativo e sociale di soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Il capitolo 10.7, dedicato ai “Soggetti in stato di dipendenza e tossicodipendenti”, pone l’obiettivo di *“Intensificare le attività di prevenzione e migliorare la collaborazione tra il settore sociale e quello sanitario”*

A tal fine il Piano prevede che la “Ripartizione provinciale sanità” promuova appositi progetti di educazione sanitaria, da realizzare in collaborazione con le istituzioni scolastiche, i servizi sociali e le istituzioni di formazione a tutti i livelli.

La materia è stata recentemente ridisciplinata con la legge provinciale **18 maggio 2006, n. 3: “Interventi in materia di dipendenze”**, che stabilisce il seguente sistema dei servizi:

in ogni Azienda sanitaria locale è istituito il Ser.D – Servizio sanitario specialistico per le dipendenze; gli stessi operano in collegamento con i Medici di medicina generale, le strutture di degenza (che devono garantire i posti letto necessari per i trattamenti di disassuefazione da oppiacei, alcol e altre sostanze psicoattive) e i servizi territoriali del servizio sanitario provinciali.

Inoltre si avvalgono delle strutture terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, nonché dei servizi sociali distrettuali e dei servizi sociali residenziali e semiresidenziali specialistici. Con essi collaborano anche tutte le “Ripartizioni Provinciali” interessate (Sanità; Politiche sociali; Lavoro; Formazione; Enti Locali etc.).

La legge, inoltre, introduce divieti e limitazioni nella vendita degli alcolici:

- Vieta la somministrazione e la vendita di bevande alcoliche ai minori di 16 anni e a coloro che si trovino in stato di manifesta ubriachezza, presso bar, pubs, chioschi, discoteche, locali notturni, clubs, ristoranti, negozi, supermercati ed esercizi similari e comunque in tutti gli esercizi commerciali nonché in occasione di pubbliche manifestazioni, anche ricreative, concerti, feste popolari, campestri ed altre feste, manifestazioni sportive, fiere e mercati, e comunque in tutti i luoghi aperti al pubblico.
- Le bevande alcoliche vendute negli esercizi organizzati con il sistema di vendita del libero servizio devono essere collocate separatamente rispetto alle bevande non alcoliche. Negli esercizi commerciali devono essere esposti avvisi di divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 16 anni.
- I gestori degli esercizi e gli organizzatori degli eventi di cui al comma 1 devono garantire la disponibilità per la somministrazione o vendita di almeno due tipi di bevande fredde alternative non alcoliche a prezzo inferiore alla bevanda alcolica più economica. Fanno eccezione le degustazioni enologiche e i mercati degli agricoltori.

Vieta la pubblicità di bevande alcoliche:

- a) sulla stampa giornaliera e periodica destinata ai minori;
- b) nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati alla visione dei minori;
- c) in programmi radiotelevisivi delle emittenti locali nella fascia oraria dalle 16.00 alle 19.00;
- d) in occasione di manifestazioni indirizzate ai minori di 18 anni ed in luoghi che vengono esclusivamente o prevalentemente frequentati dagli stessi
- e) trasmessa all'interno di programmi rivolti in modo specifico ai minori e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi;
- f) che attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche che non sono espressamente riconosciute dal Ministero della salute;
- g) che rappresenti persone minorenni intente al consumo di alcol.

Inoltre, la legge prevede che i Comuni della provincia di Bolzano possono adottare con proprio regolamento misure ulteriormente restrittive per il rilascio delle autorizzazioni relative a:

- a) pubblicità delle bevande alcoliche, stabile o temporanea, in tutte le strutture, negli impianti sportivi e in tutte le manifestazioni;
- b) iniziative di riduzione temporanea dei prezzi delle bevande alcoliche rispetto alle tabelle ufficiali;
- c) iniziative promozionali in tutti i luoghi pubblici e nelle feste o altre manifestazioni.

Si prevedono poi le relative sanzioni amministrative pecuniarie per la violazione dei suddetti divieti.

La Giunta provinciale di Bolzano ha approvato il 17 luglio 2006 la realizzazione di una **campagna provinciale di prevenzione in tema di abuso di alcol**, in particolare collegato alla guida di veicoli.

Lo slogan della campagna di informazione e sensibilizzazione sarà ***“Sai quanto basta?”***, e riprende un progetto condotto da anni con successo in Svizzera. Con l'iniziativa si vuole informare la popolazione, e in particolare i giovani, sui rischi derivanti dal consumo di alcol, tanto più per chi si mette al volante. Per la campagna, affidata all'Ufficio provinciale Igiene e salute pubblica, la Provincia ha stanziato 70mila euro. E' prevista tra l'altro la realizzazione di manifesti, spot, inserzioni, internet, opuscoli.

REGIONE VENETO

La Regione Veneto disciplina organicamente la materia già negli anni '80, con la **L.R. 22 ottobre 1982 n. 49: "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool"**.

La legge prevede l'elaborazione di *"un Piano regionale triennale per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool"*, che dovrà far parte integrante del Piano socio-sanitario della Regione Veneto.

Senza entrare nel dettaglio della legge, in seguito superata dal progetto Algologia del 1994, si può ricordare che le ULSS ogni anno dovevano presentare alla Giunta regionale il programma degli interventi da realizzare nell'anno successivo in attuazione del Piano regionale, corredata dalla definizione dei relativi oneri nonché dalla relazione sull'attività svolta nell'anno precedente. La Giunta regionale provvedeva all'approvazione e al riparto dei fondi alle ULSS per l'esercizio successivo.

Inoltre la Giunta regionale era chiamata a promuovere appositi corsi per il personale socio-sanitario dedicato, da effettuare di norma dalle ULSS in collaborazione con il *centro regionale di coordinamento medico-sociale*. La Giunta presentava annualmente al Consiglio regionale una relazione sulla situazione epidemiologica e le misure messe in atto contro le dipendenze nella Regione. Inoltre presso la Giunta operava un apposita *Commissione regionale*, ad ampia partecipazione interistituzionale con compiti propositivi e consultivi sulle politiche per le dipendenze patologiche, compreso il Piano regionale triennale in materia.

Nel 1994 la Regione avviava in via sperimentale il **progetto "Alcologia Veneto" (D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980)** che, sulla base della precedente ricognizione delle strutture ambulatoriali, diurne e residenziali già funzionanti nella Regione, individuava un modello organizzativo basato sulla "rete alcologica" delle strutture e dei servizi, composta da due livelli di intervento:

- il primo rappresentato da MMG, Gruppi di Auto-Aiuto, Volontariato e Ser.T;
- il secondo da Centri Alcologici Multimodali, attivati in sede ospedaliera e caratterizzati dalla presenza di risorse e interventi di 1° livello, più uno o più programmi specializzati.

In seguito, diversi provvedimenti regionali non specifici al settore hanno modificato il sistema alcologico.

Il Piano Socio-Sanitario regionale 1996-1998, approvato con L.R. 3 febbraio 1996 n. 5, all'art. 3 includeva tra gli obiettivi strategici:

- la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze psicotrope e *alcool* e il reinserimento socio-lavorativo dei dipendenti da tali sostanze;
- la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco e *alcool*;

L'art. 11 prevedeva la successiva approvazione di un Progetto obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze", che doveva includere:

- il recepimento, in materia di alcool dipendenza, del **"Progetto Alcoolologia Veneto"**, di cui alla D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980, attuativo del D.M. Sanità 30.8.1993.

- la revisione della L.R. 22 ottobre 1982, n. 49 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool".

In attuazione dell'art. 11 del PSSR 1996-98, il Progetto obiettivo **"Prevenzione e cura delle tossicodipendenze"**, approvato dalla Giunta regionale il 25 febbraio 1997, ha recepito le linee di indirizzo contenute nel **progetto "Alcologia Veneto"**. Esso ha anche previsto l'introduzione nelle ULSS del Dipartimento delle Dipendenze, di tipo funzionale, nell'intento di consentire al sistema, e quindi anche alla rete alcologica dei servizi, di operare con maggior efficacia ed efficienza.

Le indicazioni e linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze sono state prodotte con L.R. 3 febbraio 1996, n. 5, prevedendo che all'interno di ognuna delle 22 Aziende ULSS della Regione sia istituita una **"unità funzionale" di alcologia** (inserita in un Ser.T), con compiti di prevenzione, diagnosi trattamento dei problemi alcolcorrelati e delle acoldipendenze. Tali unità funzionali vanno attivate sulla base dell'esistenza di effettive azioni sull'alcolismo che oltre ad investire un alto numero di pazienti, possano connotare rilevanti e reali responsabilità con conseguente assegnazione di incarichi dirigenziali di posizione (D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217).

Al contempo la Regione Veneto ha previsto la realizzazione del **Sistema Informativo Regionale Alcologia Veneto (SIRAV)** quale "interfaccia" informativa tra la Regione e le diverse componenti del progetto "Alcologia Veneto".

Il progetto viene affidato all'Azienda ULSS n. 13 di Dolo (VE) con la D.G.R. 30.12.1997, n. 4857.

Il SIRAV svolge sia attività epidemiologica (rilevamento dell'attività alcologica dei Ser.T, dei Centri Alcologici, del Privato Sociale e delle Associazioni di Volontariato e raccolta di informazioni epidemiologiche, mortalità, incidenti stradali, ecc.) che attività informativa (divulgazione informazioni di carattere scientifico, normativo, operativo sull'attività alcologica, sia su supporto informatico che cartaceo).

Nel 1999, a conclusione del periodo sperimentale, la valutazione del progetto "Alcologia Veneto" effettuata da una apposita commissione risultava sostanzialmente positiva, sia in termini di modello di intervento che di risultati raggiunti, con un buon bilanciamento dei diversi aspetti dell'attività alcologica, dalla prevenzione primaria e secondaria, al trattamento, alla riabilitazione. Conseguentemente **la Regione, con D.G.R. 3 novembre 1999 n. 3869, approvava in via definitiva il modello regionale di intervento sperimentato con il Progetto "Alcologia Veneto"**.

Le diverse componenti della "rete alcologica" devono svolgere le seguenti funzioni:

- **I Medici di Medicina Generale** svolgono un importante compito nei confronti dei pazienti in particolare rispetto alla prevenzione ed alla educazione sanitaria, alla identificazione dei problemi alcolcorrelati, al contatto con le famiglie ed ai primi interventi di trattamento, direttamente o in collaborazione con altre Strutture sociosanitarie, in particolare con i Ser.T e con i gruppi di Auto-Aiuto e di Volontariato.
- **I Gruppi di Auto-Aiuto e Volontariato** costituiscono un segmento significativo del percorso terapeutico, soprattutto nella fase riabilitativa. I principali Gruppi di Auto-Aiuto sono costituiti dagli Alcolisti Anonimi (con i Gruppi Familiari di Al- Anon) e dai Club Alcolisti in Trattamento (CAT, o Club Ecologici). I rapporti tra Volontariato e Struttura Socio-Sanitaria Pubblica sono regolati da apposite convenzioni in funzione delle esigenze specifiche delle diverse tipologie dei Gruppi di Auto-Aiuto. La collaborazione riguarda in primo luogo la possibilità di svolgere incontri di informazione nei luoghi di cura e riabilitazione e la disponibilità di sedi per attuare l'attività programmata in collegamento con la "rete alcologica". Le convenzioni sono conformi allo schema-tipo predisposto dalla Regione.

- **I Ser.T** ai quali sono stati attribuiti compiti di intervento alcologico. In tale senso è stata disposta l'attivazione di almeno una struttura alcologica per Azienda ULSS, attraverso l'individuazione di un gruppo di operatori di diversa professionalità che operino in questo campo per un totale di circa 180 ore settimanali. In ogni Azienda è stata inoltre garantita la possibilità di ricoverare alcolisti presso reparti ospedalieri, in collaborazione con il Ser.T.
- **I Programmi Specializzati:** sono attuati presso Aziende ULSS od Ospedaliere, anche con il coinvolgimento del privato sociale e del privato accreditato, attraverso specifici progetti caratterizzati dalla presenza di uno o più programmi specializzati. I programmi specializzati sono individuati dalla Regione e sono attuati attraverso specifici progetti di durata annuale, dovranno avere una completa ricaduta regionale in termini di esportabilità dei prodotti e di ambito di intervento e dovranno ricadere nelle seguenti aree prioritarie di intervento: epidemiologia; prevenzione; formazione; popolazioni speciali.

In conclusione, la rete alcologica regionale è piuttosto ricca e articolata, il cui nucleo fondamentale è rappresentato da ventuno Dipartimenti per le Dipendenze, attivati in ogni ULSS, all'interno dei quali si trova una Unità Operativa/Funzionale di Algologia. Inoltre vi sono: una Comunità terapeutica residenziale pubblica per alcolisti; organizzazioni del privato sociale che gestiscono comunità specialistiche per alcolisti; moduli specifici e servizi per il trattamento terapeutico di persone con problemi alcolcorrelati e alcolisti. La collaborazione più che ventennale con le Associazioni di volontariato (l'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento con 537 Club e 40 ACAT) e di auto mutuo aiuto (l'Associazione Alcolisti Anonimi che ha operato attraverso 100 gruppi), ha dato forma e contenuti al modello territoriale di intervento ed è un punto qualificante del lavoro in campo alcologico poiché permette anche il passaggio al coinvolgimento diretto ed attivo della comunità senza il quale non è possibile ipotizzare un cambiamento culturale né è possibile la soluzione individuale dei problemi alcolcorrelati.

Così Lorenzo Ramazzo, in *“La rete alcologica della Regione Veneto nel sistema delle dipendenze”*, Servizio Prevenzione e Cura delle Dipendenze, Direzione per i Servizi Sociali della Regione Veneto, 2000 (reperibile sul sito sia.dfc.unifi.it/documenti/monotematica2000/retealcolveneto.pdf).

Pur non specifici per il tema dell'alcolologia, vanno citati alcuni provvedimenti regionali che definiscono le politiche e le strategie generali di intervento nel campo delle dipendenze patologiche, tra cui:

- **la DGR 3701 del 24.11.2000** che ha approvato il documento “Le politiche della Regione Veneto per una società senza droghe”, che ha definito indirizzi e strategie che sono state oggetto di presentazione e consenso da parte della maggioranza delle regioni italiane, anche alla Conferenza Nazionale sulla droga di Genova del 28-30 novembre 2000;
- **la DGR n. 2974 del 9.11.2001** che ha approvato il documento “Indirizzi di intervento nel settore delle dipendenze”, Tra gli obiettivi prioritari è previsto anche il consolidamento della rete alcologia regionale con maggior coinvolgimento delle Associazioni di volontariato. Più in generale il documento delinea le priorità generali:
 - *Dipartimento delle Dipendenze (pari dignità)*, da sviluppare per creare un efficiente sistema di sinergie tra enti pubblici, privati e terzo settore in un contesto di pari dignità;
 - *Enfasi sulla prevenzione primaria e secondaria:* Incentivare la creazione di campagne informative ed iniziative permanenti contro l'uso di sostanze coinvolgendo soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanze. Incentivare e sviluppare solo programmi e progetti con piani di valutazione quantitativa degli effetti ottenuti.

- *Qualità dei servizi*: ristrutturare la rete dei servizi pubblici (Sert) e delle Comunità terapeutiche con criteri di qualità uniforme su tutta la Regione, tramite il sistema dell'accreditamento;
 - *Sviluppo tecnologico e formazione permanente*: tramite l'informatizzazione dei SERT e delle Comunità terapeutiche tramite il sito www.evelink.org e la creazione del network nazionale per le dipendenze con le Regioni italiane www.dronet.org per aumentare le potenzialità comunicative delle varie componenti del sistema delle dipendenze e creare piani di formazione e aggiornamento permanente del personale;
 - *Integrazione con gli enti locali*: incentivare il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle amministrazioni comunali e provinciali alle politiche locali sulle dipendenze patologiche con specifici programmi di comunità.
- la **DGR n. 1874 del 16 luglio 2002: "Integrazioni alla Delib.G.R. 9 novembre 2001, n. 2974: "Indirizzi di intervento del settore delle dipendenze"** approva il documento: "Il futuro delle politiche regionali per le persone con problemi di dipendenza". Tale rappresenta una prima indicazione ai Dipartimenti per le dipendenze in merito al modello di gestione del Fondo per la Lotta contro la Droga realizzato nel triennio 2003/2005 sulla base delle quali avviare l'elaborazione dei nuovi Piani triennali di intervento - area dipendenze.

Il progetto mira essenzialmente a due obiettivi:

1. prevedere l'**accreditamento** di qualità secondo parametri evidence based delle strutture che si occupano di dipendenza e
2. provvedere all'attivazione di una migliore sinergia tra pubblico e privato sociale.

Per quanto riguarda l'accreditamento, la DGR n. 1874/2002 prevede che le U.O. debbano essere valutate anche ex ante relativamente ai processi utilizzati e ai requisiti minimi per poter erogare servizi alla persona. Questo dà origine al sistema di accreditamento che deve essere equanime e rivolto a tutte le U.O. del dipartimento (pari dignità tra Sert e Comunità)

Una particolare attenzione dovrà essere riservata all'attuazione di politiche per il recupero dei tossicodipendenti carcerati con sperimentazioni delle sezioni attenuate e l'attivazione di specifiche in unità operative all'interno delle carceri che possono dare risposte tempestive ed in autonomia relativamente ai problemi dei tossicodipendenti reclusi. Tutto questo in una stretta collaborazione tra il Sert delle comunità terapeutiche e volontariato.

Sul tema dell'accreditamento, le norme principali sono contenute nella **L.R. 16.08.2002 n. 22** e nel manuale dei requisiti, approvato con **DGR 8 agosto 2004 n. 2501**, "**Attuazione della L.R. n. 22/02 di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali e adozione del manuale delle procedure**".

Per i "**Servizi Territoriali per Tossicodipendenti**" sono previsti i seguenti requisiti:

REQUISITI FUNZIONALI

I servizi territoriali sono dotati di personale idoneo, in numero adeguato al progetto d'intervento svolto.

Il Direttore responsabile è in possesso di idonei titoli e requisiti professionali.

E' prevista la funzione di supervisione esterna.

Il personale possiede ulteriori specifici requisiti differenziati a seconda delle aree di intervento e idonei a garantire le specifiche prestazioni che l'Ente o la struttura intendono rendere disponibili.

Il Direttore Responsabile possiede ulteriori specifici requisiti.

E' prevista la presenza di personale con funzione di Case Manager facilmente identificabile dal cliente.

Nella misura del 25%, il personale è di tipo volontario purchè garantisca una continuità di presenza di almeno 18 ore settimanali.

Il Servizio si avvale di personale in formazione.

Il personale è condiviso fra più servizi.

Il servizio prevede l'utilizzazione di personale dipendente dalle Aziende del S.S.N.

REQUISITI STRUTTURALI

E' garantita l'adeguata dimensione e articolazione degli spazi all'interno del Servizio.

E' garantita l'adeguata dimensione e articolazione degli spazi all'interno del Servizio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

La struttura adempie a tutte le richieste del D.lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni, nonché le disposizioni di prevenzione incendi

Per l'esercizio della propria attività l'Ente gestore prevede la copertura assicurativa degli utenti.

Il Servizio rispetta la normativa vigente in merito ai contratti di lavoro.

L'Ente richiedente presenta un chiara descrizione del progetto d'intervento.

L'organizzazione interna è svolta nel rispetto delle soggettività delle persone.

E' adottato un registro delle attività

E' ricercato un consenso informato e condiviso al trattamento.

E' garantito il rispetto della privacy.

E' attuata la programmazione del Servizio.

E' prevista la partecipazione del Servizio alla programmazione degli interventi regionali.

E' garantita l'esistenza di modalità di controllo dei risultati.

E' definito un Progetto Terapeutico Individualizzato.

Sono definiti i processi finalizzati alla soddisfazione dei debiti informativi con le amministrazioni pubbliche.

Sono definiti i processi finalizzati alla soddisfazione dei debiti informativi del Dipartimento delle Dipendenze e con la Regione Veneto.

L'attuazione del percorso di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale viene **avviato in via sperimentale** al fine di verificare, su un campione di unità di offerta, l'applicabilità delle procedure, dei requisiti nonché l'impatto economico e qualitativo del sistema (sulla sperimentazione i primi riferimenti sono: DGR n. 3855/04; DRG. 2473/04; DGR n. 2501/04).

Il progetto sperimentale viene approvato con **DGR 11.02.2005 n. 393: " L.R. 16 agosto 2002, n. 22 - Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali". Approvazione progetto sperimentale**". Le aree in sperimentazione previste sono:

- Area disabili
- Area anziani
- Area minori
- Area infanzia
- Area dipendenze

Con **delibera n 4261 del 30/12/05** viene prorogato al 30 giugno 2006 la chiusura della sperimentazione e l'approvazione del provvedimento di recepimento dell'esito della sperimentazione.

Nella fase attuale, le problematiche legate al consumo dell'alcol trovano un nuovo riferimento nel provvedimento **"Alcologia nel Veneto - "Non solo cura ma cultura. Indirizzi per il lavoro in rete" approvato con DGR n. 473 del 28.02.2006** al fine di migliorare da un punto di vista tecnico la politica regionale in campo alcolico.

Il provvedimento nasce da un Gruppo di lavoro costituito in seguito alle due Conferenze Regionali sull'alcol tenutesi a Padova negli anni 2004 e 2005 e formato da rappresentanti delle associazioni degli alcolisti (Arcat, Alcolisti Anonimi), dei dipartimenti per le dipendenze, dal coordinamento veneto strutture terapeutiche e dalla direzione regionale per la prevenzione..

Rileva l'importanza del concetto "non solo cura ma cultura", anche dal punto di vista dell'etica e del comportamento delle istituzioni e degli operatori socio sanitari che si occupano di "salute".

Indica un nuovo importante obiettivo per la rete alcologica: progettare azioni ed operare scelte per modificare la cultura generale esistente con programmi di ampio respiro e che coinvolgano tutta la popolazione. A tal fine si propone una nuova "forma" della rete che, partendo dal riconoscimento dell'esperienza veneta, promuova ancor più le interazioni tra i diversi attori interessati.

Definisce gli interventi prioritari, ed in particolare prevede:

- Dipartimenti delle Dipendenze delle ULSS – al loro interno devono operare le Unità Operative Funzionali di Alcologia, come previsto dal 1999. All'interno di tali Unità operative è necessario siano presenti accanto ai professionisti del pubblico e del privato, le associazioni di volontariato ed auto aiuto specifiche, in particolare Club degli alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, Gruppi familiari Al-Anon /Alateen, allo scopo di promuovere un vero approccio territoriale e di rete.
- Sensibilizzazione e formazione specifica: non va incentrata solo sui Sert e servizi specialistici, ma anche sui Medici di medicina generale, come nel protocollo tra la F.I.M.M.G. ed Alcolisti Anonimi e dalla collaborazione di M.M.G. con i Club e le loro Associazioni. Così anche nel progetto regionale "Conoscere per Cambiare", svolto nel 2001 che ha coinvolto 2269 M.M.G., una delle più vaste indagini condotte in Europa, nel quale emerge in modo chiaro il riconoscimento di ruolo e la richiesta di formazione dei Medici in ambito alcologico.
- Ospedali e reparti di algologia: vanno valorizzati gli specifici Reparti di Algologia presenti nella Regione, e vanno realizzati anche negli ospedali "tradizionali" momenti di raccordo con le Unità Operative di Alcologia e le organizzazioni di volontariato. Durante il ricovero, oltre agli interventi di carattere strettamente medico, vanno svolte azioni di motivazione, supporto psicologico-sociale e avvio ai programmi territoriali delle Associazioni di volontariato ed auto mutuo aiuto.
- Comunità Terapeutiche: occorre realizzare programmi specifici per persone con problemi alcolcorrelati ed alcolismo all'interno delle Comunità Terapeutiche, in collegamento con la rete territoriale dei servizi.
- Emarginazione: E' necessario studiare e realizzare forme di intervento per far fronte all'emergenza rappresentata da persone a forte emarginazione sociale, anche immigrati e detenuti, con problemi alcolcorrelati ed alcolismo, rifacendosi anche ad esperienze già consolidate nel territorio regionale.
- Coordinamento: è necessaria la costituzione di un *comitato di coordinamento regionale* che abbia una adeguata rappresentanza dei Dipartimenti per le Dipendenze, dei Reparti di Alcologia, delle Comunità terapeutiche, dei Club degli Alcolisti in Trattamento, di Alcolisti Anonimi, dei Gruppi familiari Al-Anon /Alateen, del Dipartimento di Prevenzione, dei M.M.G., presieduto dalla competente Direzione Regionale.

D.G.R. 7 marzo 2006 n. 587 "Monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, di cui alla legge n.125 del 2001, art.3: Incarico alla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa"

Va infine evidenziato che la Regione Veneto ha coordinato il **progetto SESIT** del Ministero della Salute, del Welfare e del Coordinamento delle Regioni, concernente l'informatizzazione e l'orientamento dei Dipartimenti delle Dipendenze per l'allineamento dei Sistemi di Monitoraggio e del Management agli Standard Europei.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Le prime norme risalgono agli anni '80, con la L.R. 23/08/1982, n. 57 ***"Tutela della salute dei tossicodipendenti"*** che intendeva promuovere studi epidemiologici, progetti obiettivi ed iniziative sulla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo, mirate anche allo sviluppo di una coscienza sanitaria diffusa in tema di tossicodipendenze e alcoolismo.

In attuazione della legge, la Deliberazione della Giunta regionale 9/11/1983, n. 5416 approvava lo ***"Schema tipo di convenzione da adottarsi dalle Unità locali dei Servizi sanitari e Socio assistenziali con comunità terapeutiche ed altri simili istituzioni"***.

Negli anni '90, a seguito del riordino del Servizio sanitario regionale di cui alla L.R. 30.08.1994, n. 12, in ciascuna delle 6 Aziende per i Servizi Sanitarie (ASS) del Friuli Venezia Giulia veniva attivato un Servizio per le tossicodipendenze (Sert) al cui interno operavano servizi di algologia.

Successivamente (anni 1998-99) veniva costituito in ogni ASS della Regione il ***Dipartimento delle Dipendenze***, al cui interno operano il SERT e le ***Unità operative di alcologia***. Il Dipartimento delle dipendenze si occupa di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno nel campo delle dipendenze patologiche. Il suo intervento si espleta a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale (Centri Diurni, Centri di promozione della salute) e residenziale (comunità terapeutiche convenzionate, Centro specialistico residenziale per alcolisti, gruppo appartamento per alcolisti), di strada (unità di strada, educativa di strada). A Trieste opera anche un'équipe multidisciplinare che garantisce gli interventi presso la Casa circondariale di Trieste e gli altri Istituti carcerari (circa il 30% dei detenuti ha problemi di dipendenza); inoltre il Dipartimento delle Dipendenze ha attivato un protocollo operativo di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale per i frequenti casi di persone con problemi di disturbo mentale complicati da dipendenza da droghe o da alcol, e viceversa.

Il sistema pubblico opera in stretta collaborazione con le organizzazioni del Terzo settore, tra cui l'Associazione regionale del Club degli alcolisti in trattamento, con 266 centri in Friuli Venezia Giulia che coprono tutto il territorio regionale e coinvolgono circa 2.500 nuclei familiari.

A San Daniele del Friuli opera alcuni centri residenziali per alcolisti e anche un Centro studi sui problemi alcolcorrelati, che svolge attività di ricerca, raccolta dati, organizzazione di iniziative e di sensibilizzazione all'approccio ecologico e sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodo Vladimir Hudolin) e attività di formazione sui problemi alcol-correlati.

Lo sviluppo delle attività di "promozione di stili di vita favorevoli alla salute" e di "contrasto alle dipendenze patologiche" costituiscono un obiettivo prioritario per la Regione, stabiliti dal Piano socio-sanitario regionale 2001-2002 e annualmente declinati in obiettivi specifici dalle "Linee di gestione del SSR" adottate dalla Giunta per definire obiettivi ed attività prioritarie dei Direttori Generali.

