

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- La Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005 - 2012, approvata dal Consiglio Europeo il 22 novembre 2004;
- Il Piano di azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005 - 2008;

Rilevato che i sopracitati documenti raccomandano agli Stati membri un approccio integrato ed equilibrato al problema, e, nell'ambito della riduzione della domanda di droga, dettagliano obiettivi e azioni da raggiungere in tema di misure per la prevenzione, l'intervento tempestivo, il trattamento, la riduzione dei danni, la riabilitazione e il reinserimento sociale;

Visto altresì:

- Il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e la Legge 21 febbraio 2006, n. 49 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi", che definiscono le competenze regionali in materia di organizzazione di servizi per le dipendenze da sostanze;

Richiamata la deliberazione del Consiglio regionale n. 615, 16 novembre 2004 "Programma annuale degli interventi e dei criteri di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2. Stralcio Piano Regionale degli interventi e dei Servizi sociali ai sensi dell'art. 27 L.R. 2/2003 - Anno 2004", ove venivano anticipate, a stralcio del Piano Regionale, indicazioni ai territori in tema di prevenzione, reinserimento sociale e riduzione del danno da uso di sostanze;

Considerato che il prossimo Piano sociale e sanitario, attualmente in fase di elaborazione, affronterà l'argomento prevenzione, trattamento, riabilitazione e riduzione del danno da uso di sostanze;

Preso atto dei recenti sostanziali mutamenti nel fenomeno del consumo e della dipendenza da sostanze, evidenziate tra l'altro nella "Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia anno 2005" (aumento del consumo di cocaina e del policonsumo di sostanze legali e illegali nelle giovani

generazioni);

Valutato che tali mutamenti richiedono con urgenza una rimodulazione della rete dei servizi sociosanitari che si occupano di prevenzione, trattamento, riabilitazione, riduzione del danno, in linea con le indicazioni fornite dal citato Piano di azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005 - 2008;

Ritenuto pertanto opportuno, all'interno del percorso che condurrà all'approvazione del Piano sociale e sanitario regionale, adottare fin da ora, nell'ambito delle linee preparatorie al Piano stesso, alcune misure di impostazione generale per affrontare il tema, che richiede, per le considerazioni sopra espresse, interventi urgenti ed immediati;

Ritenuto quindi di approvare l'allegato documento "Prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope", documento che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

Acquisito il parere favorevole consultivo della Cabina di Regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui alla propria deliberazione n. 2187/2005, parere espresso nella seduta del 23 giugno 2006;

Acquisito il parere favorevole consultivo della Commissione dell'Assemblea legislativa "Politiche per la salute e politiche sociali", parere espresso nella seduta del 02/11/2006;

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche sociali dott. Leonida Grisendi ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 447/2003 e successive modificazioni;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare l'allegato documento "Prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope", documento che costituisce parte integrante e sostanziale del

presente atto;

1. di pubblicare integralmente la presente deliberazione sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Allegato

PRIME LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E DI CONTRASTO DEL CONSUMO/ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

Premessa

Questo documento è la sintesi della riflessione sui nuovi stili di consumo di sostanze, in particolare nelle giovani generazioni, compiuta da tre gruppi di lavoro regionali composti da professionisti degli Enti locali, delle Aziende sanitarie e del Privato sociale.

Sulla base di una lettura delle tendenze e delle modificazioni del fenomeno, in Europa, in Italia e in Emilia-Romagna, il documento traccia le linee su cui si costruiranno le politiche regionali dei prossimi anni e dà indicazioni ai territori per l'aggiornamento delle politiche locali in tema di prevenzione, accesso ai servizi, costruzione del sistema di intervento a rete, messa a punto di percorsi di cura appropriati.

L'Unione Europea ritiene che un'efficace politica sulle droghe debba poggiarsi sui cosiddetti "quattro pilastri": lotta al narcotraffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno: strategie ed interventi tutti necessari, che si integrano e si rinforzano vicendevolmente se vengono attuati contemporaneamente.

