

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso:

- che con deliberazione della Giunta regionale n. 3228 del 30 luglio 1991 (controllata dalla CCARER il 2 agosto 1991, prot. n. 5205/4192), è stata approvata una direttiva alle Unità sanitarie locali per l'adeguamento dei "Settori Tossicodipendenze" al decreto 30 novembre 1990, n. 444;
- che con tale direttiva, si individuano le funzioni nelle quali articolare gli interventi nel settore, se ne delinea l'organizzazione anche attraverso la costituzione in ogni Unità sanitaria locale di un "Servizio Tossicodipendenze" (SERT) per svolgere funzioni di accoglienza, si prevede la dotazione organica del SERT con un responsabile dello stesso;
- che le Unità sanitarie locali della regione hanno provveduto ad istituire con apposita deliberazione il "Servizio Tossicodipendenze" e ad individuare un operatore cui affidarne la responsabilità;
- che la Regione ha provveduto a concedere gli ampliamenti delle piante organiche e le autorizzazioni alla copertura dei posti al fine di garantire l'avvicinamento al fabbisogno di personale indicato nella direttiva citata;
- che la direttiva sopracitata prevede che gli interventi nella fase terapeutica e di inserimento sociale, pur sulla base di un piano terapeutico formulato dal SERT, siano attuati dal servizio medesimo, da altri servizi dell'Unità sanitaria locale e dai soggetti non istituzionali previsti dalla L.R. 2/85 e dall'art. 115 del DPR 309/90;

Considerato:

- che il DPR 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", innova in modo rilevante, rispetto alla legislazione previgente, l'impegno dello Stato, degli Enti pubblici e di soggetti privati in materia;

- che, in particolare, il DPR 309/90:
 - riconferma la competenza regionale in ordine ai Servizi pubblici per le tossicodipendenze relativamente agli indirizzi, all'organizzazione, alle funzioni, al rapporto con i privati, alla formazione degli operatori;
 - attribuisce alla Regione funzioni in materia di istituzione di albi per i soggetti che gestiscono strutture residenziali per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti con previsione degli effetti di detta iscrizione (art. 116 DPR 309/90);
 - riconferma gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi dei SERT (Titolo XI art. 120 e seguenti DPR 309/90);
 - ridisegna gli interventi informativi ed educativi nel settore scolastico e nelle forze armate prevedendo modalità di collaborazione con i servizi delle Unità sanitarie locali (Titolo IX DPR 309/90);
 - prevede una modalità di avvio, da parte del prefetto, ai servizi dell'Unità sanitaria locale per la predisposizione di un programma terapeutico in alternativa all'applicazione di sanzioni amministrative (art. 121 e 122 DPR 309/90);
- che, con decreto 30 novembre 1990, n. 444, è stato approvato il regolamento previsto dall'art. 27 DPR 309/90, il quale prevede all'art. 4 che l'istituzione o l'adeguamento da parte delle Unità sanitarie locali dei Servizi per le Tossicodipendenze alle caratteristiche previste nello stesso, avvenga sulla base delle determinazioni delle Regioni;
- che la deliberazione del Consiglio regionale n.1857 del 2 febbraio 1994 (controllata dalla CCARER il 18 febbraio 1994, prot. n. 202/237) "Adeguamento di requisiti e modalità per l'iscrizione all'Albo di cui all'art. 116, DPR 309/90 ai sensi dell'atto di intesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (relativo agli Enti ausiliari gestori di strutture di riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti)", regola le caratteristiche che il privato sociale deve avere per operare e ne indica le forme di controllo;
- che la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del

decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 Dicembre 1993, n.517", prevede la riduzione del numero delle Unità sanitarie locali, mediante l'ampliamento degli ambiti territoriali, e l'istituzione delle Aziende Unità sanitarie locali (art. 2, 3, 4 L.R. 19/94);

- che, in particolare, l'art. 20 della L.R. 19/94 assegna all'Assessore alla Sanità ed ai Servizi Sociali la potestà di dare indirizzi ed indicazioni tecniche in materia di funzioni ed organizzazione del personale;

Rilevato:

- che l'operatività nel settore, negli ultimi quattro anni, ha subito forti sviluppi qualitativi e quantitativi dovuti alla trasformazione del fenomeno ed all'entrata in vigore della normativa vigente sopraevidenziata, rende necessario adeguare le modalità organizzative degli attuali SERT, già operanti nelle Aziende U.S.L.;

- che l'esigenza del settore e la necesssità di incidere profondamente sulla tossicodipendenza rendono indispensabile una diversa definizione del rapporto tra le Aziende U.S.L. e il privato sociale;

- che lo sviluppo dei servizi pubblici e privati rende necessario un preciso e definito indirizzo operativo, al fine di avere una omogenea e razionale dislocazione sul territorio regionale;

Ritenuto:

- di dover provvedere ad emanare direttive alle Aziende U.S.L. al fine di adeguare, ove necessario, le modalità organizzative e funzionali dei SERT previsti dalla direttiva regionale n. 3328 del 30 luglio 1991, alla normativa nazionale e regionale più sopra indicata e per l'organizzazione in ogni Azienda U.S.L. dei SERT;

- che i provvedimenti concernenti la rideterminazione della pianta organica, adottati in conformità delle indicazioni fornite, saranno sottoposti al controllo della Regione secondo l'articolo 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 142;

- di rinviare ad apposito atto deliberativo l'adozione dei provvedimenti necessari - in particolare lo "Schema-tipo di convenzione tra Azienda U.S.L. ed Enti ausiliari per la partecipazione al sistema dei servizi", il "Registro delle attività e delle unità di offerta", la costituzione del "Gruppo tecnico regionale di valutazione della conformità delle domande di iscrizione all'Albo

degli Enti ausiliari", la nomina dei coordinatori dei Gruppi tecnici regionali, la costituzione del "Gruppo Tecnico Consultivo Regionale" composto da rappresentanti del servizio pubblico e del privato sociale - ai sensi della vigente normativa per l'attuazione della presente direttiva;

Visto il D.P.R. 309/90;

Visto il decreto n. 444/90;

Vista la L.R. 19/94 ed in particolare l'art. 20;

Visti gli art. 10 e 22 della L.R. 2/85;

Sentito il parere della Commissione Consiliare Sicurezza Sociale espresso in data 23 febbraio 1995;

Dato atto del parere favorevole espresso dal Dirigente del servizio competente, in ordine alla legittimità ed alla regolarità tecnica della presente deliberazione, ai sensi dell'articolo 4, sesto comma, della L.R. 19 novembre 1992, n. 41;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità ed Servizi Sociali;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1) di approvare l'allegata Direttiva, comprendente un "Progetto regionale tossicodipendenza" e indirizzi sull'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze, che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, per l'adeguamento, ove necessario, dei SERT delle Aziende U.S.L. alla L.R. 19/94 e per l'organizzazione, con le modalità indicate nell'allegato medesimo, in ciascuna Azienda U.S.L. dei necessari Servizi Tossicodipendenze (SERT);

2) i provvedimenti concernenti la rideterminazione della pianta organica, adottati in conformità delle indicazioni fornite, saranno sottoposti al controllo della Regione secondo l'articolo 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 142;

3) di rinviare ad apposito atto deliberativo l'adozione dei provvedimenti necessari - in particolare lo "Schema-tipo di convenzione tra Azienda U.S.L. ed Enti ausiliari per la partecipazione al sistema dei servizi", il "Registro delle attività e delle unità di offerta", la costituzione del "Gruppo tecnico regionale di valutazione della conformità delle domande di iscrizione all'Albo degli Enti ausiliari", la nomina dei coordinatori dei

Gruppi tecnici regionali, la costituzione del "Gruppo Tecnico Consultivo Regionale" composto da rappresentanti del servizio pubblico e del privato sociale - ai sensi della vigente normativa per l'attuazione della presente direttiva;

4) di pubblicare integralmente la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione a norma dell'art. 35, 6^c comma della L.R. 6/84.

- - -

Allegato

"PROGETTO REGIONALE TOSSICODIPENDENZA". INDIRIZZI PROGRAMMATICI E DIRETTIVE SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE (D.P.R. 309/90 E L.R. 19/94).

Premessa

Il presente Progetto ha per oggetto la tossicodipendenza, l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti e i problemi connessi.

Le sostanze stupefacenti e psicotrope ed i loro meccanismi di diffusione esulano dall'interesse del presente progetto. Con il termine "tossicodipendenza" si intendono tutte le forme di dipendenza da abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali. La tossicodipendenza un disturbo potenzialmente cronico con possibilità di recidiva.

Al centro dell'interesse c'è la PERSONA con la sua sofferenza, i suoi problemi ed i suoi bisogni; i comportamenti sono importanti, in quanto segnali di disagio e aiutano a capire la persona.

Gli operatori di questo settore rispondono a tutti gli adempimenti richiesti dalla legge, nell'ottica dell'aiuto alla persona, senza porsi in termini di giudizio o di stigmatizzazione dei comportamenti e aiutando le persone a chiedere aiuto.

1. INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli interventi si ispirano alla strategia del recupero, nel pieno rispetto del diritto all'autodeterminazione dei tossicodipendenti, con esclusione di azioni violente o coattive, rifiutando la strategia di semplice controllo sociale; sono attivati sulla base di un piano terapeutico definito nel tempo, teso alla tutela dello stato di salute, alla modifica del funzionamento mentale e relazionale e all'assistenza sociale; fanno riferimento alla ricchezza di esperienze e di ricerca maturata in questi anni dai

servizi emiliano-romagnoli ed alla pluralità di risposte tecnicamente e scientificamente sperimentate, con particolare sviluppo degli aspetti clinici.

La tossicodipendenza è un problema complesso e mutevole, e in quanto tale non pur ridursi a semplificazioni interpretative nè ad interventi predefiniti. La tossicodipendenza non ha un intervento elettivo di soluzione; molti sono gli strumenti individuati dalla ricerca sul campo ed essi concorrono, prevalentemente associati tra loro, alla soluzione della tossicodipendenza. L'adozione di un univoco indirizzo interpretativo ed operativo si è rivelata inadeguata e spesso negativa per affrontare efficacemente la tossicodipendenza.