Così le "Linee di gestione del SSR per l'anno 2006" approvate con **DGR 3223 del 12.12.2005**, inseriscono, tra gli obiettivi specifici per l'area territoriale, la ***"presa in carico integrata delle persone con dipendenza da sostanze"*** tramite: potenziamento dell'offerta residenziale per alcolisti (punto 9.1.1.); miglioramento dell'accessibilità dei SERT e della collaborazione con le strutture ospedaliere; realizzazione di interventi a bassa soglia; sostegno dell'inclusione sociale delle persone con dipendenze.

Queste indicazioni fanno prioritario riferimento al **Piano sanitario regionale 2000-2002**, definito anche “Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002”, **approvato con D.G.R. 9 marzo 2001 n. 734**

Il Piano inserisce, tra gli obiettivi di salute prioritari, **la promozione di comportamenti e stili di vita per la salute con particolare riferimento a fumo, alcool, dieta e attività fisica.**

La Giunta regionale dovrà poi definire specifici indicatori per il monitoraggio dell'andamento della salute della popolazione e delle attività del Servizio sanitario regionale; gli interventi saranno definiti dalle aziende sanitarie; il raggiungimento degli obiettivi prefissati fa parte della valutazione delle attività dei direttori generali.

Il Piano dedica il punto 5.8 al tema dei **Servizi per le dipendenze.**

Non esistendo una risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze, la riorganizzazione di un settore complesso va orientato non su una concezione dell'uso/abuso/dipendenza di sostanze come 'patologia unica' ma piuttosto su un modello la cui risposta assistenziale si articola e si estende a prestazioni anche di non specifica competenza dei Servizi in analisi, relative a malattie infettive (HIV/AIDS, epatiti), disturbi psichici, disagio giovanile, prevenzione primaria.

Il sistema di assistenza pubblico alle persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze deve considerare le seguenti priorità:

- la centralità del soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico, ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento 'drug free': obiettivo minimo è rappresentato dall'induzione di uno 'stile di vita' meno rischioso fino alla realizzazione di una completa riabilitazione, ove possibile;
- il raggiungimento di obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi sanitari nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati che a vario titolo e con varia responsabilità operano sul territorio, la cui ricomposizione deve essere attuata a livello distrettuale;
- l'inopportunità di centrare l'attività esclusivamente sulle problematiche specifiche della 'dipendenza', si deve poter garantire una risposta anche agli aspetti più generali connessi all'abuso di sostanze. D'altra parte essendo la dipendenza l'esito sanitario più complesso, per la molteplicità dei suoi inevitabili correlati medici, psicologici e sociali appare corretto identificare specifici interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle dipendenze fermo restando la necessità di incrementare le attività di prevenzione sul territorio che, in particolare, per le dipendenze da sostanze legali si pongono come particolarmente pertinenti;
- i servizi si devono occupare di tutte le sostanze d'abuso (nuove droghe), incluse quelle legali (**alcool** e tabacco), in particolare deve essere garantita un'area specifica di intervento per l'alcooldipendenza.
- Nel corso dell'anno 2000 verranno definite le modalità organizzative delle strutture di riabilitazione per pazienti con patologie alcol-correlate e le relative modalità di finanziamento e sarà predisposto un progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS che recepisce le indicazioni nazionali indicando l'utilizzo delle risorse nazionali a destinazione vincolata.

Il Piano inoltre, nel capitolo dedicato alle **Residenze Sanitarie Assistenziali**, rileva che l'esiguità della casistica e motivi organizzativi inducono a ritenere che le funzioni specialistiche inerenti problemi **alcool-correlati** possono avere valenza sovradistrettuale; pertanto alcune RSA distrettuali di base potranno dotarsi di moduli specifici, dedicati a queste tipologie di utenti.

L'accoglimento e la riabilitazione di pazienti etilisti presuppone: uno stretto raccordo operativo con i Servizi per le Dipendenze/SerT; una dotazione organica limitata ma specifica; un'organizzazione

di attività quotidiane diverse da quelle presenti ordinariamente in struttura. Le Aziende per i Servizi Sanitari, nel valutare l'attivazione ed il dimensionamento di queste funzioni specialistiche, dovranno considerare l'incidenza delle problematiche specifiche nel proprio ambito territoriale.

Con atti successivi, la Regione definisce “**Criteri e modalità per la concessione di contributi della quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga previsti dall'art. 127 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990**” (per gli anni 2002 e 2003 i criteri sono definiti con Decreto del Presidente della Regione 27/9/2002, n. 297)

La **DGR 24-3-2005 n. 606: “Approvazione del «Piano regionale della riabilitazione»**” si sofferma in più punti sul tema del trattamento delle persone con problemi di alcolismo.

Il Piano specifica che, nel livello di assistenza distrettuale (punto **4.3.1.2**), vengono garantiti direttamente o in convenzione, a totale carico del FSR, i servizi e le attività sanitarie di riabilitazione in regime ambulatoriale; domiciliare; semiresidenziale e residenziale per le varie fragilità, tra cui le persone con problemi/patologie da dipendenza, da alcol (**residenze alcolologiche**) e droghe (comunità terapeutiche e centro diurno).

Lo stesso Piano affronta, al **punto 5.2.1**, anche il tema della “**Riabilitazione a soggetti ospitati in residenze extraospedaliere a breve termine**”, prevista per soggetti con disabilità caratterizzate da indici predittivi di recupero, che vanno accolti presso strutture di riabilitazione extraospedaliere a breve termine per il recupero funzionale, in particolare i soggetti con dipendenza da alcol e problemi alcol-correlati.

Il Piano fornisce anche “**Indicazioni sull'organizzazione, sui percorsi clinico-riabilitativi e sull'offerta di residenze per alcolisti**”. In quest'ambito rileva che nel territorio regionale esiste un fabbisogno di assistenza e riabilitazione alcolologica, che può considerarsi solo in parte soddisfatto dalle due strutture specificatamente dedicate di San Daniele e Trieste, nonché dai moduli dedicati nelle RSA del pordenonese e del goriziano. In particolare, la principale carenza riguarda il territorio udinese.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, le residenze per alcolisti devono prendere in carico persone con patologie complesse alcol/psichiatriche, alcol/altre sostanze di abuso, gravi condizioni di emarginazione sociale o in genere quei soggetti che, per caratteristiche sociali, psicologiche, e ambientali non sono in grado di ottenere, nel primo periodo, una stabile astinenza o presentano una ricaduta alcolica.

Le strutture devono operare in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato, i distretti/ambiti, le altre strutture e unità operative aziendali, secondo i principi dell'integrazione e della continuità terapeutica.

Le strutture garantiscono trattamenti di tipo residenziale e semiresidenziale e svolgono le seguenti funzioni:

- accoglienza e diagnosi di alcolismo e problemi alcol-correlati,
- disintossicazione, prevenzione crisi di astinenza e trattamento di eventuali patologie alcolcorrelate,
- counselling motivazionale,
- supporto alle famiglie,
- prevenzione e educazione sanitaria, anche in relazione alle altre dipendenze,
- attività di animazione e di rieducazione psico-motoria
- collaborazione/lavoro di rete con i gruppi del volontariato sociale, con altri servizi pubblici e privati (Comune, MMG, CSSA, Università, mondo del lavoro, CMLP. ecc..),

- supporto psicologico e psichiatrico, interventi psicoterapici specifici, comunità terapeutica,
- programmi per popolazioni particolari ad esempio: alcolisti poli-abusatori, alcolisti con problemi psichiatrici, con particolari problematiche sociali (senza fissa dimora, immigrati...),
- assistenza di tipo sociale articolata in: tutela economica, gestione borse di lavoro, inserimento lavorativo e scolastico, visite domiciliari, colloqui familiari, rapporti con Enti ed Istituzioni pubbliche e private, attività di gruppo per soli familiari
- follow-up attivo degli alcolisti e delle famiglie nel lungo periodo.

L'offerta residenziale si articola in due fattispecie:

- *RSA sovradistrettuali*, che operano con personale delle RSA e che possono richiedere la consulenza specialistica del personale del Dipartimento delle Dipendenze
- *Centri residenziali sovraziendali*, che operano con personale dedicato: medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere professionale e operatore socio-sanitario, quest'ultimi nell'arco delle 24 ore.

La presenza dei due centri specialistici dell'ASS 1 e dell'ASS 4 soddisfa il fabbisogno residenziale per le situazioni più complesse, mentre è solo parzialmente soddisfatto per i casi meno complessi. Pertanto è necessario individuare dei moduli di RSA dedicati a pazienti con problemi alcol-correlati, soprattutto nell'area udinese.

Un'analisi più specifica e una più precisa definizione dei percorsi di cura e riabilitazione verranno definiti dal ***Progetto obiettivo regionale delle Dipendenze***.

La recente **L.R. 31-3-2006 n. 6 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”**, dedica l'art. 48 alle *Politiche di contrasto alle dipendenze*, che prevede:

1. La Regione promuove politiche per la prevenzione e il recupero delle persone con problemi di dipendenza da sostanze legali e illegali, favorendo la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi.
2. In particolare la Regione:
 - a) promuove azioni e attività dirette alla prevenzione socio-sanitaria e alla diffusione di adeguati stili di vita per l'intera popolazione, dando priorità agli interventi a favore degli adolescenti e comunque delle fasce a maggior rischio di emarginazione sociale;
 - b) promuove interventi di riqualificazione dei tessuti urbani, anche attraverso il sostegno alla realizzazione di luoghi di aggregazione e associativi;
 - c) prevede forme di sostegno e di accompagnamento ai soggetti dipendenti e alle loro famiglie, favorendo iniziative di incontro, socializzazione ed elaborazione delle reciproche esperienze;
 - d) sviluppa azioni finalizzate al reinserimento sociale, abitativo e lavorativo delle persone dipendenti da sostanze, anche qualora soggette a misure alternative alla detenzione;
 - e) sostiene e valorizza l'attività delle comunità terapeutiche;
 - f) favorisce la sperimentazione di modalità di intervento innovative, sia sotto il profilo preventivo-educativo, sia sotto il profilo riabilitativo-inclusivo, in grado di intercettare nuovi bisogni e domande correlati alla continua evoluzione delle diverse forme di dipendenza;
 - g) prevede specifiche forme di sostegno e accoglienza in strutture dedicate per le madri tossicodipendenti con figli minori.

Va citata anche ***“La Rete Città Sane del Friuli-Venezia Giulia”***, che costituisce un programma attivato dal 1999 nella Regione e che ha avuto un’ampia adesione dei Comuni ed è diventata una realtà significativa per la ricchezza e la qualità dei progetti.

E' questo un segnale importante dell'attenzione dei Comuni di questa regione per le politiche della prevenzione, l'educazione, l'ambiente, ed in generale lo "sviluppo sostenibile", sulla base degli obiettivi del programma strategico dell'OMS "Salute per tutti" e dei principi fondamentali indicati dalla Carta di Ottawa (1986) e dalla Dichiarazione di Atene (1998).

Quanto ai progetti, numerosi in Friuli -V.G., ogni Comune, in base alle sue peculiarità locali ed alla sua realtà sociale, oltre a definire il "Profilo di salute" e quindi il "Piano di salute", punta su alcuni temi specifici, tra cui il Programma della "Scuola Territoriale per la salute" degli undici Comuni del Medio Friuli, in collaborazione con l'ASS N.4 Medio Friuli e l'Associazione Club Alcolisti in Trattamento.

Si cita, da ultimo si cita una normativa per il reinserimento lavorativo, approvato con Delib.G.R. 10-2-2006 n. 196 ***“Progetto Obiettivo modalità organizzative dei servizi di integrazione lavorativa (SIL), dei progetti propedeutici all'integrazione lavorativa e per l'inserimento socio-lavorativo, ai sensi della L.R. n. 41/1996, art. 14-bis, comma 4”***.

REGIONE LIGURIA

Le prime indicazioni risalgono alla **legge regionale 12/3/1984 n. 14**, che definisce **"Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope"**. In attuazione di questa legge il Consiglio regionale approva periodicamente specifici programmi per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze patologiche (DCR n. 111 del 4/5/1977; n. 5 del 27/2/1985) e si prevede la costituzione di servizi per le tossicodipendenze nelle Unità sanitarie locali.

Nel processo di riordino del Servizio sanitario regionale avviato negli anni '90 e disciplinato in generale dalla L.R. 42/1994, (L.R. n° 5 del 1994, conseguente al D.P.R. 309/90, istituisce i Ser.T. in ognuna delle 5 Aziende USL della Regione Liguria, al cui interno dovrebbero operare i gruppi alcologia.

Nella conferenza di Genova del 2000, si mette in evidenza il problema della carenza di personale dei SERT (che caratterizza la Liguria come le altre Regioni) e si rileva che i *servizi di alcologia* (nuclei operativi; equipe alcologiche; servizi di alcologia) in Liguria non sono presenti in tutti i SERT. Dallo stesso anno 2000 sono attivati, con fondi derivati dal DPR 309/90, due nuovi servizi di alcologia, uno a La Spezia ed uno a Savona e si è avuto il consolidamento di quello di Chiavari, nonché la creazione di un gruppo di lavoro stabile presso il SERT dell'ambito n. 4 di Genova.

Nel 2001 il sistema di servizi si incentra sul Dipartimento delle dipendenze, nel cui ambito operano i SERT e le equipe alcologiche; cui si aggiungono i reparti ospedalieri e varie organizzazioni del volontariato (Caritas, Comunità Terapeutiche, Alcolisti Anonimi, Club per Alcolisti in Trattamento, Associazione S. Marcellino, quest'ultima in particolare a Genova, le altre su tutto il territorio regionale). Inoltre opera un **"Gruppo regionale ligure di coordinamento sui problemi alcologici"**

Il riferimento specifico rimane la L.R. 14/1984, come modificata prima con L.R. 8/11/1988 n. 59, e poi con L.R. del 2/5/1990 n. 33.

Nello stesso periodo vengono approvate altre norme di riferimento, tra cui:

- "Norme in materia di contributi per strutture destinate a soggetti tossicodipendenti e soggetti a rischio" (L.R. 2/5/1990 n. 26);
- "Albo regionale degli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze che gestiscono, senza fini di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti" (DGR n. 5256/1997).
- "Protocollo d'intesa tra il Ministro di Grazia e Giustizia e la Regione Liguria per programmi di intervento e relative modalità di attuazione in favore dei detenuti all'interno e all'esterno del carcere e per l'area penale minorile" (DGR n.2623/1997).

Successivamente il **Piano triennale dei Servizi Sociali della Regione Liguria per gli anni 1999-2001** approvato con D.C.R. 6-7-1999 n. 44, detta importanti indicazioni programmatiche, nell'ambito della azione prioritaria "Prevenzione delle dipendenze".

Gli interventi preventivi prevedono una collaborazione attiva di tutti i soggetti che agiscono in un territorio. Questi riguardano fasce giovanili a rischio già venute a contatto con il problema legato alla dipendenza ed all'uso di sostanze (oggi anche **alcool** e «nuove droghe») per prevenire l'instaurarsi di modalità

comportamentali che segnano il passaggio dall'uso all'abuso e per ridurre i rischi correlati all'utilizzo delle sostanze (HIV, incidenti stradali, discoteche).

Il lavoro di sensibilizzazione e prevenzione riguarda anche l'**alcoldipendenza**, che, come già evidenziato dal Piano triennale delle tossicodipendenze della Regione Liguria, deve essere considerata come una vera e propria malattia sociale, sempre più presente nella fascia giovanile, per cui risulta più che mai necessario predisporre un graduale lavoro di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione.

Gli interventi riguardano incontri di sensibilizzazione e informazione sui problemi **alcol** correlati e saranno indirizzati ai referenti della salute dell'istituzione scuola, ad operatori ed educatori del mondo giovanile, del mondo del lavoro e dei servizi sociali e necessariamente dovranno essere organizzati in tutte le Province regionali con la collaborazione del Centro **Alcologico** regionale (in via di costituzione).

Lo stesso Piano prevede anche l'attivazione del progetto "*Borsa lavoro*", per permettere ad una persona che appartenga ad un segmento debole del mercato del lavoro l'accesso ad una occupazione stabile. La Borsa Lavoro si realizza attraverso uno stage in una posizione lavorativa ritenuta idonea alle capacità/potenzialità del giovane, con l'obiettivo esplicito dello sbocco occupazionale al termine della esperienza a fronte della acquisizione di capacità lavorative e di adattamento adeguate.

Il progetto Borsa Lavoro si situa alla fine del percorso addestrativo e ne rappresenta la conclusione ottimale. È quindi destinato ai soggetti per i quali è prevedibile, attraverso l'anno di mediazione, il raggiungimento di adeguate capacità produttive.

Al termine della borsa non esiste tuttavia per l'azienda l'obbligo di assunzione. Tra i soggetti destinatari vi sono i soggetti in trattamento per alcolismo o tossicodipendenza

Nella **D.G.R. 22-12-2000 n. 1476: "Approvazione del progetto obiettivo regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario"**, nell'ambito dello spazio dedicata alla ATTIVITÀ RIABILITATIVA - COMPITI SER.T, si precisa che la condizione degli Istituti penitenziari richiede la predisposizione di programmi mirati che prevedono una serie di interventi per la riabilitazione del tossicodipendente.

Le aziende sanitarie valutano l'adeguatezza delle strutture, la qualità delle prestazioni erogate e i risultati ottenuti.

Il Dipartimento delle Tossicodipendenze, ed in particolare il SERT competente, per ogni Istituto di Pena deve garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ed **alcoldipendenza** secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 309/1990 e dall'art. 3.2.4 del decreto 21 aprile 2000 "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario".

Tali prestazioni devono essere garantite da équipe multiprofessionali che svolgeranno attività sanitarie e psicosociali.

Sarà inoltre promossa ogni forma di collaborazione con il Centro Servizio Sociale Adulti del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria competente per territorio nell'ambito dell'esecuzione penale esterna.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali devono inoltre :

- acquisire i dati qualitativi e quantitativi sul personale sanitario attualmente operante nell'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti e/o alcoldipendenti;
- valutare la congruità delle risorse aziendali destinate all'assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti e/o alcoldipendenti;
- effettuare una verifica sulle modalità di impiego del personale dipendente e/o convenzionato.

Con la **deliberazione del Consiglio regionale 31 luglio 2001 n. 34 le "Linee di indirizzo su prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze"**, si ribadisce e potenzia l'impegno dell'Amministrazione Regionale ad intervenire a tutto campo sulle problematiche della Dipendenza, favorendo il contrasto e la prevenzione del fenomeno e la cura ed il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti.

Il provvedimento è **preceduto dalle “Linee guida per l’istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze” (D.G.R. 9 marzo 2001 n. 305)**, con cui la Regione dispone, in attuazione all’Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 'Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti', che le 5 Isole Sanitarie Locali del territorio regionale provvedano, entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Atto, alla costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze, sulla base delle linee guida allegate alla stessa deliberazione.

Attualmente, i principali riferimenti programmatici sono contenuti nel **Piano sanitario regionale 2003-2005**, nel **Piano triennale dei Servizi Sociali 2002-2004** e nella **Legge Regionale 24 maggio 2006 n. 12 Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari**.

Il Piano triennale dei Servizi Sociali 2002-2004 inserisce le dipendenze da alcol e droghe le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione.

Il Piano contiene l’azione prioritaria **“Prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti”**, con i seguenti obiettivi:

Le politiche sociali a favore dei soggetti dipendenti attengono in particolare l’atteggiamento culturale che viene posto in essere nei confronti dell’uso di droghe. Le evidenze scientifiche internazionali, gli studi di bioetica, le indicazioni delle principali organizzazioni mondiali per la promozione e la tutela della salute della persona indicano, ormai concordemente che l’uso delle sostanze stupefacenti è da considerarsi dannoso per la salute dell’individuo, intendendo con tale termine il suo benessere fisico, psichico e sociale nella sua inscindibile globalità.

Condividendo tali principi la Regione Liguria ha adottato con *deliberazione del Consiglio regionale 31 luglio 2001 n. 34* le **“Linee di indirizzo su prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze”**, preceduta dalla Linea Guida per l’istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze, in cui si riuniscono, all’interno di un assetto dipartimentale dell’azienda sanitaria anche i soggetti del privato sociale che gestiscono Comunità di Accoglienza e recupero dei tossicodipendenti. A tali documenti si rinvia per gli aspetti di dettaglio, in questa sede si precisano le azioni da inserire nei Piani di Zona per consentire, innanzitutto, una politica di prevenzione della tossicodipendenza.

Il Piano prevede, inoltre, una specifica azione a favore dei soggetti adolescenti. Il collegamento con i servizi di prevenzione delle tossicodipendenze dell’Azienda USL e in particolare con i Centri per l’adolescenza, potrà promuovere attività preventive congiunte tra Comuni, scuole e agenzie giovanili, per la conoscenza delle criticità emergenti nelle comunità adolescenziali.

La Regione affronta il tema dell’alcol anche nel **Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005**, approvato con **DCR 20/27.1.2004 n. 3**, dove assume come propri gli obiettivi delineati a livello nazionale prima con il PSN 1998-2001, poi con la legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol correlati ed infine con il PSN 2003-2005.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- provvedere alla programmazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie correlate all’alcol;
- individuare i servizi e le strutture, incaricati della realizzazione, del trattamento dei soggetti con problemi alcolcorrelati e delle loro famiglie in collaborazione con le Associazioni territoriali;
- attivare forme di aggiornamento rivolte a tutti gli operatori sociosanitari: Questi aggiornamenti dovranno valorizzare la costruzione di una rete alcologica in cooperazione con le Associazioni territoriali operanti nel settore ed in particolare:
 - sviluppare la capacità dei servizi di lavorare in rete e per progetti, mettendo in comune risorse e esperienze nell’ambito della nuova organizzazione distrettuale delle Aziende;
 - sottolineare il ruolo fondamentale del MMG e del PLS per la prevenzione, la diagnosi e l’appoggio alle famiglie;

- sostenere le realtà territoriali autonome di autotutela e promozione della salute con particolare riferimento, in questo settore, alle comunità multi familiari dei Club degli Alcolisti in Trattamento e dei gruppi Alcolisti Anonimi e Al-anon (familiari), realtà riconosciute a livello internazionale anche dell'OMS;
- adottare una visione non solamente sanitaria dei problemi alcolcorrelati e complessi che aiuti a cogliere i legami tra i comportamenti e gli stili di vita individuali, familiari e sociali;
- attivare un approccio ai problemi alcolcorrelati che metta in primo piano l'apporto, il coinvolgimento e la compartecipazione della famiglia sia in ambito preventivo che nei percorsi di trattamento;
- adottare, negli interventi di prevenzione e sensibilizzazione, l'approccio proposto dall'OMS come "approccio di popolazione" in quanto è dimostrato che la riduzione dei consumi nella popolazione generale influenza positivamente anche i consumi nelle categorie a rischio oltre che diminuire i problemi alcol-correlati nel loro complesso;
- favorire la ricerca e le riflessioni sulle interazioni e i collegamenti tra l'uso di alcol e quello di altre sostanze psico-attive o di altri comportamenti pericolosi (gioco d'azzardo, ecc);
- rivolgere un'attenzione specifica alla prevenzione/informazione sui rischi correlati all'uso di alcol nei giovani (es. alcol e guida).

La D.G.R. 3 febbraio 2006 n. 58: "Piano regionale della Prevenzione 2005-2007 - II fase, nell'ambito della Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali" si sofferma sul tema delle C) Esperienze già attivate:

1) "Incidenti Stradali Alcool e sonnolenza" - Progetto di attività di rilevanza sociale attivato con Delib.G.R. n. 1297/2004 nel territorio del Comune di Genova.

L'obiettivo della ricerca proposta era la valutazione dell'esistenza di correlazioni significative fra incidentalità, tasso *alcolemico* e propensione circadiana al sonno tramite l'analisi di dati già acquisiti e in possesso del Compartimento della Polizia Stradale Ligure e della Polizia Municipale del Comune di Genova.

A tal fine, sono state prodotte curve di distribuzione temporale degli incidenti attribuiti ad alcool, curve di distribuzione temporale dei tassi *alcolemici* in concomitanza dei predetti incidenti, ed elaborazioni statistiche correlative di questi dati con quelli relativi all'incidentalità attribuibile al fattore di rischio sonnolenza.

Per quanto riguarda l'autorizzazione e l'accreditamento, il principale riferimento è costituito dalla **Legge Regionale 20 del 30 luglio 1999** "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997"

Il manuale per l'accreditamento e le relative procedure sono state definite nel 2002, con integrazioni e modifiche approvate nell'anno successivo, anche per i tempi di presentazione delle domande (DGR **n.395/2002; DGR n.422/2003; n.1575/2003** *"Approvazione procedura e istanza per la richiesta di accreditamento dei presidi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, versione aggiornata del "Manuale per l'accreditamento" nonché disposizioni relative all'avvio dello stesso con*

REGIONE EMILIA ROMAGNA

La normativa regionale in materia è molto ampia e si propone qui una sintesi delle principali indicazioni vigenti.

Si accenna soltanto alle norme degli anni '90, che si inquadrano nel processo di riordino del Servizio sanitario regionale avviato con le leggi regionali n. 19 e n. 50 del 1994.

Molte di queste norme hanno rappresentato la base per lo sviluppo dei servizi per le dipendenze patologiche, tra cui:

- il *"Progetto regionale Tossicodipendenze"* (DGR 722/1995);
- le *"Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati"* (DGR 1639/1996), in seguito spesso denominato *"Progetto regionale alcolismo"*.

In attuazione di queste norme sono avviati l'*Osservatorio regionale* e gli *Osservatori Aziendali sulle Dipendenze Patologiche*, nonché i *"Centri di Documentazione sulle tossicodipendenze, alcolismo e disagio giovanile"* (DGR 655/1997).

Vengono anche definite le *modalità di convenzione tra le Aziende USL e gli Enti Ausiliari iscritti ad apposito albo regionale* (DGR 3091/1996) nonché le *tariffe per gli inserimenti degli utenti nelle sedi operative degli Enti Ausiliari, compresi i centri specialistici di osservazione e diagnosi* (DGR 1192/1997 poi sostituita dalla DGR 1266/2000).

Ancora, viene definita la *normativa sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private*, con la L.R. 12.10.1998, n.34, tuttora un riferimento fondamentale e vigente, più volte modificata, da ultimo con la L.R. 12.03.2003, n. 2.

Nel 1999-2000 viene in parte rivisto l'assetto del Servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 229/99, con la Legge regionale n. 29 del 2004.

Vengono poi emanati alcuni atti che rappresentano tuttora i principali riferimenti programmatici: il *Piano sanitario regionale 1999-01* e indirizzi per l'attuazione dei citati *Progetto regionale tossicodipendenze* e *Progetto regionale alcolismo*.

Inoltre il *l'Accordo siglato tra la Regione e il Coordinamento Enti Ausiliari nel 2002* rafforza ulteriormente il buon livello di collaborazione già esistente tra servizi pubblici e privato sociale (l'Accordo è approvato con DGR n. 2360/2002 ed in seguito modificato e integrato con DGR n. 1424/2004).

In particolare per l'alcolismo sono definiti alcuni sottoprogetti, promossi dal Ministero della Salute e finanziati sul Fondo di lotta alla Droga nelle annualità 1999-2001 e 2002-2004:

- alcol e giovani;
- alcol e guida;
- alcol e lavoro.

Il sottoprogetto Alcol e guida si collega alla **D.G.R. n. 1423/2004** che fornisce **"Linee d'indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica"**. Il Protocollo "Alcol e guida" prevede la presenza del medico alcolologo all'interno della Commissione Medica Locale e il coinvolgimento dei

Centri alcologici aziendali nell'attuazione dell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico richiesto dalla Commissione.