La Regione Emilia-Romagna ha condiviso questa impostazione e da molti anni ha basato le proprie politiche sui "tre pilastri" che rientrano nelle sue competenze.

Anche in una regione in cui la coesione sociale è ancora forte e rende le Comunità locali meno permeabili all'insediamento della criminalità organizzata, preoccupa la presenza sempre più ramificata della rete dello spaccio di sostanze, che finanzia le narcomafie, che alimenta la criminalità e che, soprattutto negli ultimi anni, utilizza un numero significativo di minori, generalmente stranieri, nelle attività di spaccio. Da questo punto di vista, tenendo ferma la disponibilità della Regione Emilia-Romagna e delle Autonomie Locali alla collaborazione, è bene richiamare l'importanza di un'assunzione di responsabilità precisa da parte di chi ha la competenza della lotta al mercato, allo spaccio ed alla criminalità, per rafforzare il quarto indispensabile pilastro.

Abbiamo di fronte a noi una scena complessa. Non possono essere messe in campo scorciatoie o interpretazioni e soluzioni semplicistiche o soltanto coercitive. Occorre, come sempre, costruire politiche ed interventi che abbiano attenzione per le Comunità Locali nel loro insieme: i giovani, i consumatori, che sono in gran parte giovani e le persone che hanno problemi legati all'abuso ed alla dipendenza, le famiglie ed i contesti di vita, con offerte appropriate e qualificate, basate sul rispetto, la condivisione, il supporto e l'accompagnamento.

Il contesto

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine “comportamento a rischio”, in particolare da parte dei consumatori e degli operatori del settore.

I dati recenti evidenziano che i consumi di eroina sono complessivamente stabili (con un lieve aumento) e diminuiscono percentualmente, mentre il consumo di cocaina in Europa è in aumento. Secondo stime prudenziali, in Europa il consumo recente (nell'ultimo anno) di cocaina riguarderebbe l'1% della popolazione tra i 15 ed i 64 anni (pari a circa 3,5 milioni di persone) ed il consumo corrente (abituale) riguarderebbe circa 1,5 milioni di persone (Dati OEDT 2005).

Secondo tali stime l'Italia si colloca al terzo posto in Europa per i consumi di cocaina. La classe di età che consuma maggiormente è quella tra i 15 e i 24 anni (ESPAD Italia 2004 – IPSAD Italia 2003).

In realtà, la variabile più significativa è rappresentata da policonsumatori, che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme a cannabis ed alcol.

Alcune ricerche effettuate tra studenti e giovani lavoratori in Emilia-Romagna confermano questa tendenza: nelle scuole superiori si rileva un policonsumo, come sopra definito, attorno al 6% della popolazione, mentre nei gruppi informali la percentuale sale al 16% e nei luoghi del divertimento al 19%. Chi consuma sostanze che alterano gli stati di coscienza mette spesso in atto comportamenti che comprendono rischi incidentali di natura e intensità diversa, tra cui l'infezione da HIV, le malattie sessualmente trasmesse e la guida pericolosa.

Per quanto attiene la domanda di trattamento, in Emilia-Romagna si segnala un aumento consistente dell'accesso ai SERT da parte di consumatori di cocaina come sostanza primaria, con una percentuale sul totale degli accessi pari a quasi 16% nel 2005. Quando si considerino poi i dati provenienti dalle équipes dei Sert in carcere, si evidenziano percentuali di cocainomani tra il 30 e il 40% delle persone prese in carico per problemi di dipendenza.

Un punto di osservazione di prossimità con il consumo è costituito dai servizi di strada che rilevano, come dati significativi, l'abbassamento della età media di approccio alle sostanze e del consumo abituale (16-17 anni per le sostanze, 13-14 anni per l'alcol), la scarsa conoscenza e consapevolezza dei rischi del policonsumo, del consumo continuativo e frequente, ed una sottovalutazione del rischio per la salute legato all'uso di alcolici.

Accanto a questi dati preoccupanti, in positivo si riscontra una forte disponibilità, delle persone contattate, alla relazione con operatori che possono diventare punti di riferimento per competenza, correttezza e affidabilità.