L'unica modalità di intervento realmente efficace è quella che muove dai bisogni dei tossicodipendenti e dal fenomeno in generale, e che si propone di affrontare e risolvere in modo scientifico questi bisogni, non predefinibili e standardizzabili, con tutti gli strumenti disponibili e necessari.

Tutti gli strumenti di intervento utilizzati singolarmente o in modo associato, non sono affatto neutri; sono strumenti che possono avere riscontri o esiti positivi, ma se usati impropriamente o in modo inadeguato possono avere conseguenze negative. Non devono pertanto essere usati in modo casuale. Ciò vale sia per gli interventi di prevenzione (ad es. strumenti di dissuasione che si sono rivelati di persuasione), sia per gli interventi di recupero (ad es. promozione involontaria della cronicità), sia per gli interventi di risocializzazione.

La tossicodipendenza ha una molteplicità di cause, non tutte definibili e individuabili, che hanno origine nell'individuo, nel suo contesto familiare, sociale e socio-politico; per questo ai servizi non può essere delegata la sua soluzione. Questi hanno una funzione molto importante: intervengono in ambito socio-sanitario e assistenziale come servizi specialistici, con compiti e funzioni precise e definite dalle leggi vigenti; concorrono, come servizi professionali e non professionali, alla risoluzione della tossicodipendenza, ma da soli non sono sufficienti. La partecipazione attiva, fondamentale e determinante, di coloro che hanno responsabilità sociali, politiche, economiche - ciascuno secondo i propri compiti e nella propria sfera di competenza e responsabilità - è la condizione essenziale per un'azione positiva di contrasto della tossicodipendenza e per sviluppare interamente le potenzialità dei servizi, influenzando così positivamente anche nella cura della persona.

Ai fini dell'attività di prevenzione, un particolare rilievo, riconosciuto dal DPR 309/90, assumono le Amministrazioni Comunali sia come gestori e promotori di iniziative, sia come punto di riferimento di diversi soggetti istituzionali che a vario titolo si occupano di tossicodipendenza, dotandosi di strumenti e di modalità di collaborazione e cooperazione ritenuti più idonei in

ambito locale.

La complessità della tossicodipendenza non permette semplificazioni, ha una sua specificità e di conseguenza va affrontata in termini scientifici. Si presenta come un fenomeno con tante diramazioni, con proprie peculiarità da contrastare specialisticamente con strumenti appropriati, con conoscenze approfondite e all'interno di una organizzazione specifica.

Qualsiasi modalità organizzativa che - così come già avvenuto in Emilia Romagna con il Progetto obiettivo allegato al 10° Piano Sanitario Regionale - non prenda in considerazione tale specificità, può risultare fortemente negativa, in quanto gli strumenti di contrasto della tossicodipendenza hanno bisogno, per essere usati, di esperienza, di preparazione e formazione specifica.

La tutela della salute dei tossicodipendenti non può tuttavia esaurirsi all'interno dei servizi specialistici per la tossicodipendenza. La molteplicità delle patologie primarie e delle patologie correlate richiede il coinvolgimento e l'attivazione di altri servizi specialistici, quali i servizi di salute mentale, gli ospedali, i servizi sociali ecc. La trasversalità della tossicodipendenza richiede necessariamente un rapporto di collaborazione fra servizi e professionalità diverse, anche perché alcune problematiche, ad esempio la prevenzione, sono realmente trasversali.

In questo settore, per esperienza consolidata, è ormai unanimemente ritenuto fondamentale il concorso dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato, di per se stessi non indipendenti ed esaustivi, ma complementari e necessari l'un l'altro nell'affrontare la tossicodipendenza.

1.2 Obiettivi

Gli obiettivi del presente progetto sono:

A - Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi, pubblici e del privato sociale, che costituisca punto di riferimento reale per tutti coloro che hanno problemi legati all'uso e/o abuso di sostanze stupefacenti e che sia in grado di rispondere, o concorrere a rispondere, o facilitare la risposta ai bisogni espressi dai soggetti che si rivolgono ai servizi stessi.

B - Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di conoscere la tossicodipendenza nei suoi molteplici aspetti, nei modi e nelle forme in cui questa si sviluppa in generale e in ambito territoriale, e in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno.

C - Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di informare e di sensibilizzare sull'andamento della tossicodipendenza, e in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno.

Gli interventi del sistema dei servizi sono rivolti a tutti i soggetti, nessuno escluso, che hanno problemi con l'uso/abuso di sostanze stupefacenti. Non vengono nè possono essere operate selezioni di utenza, ma occorre garantire ai soggetti che si rivolgono ai servizi, uguali condizioni e uguale trattamento su tutto il territorio regionale, indipendentemente dalle motivazioni, dalle richieste avanzate e dalle condizioni in cui si trovano.

In questo quadro il sistema dei servizi deve porre in essere strategie e mezzi di contrasto per l'intero settore della tossicodipendenza, senza alcuna esclusione.

L'obiettivo fondamentale del sistema dei servizi è sempre e comunque la soluzione della tossicodipendenza, con un atteggiamento di rifiuto netto ed inequivocabile del concetto di irrecuperabilità.

E' a questo quadro di tutela e promozione della salute individuale e collettiva che si fa riferimento nell'introdurre il concetto di "riduzione del danno", che nell'ambito dei servizi non può essere una strategia specifica, ma deve essere il risultato di un atteggiamento corretto di cura, intesa come guarigione e presa in carico all'interno del complesso degli obiettivi e degli strumenti utilizzati.

Nel trattamento della tossicodipendenza deve essere permanente lo sforzo per contrastare l'improvvisazione, la dispersione e la standardizzazione degli interventi per renderli più incisivi e per un più efficace impiego delle risorse; è necessario, inoltre, che siano chiare le finalità e gli obiettivi di ciascun intervento.

Condizione fondamentale per poter operare è una programmazione puntuale e periodica degli interventi con la individuazione ed esplicitazione degli obiettivi da perseguire evidenziando tempi, modi e strumenti.

Al fine di individuare gli strumenti più incisivi, ottimizzare le risposte e utilizzare le risorse, per permettere l'estensione, l'allargamento e la diffusione delle modalità di intervento incisive, la contrazione, il contenimento o la correzione di quelle risultanti poco efficaci, è necessaria una verifica costante di ciascun intervento e la valutazione dei risultati conseguiti.

La verifica degli interventi e la valutazione dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi è la condizione per la continuazione dell'esperienza e per l'accesso ai finanziamenti

pubblici.

Nei trattamenti alle persone con problemi di dipendenza da sostanze, è necessaria la conoscenza della condizione fisica, psichica e sociale del soggetto con la esplicitazione documentata di una valutazione diagnostica in tempi non superiori ai 30-45 giorni, nel rispetto della persona e tenendo conto delle indicazioni del soggetto. La diagnosi deve essere il risultato di un lavoro collettivo delle professionalità necessarie a soddisfare le esigenze interpretative e d'intervento della tossicodipendenza.

La formulazione diagnostica è lo strumento essenziale per tendere ad una riorganizzazione della globalità della persona, e pertanto è funzionale alla individuazione degli strumenti più idonei per rispondere ai bisogni del soggetto e del percorso terapeutico. La diagnosi in sede conclusiva è sottoscritta da operatori professionalmente abilitati. Strumenti e fasi del percorso devono essere riportati nella documentazione clinica ed obbligatoriamente esplicitati al soggetto. Le indicazioni e le opzioni del soggetto sugli strumenti da utilizzare sono da tenere nella massima considerazione.

Il percorso terapeutico deve essere costantemente verificato e valutato per gli opportuni aggiustamenti. E' infatti ormai acquisita la difficoltà di una linearità del percorso terapeutico, e la realtà conferma che tale percorso è costituito da diverse esperienze terapeutiche.

Nella soluzione di uno stato di tossicodipendenza possono trovare significato positivo anche esperienze e tentativi terapeutici interrotti o non completati, seppure spesso interpretati come negativi.

2. - IL SISTEMA DEI SERVIZI

Il sistema dei servizi per le tossicodipendenze costituito dai SERT, servizi pubblici per le tossicodipendenze, ai sensi del DPR 309/90, del DM 444/90 e della L.R. n. 13/92; dagli Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale istituito con delibera del Consiglio Regionale n. 4063/90, ratificata con modificazioni del Consiglio regionale con deliberazione n. 144/90 e dalla delibera 1857/94 di adeguamento dei requisiti per l'iscrizione; e dalle Associazioni di Volontariato iscritte al relativo Albo regionale e operanti nel settore tossicodipendenze.

Il sistema dei servizi è formato da servizi professionali che fondano i loro interventi sulla base di valutazioni diagnostiche, di modalità operative tecnico-scientifiche, con finalità specificamente terapeutico-riabilitative, e si avvalgono di operatori professionalizzati; e da servizi non professionali fondati su basi volontaristiche con finalità specificamente assistenziali, che si avvalgono di personale non professionalizzato.

Sia i servizi professionali che i servizi non professionali sono indispensabili e rispondono a bisogni fondamentali spesso compresenti.

La differenziazione non ha carattere di valore ma indica solo la finalità, l'indirizzo e il contenuto degli interventi. La realtà regionale e l'esperienza di collaborazione attuata in questi anni pongono la necessità di un rapporto più stretto e qualitativamente più intenso tra i servizi pubblici e il privato sociale, al fine di creare una rete di opportunità e di servizi più ricca ed omogenea, di razionalizzare, valorizzare e ottimizzare le risorse.

A tal fine è necessario migliorare il rapporto di collaborazione regolato dallo "Schema-tipo di convenzione" (decreto Ministro della Sanità del 19 febbraio 1993) e dal "Protocollo operativo sulle modalità di ingresso nei progetti di trattamento degli Enti ausiliari della Regione Emilia-Romagna" (accettato dai SERT e dagli Enti ausiliari in data 6 aprile 1993), che rappresentano in questa Regione i documenti fondamentali nel rapporto tra pubblico e privato. Lasciando inalterate le attuali forme di rapporto, è intenzione della Regione creare un sistema di servizi pubblici e privati più avanzato, con pari dignità - pur nel rispetto della necessaria differenziazione per le funzioni istituzionali che le vigenti leggi assegnano al servizio pubblico - sistema che rappresenti una risorsa per tutti i cittadini in stato di bisogno e per contrastare la diffusione del fenomeno della tossicodipendenza.