La programmazione degli interventi sociali e sociosanitari in tema di dipendenze è in capo alla *pianificazione zonale (Piani di zona)*, con la titolarità dell'Ente locale e la stretta collaborazione dell'Azienda sanitaria e del privato sociale. In ogni distretto - zona sociale è stato istituito un *coordinamento tecnico stabile sulle dipendenze e l'utenza multiproblematica*. Al coordinamento partecipano gli Enti locali, l'Azienda USL e gli Enti del privato sociale che gestiscono interventi nel settore. Il coordinamento supporta la programmazione fornendo gli elementi conoscitivi e le valutazioni necessarie a sostenere la fattibilità dei programmi e svolge una attività di monitoraggio e valutazione dei programmi e degli interventi.

Sulla base di questo complesso di norme, nel territorio regionale opera una ricca rete di servizi.

Le strutture pubbliche di riferimento per i compiti di prevenzione, trattamento e riabilitazione sulle tossicodipendenze sono i *Sert*. In Regione sono presenti 42 Sert, orientativamente uno per distretto sanitario.

Nei Sert vengono istituite apposite *equipes alcologiche*, che costituiscono unità operative multidisciplinari (medico, infermiere, psicologo, educatore, assistente sociale) dedicate ad affrontare il problema dell'uso dell'alcol nella sua complessità e multifattorialità.

In ogni Azienda USL è istituito un "*Dipartimento o Programma aziendale Dipendenze patologiche*", in staff alla Direzione sanitaria, con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica; i Sert si configurano come strutture operative complesse con funzione di produzione all'interno del Distretto. Sono attivati anche 11 *Osservatori per le Dipendenze Patologiche*, uno in ogni Azienda USL.

Negli ultimi anni l'offerta del sistema pubblico-privato dei servizi si è andata differenziando e in risposta a nuove esigenze si sono anche attivati:

- *Centri di ascolto*: diretti ad una popolazione adolescenziale/giovanile con problemi di uso/abuso più che di dipendenza, sono spesso ospitati in Consultori giovani o comunque in spazi differenziati dai Sert;
- *Unità di strada e servizi a bassa soglia*: diretti a popolazioni che per diversi motivi non si rivolgono ai servizi tradizionali. Effettuano sia interventi di riduzione del danno diretti ad eroinomani sia interventi di informazione/prevenzione sull'uso di sostanze sintetiche presso le discoteche o nei luoghi di raduno giovanile.

Per quanto riguarda le indicazioni programmatiche, si riporta quanto previsto dal **Piano Sanitario Regionale 1999-2001**, approvato con **DCR n. 1235/1999**.

Il Piano si sofferma sul tema delle *dipendenze patologiche* nell'ambito dei *Progetti Speciali per l'integrazione socio-sanitaria*.

"Nel settore delle dipendenze patologiche è da tempo avvertita la necessità di definire le modalità di integrazione delle competenze, delle risorse e degli interventi.

A tale scopo è in fase di adozione da parte della Giunta regionale un Protocollo d'intesa con la Confederazione delle Autonomie Locali dell'Emilia-Romagna (CALER), il cui contenuto diventerà riferimento essenziale del presente PSR 1999-2001.

Il Protocollo, valorizzando le funzioni assegnate ai Comuni dal DPR 309/90 e dal D.Lgs. 112/98, definisce puntualmente gli obiettivi, il ruolo di ciascun soggetto istituzionale coinvolto nel settore, le sedi di programmazione degli interventi, gli impegni finanziari in capo a ciascun soggetto, le azioni e le modalità di integrazione gestionale e professionale.

Il Protocollo individua nella Conferenza Sanitaria territoriale la sede per la definizione degli indirizzi e dei programmi che impegnino congiuntamente i Comuni e le Aziende USL all'assunzione dei compiti previsti e

nel Comitato di Distretto la sede in cui tali indirizzi vengono specificati relativamente alle risorse da impegnare ed alle forme di collaborazione fra SERT e Servizi sociali comunali.

Il protocollo ha l'obiettivo di costruire un sistema che, chiarendo le differenze fra competenze istituzionali e gestione degli interventi, consenta di individuare modalità di rapporto fra Aziende USL ed Enti locali che garantiscano unitarietà di programmazione e di indirizzi e integrazione operativa prevedendo il coinvolgimento anche del sistema degli Enti ausiliari e delle Associazioni di volontariato.

Le competenze degli Enti locali evidenziano due tipologie di interventi: una riconducibile in senso stretto alle funzioni socio-assistenziali finalizzate ad assicurare le essenziali condizioni di vita ed al recupero delle competenze scolastiche, lavorative e di integrazione sociale e quindi rivolte in modo diretto alle persone tossicodipendenti (servizi alla persona), l'altra riconducibile invece ai compiti propri degli Enti locali in materia di prevenzione primaria.

Questa differenziazione è necessaria in quanto le due tipologie richiedono diverse strategie di programmazione e gestione degli interventi.

I servizi alla persona fortemente connessi ai progetti personalizzati di cura e riabilitazione dovranno essere ricondotti al SERT quale punto unico di erogazione.

Enti locali ed Aziende USL dovranno annualmente concordare l'entità delle risorse da assegnare ai SERT per gli interventi di natura economica e le procedure di accesso per i servizi indicati nel Protocollo.

Rientrano tra i servizi alla persona anche gli interventi rivolti a persone tossicodipendenti nell'ambito di progetti individuali orientati alla "riduzione del danno".

Tra gli interventi previsti nel Protocollo (sanitari e sociali) assumono particolare valenza le **azioni integrate**.

Si intendono per azioni integrate quelle rivolte a persone, a gruppi e organizzazioni, che, per essere efficaci, richiedono il concorso di competenze proprie del Servizio sanitario e di competenze proprie delle funzioni socio-assistenziali degli Enti locali.

Tali azioni dovranno fare riferimento a programmi e indirizzi concordati tra Azienda USL ed Enti locali ed a percorsi operativi coerenti con la modalità di gestione dei Servizi sociali assunta dai Comuni (forma singola, associata secondo quanto previsto dalla legge 142/90 e sue modificazioni o delegata alla Azienda USL).

Sono azioni integrate:

1. prevenzione primaria nella scuola, nei quartieri, nei gruppi formali ed informali ecc.;
2. integrazione sociale anche in collaborazione con il volontariato e l'associazionismo (attività ricreative, culturali, del tempo libero ecc.);
3. interventi di riduzione del danno;
4. interventi in carcere;
5. inserimento scolastico e lavorativo (recupero dispersione scolastica, formazione professionale ed inserimento lavorativo);
6. inserimenti in strutture socio-assistenziali semiresidenziali e residenziali;
7. assistenza sociale e tutela giuridica (domanda di invalidità, pratiche relative alla casa ecc.);
8. sussidi economici ad integrazione del reddito individuale o familiare;
9. assistenza domiciliare con finalità di aiuto alla famiglia e di aiuto domestico.

In attuazione del Piano, nel 1999 viene sottoscritto il **"Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e CALER sulle tossicodipendenze"** (D.G.R. n. 62/1999), che avvia azioni di sostegno ed accompagnamento degli Enti Locali nel processo di assunzione di responsabilità sulla programmazione degli interventi di prevenzione, rivolti in particolare ai giovani, di riduzione del danno e di risocializzazione. Tale processo ha naturalmente ricevuto nuovo impulso dalla approvazione dei Piani di Zona sperimentali per il biennio 2002-2003 (DGR n. 329/2002) e poi della L.R. 2/2003.

Nel 2001 si avvia anche la sperimentazione del monitoraggio e valutazione dei progetti di prevenzione e di riduzione del danno finanziati con la quota regionale del Fondo Nazionale Lotta alla droga. La sperimentazione si è avvalsa del documento di *"linee guida per la valutazione dei programmi di prevenzione primaria della tossicodipendenza"* condiviso dalla Comunità scientifica nella Conferenza nazionale di Genova, 28-30 novembre 2000 e che costituiscono una rielaborazione italiana delle linee guida adottate dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (OEDT).

Sempre in attuazione del Piano, *la circolare degli Assessori regionali alla Politiche Sociali e alla Sanità n. 15 del 21 giugno 2000 “Sistema di assistenza per le dipendenze patologiche”* fornisce indicazioni per la costruzione dei Piani di salute, con i seguenti obiettivi:

- nuove droghe e nuovi consumi;
- alcoldipendenza;
- riduzione del danno(mortalità e morbidità legata all’uso di sostanze).

Sull’alcoldipendenza gli obiettivi vengono sviluppati sulla base delle indicazioni del PSN 1998-2000 e del PSR 1999-01 e sono:

- ridurre la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 gr./die di alcol per gli uomini e 20 gr./die per le donne;
- ridurre la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto attraverso il perfezionamento della raccolta dei dati epidemiologici con particolare attenzione alla fascia giovanile e la promozione di campagne di educazione sanitaria
- ridurre e possibilmente azzerare il consumo di alcol in particolari circostanze (ad esempio prima di mettersi alla guida) ed in particolari gruppi di popolazione (ad esempio donne in gravidanza, autisti, lavoratori che utilizzino macchinari etc.) con azioni preeventive coordinate tra aziende USL, Enti locali, Associazioni di volontariato
- ridurre la mortalità e la morbidità alcolcorrelata attraverso uno stretto rapporto con i MMG e il consolidamento dell’equipe alcolologica aziendale che coordini le azioni aziendali ed extra-aziendali sul tema.

A livello regionale compete: la formazione degli operatori; la messa a punto di strumenti di valutazione; il coordinamento degli interventi relativi al “progetto discoteche”; il mantenimento dei rapporti con l’Osservatorio regionale Sicurezza stradale; la verifica del fabbisogno di interventi di tipo residenziale e la definizione delle relative tipologie.

La **D.G.R. 2-8-2002 n. 1492: “Piano degli Obiettivi 2002 per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna”** si sofferma al punto 4.8 sul tema dei Piani per la salute (PPS). In particolare, tra i temi prioritari su cui si stanno orientando i PPS, per quanto assai variegata, vi sono alcuni elementi convergenti quale il miglioramento dei cosiddetti stili di vita (attività fisica, fumo, *alcol*, ecc.), che emerge sia come tema specifico, sia come aspetto di una strategia mirata a un problema di carattere più generale (l’attività fisica nelle iniziative per la salute degli anziani, l’attenzione all’alcool nella prevenzione degli incidenti stradali e così via).

Nella DGR 1492/2002 si affronta anche il tema della **Dipendenza da sostanze:**

- Approfondire la conoscenza della situazione territoriale relativa alla dipendenza da cocaina e facilitare l’accesso delle persone dipendenti da cocaina ai Sert.
- Consolidare l’offerta nei confronti delle persone dipendenti da alcol e facilitarne l’accesso ai servizi (in particolare per le Aziende Bologna città, Bologna sud, Bologna nord).
- Consolidare l’offerta nei confronti delle persone dipendenti da tabacco (in particolare per le Aziende di Piacenza e Forlì).
- Giungere a modalità condivise tra sistema dipendenze patologiche e Dipartimento salute mentale per la gestione di persone dipendenti da sostanze affette da comorbidità psichiatrica.
- Per quanto attiene l’utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali, privilegiare l’inserimento in strutture del territorio regionale, riservando gli inserimenti fuori Regione a casi particolari e motivati (in particolare per le Aziende di Bologna nord, Bologna sud e Imola).

Sulla base della quota del **Fondo nazionale di intervento lotta alla droga trasferita alla Regione**, la Regione ha finanziato nel tempo una **serie di progetti**.

I riferimenti normativi sono molteplici, tra cui: D.C.R. n. 1269/1999 e D.G.R. n. 644/2000 sulle modalità di utilizzo del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga; D.G.R. n. 1275/2001 *per progetti - anni 2000 e 2001*; D.G.R. n. 1515/2002 e D.G.R. n. 2393/2002 *per l'anno 2002*; DGR n. 2826/2003 *per l'anno 2003*; D.G.R. n. 2175/2004 *per il 2004 etc.*).

Con la **D.G.R. 24 gennaio 2005, n. 64: "Riconoscimento, in via sperimentale, di strutture specialistiche per persone dipendenti da sostanze di abuso"**, la Regione ha riconosciuto la qualità di strutture specialistiche rientranti nella tipologia "Centro di osservazione e diagnosi" di cui alla D.G.R. n. 1266/2000, ai seguenti due progetti:

- "Centro diagnosi e terapia breve" gestito dalla Cooperativa sociale Centofiori di Rimini
- progetto "Comunità per soggetti alcolodipendenti", gestito dal Centro di Solitarietà l'Orizzonte ONLUS di Parma,

Conseguentemente ha previsto l'applicazione ai medesimi progetti, in via sperimentale, della tariffa prevista per le strutture specialistiche dalla stessa D.G.R. n. 1424/2004 a far data dall'1 gennaio 2005. Ha anche fissato il termine della sperimentazione per il 30 giugno 2006.

La **D.G.R. 17-1-2005 n. 26: "Applicazione della L.R. n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso - Ulteriori precisazioni"** si sofferma su vari aspetti tra cui la **qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali**

Fra i percorsi diagnostico terapeutici di particolare complessità sono evidenziati di fini dell'accreditamento i seguenti:

- *accoglienza e presa in cura dei casi con morbilità anche psichiatrica*: questi casi necessitano della definizione di procedure concordate con la psichiatria, dell'adozione di precise procedure di gestione da parte delle strutture più coinvolte (SPDC, posti letto dedicati in strutture ospedaliere, centro gestione crisi, comunità specialistico-terapeutiche, comunità pedagogico-riabilitative) e di percorsi integrati di audit clinico.
- *appropriatezza dell'intervento residenziale*: Non esistendo a tutt'oggi linee-guida condivise e in attesa della definizione delle stesse, è fatto vincolo alle strutture, in prima applicazione dell'istituto dell'accreditamento, di definire propri protocolli applicativi come di seguito specificato. Le strutture si devono dotare di protocolli di elegibilità degli utenti al ricovero, devono definire tempi massimi di trattamento per tipologia di problema e devono effettuare audit clinico annuale per valutare le non conformità e le possibili motivazioni delle stesse. Le strutture pedagogiche e terapeutiche non specialistiche, che ospitano transitoriamente figli minori di tossicodipendenti, sulla base di necessità segnalate dai servizi per minori, devono predisporre programmi personalizzati e documentati di tutela dei minori e di supporto alla genitorialità concordati con i servizi stessi.
- *appropriatezza dei trattamenti farmacologici dei tossicodipendenti da eroina e da alcol*.

Non esistendo a tutt'oggi linee-guida condivise e in attesa della definizione delle stesse, è fatto vincolo alle strutture, in prima applicazione dell'istituto dell'accreditamento, di definire propri protocolli applicativi. Devono essere definiti percorsi per l'accesso al ricovero ospedaliero in regime ordinario e di Day-Hospital con le strutture di riferimento, al fine della disintossicazione.

Per quanto riguarda le Strutture ambulatoriali di accoglienza e diagnosi, devono possedere protocolli per l'inquadramento diagnostico e la messa in atto delle prime misure terapeutiche.

Le Strutture di trattamento ambulatoriale devono avere una procedura per il trattamento farmacologico, comprensiva di protocolli tecnici (almeno per trattamenti farmacologici sostitutivi per dipendenti da eroina e *alcol*). Essi devono esplicitare i criteri di eleggibilità, le modalità di gestione delle urgenza, i tempi massimi di attesa, le modalità di monitoraggio e le istituzioni per la gestione degli "affidi". Devono esistere protocolli per l'attivazione di consulenze/interventi per casi di doppia diagnosi.

REGIONE TOSCANA

Il **Dipartimento delle Dipendenze** delle aziende USL è attivato in Toscana grazie alla **L.R. 2 gennaio 1995, n. 1: "Disciplina sull'organizzazione e funzionamento delle USL e delle aziende ospedaliere."** che recepisce la riorganizzazione del SSN prevista dal D.Lgs. 502/92.

Questa legge individua i diversi Dipartimenti, tra cui quello delle Dipendenze, come strutture organizzative territoriali delle USL e ne prevede l'articolazione, a livello della zona, in aree funzionali (per le dipendenze: i Ser.T.).

Al Dipartimento compete di coordinare le aree funzionali di riferimento, assicurando che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio della USL, nonché attui verifiche periodiche della attività svolta, in coerenza con i sistemi di controllo gestionale e di qualità delle prestazioni aziendali. Inoltre i Dipartimenti contribuiscono all'allocazione delle risorse assegnate e concorrono alla definizione di programmi di formazione e aggiornamento del personale.

In seguito viene approvata l'**Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolici"** di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 281 del 15 settembre 1998.

I principi guida dell'Azione programmata sono i seguenti:

- Assicurare una risposta assistenziale organizzata su tutto il territorio regionale in grado di favorire il rapporto con il soggetto alcolodipendente, fare emergere le sottostanti motivazioni interne, farsi carico delle patologie somatiche talora invalidanti. La risposta assistenziale deve essere in grado di analizzare e curare la condotta di dipendenza all'interno del complesso individuo-ambiente che emerge tra mondo psichico individuale e determinanti ambientali e sociali.
- Affidare a équipe multidisciplinari delle dipendenze i comportamenti di abuso alcolico, investendole di funzioni di educazione sanitaria, di prevenzione, di intervento diagnostico e di orientamento terapeutico.

La strategia dell'Azione programmata è quella di operare attraverso una rete integrata di servizi a livello regionale (istituzioni pubbliche e private, volontariato) in grado di affrontare in modo coordinato i molteplici aspetti del problema: prevenzione, accesso ai servizi, diagnosi, cura e riabilitazione.

Conseguentemente sono previsti due livelli di intervento:

1. il primo concerne l'incontro con le situazioni a rischio e con le problematiche fisiche e relazionali causate da abuso o dipendenza alcolica, il loro riconoscimento e l'invio a presidi preposti all'intervento specialistico;
2. il secondo riguarda la collaborazione specifica con le Associazioni di volontariato ed auto-aiuto del settore, le funzioni della presa in carico, della diagnosi, del trattamento multimodale (medico, psicologo e sociale) e riabilitativo del consumo improprio, dell'abuso e della dipendenza alcolica, della prevenzione.

Il modello organizzativo, dal punto di vista generale, è finalizzato a favorire la necessaria continuità d'intervento attraverso l'integrazione operativa tra i servizi sanitari territoriali e quelli ospedalieri; è prevista la partecipazione sistematica ai programmi di attività di: associazioni e volontariato; medici di medicina generale; équipe alcolologiche territoriali; specialisti ospedalieri.

Lo scopo precipuo è quello di attuare un intervento organico e sistematico nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze alcoliche e patologiche correlate. A tal fine sono previsti protocolli validati e condivisi dai vari livelli operativi attraverso la cui applicazione ottenere la partecipazione attiva di tutti gli operatori.

L'articolazione operativa dei servizi avviene a livello territoriale e regionale:

- a) **livello territoriale:** In ogni Azienda USL è costituita, presso ogni SERT, una équipe alcologica che opera sotto le dirette dipendenze del responsabile del SERT. Nell'équipe alcologica sono presenti i seguenti profili professionali: medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale.
- b) **Livello regionale** che agisce attraverso due strutture operative: un Centro Alcologico Regionale che opera presso l'Ospedale Careggi di Firenze; un Comitato Tecnico Scientifico che opera presso la Giunta Regionale.

Il Centro Alcologico Regionale, che vede la collaborazione attiva dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, dell'Azienda USL 10 di Firenze e dell'Università di Firenze, svolge le funzioni di:

1. epidemiologia, come osservatorio dei problemi alcol correlati di riferimento regionale, nel rispetto della legge istitutiva dell'Agenzia Regionale di Sanità;
2. prevenzione, come pianificazione, sperimentazione e validazione di nuovi modelli di intervento, anche come supporto alle équipes alcologiche dei SERT nell'elaborazione di linee guida per la gestione di problemi alcolcorrelati;
3. formazione degli operatori, in collaborazione con le realtà del territorio della Regione, già titolari di percorsi formativi accreditati;
4. ricerca clinica e biologica.

Il Comitato Tecnico Scientifico supporta la Giunta regionale nel supporto, indirizzo e coordinamento dell'azione programmata.

Il Piano Sanitario Regionale 1999/2002 ha in seguito definito con precisione le caratteristiche e i compiti del Dipartimento delle Dipendenze:

Innanzitutto si tratta di un dipartimento funzionale, di solo coordinamento tecnico, quindi senza specifiche competenze gestionali e senza il conseguente budget, che viene costituito a livello aziendale con il compito di garantire:

- l'omogeneità delle procedure e dei servizi assistenziali per una strategia complessiva di intervento a livello aziendale;
- la messa a punto di modalità di rilevazione e di integrazione dei dati previsti dai flussi informativi regionali e nazionali;
- la valutazione complessiva dei bisogni assistenziali rilevati sulla base dei dati epidemiologici acquisiti a livello zonale ai fini della programmazione aziendale dei servizi;
- la definizione di standards di funzionamento e di indicatori di qualità dei servizi assicurati negli ambiti zionali e la verifica sul raggiungimento degli obiettivi;
- la definizione di protocolli di collaborazione con altri soggetti istituzionali (Prefetture, Istituzioni scolastiche, Amministrazione penitenziaria, Comuni).

Questa impostazione è confermata dalla **L.R. 22/2000 “Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio regionale sanitario, che si pone in attuazione del D.Lgs. 229/1999 sulla riorganizzazione del SSN.**

Con questa legge *il Dipartimento per le dipendenze* diventa una struttura funzionale finalizzata a garantire l'omogeneità delle procedure operative orientate a definire la continuità di specifici percorsi assistenziali. A capo del dipartimento è preposto un coordinatore, nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario. Ogni Azienda USL, con proprio regolamento, definisce le modalità di funzionamento del Dipartimento e di nomina del suo Coordinatore. Il Coordinatore è affiancato da un comitato di dipartimento costituito dai responsabili delle Unità Funzionali di Zona (i Ser.T.) e dai direttori delle Unità Operative di riferimento.

I coordinatori dei Dipartimenti partecipano ai processi decisionali della direzione aziendale ed in particolare al Collegio di Direzione.

Successivamente il **Piano Sanitario Regionale 2002-2004** individua, tra le linee strategiche da adottare per la prevenzione e la cura delle dipendenze, il consolidamento nelle aziende USL dei servizi per le dipendenze attraverso:

- l'apposito dipartimento dipendenze, di coordinamento tecnico, come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali;
- l'effettiva attivazione delle unità funzionali Ser.T per assicurare lo svolgimento delle attività di competenza dei servizi in ogni zona-distretto, con la relativa definizione e valorizzazione dei programmi assistenziali individuali.

Il dipartimento per le dipendenze deve quindi coordinare l'attività dei Ser.T di zona affinché sviluppino, attraverso modalità operative omogenee, sia le attività già consolidate sia le azioni specifiche nelle aree di attenzione individuate nel Piano: Tabagismo, Alcol, Carcere, Marginalità sociali, Soggetti con Doppia Diagnosi, Tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia.

Il **Piano Sanitario Regionale 2005-2007** approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 22,

Nella parte dedicata ai *progetti speciali di interesse regionale e alla prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze*, prevede uno sviluppo delle azioni finalizzate alla promozione dell'empowerment della popolazione attraverso interventi tesi a ridurre l'uso eccessivo di alcool, in particolare nelle fasce di età adolescenziali e giovanili, e la prevalenza di forti bevitori.

Il Piano prevede, inoltre, la *revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcologici"* di cui alla D.C.R. n. 281/1998, alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella legge quadro nazionale n. 125/2001. In tale ambito dovranno essere ridefiniti e previsti:

- l'assetto organizzativo e funzionale della rete dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate;
- individuazione di posti letto ospedalieri per le persone con problemi alcolcorrelati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari;
- strutture territoriali residenziali e/o semiresidenziali (1 per Area Vasta) per quei pazienti che presentano un quadro clinico stabilizzato ma che abbisognano di interventi multidisciplinari integrati (medico-psicologici-educazionale) finalizzati all'acquisizione e/o recupero di abilità cognitive-comportamentali-sociali perdute durante il periodo di alcolismo;
- ridefinizione dei compiti e del ruolo del Centro Alcologico Regionale, in collaborazione con i servizi pubblici territoriali, le realtà del volontariato e dell'auto-aiuto e con le diverse agenzie regionali, quale centro di riferimento regionale per gli interventi di formazione, prevenzione, documentazione, epidemiologia, ricerca clinica, trattamento e sperimentazione di nuovi modelli di cura; al fine di agevolare e rafforzare il funzionamento del Centro Alcologico Regionale, le risorse previste dall'Azione Programmata: organizzazione dei servizi alcologici" di cui alla Deliberazione del Consiglio 281/1998, sono erogate direttamente all'Azienda Ospedaliera Careggi, presso la quale è istituito il CAR;
- valorizzazione dei gruppi del volontariato e dell'auto-aiuto e rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi pubblici.
- Attribuzione al Centro Alcologico Regionale delle funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati di cui all'art.3, comma c), della legge 125/2001; le risorse previste per il monitoraggio e derivanti dalla legge 125/2001 sono assegnate all'Azienda Ospedaliera Careggi presso la quale ha sede il CAR.

In attuazione del PSR 2005/2007, la **D.G.R. 27 marzo 2006 n. 210** prevede “Attivazione del processo di revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolici" e indirizzi per azioni di promozione, sostegno e coordinamento degli interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di sostanze alcoliche” stabilisce:

1. di proseguire il confronto avviato a livello regionale e di coinvolgere nelle azioni da realizzare ulteriori soggetti, istituzionali e non, operanti nelle problematiche alcoliche;
2. di approvare le azioni di prevenzione e di riduzione dei rischi derivanti dall'uso e abuso di sostanze alcoliche contenute nell'allegato A) della DGR n. 210/2006, che costituisce parte integrante e sostanziale del provvedimento, quali indirizzi per il sistema socio-sanitario e sociale regionale;
3. di impegnare la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà a definire entro il 30 giugno 2007 una proposta di revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolici" di cui alla d.lg.c.p.s. n. 281/1998, tenuto conto delle disposizioni contenute nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007 al punto 5.2.1.4 "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze";
4. di far fronte alle attività di cui ai punti precedenti con le risorse pari a complessivi Euro 234.000,00

la **D.G.R. 24-10-2005 n. 1046** si pone in attuazione di un altro atto programmatico generale, il “**Piano Integrato Sociale Regionale 2002/2004**” e stabilisce i programmi di iniziativa regionale, tra cui quelli per la “*Integrazione socio-sanitaria*”, caratterizzati come segue.

Indirizzi e finalità generali.

Sviluppare azioni e percorsi progettuali che affermino la *logica dell'integrazione socio-sanitaria* ed il rafforzamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale e la rendano operativa in riferimento:

- a) Al recupero e all'inserimento sociale, lavorativo e abitativo di persone con disagio psichico e di persone con problemi di *alcol*, di tossicodipendenze e di dipendenze senza sostanze (gioco di azzardo);
- b) Alla prevenzione dall'*alcol* e dalla tossicodipendenza;
- c) Alla qualificazione di percorsi socio assistenziali verso persone tossicodipendenti e/o affette da turbe psichiche, detenute o internate in Carcere e/o in Ospedale psichiatrico giudiziario;
- d) Alla diffusione della cultura dell'auto aiuto ed al sostegno della rete regionale degli utenti della salute mentale;
- e) Alla prevenzione del disagio psichico e alla promozione della salute mentale;
- f) Alla diffusione del modello toscano per l'assistenza alla persona malata di Alzheimer;
- g) Alla attuazione della Delib.G.R. n. 402/2004 relativamente alle Linee-guida per l'assistenza domiciliare;
- h) Alla estensione del servizio di sorveglianza attiva per la persona anziana fragile, nel periodo invernale, nelle zone montane.

Per quanto riguarda il sistema di accreditamento, va rilevato che in Toscana il processo di qualificazione dei servizi sanitari è iniziato con l’emanazione della **L.R. n.8 del 1999** che disciplina l’autorizzazione e l’accreditamento dei servizi pubblici e privati. Seguendo tale percorso la Regione Toscana nell’anno 2003 ha dato mandato all’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana di definire i requisiti strutturali, funzionali e organizzativi per l’accreditamento istituzionale dei servizi per le tossicodipendenze, all’interno dei quali operano le equipe alcoliche, nell’ottica di fornire prestazioni sanitarie di livello e appropriatezza sempre più elevato.