Rispetto a questa nuova situazione non abbiamo elementi certi per valutare l'impatto futuro sul sistema socio-sanitario. E' evidente fin d'ora, comunque, che una diffusione così ampia del consumo di sostanze nelle giovani generazioni di oggi avrà importanti ripercussioni culturali, legali, sociali e sanitarie sugli adulti di domani.

I dati evidenziati vanno messi in relazione con quelli demografici: in Emilia-Romagna si stima per il 2010 un aumento delle fasce di popolazione giovanile 11-29 anni dagli attuali 766.060 (dati al 1.1.2005) a 964.319 (+ 20,6%). Queste cifre sono comprensive dei giovani stranieri che presentano particolari problemi di integrazione e socializzazione.

Accanto ai dati epidemiologici occorre considerare i mutamenti nella percezione soggettiva e collettiva del consumo di sostanze, vissuto spesso come socializzante ed anche come marker di successo. Alla figura nota del “tossico” emarginato, fenomeno ancora presente, si affianca la figura del policonsumatore, che utilizza le sostanze in contesti socializzanti per finalità ricreative e prestazionali, spesso con scarsa percezione del rischio e della illegalità.

Gli impegni strategici

Le modificazioni negli stili di consumo (dall'uso principale di eroina, al policonsumo a dominio di cocain/e) propongono nuovi problemi, non soltanto il già richiamato aumento di patologie sanitarie, psichiatriche e di incidenti stradali, ma anche la maggiore inclinazione a delinquere e la propensione all' aggressività.

I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze hanno contribuito alla crescita della percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali ed alla richiesta, sempre più pressante, di “controllo del territorio” e di ripristino della legalità, delle regole di convivenza o, più semplicemente, della buona educazione nell'uso degli spazi urbani.

Se i comportamenti a rischio connessi al consumo generano senso di insicurezza ed allarme sociale, gli Enti locali devono sviluppare gli interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica ed assumersi la funzione di regia degli interventi orientati alla sicurezza, tenendo conto che occorre un impegno forte per affermare la cultura del rispetto delle norme e delle regole.

L' “educazione” continua alla legalità deve essere accompagnata dalla testimonianza di coerenza e affidabilità delle famiglie e degli adulti significativi (insegnanti, allenatori, ecc.) nei confronti dei giovani.

L'uso di sostanze illegali, facilmente reperibili ed accessibili, è sempre più percepito come consumo “normale” e le sostanze illegali sono considerate beni di consumo al pari degli altri. Questo atteggiamento è in linea con uno dei tratti caratteristici della nostra società : il consumismo, che rappresenta l'elemento centrale nella costruzione delle pratiche quotidiane. Gli elementi di conoscenza rispetto al consumo di sostanze psicotrope evidenziano il fatto che vi sono molti consumatori, ma pochi soggetti dipendenti e vi sono sempre più segnali che indicano una forte contiguità fra il consumo ed il consumo problematico, anche in situazioni episodiche che non si legano alla parabola classica della dipendenza.

Per questo motivo possiamo affermare che la scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza e che l'attenzione va perciò rivolta a gruppi di popolazione, persone, comportamenti e conseguenze dei comportamenti più che ai tipi di sostanze.

Di fronte a questo quadro d'insieme è opportuno constatare che l'idea di una società senza sostanze (legali ed illegali) in grado di alterare gli stati di coscienza, è irrealistica. Qualunque approccio integrativo e innovativo si intenda proporre, esso non può prescindere da questa osservazione: essa va però accompagnata ad un rinnovato e ad un più forte impegno per promuovere, soprattutto tra i giovani, una coscienza critica nei confronti del consumismo e dei consumi e dall'offerta di una sponda di informazione, comunicazione ed aiuto a consumatori e non, a dipendenti e non, con la finalità di tutelare la salute di tutti.

Affrontare questi fenomeni significa prima di tutto renderli centrali nell'agenda dei decisori politici. *La tessitura di relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche, fra le istituzioni ed il privato sociale, costituisce la premessa per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità locali. Prioritario è l'impegno per l'integrazione sociosanitaria per garantire una reale assistenza integrata. Ciò ha particolare rilievo per le situazioni più complesse, di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento.*

L'efficacia, la coerenza e gli esiti degli interventi devono essere valutati con un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno) e relativo al funzionamento del sistema a rete.