Il privato sociale entra a far parte di questo sistema integrato e complementare con una adesione spontanea e volontaria, osservando le condizioni necessarie per il funzionamento del sistema.

Nella realizzazione di tale sistema è indispensabile che in ciascun ambito territoriale i soggetti pubblici e privati definiscano - sulla base della realtà territoriale, dei dati epidemiologici e di ricerca e della propria esperienza operativa - una programmazione coordinata degli interventi a breve, medio e lungo termine.

L'intesa esplicita:

- le finalità degli interventi, che devono comunque essere ricomprese fra quelle indicate nel presente progetto;
- gli obiettivi da perseguire;
- gli interventi da realizzare;
- gli strumenti necessari e condivisi per raggiungere gli obiettivi.

E' quindi necessario l'impegno a verificare costantemente gli

interventi condotti e a valutare il conseguimento dei risultati attesi: un sistema, quindi, basato su posizioni rigorosamente scientifiche.

Una volta definito il fabbisogno, gli enti pubblici sono tenuti ad utilizzare prioritariamente i servizi pubblici e privati che fanno parte del sistema dei servizi, in primo luogo nell'ambito territoriale di competenza e quindi nel territorio regionale.

I soggetti privati sono tenuti a garantire l'accessibilità dei posti prioritariamente ai tossicodipendenti inviati dai SERT della Regione.

La Regione nell'esercizio dei suoi compiti di programmazione e indirizzo assolve a funzioni di controllo del sistema dei servizi, come definito nel presente progetto. In particolare la Regione può intervenire al fine di risolvere eventuali controversie che dovessero insorgere su problematiche di carattere generale.

2.1 - I servizi pubblici

2.1.1 - Funzioni istituzionali

Il SERT è lo strumento operativo del sistema pubblico istituito con il DPR 309/90 le cui funzioni, compiti, tipologie e aspetti organizzativi sono stati precisati dal D.M. 444/90.

Le attività di tutela e promozione della salute, di cura, recupero e prevenzione degli stati di dipendenza patologica derivanti dall'uso/abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali, sono di competenza dell'Azienda U.S.L., che le attua attraverso l'istituzione del "Dipartimento delle dipendenze patologiche" (DDP), con funzioni di programmazione indirizzo e verifica, articolato in sezioni dipartimentali (SERT) con funzioni operative e gestionali dell'intervento.

Il SERT realizza, promuove, coordina tutte le funzioni indicate nella presente direttiva nelle diverse aree d'intervento; inoltre ha compiti istituzionali propri, non eludibili nè delegabili, assegnatigli dal DPR 309/90 e dai decreti attuativi.

In particolare i compiti istituzionali del SERT sono:

- la definizione del programma di trattamento terapeutico con impiego di farmaci sostitutivi, determinando le relative modalità, i dosaggi, la durata ed i criteri per il controllo (Circolare Ministero della Sanità n. 20 del 30 settembre 1994);
- la certificazione dello stato di tossicodipendenza sia su richiesta diretta dell'interessato, sia su richiesta dell'autorità giudiziaria e di organi dello Stato;

- i rapporti con il Provveditorato agli Studi per la realizzazione degli interventi di educazione e prevenzione per insegnanti e studenti. In particolare la realizzazione dei CIC (Centri di informazione e consulenza) nelle scuole (art. 104 e 106 DPR 309/90);
- i rapporti con le Autorità militari presenti sul territorio per la realizzazione di corsi di formazione e informazione nonché di attività di prevenzione (art. 107, 108, 109, 110, 111 e 112 DPR 309/90);
- i rapporti con il servizio sanitario penitenziario, regolati da apposita convenzione, per interventi di cura e riabilitazione a favore dei detenuti tossicodipendenti (Art. 96 DPR 309/90);
- i rapporti con l'autorità giudiziaria per le certificazioni circa la sospensione di pene detentive e/o l'applicazione di misure alternative, l'accertamento dello stato di tossicodipendenza e di idoneità del programma (art. 91 DPR 309/90);
- i rapporti con il Prefetto per quanto concerne l'accertamento delle condizioni di tossicodipendenza e l'esecuzione del programma alternativo (art. 75 DPR 309/90);
- l'adempimento dell'attività istruttoria per l'iscrizione all'Albo regionale degli Enti ausiliari (art. 115 e 116 DPR 309/90 - Atto d'intesa Stato Regioni del 9 febbraio 1993) e la vigilanza sugli stessi (delibera del Consiglio regionale n. 1857/94);
- l'attuazione delle convenzioni con gli Enti ausiliari (art. 117 DPR 309/90) ubicati sul territorio di competenza.

2.1.2 - Organizzazione delle funzioni

Il DDP costituisce la forma di coordinamento tecnico di tutte le funzioni e le strutture territoriali che concorrono all'attività sulla tossicodipendenza, al fine di garantirne l'unitarietà e la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi e settori di intervento. In particolare al DDP compete:

- il coordinamento e la razionalizzazione delle risorse;
- la formulazione e razionalizzazione dei budget dei SERT;
- la formulazione di standard di funzionamento dei SERT (ad es. procedure, carichi di lavoro e altro);

- il coordinamento tecnico territoriale del sistema dei servizi;
- la programmazione e il coordinamento delle attività di formazione degli operatori;
- la programmazione e il coordinamento dei progetti di prevenzione a carattere aziendale;
- individuazione del nucleo operativo per le attività di controllo e vigilanza sugli Enti ausiliari previste dall'art. 116 del DPR 309/90, dalla L.R. n. 2/85 e dalla Delibera del Consiglio regionale n. 1857/94;
- programmazione e indirizzo delle attività dell'Osservatorio epidemiologico provinciale;
- promozione e coordinamento delle attività di verifica degli interventi e valutazione dei risultati.

Il SERT è uno dei settori dell'attività sanitaria in cui si articola l'organizzazione del Distretto ed è istituito dall'Azienda U.S.L. avendo come riferimento:

- un bacino di utenza con una popolazione compresa tra i 100 e i 200 mila abitanti;
- le caratteristiche geografiche e socio-demografiche del territorio;
- le abitudini sanitarie della popolazione;
- la diffusione del fenomeno;
- la dislocazione attuale dei SERT;
- le esperienze e i limiti riscontrati negli ultimi tre anni.

Si ritiene pertanto che ogni SERT debba avere, di norma, almeno 100 utenti in carico.

Il territorio di riferimento del SERT coincide con quello di uno o più Distretti.

Il SERT che ha un ambito territoriale costituito da più Distretti, viene funzionalmente collocato in uno di essi, al quale viene affidata - nell'ambito di un rapporto da regolamentarsi tra i responsabili dei Distretti interessati - la responsabilità complessiva degli interventi del SERT. In ogni Distretto deve essere garantita l'attività di base nelle aree d'intervento

definite dal presente Progetto - quali ad es. l'attività di osservazione e diagnosi, di sostegno psicologico, di disintossicazione, di intervento socio-assistenziale e altro - attraverso la costituzione di una "Unità Operativa" che deve essere punto di riferimento per gli utenti, i familiari e i cittadini del Distretto e più in generale dell'Azienda U.S.L..

Il SERT organizza, coordina e controlla le attività delle "Unità Operative" di propria competenza; promuove e gestisce, individuandone la collocazione ottimale, tutte le attività specialistiche di secondo livello - quali ad es. l'attività di psicoterapia, di ricerca, di strategie di riduzione del danno e altro come da specifiche nelle aree di intervento - nonché le strutture e i centri territoriali di riferimento.

Il DDP è diretto da un Dirigente nominato dal Direttore Generale dell'Azienda U.S.L., scelto tra i responsabili dei SERT, con compiti di coordinamento tecnico e di integrazione delle strategie e degli obiettivi.

Il SERT è diretto da un Dirigente nominato dal Direttore Generale dell'Azienda U.S.L., con compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del SERT, e responsabilità delle risorse assegnate.

L'équipe del SERT è costituita da professionalità diverse, che operano in modo unitario ed interdisciplinare, garantendo gli interventi di area medica, psicologica e sociale.

Il responsabile del SERT individua un coordinatore tecnico per ciascuna di tali aree.

Nella realtà emiliano-romagnola, così come si è sviluppata in questi anni, la cura delle dipendenze patologiche viene esercitata utilizzando competenze che provengono dal versante della psicologia e della psicoterapia, dalla farmacotossicologia e dall'ambito socio-educativo ed assistenziale.

E' evidente che l'interazione tra queste competenze richiede uno sforzo di ricomposizione culturale e metodologica onde evitare una giustapposizione confusiva. Questa è la ragione per cui il SERT va inteso e visto come "macchina terapeutica", intendendo con ciò la natura complessa ed articolata in parti tra loro non scisse. Il SERT produce un pensiero di gruppo capace di connettere le diverse componenti e di dare ad ognuna di esse un senso, in riferimento alle rimanenti parti ed all'obiettivo generale di cura degli stati di dipendenza patologica.

Particolare attenzione va posta nel non dividere gli operatori in gruppi monoprofessionali, in quanto incongruo e controproducente rispetto alle finalità del servizio.

Le carenze strutturali o la presenza di più sedi operative non

giustifica né deve permettere la divisione degli operatori e delle funzioni su basi monotematiche. In ogni sede operativa deve essere mantenuta sempre e comunque la composizione multidisciplinare del gruppo di lavoro e degli indirizzi operativi.

Al fine di garantire pluralità di risposte agli utenti e la non prevalenza di un intervento o di uno strumento sugli altri, deve inoltre essere mantenuto un equilibrio tra gli interventi delle diverse aree.