Si prevede la conclusione dei lavori entro il 2004 e l’inizio del processo di accreditamento dei servizi per le dipendenze con il **Piano Sanitario Regionale 2005/2007**.

Uno degli elementi qualificanti di tale percorso sarà l’adozione da parte di tutti i servizi di uno strumento omogeneo e condiviso per la raccolta dei dati sanitari e della loro gestione. A questo fine è stato costituito un gruppo di lavoro formato da referenti di alcune equipe alcoliche coordinato dal

Centro Alcologico Regionale per definire, all'interno del Sistema Informativo Regionale per le tossicodipendenze, una Cartella Alcologica Regionale Informatizzata.

Con la D.G.R. 24-11-2003 n. 1256: "Sostegno iniziative finalizzate alla prevenzione e al recupero nel settore delle dipendenze", la Regione approva alcuni progetti di contrasto alla tossicodipendenza e all'alcoldipendenza e stanza per essi appositi finanziamenti (totale euro 87.215,68):

- *"Inserimenti terapeutici Lavorativi per soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi per le Tossicodipendenze"* - Azienda USL 11 di Empoli - Ser.T di Empoli;
- *"Ricerca-intervento di prevenzione dell'abuso di sostanze psicotrope, con particolare riferimento all'**alcol**, nei Pub e Disco-Pub del territorio Empolese e del Valdarno Inferiore"* - Azienda USL 11 di Empoli - Ser.T di Empoli, in collaborazione con la Cooperativa Sociale C.A.T. di Firenze
- *"Conoscenza - Programmi innovativi e sperimentali per soggetti dipendenti da cocaina e per giovani poliassuntori"* - Centro di Solidarietà di Firenze Onlus.

Prevede, inoltre, l'attivazione di un processo di monitoraggio e valutazione di efficacia affidandone lo svolgimento alla competente Area della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà che effettuerà specifici incontri con i soggetti attuatori.

REGIONE MARCHE

La rete dei servizi:

La Regione Marche ha attivato dal 1998 all'interno del Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.), un ***Centro di Alcologia*** con il compito di assistere, tramite azioni di prevenzione primaria, presa in carico, sostegno e cura, soggetti affetti da disturbi da alcol dipendenza e patologie correlate.

Dal 2003 la Regione ha istituito un'unica azienda Usl, denominata ***“Azienda sanitaria unica regionale” (ASUR)***, trasformando le precedenti 13 aziende Usl in “zone territoriali” (L.R. 20.6.2003, n. 13: “Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale”). Dopo questa riforma i SERT operano a livello di zona territoriale.

I Centri di Alcologia rappresentano il nodo principale di una rete di Servizi operanti con modalità congiunte, che vanno dalla “presa in carico globale” del paziente, alla prevenzione nel territorio, alla fornitura di trattamenti integrati, fino ad invii presso i Reparti di Medicina., nelle 13 Zone Territoriali in cui è suddivisa l'ASUR.

I Centri di Alcologia sono orientati ad erogare prestazioni differenziate, tipo: counseling informativo e motivazionale, accertamenti medico-sanitari e diagnostici, somministrazione di farmaci anti-craving, farmaci sostitutivi ed antagonisti, interventi psico-terapeutici individuali e di gruppo, terapie familiari, visite domiciliari, disintossicazioni in struttura ospedaliera, progetti di inserimento e/o reinserimento socio-lavorativo, monitoraggio degli interventi.

Il Piano sanitario regionale:

Per quanto riguarda la normativa, il riferimento principale è attualmente il ***Piano sanitario regionale 2003-2006***, approvato con DCR n. 314/2003, che dedica il paragrafo 2.2.4 al tema “dipendenze patologiche”.

Il paragrafo inizia con un'interessante analisi del “cambiamento del sistema di welfare”, che ha portato ad una modifica dei servizi alla persona e quindi anche delle dipendenze.

“La recente produzione normativa nazionale e regionale in materia di welfare ha introdotto sostanziali mutamenti nello scenario dei servizi alla persona ed alla comunità. Basti pensare all'impatto della L. 328/00, al Piano Sociale Nazionale, all'Accordo Stato-Regioni del 15.03.1999, al DPCM 14/02/01 sull'integrazione socio-sanitaria, al DPCM 29/11/01 sui livelli essenziali di assistenza, ma soprattutto al Piano Sociale Regionale 2000/2002. Anche a livello sovranazionale, nel settore specifico delle dipendenze patologiche, il Piano d'azione dell'UE 2000/2004 ha trasposto la strategia in azioni concrete indicando precisi obiettivi agli Stati membri.

...Gli interventi per le dipendenze rientrano pienamente nel sistema generale di riordino del welfare, e vanno sempre più ad integrarsi con le azioni e le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione lavoro, le politiche di promozione di diritti ed opportunità per gli adolescenti ed i giovani, le politiche per l'immigrazione, le attività di tutela della salute della popolazione detenuta, il fenomeno della prostituzione.

Proprio in materia di dipendenze si assiste ai seguenti nuovi orientamenti degli interventi

DA	A
protetti, specifici per il settore, avulsi dai comuni percorsi di cura e di assistenza, non operanti in regime di programmazione, con costi ed investimenti limitati e determinati	interventi integrati, autorizzati, accreditati, valutabili in termini di qualità; riconoscibili nella rete dei servizi territoriali.

Si registra inoltre il ruolo strategico e sussidiario degli enti locali e del terzo settore nella rilevazione dei bisogni e nella erogazione di servizi, soprattutto attraverso l'attribuzione ai Sindaci delle principali funzioni di governo e di azione socio-sanitaria locale.

Altro passaggio fondamentale, peraltro già avviato e sperimentato attraverso la gestione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga relativo all'esercizio 2000, è quello dal finanziamento "per servizi" al co-finanziamento "di progetti" ed infine al co-finanziamento di "politiche e servizi integrati territoriali" nell'ambito dei Piani.

Nuovi sono anche gli strumenti di programmazione: in luogo del bando è stato adottato il metodo della progettazione concertata, declinata poi in precisi impegni attraverso Protocolli d'intesa ed Accordi di programma tra enti pubblici e del Terzo Settore.

Risulta inoltre meglio definita a livello nazionale l'attribuzione delle competenze in materia sociale ed in materia sanitaria (DPCM 14/02/01).

In questo contesto, e per recepire il nuovo corso legislativo, sono stati posti in essere atti contenenti indirizzi e modalità di coordinamento per la progettazione in materia di dipendenze patologiche all'interno dei Piani Territoriali, in attuazione del Piano Sociale Regionale.

Le finalità dei programmi

Le linee d'intervento in materia di dipendenze sono articolate su due livelli finanziari e di responsabilità:

- 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;
- i livelli di ambito, inter-ambito e provinciale, con iniziative locali finanziabili con le risorse già trasferite ai Comuni, sulla base delle priorità stabilite dal Comitato dei Sindaci con i Coordinatori d'ambito.

Tra gli obiettivi di livello regionale previsti dal "Piano Sanitario Regionale 2003-2005" rientrano gli Interventi in materia di alcolologia, a cura della Regione.

In particolare, le prestazioni in materia di dipendenze patologiche sono da considerarsi socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (DPCM 14/2/01). I luoghi di integrazione socio-sanitaria sono l'ambito territoriale e il/distretto/i sanitario/i coincidente/i.

La dipendenza patologica è individuata dall'OMS come una patologia con caratteristiche croniche ad andamento tendenzialmente recidivante, per la quale sono predisposti profili di cura appropriati, che tengano conto della specifica patologia, delle caratteristiche della persona inserita nel suo contesto psicoaffettivo, sociale e relazionale e del momento evolutivo sia della persona che della patologia, come una metodologia "per progetti personalizzati" che definisca obiettivi a breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori, anche di esito.

Attualmente il territorio marchigiano può contare su una rete di servizi, sia pubblici che privati, che restano gli attori principali per assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore, costituita da:

- SERT;
- servizi dedicati alle problematiche alcolcorrelate (UO specifiche interne ai servizi aziendali, CAT, Alcolisti Anonimi, ecc.);
- Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali;
- Unità di strada o unità mobiliari territoriali;
- Punti di accoglienza a bassa soglia;
- Centri di informazione e consulenza (CIC);
- Strutture di ascolto e di reinserimento sociale e lavorativo.

Tale rete, che ha comunque bisogno di modalità organizzative ed operative meglio raccordate ed integrate, costituisce lo strumento per perseguire **obiettivi prioritari**, tra cui il potenziamento degli

interventi di prevenzione primaria, anche attraverso collaborazioni interistituzionali (comuni, provveditorati agli studi, ecc.), riconoscendo agli ambiti la funzione di co-progettazione delle azioni di salute rivolte alla prevenzione primaria. E' necessario stabilire profili di assistenza che attraversino i diversi servizi (materno-infantile, età evolutiva, servizi per le dipendenze patologiche, ecc.) e siano fondati sulla centralità di funzione del MMG e del PLS.

Risulta necessario procedere alla definizione di un piano pluriennale (progetto obiettivo) in un tempo ridotto (sei mesi) per articolare una programmazione, di governo e di gestione, che consenta di adeguare i servizi delle Marche a quelli più avanzati sul territorio nazionale e, anche, alle sperimentazioni extra nazionali.

Gli attori che dovranno essere chiamati ad una intensa e qualificata produttività sono: il Coordinamento dei Responsabili degli attuali SERT delle Marche; la **Consulta Regionale Dipendenze Patologiche** (all'interno della quale sono rappresentate tutte le organizzazioni e le agenzie coinvolte nei processi); il **Dipartimento "Servizi alla Persona"**; l'ARS; le OOSS.

Il gruppo di lavoro dovrà produrre un *"Progetto di riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche"*, in grado di declinare i contenuti individuati in questo PSR, articolando efficacemente il principio del *"Sistema dei Servizi per le Dipendenze Patologiche"*, e di rispondere anche ad ulteriori elementi di criticità, quali:

- necessità di formazione congiunta (va risolto in particolare il problema della qualifica universitaria degli educatori professionali del settore Sanitario anche mediante la predisposizione di un accordo con l'Università per l'attivazione della Laurea per Educatori Professionali);
- progettazione di forme innovative di collaborazione, omogenee a livello regionale, con le agenzie di tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza, nonché con i Tribunali, le Procure minorili e i Servizi Sociali dei Comuni, l'Amministrazione Penitenziaria e le Forze Armate, al fine di definire linee generali che consentano, in ognuno dei territori dei Dipartimenti, di integrare i bisogni sociali di sicurezza e di tutela con le occasioni di cura che il Sistema dei Servizi rende disponibile;
- individuazione di settori e percorsi di ricerca e sperimentazione, recuperando la qualificazione pregressa dei Servizi della Regione anche come soggetti propositivi all'interno del panorama nazionale e internazionale.

Le norme sui progetti in materia di dipendenze patologiche:

La DGR 25-9-2002 n. 1711 contiene ***l'Atto d'indirizzo e coordinamento per la definizione dei progetti in materia di dipendenze patologiche, in Attuazione dell'art. 127 del D.P.R. n. 309/1990 sul Fondo nazionale lotta alla droga.***

La delibera prevede che le linee d'intervento in materia di dipendenze siano articolate su due livelli finanziari e di responsabilità:

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 già trasferite ai Comuni, sulla base delle priorità stabilite dal Comitato dei Sindaci con i Coordinatori d'ambito.

Tra i progetti di livello regionale sono previsti quelli in materia di alcolismo, tabagismo nelle scuole e «mondo della notte», tutti finanziati e curati direttamente dalla Regione.

Per quanto riguarda le restanti finalità, si ritiene opportuno indicare negli ambiti, nei multipli di ambito o nel territorio provinciale i sistemi territoriali in cui attivare i percorsi e le strategie più efficaci.

Tutti i soggetti Pubblici e del Terzo Settore coinvolti nella progettazione, ed operanti ai vari livelli, individuano e sottoscrivono forme di accordo e di coordinamento ai fini della realizzazione delle azioni previste nei progetti stessi.

Con la **D.G.R. 10-12-2002 n. 2176: “Attuazione Delib. G.R. n. 1711/2002 - approvazione dei criteri di ripartizione delle risorse finanziarie destinate al co-finanziamento delle attività di livello regionale in materia di dipendenze patologiche”**, la Regione definisce l'entità dei finanziamenti (nazionali e co-finanziamenti regionali); le modalità di presentazione dei progetti, i criteri di valutazione dei progetti e le modalità di liquidazione dei contributi.

Per l'alcolologia si prevede un co-finanziamento regionale fino ad euro 20.000,00 per :

- ***un corso regionale di sensibilizzazione ed aggiornamento per medici di medicina generale*** (che dovrà prevedere un'adeguata strategia di comunicazione nonché strategie finalizzate al coinvolgimento del maggior numero possibile di medici di medicina generale e la maggiore copertura possibile del territorio regionale; crediti formativi previsti dal sistema di Educazione continua in medicina (E.C.M.); la trasmissione di conoscenze e competenze in ordine a: aspetti clinico-epidemiologici; aspetti psico-sociali; la prevenzione primaria; approccio al paziente che abusa di sostanze alcoliche, e a soggetti comunque ritenuti a rischio; modalità e tecniche di trattamento del paziente alcolista; invio alla rete dei servizi di trattamento e riabilitazione)
- ***il sostegno della «Seconda giornata nazionale di prevenzione per i rischi alcolcorrelati»***, aprile 2003.

Si prevede anche il co-finanziamento regionale dei seguenti progetti:

- ***«Linea Verde Teseo»***, a titolarità della Cooperativa Sociale La Speranza di Porto S. Giorgio (AP): si tratta di un numero verde regionale, attivo tutti i giorni dalle 09.00 alle 21.00, anonimo e gratuito, con funzioni di centro di ascolto in materia di droghe, alcolismo, aids. Gli operatori che rispondono sono psicologi, sociologi, medici, assistenti sociali con esperienza nel settore.
- ***«Accoglienza e reinserimento abitativo»***, a titolarità della Cooperativa Sociale P.G. Frassati di Pesaro: si tratta di un centro di accoglienza residenziale maschile e di reinserimento socio-lavorativo per soggetti ex-tossicodipendenti o alcolodipendenti con ricettività massima di 15 posti.

Per quanto riguarda invece gli ***interventi in materia di sicurezza stradale***, il progetto deve promuovere la cultura della sicurezza e deve perseguire la prevenzione degli incidenti stradali, soprattutto in relazione all'uso di sostanze psicotrope ed *alcol*.

Con la **D.G.R. 13-5-2004 n. 526: “Attuazione Delib.G.R. 25 settembre 2002, n. 1711 - Approvazione dei criteri di ripartizione delle risorse finanziarie destinate al co-finanziamento delle attività di livello regionale in materia di dipendenze patologiche”**, la regione Marche ha disciplinato i Criteri di ripartizione delle risorse destinate al co-finanziamento delle attività di livello regionale in materia di dipendenze patologiche.

Con D.G.R. n. 1711/2002 la Giunta Regionale aveva indicato le finalità che gli interventi in materia di dipendenze patologiche devono perseguire, distinguendo il livello progettuale regionale dal livello d'Ambito Territoriale.

Per quanto riguarda le attività specifiche in materia di alcolologia, poiché nel corso del 2003 sono state finanziati e realizzati diversi corsi di formazione e informazione rivolti agli operatori dei servizi pubblici, ai medici di medicina generale ed alla popolazione, si è ritenuto opportuno valutare gli esiti di tali azioni, e con atti successivi individuare nuovi obiettivi e risorse per raggiungerli.

...Per quanto riguarda il tema dell'***alcolismo*** ed in particolare la *Continuità e sviluppo dei progetti regionali in corso*, si conferma il co-finanziamento dei progetti di rilievo regionale in corso, già finanziati nell'esercizio 2003, tra cui il Progetto "Linea Verde Teseo" e il Progetto "Accoglienza e reinserimento abitativo".

Per quanto riguarda le *Attività di prevenzione*, le risorse disponibili saranno utilizzate secondo criteri che la Giunta Regionale stabilirà con atto successivo.

Per quanto riguarda invece gli interventi in materia di *sicurezza stradale*, il progetto deve promuovere la cultura della sicurezza e deve perseguire la prevenzione degli incidenti stradali, soprattutto in relazione all'uso di sostanze psicotrope ed alcol.

Ai fini della massima efficacia e diffusione, il progetto dovrà prevedere: una adeguata strategia di comunicazione; la maggiore copertura possibile del territorio regionale; personale ed operatori specificamente formati; il coinvolgimento delle scuole e delle forze dell'ordine; una forte integrazione con gli operatori di strada e le unità mobili. Inoltre il soggetto proponente, pubblico o del terzo settore, deve avere comprovata esperienza nel settore.

In riferimento ai Progetti finalizzati alla supervisione degli operatori pubblici e del privato sociale, sono finanziabili i progetti e le relative attività di supervisione degli operatori pubblici e del privato sociale.

I responsabili dei Servizi pubblici per le dipendenze patologiche concertano e co-progettano congiuntamente con i responsabili degli Enti Ausiliari, o loro delegati, le attività di supervisione e le modalità di attuazione sul territorio di riferimento.

Le eventuali somme residue potranno essere utilizzate per il co-finanziamento di attività, anche ambulatoriali, ad integrazione socio-sanitaria (centri antifumo, ambulatori alcologici, borse lavoro, ...).

La D.G.R. n. 526/2004 stabilisce anche le modalità di presentazione dei progetti, criteri di valutazione dei progetti, le modalità di liquidazione dei contributi

Il riordino del Sistema regionale dipendenze patologiche:

In attuazione del Piano sanitario regionale, la Regione ha previsto la **“Adozione dell'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.”** (DGR 29-6-2004 n. 747).

Si tratta di un ampio provvedimento, che definisce il sistema integrato territoriale dei servizi alla persona e alla comunità in materia di dipendenze, disciplinando in particolare ***il dipartimento dipendenze patologiche*** (parte I)

Principi epistemologici e bioetici

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 di diverse aree tra cui: alcologia, tabagismo, dipendenze da psicofarmaci.

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. n. 13/2003, 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 e 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). Tra le principali Unità Operative attivabili presso ogni Dipartimento, ad eccezione delle U.O. di detossificazione, che avranno valenza provinciale, vi è l'*U.O. alcologia* e sostanze legali.

Per quanto riguarda il tema degli Indirizzi operativi, anche 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).

Per quanto riguarda L'OFFERTA DEL DIPARTIMENTO ed in particolare i criteri della riqualificazione della rete dell'offerta, questi 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). Tra questi criteri si prevede di: garantire una adeguata rete di servizi alle persone con problemi di alcoldipendenza o alcol-correlati; consolidare l'assistenza sanitaria rivolta ai detenuti tossicodipendenti ed alcoldipendenti negli istituti penitenziari delle Marche e nella fase dell'esecuzione penale esterna.

La DGR 747/2004 si sofferma anche sul tema dei Servizi residenziali sociali per problematiche connesse a stati di dipendenza (L.R. n. 20/2002). 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.

Sul tema della *Prevenzione* nell'*Area alcologia*, 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, nei 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 équipe 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 Alcológico 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 *équipes* per le alcoldipendenze.

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 legati 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 comorbidità 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.

La DGR affronta anche il tema della *sicurezza stradale* correlata all'uso di sostanze legali e illegali. 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.

La L.R. 9-12-2005 n. 30: “Disciplina delle attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande” disciplina all'art. 3 gli ambiti di applicazione.

In particolare, gli esercizi di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande sono costituiti da un'unica tipologia, che comprende anche la somministrazione di bevande *alcoliche* di qualsiasi gradazione, nei limiti previsti dalla relativa autorizzazione sanitaria.

Sono ricompresi in tale tipologia i centri rurali di ristoro e degustazione, di cui all'articolo 21, comma 1, lettera b), della L.R. 3 aprile 2002, n. 3 (Norme per l'attività agrituristica e per il turismo rurale) nei quali la ristorazione deve basarsi su un'offerta gastronomica tipica della zona, che utilizza come materie prime almeno il 70 per cento dei prodotti locali o tipici acquisiti direttamente da aziende agricole singole o associate o da aziende di trasformazione dei prodotti agricoli della Regione, operanti nel territorio regionale, con preferenza per le produzioni DOP, IGP, STG, DOC, DOCG, IGT, per i prodotti tradizionali di cui al D.M. 8 settembre 1999, n. 350 del Ministero delle politiche agricole (Regolamento recante norme per l'individuazione dei prodotti tradizionali di cui all'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 aprile 1998, n. 173), nonché per i prodotti biologici; vino, olio vergine ed extra-vergine di oliva e miele devono derivare da materia prima di origine esclusivamente regionale, salvo che per eventi eccezionali se ne verifichi un calo significativo di produzione accertato dalla Giunta regionale.

La LR n. 30/2005 stabilisce che le norme contenute non si applicano alle attività turistiche ed agrituristiche che restano disciplinate dalle rispettive leggi regionali.

REGIONE UMBRIA

I primi interventi normativi

Risalgono alla L.R. 23-1-1997 n. 3: “Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali”.

L’art. 31 affida alla competenze delle Unità sanitarie locali le *attività sociali a rilievo sanitario*, ossia quelle attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale atte a rimuovere o ridurre le condizioni di dipendenza derivate da stati patologici o prepatologici a rischio o da menomazione permanente sia fisica che psichica quali:

- a) assistenza e riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap;
- b) recupero psico-fisico e risocializzazione dei malati mentali;
- c) recupero psico-fisico e risocializzazione dei tossicodipendenti, alcolodipendenti e malati di AIDS;

I passaggi successivi:

Negli anni '90 le leggi di riordino del Servizio sanitario regionale (LR. 4.1.1995, n. 1 e L.R. 20.1.1998, n. 3) istituiscono 4 aziende USL nella Regione Umbria. Le azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche sono affidate ai Sert, all’interno dei quali operano le Unità operative di Alcologia. Dal 2001 è prevista l’istituzione dei Dipartimenti delle dipendenze nelle aziende USL.

Successivamente la Regione approva un “**Atto di indirizzo programmatico sulla Riduzione del danno da dipendenze**” (DCR 10 gennaio 2000, n. 767)

In seguito è stato avviato un processo di riorganizzazione di tutta la rete dei servizi attivati nelle 4 Aziende sanitarie locali dove, oltre ai 12 Sert, sono attive 9 unità operative di alcologia, 4 unità di strada, un centro a bassa soglia e 21 comunità terapeutiche. In tutta la Regione, grazie alle risorse stanziare dal “Fondo nazionale per la lotta alla droga”, sono stati attivati molti progetti in collaborazione con enti locali e privato sociale. Da segnalare anche l’istituzione del “Laboratorio permanente” avviato nel 2002 su iniziativa della Regione Umbria e che si posiziona come un tavolo aperto di confronto con tutte le realtà che operano nel settore.

I principali riferimenti attuali sono costituiti dal Piano sanitario regionale e dalle linee di indirizzo del 2004; importanti riferimenti sono contenuti anche nel Piano sociale 2000-02.

Dalle linee di indirizzo del 2004 adottate dalla “Direzione sanità e servizi sociali” emerge che la prevenzione e le politiche della riduzione del danno, nonché l’attivazione ed il miglioramento della qualità di interventi e servizi integrati tra pubblico e privato, costituiscono il fulcro dell’attività sanitaria che assume come principio fondamentale, la centralità della persona dipendente e dei suoi bisogni.

Le indicazioni del Piano sociale regionale

La DCR 20-12-1999 n. 759: “**Piano sociale regionale 2000/2002**”, che al Capitolo 7 si sofferma sul tema della integrazione socio-sanitaria.

In particolare, per quanto riguarda le *Aree ad elevata integrazione socio-sanitaria*, specifica che in alcune aree d'intervento sono coinvolti sia aspetti sanitari sia sociali, perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili o perché, in alcune fasi dell'azione sanitaria, s'inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario.

Sono aree ad elevata integrazione socio-sanitaria all'interno delle quali le problematiche si modificano nel corso del tempo per l'evolversi delle condizioni dei soggetti seguiti o per il modificarsi del quadro epidemiologico.

Tali aree riguardano: l'assistenza e la riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap; il recupero psicofisico e risocializzazione dei malati mentali; il recupero psicofisico e risocializzazione dei tossicodipendenti, *alcoldipendenti* e malati d'AIDS; l'assistenza agli anziani parzialmente e totalmente non autosufficienti; l'assistenza psico-sociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva.

Le aree menzionate sono state individuate in relazione a diverse componenti quali:

- a) caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali;
- b) caratteristiche dell'intervento che richiede un elevato livello d'integrazione tra attività sociali e sanitarie, nonché d'assistenza tutelare;
- c) finalità legate in prevalenza ad obiettivi di natura socio-assistenziale e socio-riabilitativa;
- d) modalità di valutazione multidimensionale per l'accesso ai servizi e alle prestazioni che richiede l'integrazione professionale fra comparto sanitario e sociale mediante Nuclei multidisciplinari di valutazione (Unità di valutazione geriatrica per i soggetti anziani; Unità multidisciplinare di valutazione per i disabili; équipe medico psico-sociale per malati di mente e tossicodipendenti/*alcoldipendenti*; équipe consultoriale per donne e infanzia);
- e) approccio progettuale per ogni singolo soggetto sul quale s'interviene.

Nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria, particolare rilevanza deve assumere oggi lo sviluppo di interventi e servizi innovativi finalizzati a ridurre i danni e i rischi, individuali e collettivi, che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e disagio ad esse correlate procurano in campo sanitario e sociale.

È altresì opportuno sperimentare forme di intervento a sostegno delle famiglie che si prendono cura di soggetti dipendenti (assegno di cura e altri interventi di sollievo familiare).

La **D.G.R. 29-7-2002 n. 1057: “Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato - Regioni del 5 agosto 1999 (Così come corretta con Delib.G.R. 2 settembre 2002, n. 1162).”** affronta, tra i vari temi, l'area specialistica residenziale e quella semiresidenziale.

AREA SPECIALISTICA RESIDENZIALE: SERVIZIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PER PERSONE CON PROBLEMI ALCOLCORRELATI

DEFINIZIONE.

Il servizio terapeutico - riabilitativo per persone alcolodipendenti accoglie persone maggiorenni, italiane e straniere, con problematiche legate all'uso problematico o alla dipendenza alcolica, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Offre interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo personalizzati con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente. La struttura residenziale per alcolodipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica associati ad attività riabilitative anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni).

FINALITÀ.

Il programma terapeutico - riabilitativo si pone come obiettivo centrale il recupero dell'autonomia, il ripristino delle capacità di integrazione sociale (intendendo gli aspetti non solo relazionali, ma anche lavorativi, di autonomia economica), il favorire la socializzazione ed il miglioramento della vita di relazione dell'utente, attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e di gruppo e la condivisione della vita comunitaria. Questi obiettivi richiedono l'utilizzo di interventi complessi e di natura sociale sanitaria, psicologica ed educativa e dunque una gamma di servizi diversificati che si ottengono con l'alta integrazione fra pubblico e privato sociale.

DURATA DEL PROGRAMMA.

Il programma terapeutico riabilitativo ha una durata massima di 12 mesi.

SOGLIA.

Il programma terapeutico - riabilitativo per alcolisti ha una soglia di accesso media - alta.

CAPACITÀ RICETTIVA.

Il programma terapeutico - riabilitativo ha una capacità ricettiva di 15 posti letto e 5 posti in regime diurno.

REQUISITI STRUTTURALI MINIMI.

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati deve garantire: camere da letto con non più di quattro posti.

PRESTAZIONI.

Il programma terapeutico riabilitativo deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

- valutazione psico - sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale della ASL convenzionata e dagli operatori del programma per alcolisti;
- attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'équipe terapeutica integrata (comunità e servizio di alcologia) con l'utente e con i servizi invianti;
- monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;
- supporto psicologico individuale e/o di gruppo effettuati in maniera continuativa;
- gestione delle problematiche mediche generali adeguate alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;
- gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non) anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- somministrazione pasti;
- reperibilità notturna degli operatori e presenza costante di un "utente anziano" con funzioni di responsabile;
- copertura del centro diurno da parte degli operatori.

PERSONALE.