A partire dalle esperienze già realizzate, la valutazione deve pertanto accompagnare costantemente i processi di lavoro dei servizi e la formazione degli operatori.

La valutazione può supportare la programmazione delle politiche consentendo di identificare le modificazioni dei bisogni e di individuare le buone prassi di intervento.

La politica dei servizi

Di fronte a questi nuovi scenari occorre ripensare complessivamente le strategie di prevenzione, l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi, superando le attuali difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei policonsumatori, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda per tutte le tipologie di consumo ed eliminando l'“effetto stigma” generato dall'attuale circuito assistenziale.

Il ripensamento prefigurato non può prescindere, ma deve anzi tenere ben fermi i principi fondanti del sistema dei servizi, vale a dire:

- i valori di solidarietà, di equità e di universalismo propri del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema integrato degli interventi e servizi sociali (Welfare), nella consapevolezza che tali riferimenti vadano estesi, per la specificità dei compiti della rete, alla riduzione delle disuguaglianze ed al superamento delle condizioni stigmatizzanti che possono limitare la pratica applicazione degli stessi principi, svalORIZZARE le persone coinvolte nel processo di cura (utenti e operatori) e contribuire alla cronicizzazione;
- garantire l'insieme dei diritti e delle opportunità volte al benessere dei singoli e delle

comunità, facilitare l'accesso ai servizi ed il supporto a chi è in difficoltà e sostenere i progetti di vita delle persone e delle famiglie, promuovendo l'*empowerment* individuale e di gruppo ed il pieno diritto di cittadinanza, attraverso il reinserimento sociale dei soggetti con problematiche connesse all'uso di sostanze.

Per favorire l'incontro e la relazione con gli utenti, è essenziale che l'intera rete dei servizi assuma una posizione *non giudicante*. La posizione non giudicante appartiene al sistema dei valori di riferimento, in quanto intimamente connessa con il rispetto delle persone indipendentemente dalle loro caratteristiche di stato sociale, genere, età, religione, etnia, orientamento sessuale, nonché dalle particolari condizioni di stato e di comportamento. *Le relazioni di aiuto e le funzioni di cura vanno finalizzate ad un cambiamento condiviso, inteso come possibile, desiderato ed eticamente accettabile. Non si avverte la necessità di una maggiore direttività/coercitività del sistema. L'intero sistema deve essere calibrato sui modelli di relazione di cura propri dei servizi per le dipendenze (basati su un approccio educativo e motivazionale) e prevedere "escursioni" nel paradigma psichiatrico (maggiormente medicalizzato e direttivo).*

Le finalità attese orientano e danno senso all'agire quotidiano degli operatori dei servizi e rappresentano la visione a cui riferirsi per segnare il cammino delle proprie ed altrui attività.

Gli obiettivi e le azioni

- La scarsa percezione della pericolosità e dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori rende necessario un nuovo impegno in **campagne di comunicazione e informazione** capillari, ma differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette. Molta cura deve essere posta all'appropriatezza del linguaggio ed al messaggio a seconda dei target (ad es: la strada, la discoteca, i pub, la scuola, i luoghi di lavoro, i gruppi informali, i raduni musicali, gli adulti di riferimento ecc).
- La **scuola** è uno dei luoghi di vita per una parte consistente di giovani. Per questo motivo è necessario creare relazioni stabili con insegnanti e studenti ed organizzare interventi di prevenzione, in particolare nelle scuole medie superiori dove si riscontra un consumo significativo di sostanze. I servizi possono affiancare gli insegnanti, mettendo a loro disposizione conoscenze sugli stili di consumo dei giovani e competenze professionali in caso di necessità. Sulla base di alcune esperienze positive in atto, è auspicabile la presenza di operatori di strada o di altri servizi con una funzione di "sportello informativo" per gli studenti e di supporto agli insegnanti ed agli studenti con progetti specifici condivisi con le istituzioni scolastiche.
- L'abbassamento dell'età dei consumatori, l'articolarsi delle dinamiche e delle

modalità di consumo, la ramificazione e la capillarizzazione del mercato delle sostanze richiedono percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa, multiforme e non codificabile attraverso i modelli interpretativi dei servizi tradizionali.