L'organico del SERT viene istituito avendo a riferimento i seguenti parametri di massima:

- l'organico minimo è costituito da 5 operatori ed è composto da 1 medico, 1 psicologo, 1 assistente sociale, 1 infermiere professionale o A.S.V., 1 educatore professionale.

Lo standard medio è di un operatore ogni 20 utenti.

- in relazione ad alcune funzioni particolari l'organico viene così integrato:

a - assistenza ai tossicodipendenti detenuti:
secondo i parametri del D.M. 444/90;

b - assistenza ai tossicodipendenti che seguono un progetto terapeutico nelle sedi operative degli Enti ausiliari iscritti all'Albo:

1 operatore (preferibilmente medico) ogni 100 tossicodipendenti in trattamento;

c - alcoldipendenza:

1 operatore ogni 20 utenti;

d - informazione e prevenzione:

1 operatore ogni 50.000 abitanti;

e - Osservatorio Epidemiologico: 2 operatori (di cui un sociologo) per ogni Osservatorio;

f - Centro Studi: 2 operatori per ogni attività di "Centro Studi";

g - strutture e servizi facenti parte della programmazione territoriale:

gli organici vanno definiti caso per caso in rapporto con l'Assessorato regionale.

Le Aziende U.S.L. possono prevedere, nell'attuazione del presente "Progetto regionale Tossicodipendenza", un aumento della dotazione del personale indicato dagli standard sino ad un massimo del 20% per motivate esigenze del territorio di competenza.

La Regione, nei limiti delle risorse disponibili annualmente per il personale dei SERT, garantisce il finanziamento delle piante organiche, relativamente alla copertura dei posti di nuova istituzione.

Le caratteristiche di sviluppo e di manifestazione della tossicodipendenza non richiedono interventi di emergenza/urgenza, con eccezione delle situazioni di iperdosaggio di sostanze stupefacenti. Queste situazioni, anche in orario di apertura dei SERT, sono fronteggiate dai Servizi sanitari di pronto intervento presso i presidi ospedalieri, non potendo il SERT essere attrezzato a tale scopo.

L'espletamento delle attività assistenziali a favore dei tossicodipendenti nell'arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana è assicurato, nel rispetto degli indirizzi sopra delineati, dal complesso dei servizi e presidi delle Aziende U.S.L. della regione. I SERT associati tra loro, nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda U.S.L., secondo quanto previsto dal D.M. 444/90, garantiscono l'espletamento delle funzioni di cui al presente progetto, con l'apertura del servizio per non meno di 12 ore nei giorni feriali e di 6 ore nei giorni festivi.

I SERT devono essere dotati delle strutture, delle attrezzature e dei locali idonei e sufficienti allo svolgimento delle funzioni e degli interventi di loro competenza, con particolare attenzione alle esigenze di riservatezza, sicurezza ed accoglimento. Due o più SERT all'interno della stessa Azienda U.S.L. o SERT di diverse Aziende U.S.L. possono garantire congiuntamente la gestione dei servizi multizonali. Le Aziende U.S.L. e i Distretti interessati a tale gestione comune determineranno le opportune forme di collaborazione e una precisa programmazione delle attività.

2.1.3 - Alcoldipendenza

Il Piano Sanitario Regionale 1990-1992 all'allegato O "Assistenza e recupero dei tossicodipendenti" al punto V prevedeva la sperimentazione in almeno un Settore Tossicodipendenza per ambito provinciale, del Circondario di Rimini e delle Assemblee per la programmazione di Imola e Cesena, dell'estensione delle funzioni di accoglienza e di orientamento terapeutico anche a soggetti alcoldipendenti.

Tale attività doveva essere avviata in collaborazione col SIMAP e, per quanto necessario, con i Servizi Ospedalieri ed in accordo con i soggetti non istituzionali operanti nel settore.

Il D.M. 3 agosto 1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la

cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di "alcoldipendenza" emanato dal Ministero della Sanità, demanda alle Regioni la competenza di individuare i servizi o i presidi idonei ad affrontare i problemi relativi all'alcoldipendenza.

A seguito della positiva sperimentazione già realizzata in Emilia-Romagna si individuano i SERT come le articolazioni aziendali deputate ad affrontare organicamente, secondo le caratteristiche e le specificità che la problematica richiede, l'alcoldipendenza e i problemi alcool-correlati.

I SERT al loro interno individuano l'organizzazione più idonea ad affrontare l'alcoldipendenza, avendo l'accortezza di garantire la multiprofessionalità dell'intervento e di mantenere l'unitarietà operativa degli operatori.

2.1.4 - Finanziamenti

Nell'ambito del budget complessivo del Distretto è opportuno che il SERT disponga di un budget finalizzato agli interventi sanitari e di rilievo sanitario per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali.

Per quanto attiene gli interventi socio-assistenziali, la L.R. 19/94 ne prevede la gestione da parte dell'Azienda U.S.L. in presenza di specifica delega dei singoli comuni. In tale ipotesi nel bilancio aziendale deve essere previsto un budget di esercizio.

2.2 - Il privato sociale

Dalla fine degli anni '70 nel settore della tossicodipendenza si è sviluppata una estesa rete di servizi istituiti dal privato su matrice volontaristica, con motivazioni non legate alla logica del profitto, ma su base di valore, in particolare centrate sulla solidarietà e sull'aiuto alle fasce deboli e marginali.

In questi anni il privato sociale ha dimostrato di possedere la cultura e la flessibilità necessaria per elaborare percorsi differenziati ed articolati; ha contribuito altresì a sviluppare una nuova professionalità nel "lavoro di comunità" per operatori e volontari. Ha saputo costruire una rete di interventi e di presidi tali da consentire un efficace lavoro nel settore della tossicodipendenza.

Questo privato è unanimemente ritenuto necessario ed insostituibile nell'attività di contrasto della tossicodipendenza.

Il DPR 309/90 prevede l'istituzione dell'Albo degli Enti ausiliari (art. 116) e demanda alle Regioni l'emanazione delle norme per la definizione di criteri e modalità uniformi, indispensabili per l'iscrizione. L'iscrizione all'Albo è condizione necessaria (20

comma art. 116 DPR 309/90), ma non sufficiente, per avere rapporti con gli enti pubblici ed i servizi da questi gestiti, nonché per poter stipulare le convenzioni secondo quanto previsto dall'art. 117 del DPR 309/90.

All'Albo sono iscritti gli Enti ausiliari che gestiscono sedi operative residenziali e semiresidenziali.

In questi anni, inoltre, si evidenzia l'esigenza, di fronte ad un fenomeno in forte trasformazione, di dare avvio ad esperienze diversificate che arricchiscano e completino gli interventi residenziali e semiresidenziali del privato sociale.

La Regione, al fine di censire, razionalizzare e mettere ordine a tali diverse attività professionali e non professionali, istituisce, con apposito atto, il "Registro delle attività e delle unità di offerta" realizzate dagli Enti ausiliari (come ad es. le attività nell'area della prevenzione, della riabilitazione, del reinserimento e della integrazione sociale) o da enti, organismi, cooperative sociali, strutture che svolgono interventi senza fini di lucro nell'area della tossicodipendenza (art. 114 DPR 309/90). L'iscrizione permetterà di instaurare collaborazioni e avere rapporti con gli enti pubblici attraverso accordi diretti.

Gli Enti ausiliari che volontariamente vi aderiscono, partecipano al sistema attraverso una apposita convenzione con l'Azienda U.S.L. territorialmente competente, da stipularsi in base ad uno "Schema-tipo di convenzione tra Azienda U.S.L. ed Enti ausiliari per la partecipazione al sistema dei servizi" che sarà emanato dalla Regione.

I finanziamenti pubblici devono essere prioritariamente destinati a progetti ed interventi definiti dalla programmazione del sistema.

Per un contenimento dei costi e per una valorizzazione delle rispettive competenze e professionalità, è possibile ed auspicabile la messa in comune e lo scambio tra i partecipanti al sistema di esperienze di formazione, aggiornamento, supervisione, ricerca e interventi specialistici.

Bisogna procedere ad omogeneizzare gli strumenti operativi (ad es. la raccolta dei dati epidemiologici), per ottenere un linguaggio comune, nel rispetto delle differenze, comprensibile e condiviso, oltre che reciprocamente utilizzabile.

I partecipanti al sistema costituiscono punto di riferimento territoriale anche per un accesso diretto ai percorsi terapeutici, nel rispetto comunque di quanto sarà previsto nello schema-tipo regionale di convenzione prima citato, relativamente alla comunicazione dell'intervento, alla formulazione, nei tempi indicati, di una ipotesi diagnostica, alla verifica ed alla valutazione costante degli interventi.

2.3 - Volontariato

Il volontariato in forma singola o associata, avendo svolto e svolgendo un ruolo determinante e insostituibile nel contrasto e nella prevenzione della tossicodipendenza, deve essere sostenuto e valorizzato; può concorrere alla formulazione della programmazione e della definizione degli obiettivi, oltre che alla realizzazione degli interventi nelle forme e nei limiti previsti dalla vigente normativa nazionale (L. 266/91) e regionale (L.R. 26/93).

3. - PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DELLE ATTIVITA'

Ciascuna azienda U.S.L. programma gli interventi sulla tossicodipendenza con riferimento all'intero ambito territoriale di competenza.

Ogni ambito territoriale deve essere dotato di servizi e strutture sufficienti a rispondere ai bisogni espressi in proporzione al numero degli abitanti.

3.1 - Dipartimento delle dipendenze patologiche (DDP)

I Dipartimenti delle dipendenze patologiche, istituiti in ciascuna Azienda U.S.L., come unità di programmazione e di indirizzo, sono 13.