Nel programma terapeutico riabilitativo lavora un'équipe integrata di operatori della comunità e dell'ASL in convenzione, così composta:

- personale terapeutico operante a tempo pieno nella struttura: una psicologa coordinatrice; due educatori; una collaboratrice esterna per le attività espressive;
- personale impiegato a tempo parziale: un direttore sanitario (responsabile Servizio alcologia della ASL); una infermiera della ASL; personale amministrativo; medico psichiatra; altre figure specialistiche necessarie a seconda dei programmi.

COSTO SERVIZIO: Range della retta pro-die e pro-capite: da euro 47,26 a euro 53,20.

AREA INTERMEDIA A BASSA SOGLIA - SERVIZIO INTERMEDIO SEMIRESIDENZIALE A BASSA SOGLIA

Range retta pro - die pro capite: euro 27,63-37,49.

L'atto di indirizzo programmatico "Riduzione del danno da dipendenze" (DCR 10 gennaio 2000, n. 767) indica alcune tipologie di destinatari (lista solo orientativa da adattare alla singola realtà territoriale);

- persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;
- persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;
- persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare al momento percorsi di cambiamento;

- persone tossicodipendenti italiane e stranieri che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse; persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze; extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcolodipendenza senza assistenza socio - sanitaria.

[**] Le strutture intermedie a bassa soglia sono luoghi di permanenza nei quali non è obbligatorio partecipare alle attività che vi si svolgono. La modalità di accesso è facile e non necessita di appuntamento: la persona può recarsi da sola alla struttura, oppure essere accompagnata dagli operatori di strada o dagli operatori dei Ser.T, o segnalata da altre risorse sanitarie e sociali del territorio.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con **DCR n. 314/2003**, prevede *un'area specialistica residenziale* destinata a:

- *Servizio specialistico residenziale comorbidità psichiatrica*: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso e con una storia pregressa di gravi disturbi psichiatrici che si manifestano o meno al momento dell'inserimento, utenti inviati dai Ser.T di residenza previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio di salute mentale di residenza, proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.
- *Servizio specialistico per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori*: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in attesa di un figlio, programmi di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. La retta per i figli minori è a carico del sociale.
- *Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati*: accoglie persone maggiorenni, italiane e straniere, con problematiche legate all'uso problematico o alla dipendenza alcolica, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Offre interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo personalizzati con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente.

La struttura residenziale per alcolodipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica associati ad attività riabilitative anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie), assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni.

La DGR 15-12-2004 n. 1973: "Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze"

Affronta il tema della *"utilizzazione dei servizi in ambito regionale"*. Partendo dai dati forniti dai servizi regionali il quadro appare nell'insieme frammentario ed incompleto, confermando quindi la priorità, già indicata nel Piano precedente, di attivare una diversa e più adeguata metodica di rilevazione e diffusione dei dati.

Dopo la descrizione dei servizi correlati alle *dipendenze da sostanze illegali*, la DGR n. 1973/2004 si sofferma sul tema del trattamento dell'*alcolodipendenza*. Sono attive in Umbria 9 Unità di *alcolologia*, che nel corso del 2003 hanno avuto in carico complessivamente 1.422 soggetti, dei quali 457 erano nuovi utenti. Dal 1995 si registra un trend dei soggetti in carico in costante aumento.

Prevalgono nettamente i maschi, sia nell'utenza complessiva (74 per cento), sia nei nuovi utenti (80 per cento). I soggetti in carico sono distribuiti su tutte le fasce di età, da 20 anni a >60, con una piccola percentuale anche di utenti con età <20; la fascia di età maggiormente rappresentata risulta quella 30-39, cui appartiene il 30 per cento degli utenti.

Quale bevanda *alcolica* prevalente, nella maggior parte dei casi viene segnalato il vino (50 per cento); segue la birra (30 per cento), quindi i superalcolici (13 per cento).

Non sono attualmente a disposizione dati sui consumi pro capite di *alcol* puro della popolazione regionale. Possiamo parlare di stime dei consumatori di bevande *alcoliche* nella popolazione, considerando come fonte le indagini Multiscopo ISTAT relative a «Stili di vita e condizioni di salute» per l'anno 2001.

Dal 1998 si è verificato un incremento della stima dei consumatori, per i maschi del 5,3 per cento, per le femmine del 6,5 per cento sul totale della popolazione, incremento comune, per entrambi i sessi, a tutte le regioni italiane. In termini di salute pubblica, questo dato significa che sono in aumento le persone che consumano bevande *alcoliche*, ma sono necessari successivi studi ed approfondimenti per avere informazioni sulla modalità di consumo e la tipologia di sostanza *alcolica* consumata e quindi poter valutare l'esposizione ai potenziali fattori di rischio *alcolcorrelati*. (Segue tabella dati stima consumo sostanze *alcoliche*)

La Parte III riguarda la “organizzazione degli interventi”. Punto nodale dell'organizzazione aziendale nell'area è il *Dipartimento per le dipendenze*, che si qualifica quale elemento di integrazione funzionale e di coordinamento organizzativo delle «*diverse unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda, a tutti gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che a vario titolo e con varia responsabilità operano sul territorio, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo ed il comparto sociale*».

Sono Unità operative afferenti i Servizi di *alcologia*, le Unità antifumo, i Ser.T, le Unità di strada ed i Servizi a bassa soglia, gli Enti ausiliari accreditati.

Occorre provvedere alla completezza del ventaglio di servizi afferenti, in particolare assicurando in ogni Dipartimento l'istituzione e/o il potenziamento dei Servizi di *alcologia* e delle Unità antifumo e l'inserimento a pieno titolo delle Unità di strada.

Il Servizio di Alcologia

È il servizio specificamente deputato alla programmazione, realizzazione, valutazione di interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione nei confronti delle problematiche correlate all'abuso e alla dipendenza da *alcol*. Costituisce una Unità operativa afferente al Dipartimento per le dipendenze e come tale opera all'interno della cornice distrettuale, secondo il modello del governo clinico, in un contesto di stretta integrazione con i MMG, con le Unità territoriali, con gli altri servizi territoriali e con i reparti ospedalieri interessati.

Cura rapporti di collaborazione e di integrazione degli interventi con il volontariato, in special modo le organizzazioni di auto-mutuo-aiuto da lungo tempo operanti nel settore, e con i servizi del privato sociale accreditato. Attraverso le modalità concordate con il distretto, collabora alla programmazione di territorio e partecipa a progettazioni congiunte, non solo in tema di educazione alla salute e prevenzione, ma anche volte a facilitare l'inclusione sociale e lavorativa.

È compito del Servizio di *alcologia* la presa in carico delle persone con problemi *alcolcorrelati* e la predisposizione di programmi terapeutici e riabilitativi, attraverso percorsi che, a partire da una diagnosi multifattoriale, assicurino l'individualizzazione degli interventi e la loro aderenza ai bisogni e alle risorse presenti nella persona nel dato momento.

Utilizza un approccio multidisciplinare, che prevede l'utilizzazione di tutti gli strumenti terapeutici e di supporto disponibili, scientificamente riconosciuti, anche attraverso il raccordo formale e/o informale con altri servizi e realtà operanti nel settore.

Gli interventi terapeutici sono multidimensionali, indirizzati a tutte le dimensioni del paradigma bio-psico-sociale; il servizio pubblico, quale garante del percorso complessivo della persona, deve assicurare la disponibilità, tramite risorse proprie o con il collegamento integrato con realtà esterne accreditate, di una gamma variegata e completa di prestazioni e tipologie di intervento.

REGIONE LAZIO

La Regione ha emanato una serie di norme per coordinare ed indirizzare gli interventi sulla prevenzione e contrasto dell'alcolismo, ed in particolare:

- La **D.G.R. 4-2-1997 n. 333**, nell'ambito della: **“Parziale riorganizzazione delle strutture regionali.”** prevede l'attivazione di un “Ufficio “Prevenzione, cura e riabilitazione dell'*alcolismo* e tossicodipendenze” nell'ambito del *Settore: Interventi di medicina sociale e protezione di stati emarginati*.
- La **D.G.R. n. 5626/1997** istituisce il **Centro di Riferimento alcologico regionale**.
- La **L.R. 6-8-1999 n. 14** “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo” riserva alla Regione anche le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti l'organizzazione dei servizi e delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, nonché la gestione dell'albo regionale per l'iscrizione degli Enti ausiliari. Spetta ai Comuni esercitare le funzioni sulla organizzazione ed il funzionamento della rete dei servizi socio-assistenziali e la gestione degli stessi, ivi compresi quelli relativi ai tossicodipendenti ed agli alcoldipendenti;

Nell'anno 2000 la Regione Lazio ha approvato il **“Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e alcool”, triennio 2000-2003”** (D.G.R. 7-3-2000 n. 716),

Gli obiettivi generali del Progetto sono raggruppati in quattro finalità complessive che sono:

- sviluppare una rete di servizi integrati per la riduzione della domanda;
- sviluppare una rete di servizi integrati volti a migliorare la qualità della vita delle persone dipendenti;
- sviluppare un sistema per la qualità;
- adeguare, potenziare e ottimizzare le risorse esistenti realizzando un modello organizzativo comune.

Il modello organizzativo. Ogni Azienda USL dovrà istituire il Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze, che è preordinato alla realizzazione del progetto obiettivo regionale sulle dipendenze.

Il Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze è articolato in cinque Aree Funzionali:

- Prevenzione;
- Diagnosi e Trattamento;
- Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo;
- Promozione e coordinamento delle Reti;
- Qualità. Formazione. Epidemiologia.

le attività dei Ser.T. sono articolate in Unità Operative in base a specifici target di popolazione, per facilitare la possibilità di offrire risposte adeguate e specialistiche a tutta la popolazione di riferimento. Le Unità operative di base sono:

- Disagio adolescenti e giovani adulti;
- Detenuti ed ex-detenuti;
- Dipendenze "tradizionali";
- Nuove dipendenze;
- Alcoldipendenze.

Nell'ambito di un medesimo distretto le differenti UU.OO. attivate nel Dipartimento sono governate dall'Area Sistema Distrettuale Dipartimentale, ovvero (qualora essa non sia costituita ai sensi del Delib.G.R. Lazio n. 3140) dall'Unità Organizzativa. In entrambi i casi, esse coincidono con un Ser.T.

Le Unità Operative, che gestiscono risorse umane, tecniche, economiche e strutturali, sono deputate all'erogazione di prestazioni (linea di prodotto). Il presente Progetto-obiettivo individua le azioni di base di ogni Unità Operativa e le prestazioni di base componenti un'azione tipo.

La programmazione, la regolazione e la gestione delle risorse.

La rete dei servizi integrati

...La rete integrata di servizi è elemento fondamentale e qualificante; per essere dinamica e produttiva, deve garantire che ogni suo componente possa mantenere la propria identità specifica e le proprie caratteristiche di base. La collaborazione e il rispetto delle competenze consentono di disporre di offerte terapeutiche più articolate e maggiormente corrispondenti alla complessità del problema in oggetto.

La rete integrata richiede una programmazione comune tra pubblico e privato con la condivisione delle finalità e strategie del presente Progetto-obiettivo; inoltre occorrerà costruire strumenti operativi e criteri valutativi condivisi.

L'Atto di Intesa Stato-Regioni 5 agosto 1999 stabilisce gli attuali "requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". Le aree di servizi, anche ai fini dell'accreditamento, sono:

- a. Servizi di accoglienza;
- b. Servizi terapeutico-riabilitativi;
- c. Servizi di trattamento specialistico;
- d. Servizi pedagogico-riabilitativi
- e. Servizi di tipo multidisciplinare integrato (art. 10, Atto di Intesa Stato-Regioni).

Gli altri attori di supporto al piano regionale: Comuni, Università, Enti di ricerca. ...

I livelli di coordinamento regionale.

Coordinamento tra Aree Funzionali omogenee aziendali

A livello regionale si costituiscono cinque Gruppi di Coordinamento composti dai 12 Responsabili e dal Responsabile del Centro di Riferimento o suo delegato (uno per ogni territorio aziendale): Coordinamento Prevenzione; Coordinamento Diagnosi e trattamento; Coordinamento Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo; Coordinamento Promozione delle reti; Coordinamento Qualità e Formazione.

Commissione Regionale Unica Disagio, Abuso e Dipendenza

Con successivo decreto verrà costituita la Commissione Regionale Unica Disagio, Abuso e Dipendenza con il compito di attuare gli obiettivi del Progetto Obiettivo Regionale, di individuare specifiche strategie d'intervento anche innovative, di promuovere attività regionali di aggiornamento e formazione, di formulare e sviluppare proposte di programmazione regionale, di diffondere i risultati delle sperimentazioni, e le valutazioni del raggiungimento degli obiettivi anche convocando specifiche conferenze pubbliche.

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con **DCR n. 114/2002** prevede tra i problemi di salute specifici nell'ambito delle dipendenze, il tema della dipendenza da alcol.

DEFINIZIONE DEL TEMA

In numerosi Paesi occidentali (G.B., USA, Francia, etc.) la prevalenza dell'alcolismo è stimata intorno al 10%. In Italia mancano dati affidabili che permettano di stimare l'entità del fenomeno nella nostra popolazione: possiamo ritenere da dati parziali, che la prevalenza dell'alcolismo interessi anche in Italia circa il 10% della popolazione con più di 14 anni di età. Rispetto alla dipendenza da alcol, non essendo in possesso di dati epidemiologici di rilevazione del fenomeno regionale, è ragionevole stimare che siano circa il 9-10% le persone alcoliste o che fanno uso non moderato di alcol oltre i 14 anni (dati del Centro di riferimento alcologico della regione Lazio) o che sono comunque a rischio di sviluppare danni da alcol.

Si è soliti considerare i soggetti con Problemi Alcol Correlati come appartenenti ad un gruppo omogeneo di individui caratterizzati da un'unica problematica cioè di dipendere dall'alcol.

Al contrario l'alcolista esplicita propriamente bisogni ed esigenze quanto mai variabili e differenziati, in considerazione proprio della natura multifattoriale e multidimensionale della problematica considerata che differenzia notevolmente la tipologia dell'utenza.

Struttura dell'offerta

Si rende necessaria un'attenta articolazione "poli-modulare" della rete del Servizio pubblico preposta all'attuazione di Programmi di Intervento Integrato sulle PAC.

L'intervento deve avvalersi di risorse sia specialistiche in ambito ospedaliero, sia articolate sul territorio al fine di ridurre la soglia di accesso dei servizi per l'utente e di rispondere adeguatamente all'esigenza di uniformità e di disponibilità dell'esigenza dell'alcolista e dei suoi familiari, garantendo al contempo un più razionale impiego delle risorse in termini di efficacia, di efficienza e di contenimento dei costi umani ed economici.

AREA DI INTERVENTO 1: Potenziare le attività di assistenza da parte delle strutture pubbliche

Il MMG rappresenta il primo e più importante sensore della salute pubblica e a lui spetta il compito di fare la prima diagnosi, di curare, ma ancor prima di prevenire le malattie attraverso la sensibilizzazione e l'informazione.

In un'ottica attenta ai costi socio-economici, l'utilizzo di questa risorsa, già operante sul territorio, costituisce un elemento vantaggioso (se opportunamente sensibilizzata, incentivata e coordinata) sia in termini di bacino d'utenza assistito che di costi economici. D'altro canto la preparazione professionale dei MMG si presta meglio di qualunque altra ad acquisire quelle competenze necessarie ed indispensabili alla individuazione, all'orientamento ed al monitoraggio nel tempo delle PAC.

La peculiarità stessa del rapporto che si realizza tra MMG ed utente e la notevole facilità d'accesso (bassa soglia) degli ambulatori di MMG da parte degli utenti sono certamente dei fattori che potrebbero favorire l'efficacia di un suo intervento nel campo delle PAC. Esistono prove evidenti che l'intervento del MMG può condurre con successo ad una sostanziale riduzione dei consumi alcolici.

Le più recenti linee di indirizzo generale di politica sanitaria sul fronte della dipendenza da alcol hanno più volte messo in risalto il ruolo che può essere svolto dai reparti ospedalieri, che molto spesso rappresentano la prima occasione di contatto dell'utente con PAC con una struttura in grado di assisterlo ed orientarlo ad un trattamento terapeutico riabilitativo.

Visto il ruolo essenziale svolto dall'ospedale nei riguardi delle PAC è importante potenziare il ruolo preventivo sul fronte delle emergenze (attraverso una crescente sensibilizzazione degli operatori del PS e del Dipartimento di Medicina d'Urgenza) al fine di favorire l'individuazione ed il trattamento delle principali emergenze mediche, chirurgiche e psichiatriche.

Il SERT è individuato quale struttura pubblica territoriale cui affidare il ruolo di individuazione, cura e orientamento dei soggetti affetti da alcoldipendenza.

Tale attività potrà essere inserita nell'ambito delle attività di un Dipartimento delle Dipendenze (Progetto obiettivo dipendenze DGR 716/2000). La proposta operativa nel campo della Diagnosi e cura dell'alcoldipendenza è quella di attivare in ogni ASL un Servizio Alcolologico Territoriale (SALT) in cui sia presente un'équipe alcolologica multidisciplinare con i seguenti compiti:

- attività di prevenzione secondaria e terziaria (diagnosi, cura, educazione della salute per l'alcolista ed i suoi familiari con programmi di breve e medio termine medico e di counseling psicologico, nonché di orientamento sui programmi di riabilitazione psicosociale di lungo termine;
- attuazione di programmi di prevenzione primaria da svolgere sul territorio in collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR), con particolare riferimento al mondo della scuola, del disagio sociale e del mondo del lavoro;
- concorso all'organizzazione ed allo sviluppo ed al consolidamento di una Rete Territoriale dei Servizi Pubblici e della rete sociale operante nel territorio di competenza;
- attivazione di protocolli di Verifica di Qualità degli interventi sia nell'ambito dei Servizi Pubblici e della rete sociale convenzionata operante nel territorio di competenza;

- promozione, in sintonia con le LG espresse dal CRR, di corsi di formazione permanente agli operatori dei SALT per ampliare il bagaglio di conoscenze relative ai metodi più avanzati nel campo della diagnosi e del trattamento terapeutico-riabilitativo dell'alcol-dipendenza;
- attivazione di un servizio di sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio del territorio al fine della promozione della salute e di riduzione del danno in tema di PAC.

Si rende inoltre necessario implementare il progetto obiettivo con il Piano di intervento regionale sui Problemi Alcol Correlati elaborato dal Centro di Riferimento Regionale per i problemi e le Patologie Alcol Correlate (PAC) istituito con DGR 5626/97 (Policlinico Umberto I- Dipartimento di Medicina Clinica).

Esperienze già acquisite in altri Paesi dimostrano per alcune tipologie di utenti è necessario un trattamento riabilitativo clinicamente assistito di lunga durata e che preveda un programma complesso e specifico.

Gli utenti che usufruiranno di tali trattamenti saranno quelli con danno organico grave o che si trovano in situazione di grave disagio socio-affettivo e, comunque, non inseriti in una rete sociale.

Questo tipo di trattamento può essere rivolto a quegli utenti alcolodipendenti che superata la fase acuta in ambiente ospedaliero, presentano condizioni generali che non permettono il loro reinserimento immediato ed una vita autonoma.

L'attività di coordinamento, essenziale per il buon funzionamento di un Piano di Intervento Regionale sulle PAC, sarà svolta dal CRR per i problemi e le PAC (Policlinico Umberto I – Dipartimento di Medicina Clinica) istituito con la DGR 5626/97.

Obiettivo 1.1: Potenziare l'operatività dei MMG per l'individuazione, l'orientamento ed il monitoraggio nel tempo delle PAC.

Obiettivo 1.2: Potenziare il ruolo preventivo svolto dalle strutture dell'emergenza.

Obiettivo 1.3: Attivare in ogni ASL il SALT.

Fondo nazionale Lotta alla droga

Tra i diversi provvedimenti regionali, si cita la **DGR 3-8-2001 n. 1229** ha per oggetto la **“Legge 18 febbraio 1999, n. 45. Criteri per il riparto e l'assegnazione della quota del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga trasferita alla Regione Lazio. Deliberazione bando per la presentazione delle domande per i progetti finanziabili per l'esercizio finanziario 2000. Autorizzazione alla spesa di L. 11.922.000.000, capitolo 41360, bilancio 2001”**

Al punto 4.4 prevede, in particolare, un **Progetto di valutazione e trattamento dei soggetti alcolisti**. L'intervento proposto è innovativo in quanto consente, attraverso anche la collaborazione con il Centro di riferimento *alcologico* della Regione Lazio (C.R.A.R.L.), di attingere a risorse non disponibili in tutti i servizi territoriali.

Le modalità di trattamento proposte prevedono la possibilità di effettuare un percorso di trattamento a distanza per favorire l'adesione al trattamento ed estendere la possibilità di risposta dei servizi ad un più vasto numero di utenti. Il monitoraggio e la valutazione dei risultati sono parte integrante del programma qui proposto.

Fondo politiche sociali

Tra i diversi provvedimenti, si cita la **D.G.R. 29-11-2004 n. 1134: “Piano di utilizzazione degli stanziamenti provenienti dal fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2004”** prevede che una quota pari ad Euro 46.004.238,00 sia destinata agli interventi previsti da leggi vigenti e comunque posti a carico del fondo medesimo, di cui: Euro 4.154.264,00 per gli interventi finalizzati a contrastare le dipendenze da droghe, *alcol* e farmaci, ai sensi dell'articolo 127 del DPR 309/90, come modificato dalla legge 18 febbraio 1999, n. 45, che saranno utilizzati secondo le modalità ed i criteri indicati in una successiva deliberazione della Giunta regionale.

Con la **L.R. 17-2-2005 n. 9: “Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005”**, la Regione Lazio ha istituito nell'ambito dell'UPB H41 apposito fondo denominato "Fondo per l'incentivazione dell'impresa sociale", di seguito denominato fondo, destinato anche a:

a) finanziare progetti di investimento e sviluppo per le nuove imprese sociali o per le imprese sociali già esistenti finalizzati a: sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili gravi; rafforzare i diritti dei minori; favorire le pari opportunità; favorire l'inclusione degli immigrati; prevenire fenomeni di dipendenza da droga, **alcol** e sostanze psicotrope, favorire l'inserimento sociale e/o lavorativo delle persone svantaggiate di cui all'articolo 4 della L. n. 381/1991;

Con la **D.G.R. 23-12-2005 n. 1166** la Regione Lazio ha approvato il “**Piano regionale della prevenzione 2005-2007. Integrazioni alla Delib.G.R. 4 agosto 2005, n. 729**”. Nel Razionale della parte relativa alla Prevenzione (in particolare degli incidenti stradali), si precisa la revisione sistematica della letteratura rileva che gli effetti delle politiche di prevenzione sulla salute riguardano principalmente:

a. Interventi strutturali:

Gli interventi strutturali e, in parte, gli interventi legislativi si caratterizzano per essere un insieme di azioni di tipo non sanitario e prevedono quindi il coinvolgimento degli enti locali, comuni e municipi. Le azioni che hanno mostrato una più alta efficacia in questo ambito sono quelle volte a ridurre la velocità nelle aree urbane, specialmente nelle aree residenziali. Fanno parte di queste misure: l'introduzione di cordoli per ridurre la velocità, l'introduzione dei sensi unici, la chiusura al traffico di strade in prossimità delle scuole. Altra misura estremamente efficace riguarda il limite di velocità a 30 km/h nelle aree residenziali. Altre azioni efficaci riguardano la separazione dei pedoni dagli autoveicoli nel tempo e nello spazio: Segnali stradali, semafori, pavimentazione stradale sono misure che mettono i pedoni in condizione di stare più attenti, mentre sottopassaggi, tunnel, ecc., rendono impossibili le collisioni.

Infine gli interventi atti a migliorare la visibilità, come il miglioramento dell'illuminazione pubblica hanno dato risultati positivi, specialmente rispetto agli incidenti notturni.

b. Interventi legislativi

Degli interventi legislativi fanno parte l'introduzione/modificazione delle leggi, e le azioni volte al controllo e all'applicazione delle stesse.

Studi di valutazione dell'efficacia del limite consentito del tasso di concentrazione dell'**alcol** nel sangue hanno dimostrato che tale limite dovrebbe essere posto al 0.02%. Inoltre risultano efficaci gli interventi legislativi atti a regolamentare la guida da parte dei neo-patentati (limitazioni per il trasporto dei passeggeri, limitazioni alla guida notturna, ecc.).

c. Interventi educativi

Le revisioni sistematiche della letteratura scientifica (36, 37) hanno dimostrato come non sempre ad interventi effettuati per ridurre gli incidenti stradali sia seguita una reale diminuzione del fenomeno. Sebbene alcuni interventi hanno visto un effetto opposto si segnala, che alcuni studi scientifici hanno valutato e confermato l'efficacia degli interventi di carattere educativo nell'aumentare le conoscenze degli utenti della strada e in particolare dei guidatori di autovetture rispetto agli effetti dell'**alcol**.

Tali interventi possono essere catalogati in 2 gruppi:

- interventi di carattere psicologico tesi ad aumentare le difese del soggetto rispetto a sollecitazioni esterne di carattere sociale (l'influenza dei coetanei) o interne di carattere emotivo (il cosiddetto sensation seeking)
- interventi di carattere "educativo" propriamente detti che hanno come obiettivo di aumentare la consapevolezza dei danni associati all'**alcol**.

Obiettivi specifici:

1. Attraverso la creazione di tavoli di collaborazione tra i diversi enti, avviare strategie di contrasto dei principali fattori di rischio legati al comportamento. Tali collaborazioni definiranno progetti e attività multisettoriali.
2. Costruire e promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso la diffusione di materiali, la realizzazione di momenti formativi e di campagne informative, realizzare interventi di educazione e

prevenzione e controllo coordinati, utilizzando metodiche di provata efficacia sulla popolazione o in particolari categorie considerate a rischio.

3. Ridurre la pericolosità attraverso interventi infrastrutturali nei sistemi ad elevato rischio, individuati attraverso l'uso delle mappe. Verranno pianificati interventi che favoriscano la moderazione della velocità (separazione delle correnti di traffico, alla riorganizzazione dei nodi, alla riorganizzazione della circolazione per l'attraversamento dei centri urbani, all'utilizzo di tipologie di materiali e di segnaletica), eliminazione delle intersezioni a raso, ed altri interventi di comprovata efficacia.

REGIONE ABRUZZO

La **L.R. 21-7-1993 n. 28**: “**Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9 ottobre 1990, n. 309 - Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari.**”, nella norma finanziaria specifica che nello stato di previsione della spesa del bilancio per l'esercizio 1993 lo stanziamento del cap. 81590 denominato: «Interventi per attività di recupero *alcolisti* e tossicodipendenti - L. 26 giugno 1990, n. 162 e L. 22 dicembre 1975, n. 685» è incrementato, in termini di sola competenza, di lire 700.000.000.

Con la **D.G.R. 27-4-1994 n. 1828**: “**Attuazione del D.M. 3 agosto 1993 - Interventi in materie di alcooldipendenza nell'ambito delle UU.LL.SS.SS.**”, la Regione Abruzzo delibera di:

- recepire il [D.M. del 3 agosto 1993](#) e le linee di indirizzo della Commissione ministeriale per la consulenza scientifica sui problemi dell'alcooldipendenza, nonché la risoluzione, di cui in premessa, in armonia con le linee medesime del redigendo Piano sanitario regionale;
- invitare le UU.LL.SS. della regione a dare attuazione al decreto richiamato, attraverso l'istituzione delle previste équipe per le alcooldipendenze.

Dette équipe sono costituite dalle figure professionali indicate nel decreto, integrate da quelle figure professionali (come ad esempio psicopedagoga, sociologo, assistente sanitario) ritenute necessarie sulla base degli aspetti peculiari del fenomeno nelle singole realtà territoriali, al fine di poter attivare strategie di intervento adeguate alla complessità del problema.