In particolare è necessario sviluppare in tutti i Distretti e rendere stabili le funzioni di prossimità, anche come porta di accesso al sistema dei servizi. Le funzioni di prossimità si caratterizzano per essere nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario, mettere la relazione al centro del proprio intervento, essere trasversali.

Tali funzioni sono essenziali per un approccio incisivo con i target di adolescenti, giovani, giovani consumatori, fasce marginali.

Nei diversi ambiti e servizi esistenti (Spazi Giovani dei Consultori, Centri di ascolto, Centri Giovanili, ecc), possono realizzarsi sia attraverso progetti specifici, sia con il coordinamento di professionalità e servizi diversi per mandato e provenienza. Possono altresì essere servizi con una propria organizzazione e con èquipe dedicate e formate (Unità di Strada). E' necessario costruire modalità di integrazione e collaborazione, anche professionale e operativa, tra le Unità di Strada e gli altri servizi.

Ogni Distretto deve attivare funzioni di prossimità rivolte ai giovani ed agli adulti significativi, o come Spazi Giovani e/o Centri di ascolto o come coordinamento di servizi ed operatori.

Ogni Distretto deve disporre di Unità di Strada rivolte ai giovani e possibilmente garantirne la presenza in tutti i Comuni.

Il lavoro di strada per le fasce marginali deve essere presente almeno nei Comuni capoluogo.

- La funzione di prossimità deve poter garantire supporto ed accompagnamento verso opportunità e servizi diversi anche per collocazione istituzionale. L'esercizio della funzione di prossimità richiede garanzie interistituzionali e trasversalità istituzionale e si colloca in un contesto di sinergia tra i servizi pubblici, del privato sociale, del volontariato e le risorse informali della Società Civile. Il dialogo con e tra tutte le risorse del territorio, spontanee, organizzate o istituzionali è una premessa irrinunciabile. Questo significa creare condivisione, senso di appartenenza, muovere interessi e attivare azioni coordinate centrate sulla collaborazione e sul riconoscimento reciproco.
- I servizi di prossimità, proprio perché operano nei luoghi di vita delle persone, spesso intercettano direttamente le pratiche di consumo, entrando in contatto con comportamenti illegali. In Emilia-Romagna esistono esperienze positive di collaborazione tra Amministrazioni Locali e Forze dell'Ordine, tra servizi socio-sanitari e Forze dell'Ordine. Questo fatto, pur molto significativo, non è sufficiente. Occorre costruire una cornice regionale, con un accordo sottoscritto tra le parti (Regione, Prefetture e le diverse Polizie), che definisca la scena in cui si collocano tutti gli attori coinvolti, individuando gli ambiti di integrazione e che consenta di sedimentare il cambiamento culturale già in atto. Contemporaneamente deve partire, o continuare, un percorso dal basso, locale, i cui obiettivi sono più operativi e centrati sui bisogni

del territorio.

- Nei luoghi del divertimento e negli eventi devono essere garantite tutte le condizioni di tutela della salute dei partecipanti.
- I nuovi fenomeni di consumo che hanno profondamente modificato i profili epidemiologici ed i fenomeni clinici connessi con l'uso e l'abuso di sostanze, pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati alle diverse modalità di assunzione di sostanze, a loro volta riferibili in larga misura a diversi stili di vita. Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare servizi ed un sistema dei servizi, e conseguenti forme organizzative, capaci di forte connessione con la realtà sociale, capaci di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni (*learning organisation*).

Il sistema che meglio corrisponde a queste caratteristiche è il sistema a rete, che responsabilizzi la Ausl attraverso i Sert e gli altri servizi sanitari, nella sua funzione di referente del sistema di cura delle dipendenze e i Comuni, per quanto di loro competenza e valorizzi adeguatamente il Privato sociale nella sua funzione pubblica.