3.2 - Sezioni Dipartimentali (SERT)

Al precedente punto 2.1.2 sono stati enunciati i criteri e i parametri per l'istituzione delle sezioni dipartimentali (SERT). Ne consegue un numero ottimale di SERT, come unità di gestione degli interventi, indicativamente di 28 così suddivisi:

- Azienda U.S.L. Piacenza n. 2
- Azienda U.S.L. Parma n. 2
- Azienda U.S.L. Reggio Emilia n. 3
- Azienda U.S.L. Modena n. 4
- Azienda U.S.L. Bologna città n. 3
- Azienda U.S.L. Bologna Nord n. 1
- Azienda U.S.L. Bologna Sud n. 2
- Azienda U.S.L. Imola n. 1
- Azienda U.S.L. Ferrara n. 3
- Azienda U.S.L. Ravenna n. 3

- Azienda U.S.L. Forlì n. 1
- Azienda U.S.L. Cesena n. 1
- Azienda U.S.L. Rimini n. 2

Una siffatta suddivisione consente di valorizzare le potenzialità di intervento e permette di razionalizzare le risorse.

3.3 - Osservatorio Epidemiologico

In ogni Azienda U.S.L. deve essere funzionante un Osservatorio Epidemiologico sulle tossicodipendenze, collocato all'interno del Dipartimento e coordinato da un sociologo. Le attività degli Osservatori Epidemiologici dipartimentali sono coordinate dall'Ufficio regionale per le tossicodipendenze nell'ambito delle proprie funzioni in materia, organizzate attraverso un Osservatorio Epidemiologico Regionale per le tossicodipendenze.

Le Aziende U.S.L. di Bologna città, Bologna nord, Bologna sud e Imola, nonché le Aziende U.S.L. di Forlì e Cesena possono associarsi tra loro per la costituzione di un unico Osservatorio epidemiologico individuando l'Azienda U.S.L. nel cui Dipartimento collocarlo.

3.4 - Strutture residenziali

In Emilia Romagna vi sono circa 4000 posti in sedi operative residenziali. E' un numero molto elevato che eccede fortemente il fabbisogno regionale.

Dai dati epidemiologici e dalle tendenze del fenomeno si può calcolare in circa 1800 posti il fabbisogno per gli utenti emiliano-romagnoli, comprensivo di un ampio margine per evitare liste di attesa.

Questi posti devono essere possibilmente distribuiti negli ambiti territoriali in ragione della popolazione residente.

I posti eccedenti rispetto al fabbisogno teorico coprono richieste di inserimenti di utenti provenienti da altre regioni.

Lo scarto tra posti disponibili e posti necessari non giustifica ulteriori incrementi di sedi operative residenziali. Data l'impossibilità di negare l'autorizzazione amministrativa all'apertura di nuove sedi, se in regola con i requisiti previsti dalla delibera regionale n.1857/94, l'unica forma di disincentivazione è la consapevolezza dell'impossibilità di stipulare convenzioni con l'ente pubblico.

Nonostante il numero molto elevato di posti residenziali e di sedi operative, restano scoperti molti bisogni.

Pertanto per una copertura ottimale delle esigenze in ogni ambito territoriale (in proporzione di 350.000 abitanti e 150 posti residenziali) indicativamente è opportuno prevedere:

- una sede operativa di pronta accoglienza, o centro-crisi, di circa 10 posti, con una permanenza massima di circa due mesi, per rispondere ai bisogni immediati, che assicuri anche interventi sanitari e a rilievo sanitario e che permetta la formulazione di un piano terapeutico da svolgere in altra sede;
- una sede operativa a bassa soglia di ingresso, residenziale e semiresidenziale, di circa 15 posti per tossicodipendenti che hanno già fatto diverse esperienze di recupero comunitario e ambulatoriali, che mantengono un comportamento tossicomane e per i quali non sono proponibili nell'immediato programmi strutturati e definiti; questa tipologia comunitaria si configura come una struttura di sostegno per la realizzazione di progetti che, nel pieno rispetto dei tempi del tossicodipendente, abbia comunque l'obiettivo della risoluzione della tossicodipendenza;
- una o più sedi operative per circa 30 posti complessivi, di residenzialità breve (6-8 mesi);
- i restanti posti (circa 95) mantengono le attuali caratterizzazioni con una più precisa definizione del progetto e degli obiettivi.

Le tipologie descritte non esauriscono le esigenze di risposte, ancora carenti, che possono e devono trovare soluzione in ambiti territoriali più ampi di quello della singola Azienda U.S.L.

In ambito regionale, per completare la gamma delle risposte, sono necessarie almeno:

- due sedi operative per circa 30 posti complessivi, per donne tossicodipendenti con figli;
- due sedi operative per circa 40 posti complessivi per coppie;
- una sede operativa di 25-30 posti complessivi per coppie con figli o per famiglie.

Si ravvisa inoltre l'opportunità di realizzare, in via sperimentale, almeno due sedi operative di 10-15 posti ciascuna, ad alta caratterizzazione terapeutica, per tossicodipendenti con gravi compromissioni psicologiche o psichiatriche.

I centri di pronta accoglienza ubicati in ambiti territoriali con popolazione inferiore a 350.000 abitanti devono essere di

riferimento per più ambiti territoriali.

E' auspicabile che le tipologie delle sedi operative sopra indicate, carenti sul territorio regionale, siano attivate tramite la riconversione delle esistenti.

Il Gruppo Tecnico Consultivo Regionale e il Coordinamento Tecnico Territoriale (punto 5 e 6 della presente direttiva), sono le sedi proprie per la individuazione precisa e definita delle esigenze del territorio sia in termini quantitativi che qualitativi.

3.5 - Strutture semiresidenziali

In Regione vi sono circa 800 posti in sedi operative semiresidenziali.

Va rilevato che oltre la metà degli attuali posti semiresidenziali non corrisponde a specifici ed esaustivi progetti d'intervento, ma è parte di progetti più ampi e complessi in cui la semiresidenzialità rappresenta solo una fase di passaggio per inserimenti in comunità terapeutica o, successivamente, durante la fase di reinserimento.

Dai dati epidemiologici si rileva la necessità, evitando lunghe liste di attesa, di circa 400-500 posti semiresidenziali, distribuiti in ragione alla popolazione residente in ciascun ambito territoriale.

Anche le sedi operative semiresidenziali devono essere in grado di rispondere ad esigenze diverse di tipo terapeutico, educativo, assistenziale, per una utenza fortemente caratterizzata, a bassa e alta soglia d'ingresso.

Poiché gli interventi a carattere semiresidenziale si rivolgono quasi esclusivamente ad utenti residenti nell'ambito territoriale di riferimento della sede operativa, l'individuazione delle esigenze e delle caratterizzazioni dei progetti è demandata al Coordinamento Tecnico Territoriale.

Nella quantificazione dei posti residenziali e semiresidenziali non sono compresi quelli in sedi operative non professionali a carattere specificamente assistenziale, per le quali non è prevista l'iscrizione all'Albo degli Enti ausiliari.

4. - AREE DI INTERVENTO NELLA TOSSICODIPENDENZA

Le aree di intervento in cui si sviluppa l'attività dei servizi sono:

- osservazione e diagnosi;
- interventi di sostegno e di terapia psicologica;

- interventi socio-educativi;
 - interventi medico-farmacologici sulla tossicodipendenza e le patologie correlate;
 - prevenzione e trattamento dell'infezione HIV;
- alcolismo;
- interventi residenziali e semiresidenziali;
- carcere;
- interventi di prevenzione;
 - attività di monitoraggio, di epidemiologia e di ricerca;
- formazione.

Queste aree sono in stretta relazione e interdipendenza fra loro; non individuano un ambito operativo e organizzativo autonomo.

Molte aree d'intervento inoltre si configurano come trasversali e interagenti con altre attività distrettuali ad es. la prevenzione primaria, gli interventi socio-assistenziali, gli interventi relativi all'HIV e all'AIDS, interventi per acuzie che richiedono il ricovero ospedaliero, famiglie multiproblematiche, interventi domiciliari, patologie primarie su cui si innesta la tossicodipendenza, minori figli di tossicodipendenti ecc.

Per gli interventi su queste aree vanno ricercate e promosse collaborazioni, e se necessario, integrazioni sia in ambito distrettuale che verso i presidi o le aziende ospedaliere. Al fine di favorire a livello regionale il coordinamento dei DDP, la qualificazione degli interventi ed il raccordo fra soggetti pubblici e privati impegnati nel settore, sono attivati Gruppi tecnici regionali per ciascuna delle suddette aree di intervento.

4.1 - AREA OSSERVAZIONE E DIAGNOSI

E' la fase iniziale dell'intervento rivolto alle persone che accedono ai servizi. La durata non può essere rigidamente predeterminata in quanto può variare da soggetto a soggetto. Si può quantificare in 30-45 giorni un periodo medio necessario per arrivare ad una valutazione che consenta di impostare un programma terapeutico personalizzato, anche se si può giungere ad una diagnosi completa dopo alcuni tentativi terapeutici. La diagnosi è infatti uno strumento interattivo, quindi in progress, e il suo completamento definitivo avviene al termine della terapia.

Obiettivi

- finalizzare gli interventi secondo le problematiche e i bisogni specifici di ciascun soggetto superando, per quanto possibile, interventi predefiniti o casuali;
- portare i tossicodipendenti ad una chiara consapevolezza dei propri bisogni in modo che possano formulare una precisa richiesta al servizio;
- rendere i tossicodipendenti consapevoli delle cause della propria condizione e protagonisti del proprio percorso terapeutico;
- allacciare una relazione interpersonale con l'utente che sia un prodromo ad una buona alleanza terapeutica.

Funzioni

- accertamento dello stato di salute fisica, psichica e delle condizioni socio-assistenziali, raccolta dei dati clinico-anamnestici e tossicologici, esame obiettivo, richiesta e effettuazione di esami chimico-clinici ed eventuale certificazione dello stato di tossicodipendenza;
- formulazione ed esplicitazione al tossicodipendente della diagnosi globale e del programma terapeutico e socio-riabilitativo da condurre direttamente e con l'apporto di competenze ed opportunità presenti sul territorio.

Strumenti

- adozione tecnico-scientifica di tutti gli strumenti medici, psicologici e sociali individuati in questi anni come utili ed efficaci;
- utilizzo dei "Centri di pronta accoglienza" o "Centri crisi", a volte indispensabili, nelle situazioni di maggiore disgregazione personale e socio-familiare.