Le figure professionali che compongono l'équipe per le alcooldipendenze sono reperite attraverso il sistema della mobilità interna, dando assoluta priorità, in ogni caso, a quegli operatori che abbiano maturato un'esperienza nel settore specifico delle farmaco-tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza, con relativa anzianità di servizio. Nel caso in cui non sia possibile ricorrere alla mobilità interna, si utilizzeranno le procedure, anche straordinarie, previste dalla normativa vigente.

L'équipe, autonoma dal Ser. T., nell'ambito della quale va individuata la figura del coordinatore, attiva interventi nel quadro di strategie complesse che affrontino la globalità del problema dell'alcooldipendenza nelle dimensioni sanitaria, psicologica e sociale stabilendo raccordi e collaborazioni con le istituzioni territoriali e le strutture dell'U.L.S.S. aventi compiti di prevenzione e di educazione sanitaria, con i reparti ospedalieri, con i medici di base, con il Ser. T., con i servizi sociali comunali, nonché con le assicurazioni di volontariato ed il privato sociale.

L'operatività dell'équipe, informata nella parte gestionale ai criteri afferenti i Ser. T. di media utenza, dovrà sostanzialmente uniformarsi alle seguenti linee guida:

- globalità dell'intervento;
- integrazione tra le diverse professionalità;
- collaborazione con i vari servizi e con i soggetti non istituzionali;
- pluralità dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- definizione di obiettivi e verifica;
- informazione e sensibilizzazione.
- di invitare a dare attuazione al decreto in questione attraverso l'attivazione delle previste équipe per le alcooldipendenze il quelle UU.LL.SS. (vedasi, ad esempio, Pescara ed Avezzano, dove, per la particolare rilevanza sociosanitaria del fenomeno dell'alcoolismo, siano state attivate esperienze nel settore e dove, pertanto, esistano le condizioni per la creazione di una struttura di servizio informata allo spirito del decreto e adeguato alla complessità del fenomeno;
- di individuare successivamente all'interno dell'Assessorato regionale della sanità, in armonia con le linee di indirizzo del Piano sanitario regionale, una precisa referenza con adeguati strumenti per:

- programmare e coordinare la promozione della salute, la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti con problemi e patologie alcoolcorrelati;
- incentivare la ricerca, la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- definire un sistema informativo di raccolta dati sull'andamento del fenomeno in ambito regionale, assicurando i flussi nazionali previsti dalla normativa vigente;
- di fare obbligo alle UU.LL.SS. di relazionare, almeno semestralmente, all'Assessorato regionale alla sanità, sugli interventi mirati a favore delle alcooldipendenze, attraverso le previste équipe, che devono trovare allocazione, di massima, nell'ambito degli istituendi distretti sanitari di base.

Il primo Piano sanitario della Regione, relativo al triennio 1994-1996, approvato con L.R. 25-10-1994 n. 72, al capitolo 5.4 si sofferma sul tema “Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcooldipendenza”.

In particolare, per quanto riguarda gli “Interventi in materia di alcooldipendenza”, le linee di intervento della Regione Abruzzo, in attuazione di quanto disposto dal Ministero della Sanità con D.M. 3 agosto 1993 (pubblicato sulla G.U. n. 197 del 23 agosto 1993), volte ad una proficua realizzazione degli interventi e reinserimento sociale degli alcooldipendenti, si articolano nel modo seguente:

a) Direttori generali delle U.S.L. devono dare graduale attuazione al D.M. 3 agosto 1993 attraverso l'istituzione delle previste équipe per le alcooldipendenze. Ciascuna équipe attiva interventi integrati nel quadro di strategie complesse che affrontino la globalità del problema dell'alcooldipendenza nelle dimensioni sanitaria, psicologica e sociale stabilendo raccordi e collaborazioni con le istituzioni territoriali e le strutture delle U.S.L. aventi compiti di prevenzione e di educazione sanitaria, con i reparti ospedalieri, con i medici di base, con il Ser.T., con i servizi sociali comunali, nonché con le associazioni di volontariato ed il privato sociale.

L'operatività dell'équipe, informata nella parte gestionale ai criteri afferenti i Ser.T. di media utenza, dovrà sostanzialmente uniformarsi alle seguenti linee guida:

- globalità dell'intervento;
- integrazione tra le diverse professionalità;
- collaborazione con i vari servizi e con i soggetti non istituzionali;
- pluralità dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- definizione di obiettivi e verifica;
- informazione e sensibilizzazione.

b) il Settore Sanità, Igiene e Sicurezza Sociale ha il compito di:

- programmare e coordinare la promozione della salute, la prevenzione, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento dei soggetti con problemi e patologie alcoolcorrelati;
- incentivare la ricerca, la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- definire un sistema informativo di raccolta dati sull'andamento del fenomeno regionale, assicurando i flussi nazionali previsti dalla normativa vigente.

c) le U.S.L. hanno l'obbligo di relazionare, almeno semestralmente, all'Assessorato regionale alla sanità, sugli interventi mirati a favore delle alcooldipendenze, attraverso le previste équipe, che devono trovare allocazione, di massima, nell'ambito degli istituendi distretti sanitari di base.

La L.R. 29-11-1999 n. 114: “Prevenzione dei problemi alcol-droga-correlati e di formazione di operatori del settore socio-sanitario, del settore socio-educativo e del volontariato” ha lo scopo di rafforzare la lotta alle sostanze che inducono dipendenza, ed in particolare all'alcol.

La Regione Abruzzo intende quindi sostenere un progetto di prevenzione nei confronti dei danni causati da tale sostanza destinando un finanziamento di £. 50.000.000 per la formazione nel settore socio-sanitario, socio-educativo e del volontariato.

Il suddetto contributo è devoluto all'associazione regionale dei Club degli alcolisti in trattamento (C.A.T.), con sede in Avezzano (AQ).

La suddetta associazione realizza un corso di 1° livello ed un corso di 2° livello, rispettivamente per 60 e 50 partecipanti, destinati ad operatori del settore da sensibilizzare (1° livello) e da formare (2° livello).

Ai corsi di 1° livello di cui all'art. 2 possono partecipare medici, psichiatri, psicologi, assistenti sanitari, infermieri professionali, educatori, religiosi, volontari, membri dei gruppi di auto-aiuto e quant'altri intendono operare nel campo della prevenzione e del trattamento dei problemi alcol-droga correlati.

Ai corsi di 2° livello possono partecipare operatori con almeno un anno di attività nei gruppi di auto-aiuto e/o operatori impegnati in altri programmi alcolologici territoriali e ospedalieri (sia del volontariato che dipendenti pubblici).

I corsi sono tenuti da medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali e altre figure professionali autorizzati dall'Associazione italiana dei Club degli alcolisti in trattamento (A.I.C.A.T.).

I corsi di cui all'art. 2 sono adeguatamente pubblicizzati a cura dell'A.I.C.A.T.

L'Associazione inoltre provvede ad organizzare oltre all'eventuale selezione per accedere ai corsi, anche gli aspetti logistici (locali, personale accessorio, etc.) ed un convegno all'inizio e al termine dei corsi.

Ai convegni partecipano responsabili USL e dei Dipartimenti delle dipendenze, oltre ad autorità locali, allo scopo di dare massima pubblicità e sensibilizzazione all'iniziativa.

Al termine dei corsi l'Associazione italiana dei Club degli alcolisti in trattamento rilascia un attestato di formazione per i problemi alcol-droga-correlati. L'iscrizione ai corsi è gratuita.

Il “Piano sanitario regionale 1999-2001”, approvato con **L.R. 2-7-1999 n. 37 e tuttora vigente**, dedica ampio spazio al tema della “prevenzione cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcool-dipendenza e di dipendenza dal tabagismo”.

Per quanto riguarda in particolare il “Sistema dei servizi per le dipendenze da sostanze”, questo è costituito:

- dai Ser.T., (servizi pubblici per le tossicodipendenze), ai sensi del D.P.R. n. 309/1990 e del D.M. n. 444/1990;
- dai servizi di **alcologia**, di cui al D.M. 3 agosto 1993;
- dagli Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale, di cui alla legge regionale 21 luglio 1993, n. 28;
- dalle associazioni di volontariato iscritte al relativo Albo regionale istituito ai sensi della legge regionale 12 agosto 1993, n. 37 attuativa della legge Quadro sul volontariato n. 266/1991 e operanti nel Settore delle tossicodipendenze;
- dalle cooperative sociali operanti nel Settore delle tossicodipendenze, di cui alla legge n. 381/1991.

I servizi pubblici

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi, nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varie responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo "dipartimentale" costituisce la modalità più adeguata per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze.

Il Dipartimento per le Dipendenze è costituito dal Direttore generale sulla base delle indicazioni del presente Piano.

Al Dipartimento per le dipendenze afferiscono tutti servizi e le UU.OO. che operano nel Settore delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo. In particolare al Dipartimento delle dipendenze compete:

- il coordinamento e la razionalizzazione del budget fra le diverse strutture che afferiscono il Dipartimento;
- la formulazione di standard di gestione delle UU.OO.;
- il coordinamento tecnico-organizzativo e funzionale del Sistema dei servizi;
- il coordinamento delle attività di formazione degli operatori;
- il coordinamento dei progetti di prevenzione a carattere aziendale;
- la promozione ed il coordinamento delle attività degli interventi e la valutazione dei risultati.

Il coordinamento dello stesso Dipartimento è affidato ad un dirigente medico, il quale continua a ricoprire il ruolo e a svolgere le funzioni di responsabile del Servizio di appartenenza. Il Dipartimento delle dipendenze si avvale del necessario supporto amministrativo.

Servizio di Alcologia

Il D.M. 3 agosto 1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale ed il rilevamento epidemiologico in materia di alcool dipendenza" emanato dal Ministero della sanità affida alle regioni la competenza di individuare i servizi e/o i presidi idonei ad affrontare i problemi dell'alcool dipendenza. La Delib.G.R. 27 aprile 1994, n. 1828 indica le figure professionali previste per i servizi per le alcool dipendenze. I servizi sono costituiti dalle figure professionali indicate nel D.M. del 3 agosto 1993 integrate dalle figure professionali necessarie per attivare adeguate strategie d'intervento, in riferimento agli aspetti peculiari del fenomeno esistente nelle singole realtà territoriali.

La Regione attuerà un'indagine conoscitiva atta alla verifica dell'applicazione del D.M. 3 agosto 1993 e predisporrà gli interventi di propria competenza entro sei mesi dalle risultanze di tale indagine.

Qualche riferimento vi è anche nel Piano sociale regionale 2002-2004”, approvato con D.C.R. 26-6-2002 n. 69/8, con cui la Regione Abruzzo fa proprie le attività sociosanitarie indicate dalle norme nazionali, ed in particolare dal PSN 1998-2000, dal D.L.gs. n. 229/1999, dalla L. n. 328/2000 e dal Piano sociale nazionale 2001-2003.

Il Piano sociale regionale in particolare rileva la necessità che le politiche di integrazione (istituzionali, gestionali e professionali) delle diverse politiche per la salute "nasca da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizzi i diversi centri di responsabilità, qualifichi i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nelle comunità locali".

Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie, che richiedono un processo assistenziale unitario, rientrano le aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie derivate da Hiv, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative.

Il finanziamento delle prestazioni socioassistenziali da parte dei comuni deve avvenire con riferimento agli ambiti territoriali sociali.

La D.G.R. 29-3-2006 n. 277: “Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 2005-2007: Adeguamento Delib.G.R. 18 luglio 2005, n. 683.” contiene un “Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali “

...Considerando la complessità multifattoriale che è alla base della genesi degli incidenti stradali, le azioni di prevenzione da promuovere sono numerose ed è importante che siano condotte a diversi livelli, con il coinvolgimento di diversi "attori", dalle forze dell'ordine agli operatori scolastici, dagli operatori sanitari agli amministratori ed ai tecnici che predispongono piani regolatori e piani del traffico ed altri ancora.

Le azioni da intraprendere possono essere schematicamente ripartite in quattro livelli gerarchici:

1. Un primo livello comprende quelle azioni volte ad impedire che l'evento accada: azioni volte a modificare il comportamento del singolo; azioni preventive volte a migliorare il contesto urbanistico e viario.

Nel primo gruppo rientrano, ad esempio, il controllo del rispetto dei limiti di velocità e dell'alcolemia dei conducenti e l'educazione stradale. Nel secondo gruppo un fondamentale ed importante strumento è rappresentato dalla predisposizione dei Piani Regolatori e dei Piani del Traffico, attraverso i quali si può efficacemente intervenire sul territorio.

2. Un secondo livello comprende le azioni volte a ridurre le conseguenze dell'evento durante il suo svolgimento. Tra queste azioni rientra l'adozione dei dispositivi di sicurezza quali casco e cinture di sicurezza.

3. Un terzo livello comprende le azioni che riducono le conseguenze dell'evento dopo che questo ha avuto luogo e sono essenzialmente correlati con il primo soccorso e i successivi interventi terapeutici.

4. Un quarto livello è relativo alle azioni volte a ridurre gli esiti dell'evento (riabilitazione

REGIONE CAMPANIA

La Regione Campania ha approvato la **L.R. 7 gennaio 1988, n. 1: “Interventi in materia di tossicodipendenze e di alcoolismo”**. La legge prevede:

- l'approvazione di un progetto obiettivo quadro tramite il quale la Regione programma e coordina gli interventi e le attività in materia di tutela della salute, interventi intermedi di reintegrazione sociale e interventi sociali preventivi in relazione agli stati di tossicodipendenza, al consumo e alla diffusione di sostanze stupefacenti, nonché dell'abuso di sostanze psicotrope ed alcool. Interventi e attività attivati da tutte le strutture e i servizi aventi competenze e operanti nel settore, comprese le attività degli Enti ausiliari e del volontariato, delle Comunità terapeutiche, delle Associazioni e Cooperative che intervengono nel campo della condizione giovanile, con particolare riferimento alle tossicodipendenze.
- l'istituzione della **Commissione regionale consultiva per la prevenzione delle tossicodipendenze e per la cura, riabilitazione, inserimento e reinserimento sociale dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, psicotrope ed alcoliche**. La Commissione consultiva regionale, ad ampia composizione interistituzionale, esprime pareri su richiesta della Giunta regionale e formula proposte su atti attinenti l'attuazione della presente legge e sui programmi di intervento in materia di tossicodipendenza e di alcoolismo.
- L'attivazione in ogni Comune sede di U.S.L. di un **Comitato per i problemi della tossicodipendenza e dell'alcoolismo**, come momento unitario di riferimento, proposta e verifica per quanto attiene a tutti gli aspetti sociali e sanitari dei problemi della tossicodipendenza e dell'alcoolismo. I Comitati sono composti da cittadini interessati dalle finalità della presente legge, nonché da esperti scelti anche tra coloro che ne avranno fatto richiesta al Comune o al Consiglio circoscrizionale competente. I Comuni e i Consigli circoscrizionali determinano il numero dei componenti il Comitato e ne procedono alla nomina.
- Sono istituiti i **Centri di accogliimento e di orientamento territoriali (C.A.O.T.)** quali settori del servizio di medicina sociale e preventiva delle Unità sanitarie locali; mentre sono aboliti i presidi ospedalieri per le tossicodipendenze, istituiti con Delib.C.R. 14 settembre 1980, n. 37/1 e successive modifiche ed integrazioni.

Compiti dei C.A.O.T. sono:

- predisposizione, attuazione e verifica, con gli Enti locali, dei progetti obiettivo;
- interventi di primo livello per l'utenza e per gruppi familiari e/o sociali collegati;
- partecipazione ai programmi di educazione sanitaria dell'U.S.L.;
- accertamento dello stato di tossicodipendenza da oppiacei, dall'alcool e dall'uso non terapeutico di sostanze psicotrope, formulazione ed attuazione del programma terapeutico che deve prevedere prestazioni complessive di tutela della salute psico- fisica dell'utente;
- collaborazione con istituzioni e servizi pubblici per programmi mirati alla prevenzione, alla tutela della salute ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- gestione per quanto di competenza del sistema informativo e la verifica del lavoro svolto.

Non sono compiti dei C.A.O.T. le prestazioni di pronto soccorso. Le UU.SS.LL. devono dislocare i C.A.O.T. fuori dai presidi ospedalieri, dotandoli di ambienti e servizi idonei.

La dotazione organica di ciascun C.A.O.T. è la seguente:

quattro medici, di cui uno infettivologo; due biologi; quattro psicologi laureati; un sociologo laureato; cinque assistenti sociali con diploma triennale; tre infermieri professionali; due agenti tecnici e due coadiutori amministrativi.

Le UU.SS.LL. nel cui ambito territoriale esistano istituti di pena e/o di osservazione per minorenni, sono autorizzate al potenziamento dell'organico dei CAOT.

Le UU.SS.LL., sedi di presidi ospedalieri che possiedono strutture di pronto soccorso, debbono prevedere nelle predette strutture personale medico e paramedico, prescelto tra il personale già in organico alle UU.SS.LL., in grado di risolvere nell'arco delle 24 ore crisi di astinenza e problemi di emergenza legati alla fase acuta.

...È istituito presso la Giunta regionale *l'Albo degli enti ausiliari*. Ad esso possono accedere Associazioni, anche operanti su base cooperativa nella produzione di beni e servizi, che, costituiti senza scopo di lucro, gestiscono strutture e servizi finalizzati alla riabilitazione ed all'inserimento sociale dei tossicodipendenti e alla prevenzione delle tossicodipendenze e della alcooldipendenza.

La Regione programma, con appositi piani triennali, interventi di qualificazione e aggiornamento permanente, finalizzati a promuovere la crescita professionale e culturale degli operatori del settore.

La Regione finanzia i progetti-obiettivo alla cui realizzazione concorrono gli Enti locali e le UU.SS.LL. e gli Enti ed Associazioni di volontariato.

La Regione organizza, nelle more della realizzazione dell'osservatorio epidemiologico regionale, il **sistema informativo per la sorveglianza del fenomeno e per il monitoraggio delle attività** effettuate nei servizi, Enti e Associazioni operanti nel settore, per la valutazione dell'efficacia e della efficienza degli interventi socio-sanitari effettuati. Il Centro medico di assistenza sociale (C.M.A.S.) è soppresso e le relative funzioni vengono assorbite dal competente Ufficio regionale.

I SERT

Sulla base delle leggi sul “ Riordino del Servizio sanitario regionale” (L.R. 3.11.1994, n. 32, modificata dalla L.R. 27.04.1997, n. 13), sono stati istituiti i SERT in ognuna delle 13 aziende USL campane.

Nell'ambito del “**Piano Sanitario regionale 2002-2004**”, approvato con **D.C.R. 20-6-2002 n. 129/3**, la Regione Campania ha definito specifici Obiettivi di salute da perseguire nel triennio anche sui problemi correlati all'alcol, con la finalità generale di *promuovere Comportamenti e Stili di Vita per la Salute* e di contrasto delle dipendenze.

OBIETTIVI

- riduzione del 20% della prevalenza di individui, uomini e donne, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di **alcol** al giorno;
- riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande **alcoliche** al di fuori dai pasti;
- riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro **alcolequivalenti**;
- ritardo dell'età di avvio al consumo di **alcolici** da parte dei giovani;
- riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande **alcoliche**, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.

AZIONI

- fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
- organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche contro i danni causati dall'alcol;
- controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi;
- promuovere politiche sull'alcool nei luoghi di lavoro basate sull'educazione sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;
- promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcolemia su base casuale;
- assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
- formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
- finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
- valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.

Una particolare attenzione è necessaria allo studio della diffusione del consumo di bevande **alcoliche** negli adolescenti.

Gli indicatori da utilizzarsi nel breve periodo sono ottenibili da stime sui consumi di alcool, da indagini a campione di sufficiente numerosità, al fine di determinare la diffusione dell'abitudine per sesso e fascia d'età, da dati relativi al numero di centri per il trattamento e la riabilitazione degli **alcolisti** attivati dalle Aziende Sanitarie, nonché dal numero di soggetti in trattamento; nel medio periodo, invece, potranno basarsi sulla riduzione della morbosità e della mortalità precoce dovute all'abuso acuto e cronico di alcool.

Con la **D.G.R. 2 luglio 2004, n. 970** la Regione ha approvato un “**Programma di interventi per gli alcolodipendenti, ai sensi della legge 30 maggio 2001, n. 125**”.

La **Delib.G.R. 16-12-2005 n. 1910** disciplina la “**Rete Ser.T. e strategie d'intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti.**”

In particolare, al Ser.t. si collegano varie tipologie di intervento: strutture intermedie, drop in, interventi per la comorbidità tossico psichiatrica, interventi riabilitativi e di reinserimento lavorativo, Unità di strada, interventi sulle nuove droghe, Unità **Alcol**.

Linee di indirizzo per la redazione dei programmi previsti dalla presente DGR n. 1910/2005:

I programmi A.S.L. devono essere orientati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a. organizzazione dei Dipartimenti per le Dipendenze (D.G.R. 2136/2003)
- b. potenziamento del circuito dei Servizi (in mezzi e strutture), al fine di garantire, per le varie U.O. (individuate dal modello organizzativo Dipartimentale secondo quanto previsto dalla Delib.G.R. n. 2136/2003), i livelli minimi di prestazioni;
- c. istituzione o potenziamento di unità operative specifiche per:
 - l'assistenza agli **alcolodipendenti**, già prevista in Azione A (D.G.R. 970/2004 e D.G.R. 2136/2003);
 - l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti, come previsto in D.G.R. 2136/2003, laddove insiste sul territorio un Istituto Penitenziario;
 - per gli interventi a favore di tossicodipendenti con patologia AIDS conclamata e sieropositivi.

La **D.G.R. 15-4-2005 n. 514** concerne invece la: “**Informatizzazione dei Ser.T.**” e precisa che è ormai necessario realizzare una rete di collegamento per la trasmissione dei flussi informativi tra il Servizio Tossicodipendenze ed Alcolismo del Settore "Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente deboli", i Ser.T della Regione Campania, il Ministero della Salute, nonché l'Osservatorio Europeo di Lisbona.

Fa riferimento al Progetto Ministeriale "Sesit" finanziato con il Fondo Lotta alla Droga annualità 1997/99, ("Potenziamento delle dotazioni informatiche del Ser.T e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza e dei servizi basati sull'utilizzo di standard europei"), cui la Regione Campania ha aderito, che prevede la realizzazione di sistemi informativi tandardizzati in ogni singola regione, al fine di predisporre un sistema di monitoraggio nazionale sulle tossicodipendenze, coerente con gli standard europei dell'OEDT anche in seguito all'emanazione di linee-guida da parte dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le tossicodipendenze di Lisbona e in relazione alle mutate esigenze di livello nazionale; il progetto di massima, relativo alla realizzazione di un sistema informativo per le dipendenze (S.I.D.), elaborato dal Servizio Tossicodipendenze ed **Alcolismo**, prevede la dotazione organica di tutti i Ser.T delle necessarie attrezzature informatiche che, mediante l'utilizzo di un applicativo già sperimentato dalla Regione Toscana, da personalizzare secondo le esigenze del Servizio Tossicodipendenze, dovranno interagire con il sistema informativo regionale che l'A.G.C. Ricerca Scientifica sta mettendo a punto insieme all'Assessorato alla Sanità

La DGR n. 514/2005 prevede inoltre di disporre, data la complessità del sistema da implementare, l'utilizzo delle competenze ed esperienze che il Servizio Tossicodipendenze ed **Alcolismo** ritenesse necessarie nonché l'apporto dell'A.G.C. Ricerca Scientifica per il dovuto raccordo in atto in ambito sanitario regionale.

REGIONE BASILICATA

I primi riferimenti

La Regione Basilicata ha approvato la **L.R. 22 marzo 1985, n. 11: “Disciplina provvisoria delle funzioni e degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool.”**

La legge prevede l'approvazione da parte della Regione di un apposito *“Programma triennale di interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione e recupero sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool programmazione socio-sanitaria”*.

Le Unità sanitarie locali istituiscono *Servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti*, denominati S.A.T., aventi il compito di realizzare gli interventi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e recupero sociale; le USL si possono avvalere, tramite apposite convenzioni, della collaborazione dei Comuni ed anche delle associazioni o istituzioni pubbliche e private non aventi fini di lucro, degli obiettori di coscienza e del volontariato, utilizzando in particolare i gruppi di impegno e di solidarietà giovanili.

E' istituita una *Consulta regionale per la prevenzione cura e riabilitazione dell'alcolismo e delle tossicodipendenze*.

La Giunta regionale, avvalendosi dell'opera della *Consulta*:

- elabora il programma triennale sulle dipendenze patologiche, che deve essere approvato dal Consiglio regionale;
- presenta una relazione annuale sullo stato di diffusione delle dipendenze, sulle misure messe in atto e sui risultati conseguiti.
- organizza annualmente una conferenza regionale sul tema con la partecipazione degli organi istituzionali, degli operatori e di tutte le forze sociali interessate.
- prevede annualmente specifiche iniziative formative di aggiornamento per il personale socio-sanitario che opera nei servizi, compresi volontari e operatori culturali.

È istituito presso il Dipartimento Sicurezza Sociale un *centro di documentazione* dedicato alle dipendenze da sostanze stupefacenti psicotrope e da alcool, con il compito di:

- a) raccogliere la documentazione e la bibliografia;
 - b) tenere aggiornata una banca dati quantitativa e qualitativa sulla situazione, bisogni e servizi pubblici e privati di carattere socio-sanitario;
 - c) compiere ricerche anche in collaborazione con Istituti Universitari e Centri specializzati;
- Per la banca dati, ciascuna U.S.L., in collaborazione con i Comuni, promuove una rilevazione dei bisogni dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool residenti nel territorio provvedendo al costante aggiornamento.

I SERT

In seguito, in attuazione della L.R. 10.06.1996, n. 27: “Riordino del Servizio sanitario regionale”, sono stati attivati i SERT in ognuna delle 5 aziende USL della Regione, presso i quali operano unità operative di alcologia.

Questo impianto è stato confermato anche dalla L.R. 31 ottobre 2001, n. 39 recante: “Riordino e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale”, in attuazione del d.lgs. 229/99.

il **Piano sanitario regionale 1997- 1999**, approvato con D.C.R. n. 478 del 30.12.1996, prevede una specifica Azione programmata sulle “Patologie alcol-correlate”, con questi risultati attesi:

- ridurre il consumo di alcol del 25% entro l'anno 2000;

- ridurre le morti per patologia alcol-correlata;
- ridurre i ricoveri per patologia alcol-correlata;
- recupero e reinserimento degli alcolisti.

A tal fine prevede :

- la promozione di un programma di educazione alla salute sui problemi alcol-correlati, attraverso materiale pubblicitario, spot televisivi, conferenze in ambito scolastico e in luoghi di soggiorno collettivo (comprese carceri e case di riposo).
- la costituzione di una rete di servizi in cui trovino una giusta collaborazione tutte quelle organizzazioni istituzionali e di volontariato che già lavorano all'interno del problema alcol.
- la costituzione di aree funzionali di patologia alcol correlata e Dipartimenti autonomi, laddove possibile, in accordo con la Società Italiana di Alcologia.
- la definizione di programmi di intervento specifico per le famiglie.

Inoltre il **“Piano Socio Assistenziale per il triennio 2000/2002”**, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 22-12-1999 n. 1280 in materie di dipendenze stabilisce:

“ Sul versante delle dipendenze la vecchia legge regionale n. 11 del 1985 è stata sostanzialmente disattesa soprattutto in relazione al ruolo dei Comuni e alle attività di prevenzione. La DGR 744 del 24.12.1997 più di recente ha stabilito i criteri e le modalità per l'attribuzione dei finanziamenti relativi alla quota regionale del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. La delibera ha favorito le iniziative che prevedono l'impegno coordinato dei diversi soggetti istituzionali e sociali presenti sul territorio. Manca una politica organica di lotta alla droga sul fronte della prevenzione. Esiste, invece, un certo dinamismo ed attivismo dei SERT che, in ogni caso, si confrontano con le difficoltà legate alle carenze di strutture e di operatori...La strada da percorrere sembra essere quella di una programmazione organica degli interventi e dei servizi territoriali, anche di promozione sociale, che chiama in causa ancora una volta la capacità di mobilitazione delle risorse in un quadro di integrazione verticale ed orizzontale dei soggetti istituzionali e sociali”.