- Il sistema a rete amplia e diversifica le possibilità di accesso. La rete nel suo insieme, in particolare i servizi di strada ed i punti periferici (scuole, palestre e gli altri luoghi di aggregazione), può funzionare da collettore del riconoscimento precoce delle manifestazioni di disagio, anticipando l'intercettazione del bisogno e quindi consentendo una presa in carico il più possibile **tempestiva**.

La definizione dei percorsi favorisce le interconnessioni tra i vari punti e lo scivolamento dei bisogni intercettati al punto di maggior appropriatezza. Analogamente, anche i punti di accesso per i vari target di utenza non possono essere predeterminati, ma sarà compito dei territori, in base alle loro peculiarità, definirne le caratteristiche, la collocazione e l'attribuzione della responsabilità. In sostanza i servizi devono essere in grado di intervenire con le persone giuste, nel momento giusto e nel posto giusto.

- L'emergere dei nuovi consumi pone la necessità di ripensare le offerte di valutazione diagnostica e di trattamento in modo che risultino flessibili, destigmatizzate, accoglienti e prossime alla domanda **per tutte le tipologie di consumo**, le nuove e naturalmente quelle tradizionali, garantendo condizioni di sicurezza. Infatti ormai ciò che condiziona l'accesso ai servizi non è tanto la sostanza usata, quanto l'appartenenza ad una tipologia o ad un gruppo socio-culturalmente identificato, con particolare riferimento alle differenze esistenti fra il mondo della marginalità ed il resto della popolazione.

- La numerosità della popolazione utilizzatrice di sostanze e la labilità del confine tra consumo ed abuso per le nuove sostanze rende auspicabile un massiccio investimento nella riorganizzazione del sistema dei servizi, che dovrà essere in grado di entrare in "contatto con" e di fornire valutazioni accurate multiprofessionali e multidimensionali ad un numero di persone molto maggiore dell'attuale ed in contesti accoglienti, prevedendo percorsi di accoglienza e di cura differenziati per gruppi target (in particolare giovani, ma anche older, donne, immigrati, persone con disturbi psichiatrici, genitori e loro figli, carcerati, marginali ecc.).
- Il sistema della cura deve: avere un atteggiamento attivo, votato alla ricerca dell'utente, alla disponibilità verso di lui ed all'intervento sulla rete sociale in cui è inserito; mettere in atto una trasfusione di competenze tra i vari settori interessati (dipendenze patologiche, psichiatria, sistemi di emergenza-urgenza, servizi internistici, infettivologici, consultori, servizi sociali, privato sociale, Medici di Medicina Generale etc), combinare questi aspetti con soluzioni organizzative originali e calibrate sulla realtà locale, nelle quali si privilegi la competenza (ciò che si sa e si è in grado di fare) rispetto alla appartenenza (al servizio pubblico, privato, territoriale, ospedaliero, comunitario etc); contemplare la formazione congiunta di tutte le agenzie preposte come strumento fondamentale, in grado di facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo; monitorare e valutare le varie fasi del percorso che vede coinvolti soggetti pubblici e del Privato sociale e servizi diversi.
- Gli Osservatori Provinciali sulle Dipendenze e i Centri studio e documentazione devono essere collegati con gli altri Osservatori presenti nel territorio e con tutti i punti della rete e diventare lo strumento di monitoraggio e di ricerca per rilevare le criticità e le emergenze per tutto il sistema e fornire indirizzi per la programmazione ed il sostegno di progetti innovativi.
- La formazione è uno degli strumenti primari e, al tempo stesso, più efficaci, per favorire ed accompagnare, attraverso la condivisione delle conoscenze e la relazione fra operatori appartenenti a diversi servizi, pubblici e del Privato sociale, la strutturazione della rete dei servizi. La formazione al lavoro in rete deve essere compresa tra le attività formative previste nell'ambito dei Piani sociali di zona.
- Il radicamento delle indicazioni rispetto all'organizzazione dei servizi va collocato nell'ambito della pianificazione socio-sanitaria locale e deve quindi trovare riscontro nei Piani sociali di Zona e nei PAT.