4.2 - AREA DEGLI INTERVENTI DI SOSTEGNO E TERAPIA PSICOLOGI-

CA

L'area degli interventi di sostegno e terapia psicologica è quella che in questi anni nei SERT emiliano-romagnoli ha avuto l'impulso più accentuato, ha visto sviluppare più attivamente la ricerca e individuare forme nuove ed originali di interventi adattati alla specificità del problema trattato, anche discostandosi dalle forme classiche e sperimentate di psicoterapia e di sostegno psicologico. Il suo sviluppo ha certamente caratterizzato i servizi emiliano-romagnoli in modo peculiare dando loro la possibilità di intervenire in modo globale sulla persona.

Obiettivi

- contribuire a migliorare il funzionamento mentale e relazionale dei tossicodipendenti;
- favorire l'integrazione e la coesione del gruppo di lavoro del servizio, attraverso l'uso di criteri di lettura, conosciuti e condivisi, della situazione tossicomane; -sviluppare una attività di consulenza e supervisione all'interno e all'esterno dei servizi.

Funzioni

- attività psicologiche strutturate individuali, familiari e di gruppo;
- attività psicoterapeutiche strutturate individuali, familiari e di gruppo;
- attività di consulenza e supervisione nel sistema dei servizi e all'interno del Servizio Sanitario Nazionale;
- sperimentazione di modalità di intervento adattate alla specificità della tossicodipendenza.

Strumenti

- interventi clinici secondo i modelli di riferimento e utilizzo di tecniche proprie;
- mezzi idonei ed appropriati per l'applicazione delle tecniche terapeutiche;
- supervisione competente e coerente con il modello clinico utilizzato dai terapeuti.

4.3 - AREA DEGLI INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI

Rientrano in quest'area gli interventi connessi alla vita quotidiana della persona nei suoi rapporti con i gruppi, con il territorio e le istituzioni, nonché i progetti e gli interventi per promuovere il cambiamento delle condizioni reali di vita dei singoli e dei gruppi.

Obiettivi

- migliorare la qualità della vita dei tossicodipendenti;
- contribuire, all'interno di un sistema di politiche sociali, a creare più "sicurezza nel territorio";
- contribuire ad incidere sulla percezione sociale del

fenomeno;

- favorire, attraverso l'individuazione di risorse e strumenti adeguati, la fase di reinserimento e di reintegrazione sociale.

Funzioni

- prestazioni sociali ed economiche legate ai progetti terapeutici: interventi di promozione della formazione professionale, della formazione-lavoro, di inserimenti lavorativi, di progetti di vivibilità quotidiana;

- prestazioni assistenziali con destinatari sia il tossicodipendente che i suoi familiari: non devono configurarsi come facilitazioni estranee o parallele al programma individuale di recupero psico-sociale, bensì devono essere strettamente finalizzate ad esso per agevolarne o renderne possibile l'attuazione;

- attività di informazione al fine di prevenire ed evitare stati di carcerazione;

- attività assistenziale ed educativa in carcere e sul territorio per l'applicazione delle misure alternative;

- interventi finalizzati alle fasce più deboli e marginalizzate tra i tossicodipendenti e i consumatori di sostanze stupefacenti con particolare riferimento ad una attività di sostegno ed educativa;

- attività educativa e di sostegno a livello territoriale nei luoghi di vita dei tossicodipendenti;

- attività di promozione di gruppi di auto-aiuto, di autogestione;

- promozione di esperienze e luoghi di socializzazione e di cultura per aiutare il soggetto ad assumere identità e appartenenza.

Strumenti

- rapporti di collaborazione con le OO.SS., gli enti preposti alla formazione professionale, l'Agenzia regionale per l'Impiego, l'Associazionismo, le Cooperative sociali ecc.; -rapporti con i servizi degli Enti locali;

- protocolli o convenzioni con enti che gestiscono strutture o strumenti in grado di migliorare le condizioni e la qualità di vita dei tossicodipendenti o che contribuiscono a progetti di reinserimento;

- gestione o collaborazione alla gestione di appartamenti finalizzati a rispondere ai bisogni abitativi con carattere di urgenza o al reinserimento sociale;
- definizione di modalità di collaborazione/integrazione tra servizi competenti per l'attribuzione delle risorse assistenziali, finalizzate alla risposta dei bisogni primari.

4.4 - INTERVENTI MEDICO-FARMACOLOGICI SULLA TOSSICODIPENDEN-

ZA E LE PATOLOGIE CORRELATE

Comprende tutti gli aspetti legati alle patologie derivanti dall'uso/abuso di droga, nonché ai problemi connessi alla disassuefazione e disintossicazione da sostanze stupefacenti.

Obiettivi

- tutela della salute fisica del tossicodipendente, indipendentemente dal suo desiderio di interruzione dell'uso della sostanza;
- garantire agli utenti uguali opportunità su tutto il territorio regionale;
- favorire e facilitare l'adozione di comportamenti a basso rischio;
- sviluppo degli interventi specialistici.

Funzioni

- valutazione dei risultati internistici, sierologici e di laboratorio;
- interventi di profilassi delle patologie infettive e correlate tramite vaccinazioni, chemioprofilassi ed educazione sanitaria;
- terapie di disintossicazione e di disassuefazione;
- terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi e antagonisti;
- consulenza specialistica nel sistema dei servizi e ad altri presidi sanitari;
- attività di promozione ed educazione alla salute.

Strumenti

- collaborazione con i servizi sanitari dell'Azienda U.S.L. con particolare riferimento ai reparti ospedalieri per i trattamenti intensivi e con carattere di urgenza, e i presidi specialistici per il controllo e la cura delle patologie correlate;
- rapporti di collaborazione con i medici di medicina generale, per tutti gli aspetti connessi all'assistenza medico-infermieristica e a quanto previsto dal DPR 309/90 e dalla circolare n. 20 del 30 settembre 1994 del Ministero della Sanità per gli interventi con farmaci sostitutivi;
- ambulatori medico-internistici attrezzati per l'attività diagnostica e di controllo delle patologie correlate;
- adozione in ciascuna Azienda U.S.L. di modalità organizzative per l'attuazione delle linee guida sull'uso dei farmaci sostitutivi del Ministero della Sanità e della Regione Emilia Romagna;
- effettuazione dei prelievi chimico-clinici e bioumorali.

4.4.1 - Farmaci sostitutivi

I farmaci sostitutivi e in particolare il metadone, l'unico di questi utilizzabile negli stati di tossicodipendenza secondo la farmacopea ufficiale, sono periodicamente oggetto di dibattiti e di aspre polemiche che nulla hanno di scientifico, individuati di volta in volta come solutori della tossicodipendenza, come strumenti elettivi della medicina, come preventivi delle malattie correlate alla droga, o assimilati alla droga di strada per effetti fisici e psichici, quindi visti come nocivi.

Per l'utilizzo o meno di essi vengono esercitate pressioni o intimidazioni che esulano del tutto da motivazioni tecniche, scientifiche e cliniche.

Da anni i servizi pubblici emiliano-romagnoli hanno rifiutato l'identificazione di meri erogatori di farmaci sostitutivi o di porre il metadone come centrale nei propri interventi. All'interno di servizi professionali che pongono la pratica clinica al centro degli interventi sui tossicodipendenti, il farmaco sostitutivo, e quindi il metadone, va epurato da ogni significato estraneo o improprio e utilizzato esclusivamente nel suo significato originario di farmaco, che non ha alcuna proprietà di risolvere la tossicodipendenza, ma che può essere coadiuvante utile, a volte necessario, negli interventi terapeutici o di contrasto.

A partire dal presupposto che tutti gli interventi terapeutici, se da un lato possono essere strumenti di cura adeguata, dall'altro

sono ricchi di effetti collaterali negativi più o meno marcati, va sicuramente sottolineato che il metadone è un farmaco di non facile utilizzo. Per tale motivo necessaria una adeguata preparazione professionale, oltre che un'indispensabile formazione ed esperienza di rapporto con i tossicodipendenti, per evitare atteggiamenti di onnipotenza (interventi di risoluzione della tossicodipendenza) o compulsività reattiva a situazioni fortemente ansiogene che i tossicodipendenti frequentemente creano (ove la prescrizione o la negazione del metadone possono avere lo stesso significato).

Le linee guida sui farmaci sostitutivi emanate dal Ministro della Sanità, ribadiscono la delicatezza dello strumento metadone, ne definiscono i limiti di impiego ai quali attenersi e individuano nel SERT il presidio specialistico per i trattamenti, le consulenze o la formulazione di piani di trattamento con il metadone.

Per l'utilizzo del farmaco sostitutivo va sottolineata la necessità che i trattamenti con metadone rientrino in un più generale piano di trattamento esplicitato e verificato e che il medico che li attua abbia adeguata e specifica preparazione e formazione professionale.

4.5 - AREA PREVENZIONE E TRATTAMENTO INFEZIONE HIV

Gli interventi relativi ai problemi HIV correlati si collocano nel contesto della promozione della salute, e si propongono l'obiettivo che i tossicodipendenti e gli assuntori di sostanze stupefacenti acquisiscano un ruolo più attivo e responsabile nel processo di costruzione di un più alto livello di salute individuale e sociale. L'azione è prioritariamente rivolta ai tossicodipendenti ed agli assuntori di sostanze stupefacenti, ma anche ai loro partners ed ai familiari per i quali è opportuno individuare interventi mirati.

Obiettivi

- promozione di comportamenti responsabili tra i tossicodipendenti;
- promozione di una cultura dei diritti umani, di una professionalità solidale;
- miglioramento e potenziamento delle attività.