Il Piano prevede che i Piani di zona, e gli accordi di programma che ne danno attuazione, definiscano di concerto con i Distretti gli interventi nell'area sociosanitaria, compreso l'ambito delle tossicodipendenze e alcolodipendenze.

Il Piano prevede anche l'istituzione di un “Osservatorio delle politiche sociali”, al cui interno opera anche un sottoinsieme informativo sull'area dipendenze.

La **D.G.R. 3-5-2004 n. 1066: “Direttiva regionale per la organizzazione e gestione delle residenze sanitarie assistenziali”** descrive le ***RSA DISABILI PSICHICI***:

Precisa che sono strutture residenziali ad alta intensità assistenziale per *soggetti disabili*, autosufficienti e non autonomi, portatori di esiti stabilizzati di patologie fisiche e/o sensoriali, non assistibili a domicilio.

In ragione del fabbisogno territoriale le RSA possono essere caratterizzate verso pazienti:

- Ettilisti e problemi *alcol*-correlati;
- in stato vegetativo permanente

Nell'anno 2006 la Regione Basilicata ha concretamente aderito al **progetto SESIT** del Ministero della salute, del Welfare e del coordinamento delle Regioni concernente l'informatizzazione e l'orientamento dei Dipartimenti delle Dipendenze per l'allineamento dei Sistemi di Monitoraggio e del Management agli Standard Europei.

REGIONE MOLISE

La **L.R. 8 giugno 1992, n. 18** disciplina gli “**Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope**”.

La Regione disciplina sul proprio territorio le funzioni di educazione sanitaria e sociale, di prevenzione e di intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché contro l'alcolismo, al fine di assicurare la diagnosi, la riabilitazione psicofisica ed il reinserimento sociale delle persone interessate.

Le finalità della presente legge sono attuate mediante un sistema organizzativo basato su:

- a) Le Unità Sanitarie Locali che operano attraverso:
 - presidi ospedalieri per gli interventi di emergenza, di disintossicazione e per la cura di patologie correlate alla tossicodipendenza;
 - servizi per le tossicodipendenze, S.E.R.T., come da art. 118 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309;
- b) Enti ausiliari costituiti senza fini di lucro ed Enti e persone costituiti con finalità di lucro, ai sensi degli artt. 115 e 116 del D.P.R. n. 309 del 1990.

Le Unità Sanitarie Locali devono dotare i Servizi per le tossicodipendenze delle strutture, delle attrezzature e dei locali necessari per le relative attività.

Le strutture ospedaliere pubbliche sono tenute ad assicurare gli interventi di pronto soccorso e di ricovero per patologie associate in soggetti tossicodipendenti, dandone tempestiva comunicazione al S.E.R.T. competente, al fine di garantire un trattamento terapeutico continuativo qualora gli interventi non siano stati preventivamente concordati.

Durante la degenza, il S.E.R.T. collabora con i sanitari della struttura ospedaliera per il raggiungimento degli obiettivi terapeutico - riabilitativi, anche ai fini della prosecuzione extra ospedaliera del programma di intervento e, prima della dimissione, definisce le modalità di prosecuzione del programma terapeutico riabilitativo.

Nell'ambito del programma terapeutico individualizzato, le strutture ospedaliere sono tenute a rendere disponibili, in ogni Divisione di Medicina generale, posti letto perché su richiesta del S.E.R.T. e in accordo con il responsabile della Divisione stessa, venga effettuato il ricovero.

L'impiego dei farmaci ad azione analgesico narcotica è subordinata all'accertamento dell'esistenza delle condizioni che, ai sensi del decreto del Ministro della sanità 7 agosto 1980, lo rendano necessario.

Per la somministrazione di farmaci ad azione analgesico - narcotica a soggetti sottoposti a terapia riabilitativa nell'ambito dei programmi terapeutici individualizzati, le UU.SS.LL. sono tenute ad assicurare la continuità terapeutica nei giorni festivi, in carenza del servizio preposto, anche mediante l'utilizzo dei servizi o dell'attività di pronto soccorso dei presidi ospedalieri.

L'impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza deve essere utilizzato secondo i limiti e le modalità previsti dal DM 19 dicembre 1990, n. 445.

La USL finanzia il costo del programma terapeutico svolto, ai fini del recupero, presso centri esistenti fuori dal territorio regionale, purché si tratti di centri che abbiano conseguito risultati tangibili nel settore e notori a livello nazionale e che risultino iscritti all'Albo regionale, ai sensi dell'art. 116 del D.P.R. 309/1990.

I S.E.R.T. sono le strutture di riferimento delle UU.SS.LL. per i tossicodipendenti e per le loro famiglie con garanzie per gli interessati di riservatezza degli interventi e, ove richiesto, dell'anonimato.

Svolgono l'attività di collaborazione con le strutture e le istituzioni di cui all'art. 2 del DM n. 444/1990.

I S.E.R.T. Provvedono ad attuare: interventi di educazione e prevenzione primaria sul territorio volti anche a prevenire fenomeni di evasione o disagio scolastico in collaborazione con altri Enti e strutture interessate all'argomento; interventi di prevenzione all'alcolismo e di sostegno ed orientamento per alcolisti, tossicodipendenti e le loro famiglie; tutti gli altri interventi previsti dal decreto n. 444 del 1990.

I S.E.R.T. assicurano l'assistenza ai tossicodipendenti mediante l'apertura per non meno di 12 ore nei giorni feriali, di sei ore nei giorni festivi e nelle residue ore con le modalità previste dall'art. 6 comma 2 della presente legge.

I S.E.R.T. dispongono di una propria pianta organica la cui definizione deve attenersi ai criteri previsti per la bassa utenza, fino a 60. La dotazione dell'organico è/o può essere integrata.

Per quanto attiene «l'altro personale», le UU.SS.LL., in relazione alle esigenze operative dei S.E.R.T., determineranno qualifiche e livelli di personale ausiliario specializzato.

Presso l'Assessorato regionale alla Sanità e Sicurezza Sociale è istituito *l'Albo degli Enti Ausiliari* di cui all'art. 115 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

Presso l'Assessorato alla Sanità e Sicurezza Sociale è istituito anche *l'Albo speciale per gli Enti e le persone che gestiscono con finalità di lucro le strutture per la realizzazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti*. Ai fini dell'iscrizione a questo Albo regionale speciale gli Enti e le persone interessate devono possedere i requisiti richiesti per gli Enti non aventi finalità di lucro.

Fatti salvi i poteri ispettivi della Regione, la vigilanza sulle strutture iscritte agli albi regionali è esercitata dalla USL nel cui ambito territoriale è ubicata la struttura.

Le attività di prevenzione, di riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti alcolisti e tossicodipendenti di cui alla presente legge sono regolate da convenzione tra le Unità Sanitarie Locali, gli Enti ed i Centri di cui all'art. 114 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e gli Enti, le cooperative sociali e le associazioni iscritte negli albi regionali.

L'attività degli Enti, cooperative o associazioni in esecuzione delle convenzioni, è svolta in collegamento con il servizio pubblico ed è sottoposta ai controlli previsti dalla presente legge.

Nelle more dell'approvazione del piano sanitario regionale, la stipula delle convenzioni è subordinata alla preventiva autorizzazione della Giunta Regionale.

La Regione, nell'ambito dei piani di formazione professionale di propria competenza, promuove attività di riqualificazione e di aggiornamento per tutto il personale che opera per le finalità della presente legge ed in particolare per i medici di base, nonché per gli operatori dei servizi privati convenzionati.

La Giunta Regionale entro il mese di febbraio di ogni anno riferirà al Consiglio Regionale sui risultati conseguiti in attuazione della presente legge.

La Regione Molise affronta il tema dell'alcol nel **Piano Sanitario Regionale 1997-1999**, approvato con **DCR n. 505 del 30.12.1996**, nell'ambito dell'Area: Tossicodipendenza e alcoldipendenza.

In particolare, prevede quanto segue:

Obiettivi	Azioni
Prevenzione	Assistenza socio-educativa
	Centro di riferimento per la prevenzione
Reinserimento sociale e lavorativo	Segretariato sociale
	Assistenza psicologica
	Borsa lavoro
	Aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie
Assistenza economica	Minimo vitale
	Sostegno economico
	Pronto intervento
	Pacchetti risorsa
	Risorsa famiglia

REGIONE CALABRIA

La Regione istituisce i SERT nelle 11 Aziende USL, sulla base della L.R. 22.01.1996, n. 2 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”.

Le indicazioni programmatiche sono formulate inizialmente con il Piano sanitario regionale 1995-1997 ed in seguito con il Piano regionale per la salute 2004-2006.

Il Piano Sanitario regionale 1995-1997, approvato con L.R. 3-4-1995 n. 9, fornisce alcune indicazioni sul tema dell'alcolismo nell'ambito dello spazio dedicato al Volontariato e riporta quanto segue:

IL VOLONTARIATO

Fondamentale è il ruolo che svolgono le Associazioni di volontariato, i gruppi di self-help ed il privato sociale nelle iniziative di assistenza sociale, consulenza legale e di sensibilizzazione della popolazione per favorire la crescita della solidarietà.

La Regione già da alcuni anni ha costruito un rapporto di collaborazione con le O.N.G. ed il volontariato coinvolgendole nell'assistenza domiciliare dei malati di A.I.D.S., nei progetti di «unità da strada», nei C.I.C. e nel sostegno finanziario ai Centri di auto - aiuto.

Pertanto nello svolgimento delle iniziative finalizzate alla prevenzione, all'assistenza ed alla crescita della solidarietà verso i soggetti siero-positivi per H.I.V. ed A.I.D.S. in fase conclamata, la Giunta regionale si avvarrà della collaborazione di una consulta regionale delle associazioni di volontariato impegnate nello specifico settore.

La Consulta è nominata, su proposta dell'assessore alla sanità, con decreto del Presidente della Giunta regionale che ne disciplina anche le modalità di funzionamento.

Essa è presieduta dall'assessore regionale alla sanità o da un suo delegato, ed è composta da otto rappresentanti di associazione di volontariato iscritte all'albo regionale del volontariato di cui all'art. 6 della legge n. 266 del 1991 o all'albo degli Enti ausiliari di cui all'art. 116 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 o associazioni con riconoscimento giuridico nazionale e sede regionale, e dai Dirigenti del Servizio di Prevenzione A.I.D.S. e Tossicodipendenze e dell'Ufficio Tossicodipendenze ed **Alcolismo** dell'Assessorato alla Sanità, svolge le funzioni di segretario un operatore del servizio di prevenzione A.I.D.S. e tossicodipendenze.

Più ampie sono le indicazioni contenute nel **Piano regionale per la Salute 2004/2006**, approvato con **L.R. 19-3-2004 n. 11**, che affronta il tema dell'Alcol al paragrafo 2.3.

“ La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'**alcol** è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze Italiane dimostrano che gli individui, ed i giovani in particolare, che consumano **alcol** risultano oggi più frequentemente inclini al fumo o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi; ciò porta ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali o addirittura esponenziali per comportamenti legati all'inconsapevolezza o all'inesperienza.

L'uso di **alcol** agisce come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.

Da considerare che l'alcol è una droga, infatti determina assuefazione e sindrome di astinenza e che la legislazione Italiana non limita né la commercializzazione né l'accessibilità.

Tale fenomeno è ben rappresentato dal numero degli utenti *alcoldipendenti* registrati in Italia nel 1998 dal Ministero della sanità presso i servizi o gruppi di lavoro per l'*alcoldipendenza*: 26.708 utenti *alcoldipendenti*

(20.567 maschi, 6.141 femmine) di cui il 75,6% in età compresa tra i 30 e i 59 anni ed il 9% circa compreso in età giovanili (19-29 anni). Tra gli *alcolodipendenti* il 15,9% fa anche uso di sostanze stupefacenti e il 7,2% di farmaci psicotropi.

1. riduzione del 20% della prevalenza di individui, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di **alcol** al giorno;
2. riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti;
3. riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro alcolequivalente;
4. ritardo dell'età di avvio al consumo di **alcolici** da parte dei giovani;
5. riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande alcoliche, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.

Vengono stabilite le correlate azioni prioritarie:

1. fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere di: individui, uomini e donne, famiglie e comunità, attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
2. organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche contro i danni causati dall'alcol;
3. controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi;
4. promuovere politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro basate sull'educazione, sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;
5. rafforzare le attuali misure in tema di alcol e guida;
6. promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcolemia su base casuale;
7. limitare la pubblicità di bevande alcoliche e sorvegliare l'applicazione del codice pubblicitario nelle aree dove la pubblicità è permessa, per evitare l'enfatizzazione degli effetti dell'alcol e la presenza di giovani nella pubblicità di bevande alcoliche;
8. assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
9. formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
10. finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
11. valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.

Lo stesso Piano, nell'ambito dell'obiettivo di salute n. 4: *Ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli e delle loro famiglie*, tratta del tema delle tossicodipendenze, riprendendo in più punti anche il tema dei problemi legati all'alcol.

4.1 Tossicodipendenti

Le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di vario genere interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà dei prodotti utilizzati, che determina un mutare dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza.

Le variazioni più significative emerse in questi anni sono correlate ai seguenti aspetti: la maggiore disponibilità sul mercato di alcune sostanze psicotrope; l'aumento del consumo di sostanze ad effetto stimolante; la diminuzione dell'età di esordio del consumo; l'innalzamento dell'età media dei tossicodipendenti da eroina in carico ai servizi; l'aumento di utenti extracomunitari; il nuovo emergere delle problematiche *alcol*-correlate; il riconoscimento della natura di dipendenza del tabagismo e l'accresciuta consapevolezza della sua centralità in termini di salute; la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlate all'uso di sostanze. Ne deriva la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti.

Vengono stabiliti questi obiettivi:

1. Riqualficazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti secondo criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse;
2. Potenziamento dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari e del raccordo tra Comuni e Aziende Sanitarie, anche attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle Aziende, degli Enti locali e del privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani Territoriali;
3. Consolidamento del rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, nel rispetto delle rispettive funzioni e competenze
4. Sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita e di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani;
5. Ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra Aziende e soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di intesa Stato-Regioni del 5.8.1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Vengono stabilite le correlate azioni prioritarie:

1. Sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
2. Completa realizzazione della rete informativa dei servizi pubblici, del privato sociale e dei Centri di documentazione sulle dipendenze;
3. Consolidamento nelle Aziende dei servizi specifici per le dipendenze;
4. Sviluppo di azioni specifiche per il tabagismo, soprattutto nella fascia di popolazione giovanile;
5. **Sviluppo di azioni specifiche per l'Alcool:** in tale ambito occorre riqualificare e riorganizzare la rete dei servizi, sia sul territorio, sia in relazione alle funzioni dei **Centri di Alcolologia** da inserire nell'ambito dei dipartimenti delle dipendenze, sviluppando gli interventi di tipo assistenziale, le attività di ricerca, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorre inoltre: promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza nella popolazione al fine di prevenire i danni causati dall'eccessivo consumo di alcool; intervenire per ridurre i rischi *alcol* correlati in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti; favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo sui problemi *alcol* correlati, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto aiuto;
6. **Aggiornare le norme sull'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche di alcol-dipendenza e alcol-correlate** alla luce delle esigenze emerse e della L. 125/2001;
7. Sviluppo di azioni specifiche per la situazione carceraria per assicurare in ambito penitenziario livelli di assistenza analoghi a quelli garantiti ai tossicodipendenti e agli alcol dipendenti, che vivono in stato di libertà, secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in materia;
8. Sviluppo di azioni specifiche per le situazioni di marginalità sociale: vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi o che comunque non si sono mai presentati ai servizi, intervenendo sul cd. "sommerso";
9. Sviluppo di azioni specifiche per la tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia...;
10. Aggiornare le disposizioni inerenti all'Atto d'Intesa Stato Regioni 5.8.1999, in coerenza con le altre specifiche normative regionali, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso e per l'adeguamento funzionale e strutturale delle Comunità terapeutiche.

REGIONE PUGLIA

I SERT e il Dipartimento delle dipendenze patologiche

Sulla base della L.R. 28.12.1994, n. 36: “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale”, la Regione ha previsto l’istituzione dei SERT in ognuna delle 12 Aziende USL pugliesi.

In seguito la **L.R. 6-9-1999 n. 27: Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche delle aziende U.S.L.** ha riordinato i SERT all’interno dei Dipartimento delle dipendenze patologiche, istituito presso ciascuna Azienda USL (A.U.S.L.), ad integrazione dell’art. 15, L.R. 36/1994.

Tale Dipartimento è una delle strutture operative della A.U.S.L. e svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di strada, inerenti le tossicodipendenze, l'*alcolismo* e altre dipendenze patologiche. La sede del Dipartimento coincide con la sede della A.U.S.L.

Per quanto riguarda le *Unità operative* (U.O.), il responsabile del Dipartimento, in relazione alle esigenze del territorio, individua le seguenti Unità operative

- a. per gli interventi preventivi, di riduzione del danno e di promozione della salute;
- b. epidemiologica;
- c. per gli interventi su strutture penitenziarie, per le problematiche e gli interventi HIV correlati;
- d. per le problematiche *alcol*/droga correlate.

Per le attività di prevenzione, cura, riabilitazione dell'*alcolismo*, nonché per le connesse attività di studio, ricerca, documentazione, formazione, informazione e promozione della salute, possono venire stipulati appositi accordi di programma tra A.U.S.L., Aziende ospedaliere ed enti locali, si sensi dell’art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142.

All’espletamento delle suddette attività concorrono i diversi servizi delle A.U.S.L. e delle Aziende ospedaliere di cui al D.M. 3 agosto 1993 e i soggetti del privato sociale e del volontariato.

Il tema delle dipendenze è affrontato anche nel “**Piano Sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di Salute 2002-2007**”, approvato in via definitiva con D.G.R. 27-12-2001 n. 2087.

Per quanto riguarda gli obiettivi, il Piano richiede una specifica attenzione alla prevenzione e la promozione di comportamenti e stili di vita e che favoriscano la conservazione della salute (dietologia e nutrizione, attività fisica e psico-fisica, limitazione dell’alcol, del fumo, delle inapproprietezze alimentari, etc), la diagnosi precoce delle principali cause patologiche, il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, l’intervento sanitario in condizioni di emergenza.

Il modello di Piano tende a realizzare, in un quadro di compatibilità economica, una organizzazione regionale sanitaria "a rete", "organica", "dinamica", "unitaria" ed "efficiente", con crescenti livelli di integrazione e complementarietà funzionale, anche attraverso una capillare informatizzazione al fine di confermare o cambiare precocemente le scelte operative, organizzative e finanziarie.

8.2.2 Dipendenza da sostanze di abuso

Per l’area d’intervento della dipendenza da sostanze di abuso è stata emanata la L.R. 6 settembre 1999, n. 27, che ha istituito il Dipartimento delle dipendenze patologiche. Occorre adeguare tale atto normativo ai principi introdotti dal D.Lgs. n. 229/1999 e dal PSN 1998/2000.

In tale ambito, gli obiettivi da porre in essere nel prossimo triennio mirano a:

- realizzare un sistema integrato preventivo/assistenziale a favore dei soggetti dipendenti da sostanze di abuso, formato da componenti pubbliche e private con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, capace di garantire la continuità assistenziale e il possesso dei requisiti minimi standard delle strutture. Il coordinamento di tali processi organizzativi è da attribuire a ciascun Dipartimento delle dipendenze patologiche istituito in ogni singola Azienda USL, correlando tale area d'intervento con altre aree quali la salute mentale e l'handicap;
- recepire l'Atto d'intesa Stato-Regioni 5.8.1999 in materia di requisiti per l'autorizzazione, il funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, ed emanare norme regionali per la verifica del possesso dei requisiti minimi standard da parte di enti ed associazioni che svolgono attività di prevenzione, cura e riabilitazione nei confronti di persone con problemi di uso o dipendenza da sostanze psicoattive;
- recepire la legge n. 125/2001 e gli obiettivi del PSN 1998/2000 per realizzare - attraverso l'attivazione di *strutture dedicate* sia nell'ambito del Dipartimento per le dipendenze patologiche sia nell'ambito delle strutture ospedaliere ed universitarie - i seguenti obiettivi specifici:
 - o prevenzione dell'abitudine all'**alcol** tra gli studenti delle scuole;
 - o prevenzione dell'abitudine all'**alcol** nei confronti della popolazione in generale ed in particolari luoghi di aggregazione;
 - o trattamenti per la disassuefazione dall'**alcol**;
- aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale, con particolare riferimento al reinserimento lavorativo;
- ridurre la percentuale dei fumatori, in particolare tra gli adolescenti e tra le donne gravide, attraverso interventi di prevenzione mirata;
- disporre di informazioni comparabili, attendibili e anonime sul numero e le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento, acquisibili attraverso la realizzazione di un efficace sistema informativo regionale.

Con **D.G.R. 30-11-2005 n. 1722** la Regione Puglia ha previsto la “**Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche (C.R.I.Di.P.)**.”

Il Comitato è un organo tecnico-consultivo, presieduto dal Dirigente regionale del Settore Assistenza Territoriale Prevenzione o suo delegato ed è costituito da:

- tutti i direttori dei Dipartimenti dipendenze patologiche ovvero delle Sezioni Dipartimentali;
- funzionari regionali individuati dall'Assessore alla Salute e dall'Assessore alla Solidarietà;
- n. 2 rappresentanti designati dal Coordinamento Regionale Enti Ausiliari - Puglia;
- n. 2 rappresentanti designati in seno alla Commissione consultiva ex L.R. n. 22/1996;
- n. 1 dirigente sanitario designato dal Direttore Generale dell'Agenzia regionale sanitaria (ARES).

Il Comitato svolge funzioni di orientamento, istruttoria, implementazione, formazione, ricerca e supporto tecnico-scientifico alla gestione strategica regionale in materia di dipendenze patologiche.

Per questi scopi si avvale di specifici gruppi di lavoro istituiti per aree tematiche, con operatori e professionisti del DDP e degli Enti Ausiliari e professionisti indicati dalle Società Scientifiche e dalle Università regionali.

Il C.R.I.Di.P. dovrà procedere prioritariamente a:

- dare piena attuazione alla L.R. n. 27/1999 armonizzandola con la successiva normativa connessa;

- implementare il sistema di rilevazione dati, unico ed informatizzato, nelle modalità definite dal Progetto SESIT, nell'ambito di un ***Osservatorio regionale delle Dipendenze Patologiche***;
- formulare linee di indirizzo e di promozione delle azioni di integrazione sanitaria e sociosanitaria tra i relativi servizi anche per sviluppare gli obiettivi e le azioni del Piano regionale delle politiche sociali in materia di dipendenze patologiche;
- formulare direttive regionali essenziali per dare piena attuazione del D.Lgs. n. 230/1999 di "Riordino medicina penitenziaria", necessario per garantire un livello uniforme di assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- monitorare, come previsto dalla L.R. 18.5.2004, n. 8 *"Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*, il coinvolgimento istituzionale del DDP, lo stato dell'arte dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private afferenti ai Dipartimenti delle dipendenze patologiche.

Il C.R.I.Di.P. deve promuovere e incentivare costantemente il coinvolgimento delle Società scientifiche di settore (Federserd, Sitd, Acudipa, Sia, ecc.) nonché dell'Università per il particolare contributo che esse potranno fornire nei vari gruppi di lavoro per la formulazione/proposta, di protocolli regionali e linee-guida sui temi prioritari di interesse del settore delle dipendenze patologiche, ivi compresi la ricerca, la formazione e la didattica nonché su tematiche specifiche quali la comorbilità psichiatrica.

Ai componenti del CRIDiP non spetta alcun compenso.

È facoltà dell'Assessore alle Politiche della Salute istituzionalizzare la funzione delle Società scientifiche di settore nonché dell'Università promuovendo la costituzione di una *"Consulta regionale sulle dipendenze patologiche"*.

L.R. 9 agosto 2006, n. 26 “Interventi in materia sanitaria” – L’art. 6 è dedicato alle dipendenze patologiche, e prevede nuove modalità organizzative al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP).

Art. 6 (Norme in materia di contrasto delle dipendenze patologiche)

1. Al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP), in considerazione della espansione e nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti, nonché della cronicizzazione ed esclusione sociale di soggetti tossicodipendenti in trattamento, sono individuati i seguenti principi organizzativi e di indirizzo:
 - a) l'articolazione delle prestazioni e della programmazione degli interventi di contrasto delle dipendenze patologiche, intese come area primaria di interventi per la salute, deve valorizzare gli aspetti di pluriprofessionalità specialistica propria dell'offerta di servizio, l'integrazione dei vari attori che direttamente e indirettamente agiscono nell'area delle dipendenze patologiche, la rilevazione dei bisogni e l'ottimizzazione delle risorse;
 - b) i Servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di dipendenza patologica (SERT), all'interno delle AUSL, devono necessariamente avere una corretta collocazione territoriale nell'ambito di una organizzazione dipartimentale che svolga funzioni di programmazione, controllo e verifica delle attività e delle azioni concretamente articolate a livello distrettuale;
 - c) l'integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali, nell'ambito di una organizzazione dipartimentale, deve consentire di organizzare offerte di servizio che tengano conto delle risorse e dei bisogni emergenti nel territorio per meglio rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione della popolazione in generale e, in particolare, di gruppi di popolazione specifica. Le aree di integrazione oggettiva possono investire oltre alla residenzialità, la semiresidenzialità e specifici moduli organizzativi, gruppi progetto/lavoro nonché unità di strada

- ed eventuali altri moduli (tabagismo, gambling e altre dipendenze comportamentali, inserimenti lavorativi e altro) che si rendessero necessari e utili a rispondere a bisogni territoriali;
- d) integrazione e collaborazione nell'ambito del Consiglio dipartimentale con i comuni e con gli enti istituzionali concorrenti (scuola, servizi sociali di tribunale adulti e minori, prefettura, forze dell'ordine, sindacati, associazioni industriali e imprenditoriali) per lo svolgimento dei compiti previsti di prevenzione e riabilitazione in riferimento ai piani di zona in base alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia).
2. La Giunta regionale, nel rispetto degli indirizzi e per le finalità di cui al comma 1, disciplina, con propri atti, i seguenti ambiti di intervento:
 - a) linee di indirizzo e di promozione delle azioni di integrazione socio-sanitaria con particolare riguardo all'implementazione del Piano regionale delle politiche sociali e dei Piani di zona nell'area della prevenzione, cura e riabilitazione;
 - b) adeguamento degli organici, previa verifica e monitoraggio, con riguardo al Decreto del Ministro della Sanità 30 novembre 1990, n. 444 (Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali) e successive integrazioni, sulla base del reale carico di pazienti e di prestazioni, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa specifica e correlata nell'area della prevenzione primaria, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche;
 - c) formulazione di direttive regionali essenziali per realizzare una piena attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419) al fine di garantire un uniforme e sufficiente livello di assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
 - d) passaggio definitivo e organico delle Unità Operative (UO) Carcere nelle AUSL, secondo le previsioni del d.lgs. 230/1999, al fine di garantire uniformi, adeguati e dignitosi livelli di assistenza ai detenuti affetti da stati di dipendenza patologica;
 - e) adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato secondo i criteri e i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'accreditamento come previsto dalla lettera e) dell'articolo 11 della legge regionale 28 maggio 2004, n. 8 (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e coerente uniformità sul territorio aziendale nella erogazione del servizio e delle prestazioni, al fine di consentire adeguata accessibilità e continuità assistenziali;
 - f) monitoraggio periodico, dello stato della realizzazione dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private afferenti ai DDP;
 - g) dettagliata definizione degli obiettivi da perseguire e degli indicatori di qualità che permettono chiari riferimenti di collocazione e di funzionamento per tutti gli attori coinvolti nonché definizione dei parametri tabellari delle prestazioni che consentano una esatta costituzione del budget complessivo del Dipartimento.
 3. Al fine di meglio configurare, razionalizzare e adeguare il sistema regionale delle dipendenze patologiche, la Legge Regionale 6 settembre 1999, n. 27 (Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche della AUSL) e le disposizioni connesse sono adeguate ai seguenti indirizzi:
 - a) organizzazione del DDP in maniera adeguata per rispondere alle funzioni di integrazione e di attuazione degli interventi specifici;

- b) a integrazione dell'articolo 6 (Unità Operative) della L.R. 27/1999, si individua la doppia diagnosi psichiatrica quale Unità Operativa specifica nell'ambito del DDP per meglio rispondere alle problematiche diffuse e sempre più emergenti di ulteriore disagio, patologia e carico assistenziale;
 - c) istituzione nell'Assessorato alle politiche per la salute, di un Ufficio dipendenze patologiche che svolga funzioni di verifica, controllo e monitoraggio delle attività svolte nei servizi dipartimentali, in attuazione degli indirizzi e delle indicazioni regionali. Nell'Ufficio regionale trova collocazione uno specifico Osservatorio epidemiologico a cui afferisce il sistema rilevazione dati informatizzato della Regione Puglia. L'Ufficio si coordina con l'Assessorato alla solidarietà ai fini dell'integrazione socioassistenziale nonché della programmazione della prevenzione primaria e della riabilitazione;
 - d) informatizzazione dei servizi pubblici e privati, in attuazione del progetto Sesit, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2005, n. 1722 (Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze - CRIDIP).
4. Le AUSL per realizzare, attuare e rendere pienamente operativi i SERT e i DDP, sono autorizzate a coprire con contratti di lavoro a tempo indeterminato i posti del ruolo sanitario in organico per i profili professionali vacanti nelle dotazioni organiche dei SERT. Nelle more dell'attuazione del presente comma, le AUSL prorogano i rapporti a tempo determinato attualmente in corso.
 5. Per il conseguimento di omogeneità di trattamento tra le varie figure professionali, al personale dipendente inquadrato nei ruoli del SSN ai sensi della legge 18 febbraio 1999, n. 45 (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze), ai fini giuridici ed economici, viene riconosciuta l'anzianità del servizio prestato in regime convenzionale con riferimento all'orario settimanale svolto.
 6. Il personale con qualifica di educatore professionale in servizio presso i SERT, in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 24 della l.r. 1/2005, è equiparato alla figura professionale di collaboratore professionale esperto.
 7. Per la realizzazione degli interventi di cui al presente articolo, la Giunta regionale, all'interno del DIEF, individua apposite risorse e obiettivi per i Direttori Generali.