Gli impegni della Regione Emilia - Romagna

La Regione Emilia-Romagna si impegna a monitorare l'applicazione nelle realtà locali delle linee di indirizzo contenute nel presente documento, anche attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro di professionisti pubblici e del privato sociale.

La Regione si impegna a:

- mettere in atto una campagna di comunicazione regionale, sia generale che specifica, triennale;
- promuovere e valorizzare le funzioni di prossimità garantendo il coordinamento degli interventi esistenti e la connessione tra i saperi e le diverse esperienze maturate in questi anni; traducendo le buone prassi in orientamenti e indirizzi normativi e supportando la connessione tra i diversi sistemi (socio-sanitario, scolastico, ecc); definendo le caratteristiche professionali degli operatori, senza introdurre nuove figure professionali, ma prevedendo percorsi formativi specifici che valorizzino le competenze e le esperienze;
- stipulare un accordo regionale con le Forze dell'Ordine valutando ruoli e competenze di Forze dell'ordine e servizi socio-sanitari in relazione ai comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze legali ed illegali ed al tema della sicurezza, individuando gli ambiti di integrazione e/o di collaborazione; avvio di un percorso di collaborazione finalizzato allo scambio di informazioni sulle sostanze in circolazione nel territorio, anche verificando la possibilità di introdurre sistemi per un'analisi immediata delle sostanze in possesso dei consumatori; costruzione di rapporti di collaborazione in riferimento agli eventi non autorizzati; promozione di attività formative congiunte.

Le raccomandazioni

Ai Comuni:

- costituire tavoli di concertazione per i diversi soggetti, che garantiscano l'integrazione e la coerenza delle politiche socio-sanitarie, urbanistiche, formative, culturali e ricreative, commerciali, ecc., rivolte ai giovani nei loro contesti di vita;
- sviluppare gli interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica e assumere la regia degli interventi orientati alla sicurezza nelle Comunità locali;
- definire, nei regolamenti comunali per il rilascio delle autorizzazioni di pubblico spettacolo, le norme di sicurezza igienico-sanitarie e le condizioni di prevenzione e protezione della salute in relazione all'uso/abuso di sostanze, che gli organizzatori di eventi devono garantire. Tali garanzie costituiscono condizione preliminare e necessaria al rilascio delle autorizzazioni da parte dei Comuni. Gli organizzatori di eventi commerciali devono garantire i servizi, anche attraverso l'utilizzo dei servizi pubblici di prossimità. Negli eventi senza scopo di lucro, in accordo con le Amministrazioni di riferimento, può essere richiesta la presenza e la

collaborazione gratuita dei servizi pubblici di prossimità. In occasione di grossi eventi musicali è opportuno garantire la presenza di punti informativi sulle sostanze, attraverso la negoziazione con gli organizzatori;

- promuovere la valutazione dell'efficacia, della coerenza e degli esiti degli interventi di prevenzione, di reinserimento socio-lavorativo e di riduzione del danno con un appropriato sistema di valutazione.

Alle Conferenze Territoriali Socio-sanitarie (CTSS):

- promuovere l'integrazione sociosanitaria e la sua realizzazione nei Distretti, riconoscendo e valorizzando le peculiarità delle realtà locali
- promuovere e incentivare lo sviluppo di sistemi a rete.

Ai Comitati di distretto:

- promuovere l'integrazione sociosanitaria secondo le forme e le organizzazioni più consone alla realtà locale e verificarne il buon andamento
- nell'ambito della pianificazione di zona, contribuire a dare stabilità e sviluppo alle funzioni di prossimità; costruire e monitorare le connessioni tra i partners, precisando il contesto istituzionale e organizzativo in cui tali funzioni si situano e le necessarie interazioni tra queste e i servizi territoriali; salvaguardare il valore dell'esperienza acquisita sul campo e le esperienze professionali significative evitando che la stabilizzazione dei servizi all'interno degli assetti istituzionali confligga con le esigenze di flessibilità proprie di queste attività, definire le risorse economiche dedicate;
- costruire la mappa distrettuale dei soggetti, istituzionali e non;
- promuovere, attivare e valutare il sistema a rete;
- programmare le attività di formazione al lavoro di rete nell'ambito dei Piani sociali di Zona;
- inserire il tema delle Dipendenze Patologiche tra le priorità dell'integrazione socio-sanitaria, facendone oggetto di specifici accordi di programma,
- consolidare e sviluppare, in tutti i territori, servizi rivolti ai giovani, ai loro contesti ed agli adulti di riferimento, organizzati dal pubblico o dal Privato sociale, che siano facilmente accessibili, attraenti, non connotati in senso specialistico, ma fortemente qualificati dal punto di vista delle competenze. In tali servizi devono lavorare congiuntamente operatori provenienti dai servizi pubblici quali Sert, Psichiatria, Consulenti, Servizi sociali e dal Privato sociale. I servizi devono essere fortemente collegati alle Unità di Strada ed in grado, se necessario, di realizzare essi stessi funzioni di prossimità mediante la presenza nei luoghi di vita dei giovani.
- promuovere una organizzazione del lavoro che privilegi i rapporti funzionali orientati ad affrontare bisogni e problemi in un'ottica processuale, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, indipendentemente dalle appartenenze di servizio e dai rapporti gerarchici. In tal

senso è necessario definire con precisione l'equipe o l'operatore di riferimento, sia nel caso di progetti rivolti a persone, famiglie o gruppi, sia di interventi rivolti a contesti più ampi in ambito comunitario (es. interventi in un quartiere, in una scuola ecc);

- attivare adeguate infrastrutture per le esigenze di comunicazione e di accesso alle fonti dei dati e delle ricerche.

Alle AUSL:

nell'ambito del governo clinico e della partecipazione organizzativa interdisciplinare ed interprofessionale:

- riprogrammare i percorsi di accoglienza del sistema a rete evitando ridondanze e discontinuità, in particolare relativamente a: incontro dei bisogni nei luoghi di vita e di aggregazione, potenziamento dell'offerta di ascolto e di consulenza dei familiari, maggiore definizione dei rapporti dai punti periferici della rete, collegamento con i Medici di Medicina Generale e altri specialisti, integrazione con l'offerta del Privato sociale;
- prevedere attività di formazione comune degli operatori dei diversi servizi pubblici e del Privato sociale;
- dotare le strutture logistiche del sistema a rete delle infrastrutture informatiche che favoriscano la conoscenza e l'accesso ai dati;
- promuovere un'organizzazione del lavoro che privilegi i rapporti funzionali orientati ad affrontare bisogni e problemi in un'ottica processuale, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, indipendentemente dalle appartenenze di servizio e dai rapporti gerarchici;
- curare gli aspetti strutturali dei luoghi di cura, ripensare le offerte di *assessment* e trattamento in modo che risultino flessibili, destigmatizzate, accoglienti e prossime alla domanda **per tutte le tipologie di consumo**, garantendo condizioni di sicurezza;
- garantire un aumento dell'offerta di *assessment*, in particolare ai giovani, multiprofessionale e multidimensionale, reso in più luoghi e da agenzie diverse, integrando competenze pubbliche e del Privato sociale, laddove esistenti;
- garantire percorsi differenziati interni al Sert, specifici per le terapie sostitutive, per i policonsumatori, per gli utenti cronici, per gli assuntori di cocaina e gli alcolodipendenti, differenziando i percorsi tra giovani e adulti, utenti stranieri e quelli in situazione di marginalità
- garantire percorsi strutturati tra Sert, Psichiatria, Servizi socio-sanitari e Pronto Soccorso;
- prevedere progetti congiunti in cui personale del pubblico e del Privato sociale lavorino fianco a fianco (in luoghi del pubblico e del Privato sociale), integrando le competenze in modo originale ed efficace;
- valutare l'efficacia, la coerenza e gli esiti degli interventi di cura e riabilitazione e di riduzione del danno con un appropriato sistema di valutazione.