Funzioni

- attività di informazione e promozione della salute nelle scuole, negli istituti penitenziari, nelle caserme;
- attività di counselling pre e post test e di educazione sanitaria;

- adozione e potenziamento dell'utilizzo di strumenti che limitino la trasmissione dell'HIV: profilattici, macchine scambia-siringhe, scambio o distribuzione di siringhe;
- attività di informazione e formazione rivolta agli operatori in relazione alla sfera della sessualità dei tossicodipendenti ed ai comportamenti sessuali a rischio;
- screening per gli utenti dei servizi e per i loro partners; -monitoraggio dell'infezione HIV;
- counselling e sostegno psicologico individuale o di gruppo ai pazienti HIV positivi ed ai loro partners e/o familiari; -attività di supervisione;
- collaborazione per l'assistenza domiciliare ai malati di AIDS;
- definizione di modalità di collaborazione sia in ambito distrettuale che con i presidi e le Aziende ospedaliere; -promozione di gruppi di auto-aiuto.

Strumenti

- intese con i presidi specialistici per gli interventi sull'AIDS e HIV;
- dotazione adeguata di attrezzature negli ambulatori specialistici ginecologici e odontoiatrici;
- utilizzo di mezzi mobili per l'attività di prevenzione della diffusione HIV nei luoghi di vita dei tossicodipendenti e in particolare nelle "scene aperte".

4.6 - ALCOLDIPENDENZA

L'alcoldipendenza è l'area d'intervento più recente nel campo delle dipendenze patologiche. Anche in quest'area sono necessarie iniziative e interventi integrati di tipo medico, psicologico, sociale e culturale.

Obiettivi

- fornire a tutti coloro che a qualsiasi titolo hanno problemi con l'alcool un punto di riferimento in grado di accogliere e di orientare i loro bisogni psico-fisici e socio-assistenziali;
- costituire una rete coordinata di servizi e risorse pubbliche, private e del volontariato in grado di rispondere ai molteplici bisogni psico-fisici e socio-assistenziali;

- aumentare la consapevolezza sui rischi connessi all'uso-abuso di alcolici tra la popolazione.

Funzioni

- promozione della salute e lotta alle cause individuate come responsabili dei danni alcolcorrelati;
- realizzazione di azioni informative ed educative rivolte agli alcolodipendenti e alle loro famiglie, agli operatori dei servizi socio-sanitari di base, agli operatori scolastici ed alla popolazione in generale;
- approntamento di strategie e dispositivi che permettano una diagnosi precoce sia per i singoli che per le famiglie all'interno delle quali il problema si sviluppa;
- attuazione di interventi terapeutico-riabilitativi atti a risolvere gli stati di alcoldipendenza o a contenere le situazioni di cronicità invalidanti;
- promuovere e sviluppare esperienze e gruppi di auto-mutuo aiuto.

Strumenti

- utilizzo di tecniche e materiale diagnostico specifico per l'alcoldipendenza e le patologie alcolcorrelate;
- attivazione di consultori alcolologici;
- rapporti di collaborazione, integrazione e consulenza in ambito distrettuale e con i presidi e le Aziende ospedaliere;
- attivazione di strutture semiresidenziali a medio e breve termine, evitando interventi di inserimenti residenziali di lungo periodo;
- sostegno, consulenza e supervisione ai gruppi di auto/mutuo aiuto anche tramite specifiche convenzioni;
- effettuazione di ricerche per la conoscenza sulla diffusione dei fenomeni e dei disturbi alcolcorrelati.

4.7 - AREA DEGLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Quest'area è particolarmente rilevante ed estesa negli interventi di contrasto alla tossicodipendenza e vede protagonisti Enti ed Associazioni pubbliche e private.

Obiettivi

- dare completezza e pluralità di risposte al bisogno terapeutico del tossicodipendente;
- completare la rete delle opportunità diversificando le modalità operative e i percorsi terapeutici al fine di rispondere ad esigenze di tipo terapeutico-riabilitativo, di soddisfare bisogni pedagogico-riabilitativi, nonché dare risposte assistenziali o di contenimento;
- diversificare gli interventi in ragione delle condizioni socio-ambientali dei tossicodipendenti e della specificità della loro storia (es. situazioni familiari, esperienze e percorsi terapeutici precedenti, ecc.).

Funzioni

- gestione di sedi operative residenziali e semiresidenziali;
- vigilanza da parte delle Aziende UU.SS.LL. sulle sedi operative gestite da Enti ausiliari;
- accompagnare i percorsi terapeutici individuali per un ottimale rapporto tra l'esperienza del momento, il proprio ambiente, il mondo esterno;
- essere riferimento certo in caso di interruzione del percorso comunitario;
- affiancare, con modalità e previsioni specifiche, la fase finale del percorso comunitario con particolare riferimento alla fase di reinserimento sociale;
- attivare una stretta collaborazione e, dove possibile, una reale integrazione e cogestione tra servizi pubblici e privati.

Strumenti

- convenzioni con gli Enti ausiliari per la partecipazione al sistema dei servizi;
- convenzioni con gli Enti ausiliari ai sensi dell'art. 117 del DPR 309/90 secondo lo schema-tipo emanato il 19 febbraio 1993 dal Ministro della Sanità;
- supervisione sulle tecniche e sulle modalità d'intervento.

4.8 - CARCERE

In media sono presenti ogni giorno nelle carceri ubicate in

regione circa 1400 detenuti che hanno problemi di uso-abuso di sostanze stupefacenti. Ad essi occorre rivolgere particolare attenzione con interventi specifici e pluridirezionali.

All'interno e in rapporto al carcere i servizi operano rigorosamente nell'ambito delle proprie competenze istituzionali e professionali, finalizzando gli interventi esclusivamente ad affrontare lo stato di tossicodipendenza e a garantire la tutela della salute dei detenuti tossicodipendenti. La loro attività non è pertanto finalizzata alle richieste inerenti l'approvazione delle misure alternative alla detenzione. Queste ultime possono e devono essere considerate strumenti utili nell'attuazione dei programmi terapeutici.

Obiettivi

- evitare il fenomeno dell'abbandono del tossicodipendente in carcere;
- evitare o almeno ridurre i danni fisici e morali che lo stato di tossicodipendenza in carcere produce o comporta;
- garantire l'opportunità di un ingresso in un percorso terapeutico.

Funzioni

- informare tutti i detenuti che dichiarano di far uso/abuso di sostanze stupefacenti, sulla presenza dei servizi in carcere e sulle possibilità di intervento che questi hanno e possono offrire;
- garantire la continuità terapeutica e di rapporti tra il prima e durante la carcerazione, tra la carcerazione e il dopo, attraverso i servizi titolari del programma terapeutico;
- assicurare risposte adeguate alla domanda proveniente da detenuti tossicodipendenti in relazione alla possibilità di promozione e maturazione della volontà di cambiamento; -promuovere attività di educazione e promozione della salute relativamente alle patologie correlate alla tossicodipendenza e ai comportamenti consapevoli e responsabili.

Strumenti

- convenzione tra Azienda U.S.L. e il Ministero di Grazia e Giustizia per l'assistenza ai tossicodipendenti in carcere;
- nucleo operativo pluridisciplinare del SERT nel cui ambito territoriale ha sede il carcere;

- coordinamento tra il nucleo operativo del SERT nel cui ambito territoriale è situato il carcere e il Servizio di appartenenza del tossicodipendente detenuto;
- utilizzo delle opportunità per la realizzazione di un programma terapeutico sviluppato in alternativa alla carcerazione penitenziaria;
- strutture terapeutiche, riabilitative, educative, lavorative, alternative al carcere che permettano una esecuzione penale fuori dal circuito penitenziario;
- rapporti con la Magistratura, le istituzioni carcerarie, il Centro di Servizio Sociale Adulti;
- utilizzo di mezzi appropriati per ridurre la diffusione del contagio di malattie infettive correlate a comportamenti a rischio.

4.9 - AREA DELLA PREVENZIONE

4.9.1 - PREVENZIONE PRIMARIA

I servizi operano nell'area della prevenzione primaria attraverso la promozione dell'autonomia e della consapevolezza delle scelte della persona. I servizi per le tossicodipendenze, in quanto servizi specialistici, concorrono all'attività di prevenzione primaria insieme a quanti, per compiti d'istituto, sono chiamati prioritariamente a sviluppare tale attività; non possono e non devono essere gli unici titolari degli interventi di prevenzione primaria. E' necessario inoltre agire sempre all'interno di una progettualità più vasta evitando interventi episodici e fini a se stessi.

Obiettivi

- stimolare e promuovere l'autonomia e la consapevolezza delle persone attivando e sviluppando la capacità di scelta dei singoli come valore positivo;
- aumentare il livello di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche relative all'uso/abuso di sostanze stupefacenti.

Funzioni

- supporto alla realizzazione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) nella scuola;
- promozione in ambito scolastico di progetti sperimentali riproducibili e verificabili e di pacchetti formativi rivolti agli insegnanti;

- collaborazione all'attivazione di Centri di ascolto giovanili, dei Consultori giovani, dei Progetti giovani e di Centri di aggregazione;
- attività di consulenza su problematiche specifiche.

Strumenti

- rapporti con Enti, Istituzioni, associazioni alle quali partecipano soprattutto giovani;
- Centri specializzati di studio e documentazione, anche gestiti da privati, sui problemi della tossicodipendenza quali punto di riferimento per le attività dei servizi, per le agenzie esterne e per la promozione di ricerche finalizzate;
- rapporto con i Comuni titolari dell'attività di prevenzione (Art. 114 DPR 309/90);
- collaborazione con le Scuole Medie inferiori e superiori per realizzare unità didattiche e pacchetti formativi rivolti ad adolescenti e/o docenti;
- collaborazione con servizi che si occupano di adolescenti e giovani.

4.9.2 - PREVENZIONE SECONDARIA E TERZIARIA

La prevenzione secondaria e terziaria si attua attivando interventi di "riduzione del danno" per quanti si trovano in condizioni di contatto diretto con la droga o che già ne subiscono le conseguenze derivanti dall'abuso.

Obiettivi

- alleviare le condizioni di sofferenza individuale e collettiva;
- aumentare le capacità dei servizi di aggancio di situazioni di tossicodipendenza comunemente "non visibili" o di aggancio precoce;
- riduzione del contagio delle patologie virali connesse all'uso/abuso di sostanze stupefacenti.