La stessa legge 26/2006 prevede anche norme di “tutela della salute dei detenuti e internati negli Istituti penitenziari”

Con **DGR 4 settembre 2003, n. 1326** “Documento di Indirizzo Economico – Funzionale del SSR per il 2003 e Triennale 2003 – 2005”, La Regione Puglia ha formalmente aderito al **progetto SESIT** del Ministero della Salute, del Welfare e del Coordinamento delle Regioni, concernente l’informatizzazione e l’orientamento dei Dipartimenti delle Dipendenze per l’allineamento dei Sistemi di Monitoraggio e del Management agli Standard Europei.

REGIONE SICILIA

Nel territorio della Regione i primi interventi contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope sono disciplinati dalla **L.R. 21 agosto 1984, n. 64: “Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi”**; i relativi interventi si applicano, ove possibile, anche alla dipendenza da alcolismo.

La legge attribuisce alla competenza regionale le funzioni di indirizzo, coordinamento e programmazione delle attività. A tal fine è attivata una **Consulta regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze**.

Spetta alle USL erogare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, tramite diversi servizi: materno-infantile; assistenza di base; servizio ospedaliero; servizio territoriale di tutela della salute mentale. Quest'ultimo svolge anche trattamenti psicoteraputici e/ o psicofarmacologici; collabora negli interventi di risocializzazione dei tossicodipendenti e di sostegno psicologico alle famiglie; fornisce il supporto specialistico alle comunità ed ai centri di recupero.

Nelle UU.SS.LL. sono attivati **“centri di accoglienza ed orientamento”** di primo e secondo livello per favorire la prevenzione; costruire ed attuare progetti di intervento per i tossicodipendenti e – nel secondo livello – anche favorire l'inserimento del tossicodipendente nelle comunità terapeutiche; svolgere programmi strutturati di psicoterapia definiti presso i servizi territoriali di tutela della salute mentale; indirizzare il tossicodipendente verso iniziative di formazione professionale e di recupero lavorativo; seguire il tossicodipendente in caso di ricovero presso altri servizi ospedalieri per le eventuali patologie intercorrenti.

Con le regole stabilite dalla Regione, i centri di accoglienza possono essere affidati ad uno o più enti ausiliari.

La legge disciplina le modalità di riconoscimento degli **“enti ausiliari”**, enti pubblici e privati senza scopi di lucro che abbiano come finalità la prevenzione e la riabilitazione di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti. Sono stabilite le modalità per la tenuta dell'albo regionale degli enti ausiliari e si prevede che i rapporti siano regolati con apposite convenzioni con la Regione.

La legge promuove, inoltre, la costituzione di **comunità terapeutiche residenziali**, anche tra le attività degli enti ausiliari, all'interno delle quali si realizzi il completo cambiamento di vita, l'astinenza dalla droga, l'eliminazione del comportamento antisociale, l'acquisizione di atteggiamenti e valori positivi.

Sert e Osservatorio epidemiologico

La Regione Siciliana, sulla base della LR. 3.11.1993, n. 30: “Norme in materia di programmazione sanitaria e di riorganizzazione delle USL”, istituisce un SERT in ognuna delle 9 Aziende USL della Regione.

Nella fase attuale è in progettazione, attraverso la collaborazione tra Regione e Aziende UsL, la realizzazione di un *Osservatorio Epidemiologico regionale delle Dipendenze che, sulla base della sperimentazione del sistema SESIT*, prevede oltre che l'adeguamento dei sistemi informatici per la rilevazione dei flussi secondo gli standard europei, anche la realizzazione di postazioni Aziendali facenti capo ai Dipartimenti Dipendenze Patologiche delle Aziende UsL che partecipano ai principali protocolli nazionali per la stima dell'impatto del problema e dell'efficacia degli interventi in corso.

Le norme programmatiche

Il **Piano sanitario regionale 2000-2002**, approvato con **D.P.Reg. 11-5-2000**, prevede che, in linea con l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti", le AU.S.L. istituiscono il *Dipartimento funzionale delle dipendenze patologiche*.

Tale dipartimento gestisce le attività dei SERT ed è costituito da U.O. che perseguono comuni finalità e che sono tra di loro interconnesse ed ha come obiettivo generale quello di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sanitaria delle dipendenze patologiche. Al

dipartimento compete la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la valutazione del Progetto dipendenze patologiche anche per quello che concerne le risorse assegnate.

Il responsabile del Dipartimento deve essere individuato fra i dirigenti medici di struttura complessa in possesso dei requisiti individuati nel DM n. 444/1990 e nella L. n. 45/1999 e successive normative nazionali e regionali.

Il SERT è la struttura distrettuale di riferimento della A.U.S.L. nell'area della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle dipendenze patologiche. Il responsabile del SERT è un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dal DM n. 444/1990 e dalla L. n. 45/1999 cui sono affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del servizio che può prevedere anche un'articolazione in moduli funzionali (U.O. per le tossicodipendenze, U.O. **alcoologiche**, U.O. di prevenzione).

Il SERT opera nella nuova ottica del servizio territoriale inteso come servizio alla persona ed alla comunità, dove l'utente e la sua famiglia trovano una risposta personalizzata ad una pluralità di bisogni e garantisce, nell'ambito del Distretto, la necessaria integrazione sanitaria nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente.

In attuazione del Piano sanitario regionale, il **Dec.Ass. 21 dicembre 2001**, ha approvato le “**Linee guida sul dipartimento delle dipendenze patologiche**”.

Le Aziende USL istituiscono il *dipartimento funzionale delle dipendenze patologiche*, previsto dall'accordo Stato-Regioni 1999 e dal PSR, approvato con decreto presidenziale 11 maggio 2000.

Al dipartimento è affidato l'indirizzo e il coordinamento delle attività dei Sert e delle unità operative coinvolte nell'area della dipendenza, nonché la determinazione delle forme di integrazione intra ed extra aziendale.

In particolare, al dipartimento compete la programmazione del settore e la progettazione degli interventi. Attraverso l'attività di programmazione il dipartimento individua le priorità, gli obiettivi che si intendono perseguire e le modalità per raggiungerli.

L'attività di programmazione costituisce, inoltre, la base per la formulazione del budget aziendale, il quale si configura come un piano complessivo di azioni, correlate alle risorse finanziarie, in rapporto agli obiettivi prioritari dell'Azienda, per soddisfare efficacemente i bisogni e le esigenze del territorio.

Conseguentemente rientra tra le competenze del dipartimento l'attività di negoziazione con la direzione generale dell'Azienda, anche sulle risorse (umane, materiali, finanziarie) da assegnare al settore.

Organizzazione

Sono Componenti del dipartimento: il direttore del dipartimento; il comitato ristretto; il comitato allargato. Questi “comitati” devono essere istituiti all'interno del dipartimento al fine di garantire la funzionalità ed il coordinamento dei rispettivi interventi.

Il **comitato ristretto** è costituito da: il direttore del dipartimento; i responsabili dei Sert; una congrua rappresentanza delle altre figure professionali operanti nei Sert. E' l'organo di gestione e di programmazione interna del dipartimento con i seguenti compiti:

- elabora il regolamento interno del dipartimento;
- predispone il progetto generale di intervento, contenente l'indicazione delle priorità, delle possibili soluzioni e delle metodologie operative, in rapporto agli obiettivi generali dell'Azienda;
- garantisce la pluralità, la trasparenza e la pari dignità dei compiti svolti dalle varie unità operative, secondo un modello di responsabilità diffusa e coordinata.

Il **comitato allargato** è composto da: direttore del dipartimento; responsabili dei Sert; responsabile del servizio di psicologia; rappresentanti legali degli enti ausiliari, nonché alcuni Responsabili scelti dal Direttore Generale dell'Azienda USL: responsabile di unità operativa di educazione alla salute;

responsabile di dipartimento di salute mentale; un medico di medicina generale convenzionato con l'Azienda USL, nominato dal direttore generale.

E' organo consultivo-propositivo: esprime valutazioni sul regolamento interno del dipartimento, formula proposte per il progetto generale di intervento predisposto dal comitato ristretto, anche in relazione agli obiettivi generali dell'Azienda e ai bisogni del territorio.

I **Sert** costituiscono le strutture operative di base e specialistiche del dipartimento delle dipendenze.

In attesa dell'emanazione di provvedimenti specifici sull'accreditamento dei servizi, i Sert devono garantire i seguenti livelli minimi di prestazioni:

- pronta accoglienza e diagnosi;
- terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- psicodiagnosi e attività di sostegno e di counseling;
- attività di riabilitazione;
- punto focale della ricerca epidemiologica e sociale;
- partecipazione alle attività del dipartimento (prevenzione primaria, trattamenti psico-terapici, collaborazione con le varie agenzie di reinserimento sociale e lavorativo).

Al fine di qualificare ulteriormente il sistema assistenziale si raccomanda alle Aziende USL di individuare, all'interno del dipartimento, almeno un Sert per le prestazioni più complesse secondo criteri di maggiore flessibilità possibile.

Si raccomanda altresì di prevedere l'eventualità che ciascun Sert - in relazione alla domanda assistenziale - si articoli in più unità funzionali, anche mobili, per assicurare una adeguata articolazione territoriale delle prestazioni offerte (alcolologiche, di prevenzione, ...).

Per le restanti funzioni dei Sert si rinvia a quanto disposto dal DM 30.11.1990, n. 444.

I Sert continuano a svolgere, inoltre, le funzioni ed i compiti di cui al DM 3 agosto 1993 in materia di alcoolodipendenza, in attesa dell'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento ex art. 3 della legge 125 del 2001.

Le Aziende USL devono assicurare ai Sert requisiti strutturali dignitosi, nelle more dell'adozione di provvedimenti specifici in materia di accreditamento dei servizi pubblici.

In attesa che il Ministero della sanità provveda alla revisione del DM 30.11.1990 n. 444 ai sensi dell'art. 4, comma 3° della L. n. 45/1999, i Sert conservano la dotazione organica fissata con il DM 29.06.1992, n. 233, con gli eventuali aggiornamenti approvati secondo le vigenti disposizioni.

....

Il Progetto SESIT

In riferimento al **progetto SESIT** del Ministero della Salute sull'informatizzazione del sistema delle tossicodipendenze e allineamento agli Standard Europei, la Regione Siciliana:

- ha **acquisito il Protocollo e gli standard previsti dal Progetto Nazionale SESIT**, con il Decreto Assessorile 12.2.2004, n. 2785,
- ha approvato le **“Direttive per lo sviluppo del nuovo sistema informativo regionale delle dipendenze. Debito informativo aziendale e obiettivi di attività per l'anno 2006”** con la **Circ.Ass. 22-5-2006 n. 1195**,

Alla luce della positiva sperimentazione già svolta sull'adozione del sistema di informatizzazione SESIT, la Regione fornisce criteri di indirizzo per l'anno 2006, al fine sviluppare il sistema informativo delle dipendenze a livello regionale, nelle more di ulteriori direttive nazionali che potranno essere ulteriormente diramate, sulla base delle iniziative in corso a cura del Ministero della salute e nell'ambito dello sviluppo del NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario).

Prevede, inoltre, l'avvio sperimentale dell'Osservatorio epidemiologico regionale dipendenze (OERD) nell'anno 2006, con sede a livello regionale presso il dipartimento Osservatorio epidemiologico di Cagliari, e

articolazioni periferiche presso le postazioni aziendali aderenti, che faranno capo ai dipartimenti delle dipendenze patologiche e ai referenti del sistema informativo di cui trattasi.

Obiettivi del OERD sono:

- attivare e coordinare i flussi informativi regionali, realizzando studi epidemiologici, sondaggi e rilevazioni finalizzati alla conoscenza precoce del fenomeno, della sua evoluzione e del suo governo;
- realizzare e coordinare gli studi a valenza regionale utili a fornire dati e informazioni per la programmazione regionale negli ambiti della tossicodipendenza e **alcoldipendenza**;
- realizzare un sistema per la valutazione permanente ed il mantenimento dei flussi informativi stabili secondo lo standard SESIT ed NSIS del Ministero della salute;
- realizzare la stima dei bisogni (prevalenza utilizzatori) e la stima dell'offerta (soggetti in trattamento).
- svolgere altre attività di raccolta dati sulla base di rilevazioni ad hoc, indagini epidemiologiche, sperimentazioni e progetti nazionali finalizzati alla stima della dimensione del fenomeno sul territorio ed alla valutazione delle prestazioni.

Conferma, inoltre, per l'anno 2006, il Gruppo di coordinamento regionale Sistema informativo dipendenze (SID) con i referenti già designati per la conduzione delle attività del progetto SESIT, alla luce dei positivi risultati raggiunti. I referenti stessi dovranno altresì supportare la direzione generale ed i dipartimenti di appartenenza ai fini del rafforzamento e dello sviluppo del sistema nell'ambito aziendale di pertinenza. Il Gruppo si avvarrà anche della partecipazione del personale del CNR per lo sviluppo dei progetti nazionali SIMI in fase di avvio.

Obblighi delle direzioni generali : Nell'ambito delle singole aziende i direttori generali, su proposta del capo servizio e del referente, dovranno individuare un *gruppo di promozione locale dell'OERD*, per supportare la proposta di sperimentazione in questione.

Inoltre, durante l'anno 2006 a livello aziendale verranno programmati *moduli formativi* finalizzati all'addestramento all'uso delle piattaforme prescelte.

REGIONE SARDEGNA

I SERT

Sulla base della **L.R. 26.1.1995, n. 5**: “Norme di riforma del Servizio sanitario regionale” e successive modificazioni, la Regione ha previsto l’istituzione dei SERT in ognuna delle 9 Aziende USL, coincidenti con il territorio provinciale.

Questo impianto è confermato anche dalla recente **L.R. 28 luglio 2006, n. 10** “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della L.R. 26 gennaio 1995, n. 5”.

Il Sert struttura le prestazioni in una logica di multidisciplinarietà ed interprofessionalità e lavora con la rete dei servizi sociali e sanitari aziendali ed extra-aziendali. Il SERT ha un proprio archivio dei soggetti presi in carico per il trattamento della tossicodipendenza, alcolismo, farmacodipendenza, gioco d’azzardo, tabagismo, HIV (solo per gli aspetti psico-sociali), nel quale sono riportate varie tipologie di informazioni (anagrafiche, socio-demografiche, sanitarie, relative allo stato di dipendenza, alle prestazioni e ai trattamenti effettuati, etc.).

L’Università di Cagliari ha istituito, dal 2004, un “Master universitario in medicina delle tossicodipendenze e dell'alcolismo”, promosso dal Centro di eccellenza per la neurobiologia delle dipendenze dell'Università e il Servizio per le tossicodipendenze dell'Azienda sanitaria 8 di Cagliari.

Le norme programmatiche

Con **D.C.R. 29-7-1998**, la Regione ha approvato il “**Piano socio-assistenziale per il triennio 1998-2000.**”, che si sofferma in particolare sul tema della prevenzione delle tossicodipendenze e delle dipendenze in generale.

La LR n. 4/1988, considerando gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi come realtà strettamente interdipendenti ha inteso affidare all'U.S.L. la globalità dell'azione del settore, sia a valenza sanitaria che di carattere sociale.

In questa prospettiva la presente azione programmatica collega alla più articolata e consistente attività propria dell'Azienda-U.S.L., le competenze del Comune nell'ambito della prevenzione diffusa e generalizzata, quindi non specifica per la tossicodipendenza, e la predisposizione e attivazione di progetti di inserimento sociale.

La L. n. 162/1990 ha assegnato ai comuni competenze nell'area della prevenzione, del disadattamento e del reinserimento sociale. Dovrà, pertanto, essere rivolta particolare attenzione agli stili di vita ed al disagio della popolazione adolescente e giovanile a cui si dovranno offrire opportunità di costruire relazioni interpersonali, di responsabilizzazione ed esperienze di integrazione nella società. Dette opportunità dovranno essere realizzate promuovendo la collaborazione dei servizi con il volontariato e l'associazionismo.

Dovranno altresì essere promosse intese fra comuni, Organizzazioni sindacali, forze imprenditoriali e del mondo del lavoro al fine di creare opportunità di attività lavorative, le quali devono essere programmate non tanto come risposta al problema dell'occupazione, ma come offerta al giovane in difficoltà di uno strumento di recupero e reinserimento nella vita comunitaria.

Nell'ambito della presente azione programmatica il Comune si impegnerà ad estendere anche ai tossicodipendenti e agli **alcolisti** quelle prestazioni atte ad offrire risposte immediate ai bisogni urgenti, azione generale disposta a favore di soggetti che si trovino occasionalmente in situazioni di grave disagio, non prevedibili né risolvibili diversamente.

A tale scopo i comuni in accordo con il progetto di recupero predisposto dai servizi delle Aziende U.S.L., si attiveranno:

- per collocare il soggetto presso un centro di pronto intervento o altre strutture residenziali o anche famiglie affidatarie;

- per favorire e garantire l'accesso ai presidi terapeutici;
- per favorire la frequenza scolastica quando è ancora in corso, e, se interrotta, incentivare il recupero scolastico e la formazione professionale;
- per promuovere ed incentivare forme di inserimento lavorativo ricercando intese ed accordi con le categorie produttive e le Organizzazioni sindacali.

Sarà compito dell'Ufficio dei servizi sociali e di comunità del Comune operare affinché si realizzi la partecipazione, del soggetto portatore del disagio, alla vita della Comunità e quindi l'integrazione nel proprio ambiente sociale, agevolando l'accesso a servizi e strutture presenti nel territorio ivi comprese manifestazioni culturali, ricreative, e sportive.

Per agevolare il recupero il Comune può erogare prestazioni economiche a carattere straordinario, secondo i criteri previsti dal regolamento di attuazione, a sostegno delle spese di viaggio e preaccoglienza per l'ingresso nelle comunità terapeutiche.

Col presente Piano la Regione finanzia i progetti dei comuni che promuovono una corretta prevenzione, attraverso l'attivazione di servizi e l'erogazione di prestazioni, rivolti a tutti i cittadini, privilegiando strategicamente quelli che possono offrire occasioni per una prevenzione mirata, concordata con l'Azienda-U.S.L.

Nel perseguire le politiche dirette al «cambiamento culturale» e ad una prevenzione generalizzata, i comuni si avvalgono dell'apporto di tutti gli organismi pubblici e privati, comprese le associazioni di volontariato, che operano nel settore del tempo libero, o che intendono impegnarsi a tale scopo quali gruppo sportivi, circoli ricreativi, cooperative, comitati di circoscrizione e di quartiere.

Accanto agli interventi di prevenzione, altra azione comunale, per lo specifico settore, da raccordarsi con la Azienda-U.S.L., è quella diretta all'inserimento del soggetto tossicodipendente e **alcolista**, attraverso la messa a disposizione di una serie di strumenti capaci di favorire un reinserimento sociale che utilizza positivamente l'esperienza di dipendenza vissuta.

Fra le opportunità di riabilitazione certamente assume particolare rilevanza per la sua complessità e problematicità l'intervento di inserimento lavorativo che spesso diventa parte essenziale del programma di recupero.

Per molti soggetti in trattamento, esso costituisce un passaggio evolutivo e una esperienza fondamentale sul Piano della integrazione sociale. Tale intervento inoltre assume importanza quale azione di prevenzione per le ricadute di coloro che, completato il programma di recupero comunitario, si avviano verso la reintegrazione nel tessuto sociale.

Attraverso l'impegno lavorativo si può rispondere a esigenze diverse:

- 1) permettere a persone che hanno difficoltà a rapportarsi in modo autonomo, responsabile ed adulto col mondo del lavoro di recuperare, o dove non si siano mai formate, di strutturare queste capacità con il sostegno degli operatori;
- 2) affrancare l'utente da situazioni di sudditanza economica dal sistema familiare o da un'economia del mercato delinquenziale;
- 3) favorire la «strutturazione» della giornata a persone che per la loro storia si ritrovano spesso emarginate e senza possibilità di fare altro;
- 4) aiutare l'individuo a reintegrarsi armoniosamente nella vita attiva e nella società generale per permettergli di esprimersi, affermarsi e realizzarsi;
- 5) rinforzare la stima di sé e la fiducia nelle proprie capacità.

Si vuole sottolineare che in detti interventi l'attività lavorativa non è fine a se stessa bensì è il mezzo attraverso il quale si vuole perseguire il completo reintegro nel tessuto sociale della persona.

La Regione, con D.G.R. n.44/9 del 2005, ha provveduto al **“Recepimento dell’Atto di intesa Stato-Regioni relativo alla “Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso” (Provvedimento 5 Agosto 1999)”** .

Il Piano Regionale per i Servizi Sanitari, approvato con DGR n. 51/9 del 4.11.2005 ed in fase di approvazione da parte del Consiglio regionale, si sofferma sul tema delle *dipendenze nel* paragrafo 2.5 all’interno del capitolo 2 dedicato al Distretto, che si occupa anche delle “attività e servizi per la prevenzione delle dipendenze” e così indica:

“Come già evidenziato nel Piano dei Servizi Sociali il crescente utilizzo, anche da parte dei giovani, di sostanze che inducono dipendenza (droghe, alcool, fumo ecc), spesso associato a difficoltà sociali, psicologiche e mediche, determina gravi problemi di salute che possono essere efficacemente presi in carico e trattati nell’ambito dei servizi distrettuali.

Al fine di migliorare l’assistenza garantita alle persone che utilizzano sostanze che inducono dipendenza, costituiscono obiettivi prioritari da perseguire nel triennio di validità del presente Piano:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone dipendenti da sostanze (inclusi alcolisti e tabagisti), integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso;
- coordinare e raccordare le risorse e l’operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, sociosanitari, sociali, educativi) impegnati nell’attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
- riorientare l’operatività dei servizi, in modo da incontrare le diversificate necessità e richieste di salute, intergrandola nel Distretto con gli altri servizi;
- garantire in particolare l’integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica. A tal fine si prevede la formulazione di uno specifico atto di indirizzo che assicuri la piena collaborazione dei servizi per le dipendenze e di quelli per la salute mentale in presenza di problemi di abuso e dipendenza associati a livelli significativi di sofferenza mentale;
- adottare strumenti di analisi epidemiologica a livello regionale per sostenere la pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti;
- attuare programmi di prevenzione, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, rivolti prevalentemente ai giovani nell’intento di scoraggiare l’uso delle varie sostanze d’abuso (legali ed illegali).

La Regione, entro 180 giorni dall’entrata in vigore del presente Piano, predispone un programma di interventi nel settore delle dipendenze (inclusi alcolismo e tabagismo), prevedendo il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, impegnati nella risposta a tale bisogno di salute. Anche a tal fine, la Regione istituisce la Commissione regionale per le dipendenze con compiti di supporto all’analisi e al monitoraggio degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché di sostegno tecnico – scientifico nella promozione delle iniziative.”.

D.G.R. 26.8.2005, n. 40/3 “Schema di Convenzione tra Regione Sardegna, Assessorato dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale e il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria della Sardegna per l’organizzazione del servizio relativo alla tutela della salute mentale in ambito penitenziario” Il Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale) articola il proprio intervento coordinandosi con le altre aree dell’assistenza sanitaria nella struttura penitenziaria (tossicodipendenze e HIV).

Per quanto riguarda i Progetti di ricerca, si ritiene utile citare:

- DGR 30.12.2004 N. 54/66 *“Programma operativo anno 2004 sulle attività innovative nel campo della ricerca, screening, prevenzione ed educazione sanitaria... L.R. n. 3/2003”*.

Tra i progetti approvati è previsto “Colture primarie di neuroni e fettine di ippocampo quale modello sperimentale della tossicodipendenza da alcol etilico”; Soggetto Attuatore - Università degli Studi di Cagliari -Dipartimento di Biologia Sperimentale “B. Loddo”

- DGR 8.7.2005, n. 30/6 “*Bilancio regionale 2005 – Iscrizione della somma di € 48.000,00 per il progetto: “Cocaina: dalla prevenzione al trattamento. Valutazione di nuovi farmaci per il trattamento della dipendenza da cocaina”*”. Quota del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga destinata al finanziamento di progetti di competenza regionale (art. 127, D.P.R. n. 390/1990, Legge n. 86/1997).

La L.R. 23 dicembre 2005, n. 23 “Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione L.R. n. 4 del 1998 sul Riordino delle funzioni socio-assistenziali”

La legge non affronta specificamente il tema dell'alcoldipendenza, ma costituisce un importante riferimento in quanto delinea un ampio “sistema integrato dei servizi alla persona”, che comprende *l'insieme delle attività di programmazione, realizzazione e valutazione dei servizi e delle prestazioni volte a favorire il benessere delle persone e delle famiglie che si trovino in situazioni di bisogno sociale, esclusi gli interventi predisposti dal sistema sanitario, previdenziale e di amministrazione della giustizia.*

Gli obiettivi del sistema riguardano la promozione dei diritti di cittadinanza, la coesione e l'inclusione sociale delle persone e delle famiglie, le pari opportunità, attraverso la realizzazione di azioni di prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di bisogno e disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

In quest'ambito la legge promuove e disciplina il ruolo degli Enti locali e delle Aziende USL, insieme ad un'ampia partecipazione – sulla base di principi di sussidiarietà e di solidarietà – del volontariato, delle associazioni di promozione sociale, dei cittadini, del terzo settore. La programmazione avviene tramite *Piano locale unitario dei servizi (PLUS)* nel quale trovano composizione a livello provinciale il Piano di zona dei Comuni e il Programma delle attività territoriali dei Distretti; l'attuazione avviene principalmente con gli accordi di programma tra Comuni e Distretti. La legge mira a garantire l'erogazione dei livelli di assistenza sanitaria e di cittadinanza sociale, che comprendono gli interventi per affrontare condizioni (art.30).