Funzioni

- programmi finalizzati alla diffusione di informazioni mirate ai consumatori di sostanze stupefacenti;
- promuovere interventi sanitari e assistenziali

specifici; -utilizzare interventi e strumenti per la riduzione delle patologie da contagio;

- promuovere l'effettuazione di programmi di permanenza in strutture residenziali non immediatamente finalizzati alla soluzione della tossicodipendenza;

- favorire un uso più frequente dei trattamenti alternativi al carcere;

- organizzare attività di assistenza sociale per i tossicodipendenti in situazione di grave emarginazione sociale.

Strumenti

- conoscenza dettagliata della tipologia e della diffusione delle sostanze d'abuso a livello territoriale;

- "Street Workers" e "Animatori di territorio";

- collaborazione con volontariato individuale e associato; -rapporto con gli organi di vigilanza e di presidio territoriale dello Stato e degli Enti locali.

4.9.3 - Prevenzione delle cause di morte

Impegno fondamentale di tutti coloro che si occupano di tossicodipendenza e che vi intervengono per compiti di istituto è attivare ogni strumento e modalità per prevenire o evitare i decessi dei tossicodipendenti. Le principali cause di morte sono due:

- per patologie correlate, in particolare AIDS, cirrosi epatiche e degenerazioni tumorali delle epatiti B e C, per la prevenzione delle quali i servizi svolgono tutte le funzioni previste nella specifica area di intervento;

- per overdose. Pur riconoscendo la difficoltà di prevenire i decessi per overdose in presenza di un uso-abuso per via endovenosa di sostanze stupefacenti di per sé ad altissimo rischio, è possibile mettere in atto iniziative di prevenzione quali:

- attività di informazione sulla overdose, anche tramite specifici opuscoli;

- incentivazione, in assenza di una volontà di interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti, di comportamenti a basso rischio di morte o di malattia, come le assunzioni per inalazioni;

- informazioni tempestive, attraverso uno stretto rapporto con gli istituti di medicina legale e con i laboratori di analisi per la determinazione dei quantitativi di principi attivi nelle sostanze sequestrate, sulla composizione delle sostanze da strada presenti sul mercato;

- sviluppo di attività informative ed educative nei confronti dei tossicodipendenti inseriti nelle comunità terapeutiche o detenuti in carcere, per i rischi di una possibile ripresa del consumo in quanto l'overdose è più frequente dopo un periodo di astinenza; in particolare per i detenuti vanno sviluppate forme di attenuazione dei rischi;

- dotare ciascun servizio di fiale di Naloxone e promuoverne la possibilità di fruizione o di detenzione da parte degli utenti per se stessi o per altri.

4.10 - ATTIVITA' DI MONITORAGGIO, DI EPIDEMIOLOGIA E DI

RICERCA

Le attività di monitoraggio, di epidemiologia e di ricerca sono indispensabili e irrinunciabili nel lavoro sulla tossicodipendenza. L'attività di ricerca deve rientrare nella programmazione dei servizi ed avere obiettivi precisi e definiti; deve essere sottoposta alla regolamentazione fissata dalla legge, dalla deontologia e dalla comunità scientifica internazionale.

Obiettivi

- conoscere aspetti, modi e forme in cui si sviluppa e si modifica la tossicodipendenza;
- conoscere le caratteristiche e le peculiarità del fenomeno tossicodipendenza nel proprio ambito territoriale;
- fornire elementi documentati per l'attività di programmazione regionale e aziendale;
- acquisire elementi di conoscenza e di valutazione sulle metodologie e gli strumenti di intervento;
- individuare nuovi e più adeguati strumenti operativi.

Funzioni

- raccolta ed elaborazione dei dati statistici ed epidemiologici relativi all'attività dei servizi e al

territorio di competenza;

- raccolta ed elaborazione dei dati finalizzati alla verifica degli interventi e alla valutazione dei risultati dell'attività dei servizi;

- diffusione e pubblicizzazione dell'andamento del fenomeno, dell'attività dei servizi e dei risultati conseguiti; -attivazione e conduzione di ricerche finalizzate alla comprensione del fenomeno o a soddisfare le esigenze e gli obiettivi specifici dei servizi.

Strumenti

- utilizzo dell'Osservatorio epidemiologico;

- utilizzo della cartella socio-sanitaria regionale e del relativo programma di gestione;

- adozione di tecniche e strumenti di verifica e valutazione; -rapporti e collaborazioni, anche tramite convenzioni, con l'Università e con istituzioni scientifiche nazionali e internazionali che si occupano di tossicodipendenza e ricerca.

4.11 - FORMAZIONE

Una puntuale e approfondita formazione professionale, una conoscenza delle tecniche operative applicate alla specificità della tossicodipendenza, una esperienza sul campo, sono le condizioni necessarie per lavorare proficuamente e con incisività in questo settore. In assenza di una specifica preparazione nei corsi professionali e nelle scuole, la formazione professionale migliora e affina, nell'operatività quotidiana, il saper essere e il saper fare sia in relazione all'attività specificatamente terapeutica che all'attività di contrasto della tossicodipendenza.

Obiettivi

- promuovere e sviluppare le capacità tecniche professionali per gli interventi specialistici con i tossicodipendenti;

- sviluppare la capacità di lettura del fenomeno sia a livello individuale che sociale;

- far acquisire la capacità di adattare il proprio lavoro e gli interventi alle trasformazioni del fenomeno;

- far acquisire la capacità di lavorare in relazione con professionalità diverse per storia e per cultura.

Funzioni

- organizzazione di corsi di approfondimento nelle singole aree di intervento professionale;
- attivazione di momenti formativi di approfondimento tematico;
- supervisione sulle modalità lavorative del gruppo di lavoro.
- supervisione degli interventi tecnico-professionali sui tossicodipendenti.

Strumenti

- partecipazione a corsi specialistici organizzati da Enti preposti alla formazione lavorativa dei professionisti;
- corsi monoprofessionali e pluriprofessionali;
- attività formativa in itinere dell'intero gruppo di lavoro dei servizi;
- utilizzo di soggetti esterni al servizio per le attività di supervisione.

5. - GRUPPO TECNICO CONSULTIVO REGIONALE (GTCR)

La Regione, per l'esercizio delle sue competenze di programmazione, indirizzo e controllo in materia di tossicodipendenze, si avvale del contributo di un Gruppo Tecnico Consultivo Regionale (GTCR), appositamente costituito, composto da operatori rappresentanti dei servizi pubblici, e da rappresentanti degli Enti ausiliari e del volontariato. Al GTCR, presieduto dall'Assessore regionale alla sanità e ai servizi sociali, coordinato a livello tecnico dal responsabile dell'Ufficio regionale per le tossicodipendenze, partecipano i responsabili dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche istituiti dalle Aziende U.S.L. (13), 10 rappresentanti degli Enti Ausiliari che partecipano al sistema dei servizi dagli stessi segnalati di comune intesa e 3 rappresentanti delle associazioni di volontariato, iscritte al Registro regionale operanti nel settore delle tossicodipendenze, dalle stesse segnalati di comune intesa.

Al GTCR, in relazione a specifici argomenti, possono partecipare, su invito, anche soggetti esterni.

Compiti del GTCR sono:

- favorire il coordinamento tecnico in ambito regionale e

territoriale tra i partecipanti al sistema dei servizi e tra questi e i soggetti che a vario titolo operano nel settore delle tossicodipendenze;

- individuare problematiche prioritarie sulle quali formulare proposte ed orientamenti di carattere tecnico e metodologico;

- collaborare alla formulazione delle proposte inerenti la programmazione regionale avuto riguardo in particolare agli obiettivi da raggiungere;

- contribuire alla verifica dello stato di attuazione della programmazione regionale e del raggiungimento degli obiettivi;

- collaborare alla verifica ed alla valutazione degli interventi e dei risultati.

Il GTCR è convocato almeno una volta ogni 4 mesi.

La Regione organizza, orientativamente ogni tre anni, una Conferenza pubblica sulle tossicodipendenze al fine di presentare i dati sull'andamento del fenomeno, lo stato del sistema dei servizi e degli interventi svolti e dei risultati conseguiti.

6. - COORDINAMENTO TECNICO TERRITORIALE (CTT)

In ciascun ambito territoriale, per favorire l'attivazione del sistema dei servizi pubblico-privato previsto nel presente progetto regionale, nonché per elevare la qualità degli interventi, per ottimizzare le risorse professionali, strumentali e finanziarie, è istituito il Coordinamento Tecnico Territoriale (CTT), presieduto dal Direttore Generale dell'Azienda USL e coordinato dal responsabile del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche.

Al CTT partecipano i responsabili dei SERT, i rappresentanti degli Enti ausiliari che hanno sottoscritto la convenzione con l'Azienda U.S.L. per la partecipazione al sistema dei servizi richiamata al punto 2., e due rappresentanti dei gruppi di volontariato dagli stessi indicati.

Compiti del CTT sono:

- il coordinamento della programmazione di ciascun soggetto al fine di una definizione condivisa dei bisogni e degli impegni sui quali indirizzare il lavoro comune, esplicitando gli obiettivi e le modalità per raggiungerli. Tale programmazione deve essere supportata dai dati epidemiologici e dell'esperienza operativa sostenuta da riscontri obiettivi e deve essere fondata sull'analisi della realtà territoriale. Il responsabile

del DDP presenta gli impegni programmatici annuali entro il mese di febbraio;

- il coordinamento e l'omogeneità dell'attività di verifica degli interventi e di valutazione dei risultati;

- la definizione delle modalità di collaborazione e di scambio delle diverse esperienze e specializzazioni.

Il CTT si riunisce almeno una volta ogni 3 mesi.

Ogni partecipante al CTT presenta entro il mese di febbraio la relazione sulle attività svolte, i risultati conseguiti nell'anno precedente; presenta inoltre la programmazione delle attività per l'anno in corso con gli obiettivi e le modalità per raggiungerli.

In preparazione della Conferenza Regionale sulle tossicodipendenze l'Azienda U.S.L. avvalendosi del CTT organizza una conferenza pubblica nella quale sono presentati i dati sull'andamento del fenomeno, i risultati conseguiti e le priorità da perseguire.