



informa

n.17

II CONGRESSO REGIONALE FEDERSERD SICILIA

Novembre 2011

Congresso Tematico di rilevanza nazionale

in collaborazione con



Regione Sicilia

DIPENDENZE

continuità terapeutica e percorsi
di inclusione tra carcere e territorio

ERICE (TP) - 3-4 novembre 2011

Sala Convegni Hotel Baia dei Mulini

È con vero orgoglio che teniamo in questi giorni ad Erice il secondo congresso regionale di FeDerSerD Sicilia.

Un congresso di rilievo nazionale che affronta una tematica, la continuità terapeutica e i percorsi di inclusione sociale tra Carcere e Territorio nel settore delle Dipendenze, di assoluta attualità.

La collaborazione con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ci onora, così come l'adesione della Regione Sicilia.

Ringraziamo tutte le autorità presenti e tutti gli Enti che hanno patrocinato l'evento. FeDerSerD è al fianco dei professionisti che continuano a credere nella importanza del lavoro clinico e sociale nei Ser.T e nell'intero sistema di intervento pubblico e del privato sociale.

Il nostro impegno scientifico vuole essere ancora una volta di ausilio alle istituzioni e al decisore politico, e in questo senso fa piacere valorizzare, come facciamo in questo FeDerSerD Informa, il recente atto della Regione Sicilia "Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'Area Dipartimentale delle Dipendenze Patologiche e dei Servizi Territoriali Dipendenze delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Sicilia".

Le buone prassi nella prevenzione e nella cura sono per noi parte attiva di una società sempre più solidale e ricca di principi di legalità.

Guido Faillace
Presidente FeDerSerD Sicilia
Vicepresidente nazionale FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FeDerSerD informa

novembre
2011

n.17

News a cura di FeDerSerD - tel 031748814 - e-mail: federserd@expopoint.it - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense CO

Supplemento a Mission
PERIODICO
TRIMESTRALE DELLA
FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI
OPERATORI DEI
DIPARTIMENTI E DEI
SERVIZI DELLE
DIPENDENZE

ANNO X, 2011 - N. 32
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea, Vincenzo
Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola,
Cinzia Assi

Sede operativa e
Redazione Mission
Via G. Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 335.6612717
missiondirezione@
virgilio.it

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004
n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB
Milano Autorizzazione
Tribunale
di Milano n. 131
del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

Riportiamo il

DECRETO 4 luglio 2011

INDIRIZZI PROGRAMMATICI E DIRETTIVE SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DIPARTIMENTALE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE E DEI SERVIZI TERRITORIALI DIPENDENZE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DELLA REGIONE SICILIA

tratto dalla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA

Parte I n. 31 del 22-7-2011

DECRETO 4 luglio 2011.

Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche e dei servizi territoriali dipendenze delle aziende sanitarie provinciali della Regione Sicilia.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;
Vista la legge regionale 21 agosto 1984, n. 64;
Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, recante "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanza psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";

Vista la legge 18 febbraio 1999, n. 45, recante "Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze";

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il decreto 24 settembre 2009, con cui viene recepito l'accordo tra Governo e Regioni sul documento denominato "Piano italiano di azione sulle droghe";

Visto il decreto interassessoriale 7 luglio 2010, con cui è stato recepito l'Atto d'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 riguardante la "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'ac-

creditamento dei servizi privati per l'assistenza a persone dipendenti da sostanze d'abuso" per come disciplinato dall'allegato tecnico;

Vista la disposizione assessoriale del 4 novembre 2009 per l'attivazione del tavolo tecnico di esperti nel settore delle dipendenze patologiche per la disanima e risoluzione delle problematiche connesse alla prevenzione delle tossicodipendenze;

Vista la nota assessoriale del 22 novembre 2010, di costituzione del suddetto tavolo tecnico;

Visto il documento Piano sanitario regionale "Piano della salute 2011-2013";

Visto il documento elaborato dal Tavolo tecnico riguardante gli "Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'Area dipartimentale delle dipendenze patologiche e dei servizi territoriali dipendenze delle aziende sanitarie provinciali della Regione Sicilia";

Ritenuto doversi condividere tale documento e di dover procedere all'emanazione dello stesso;

Decreta:

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono riportate è approvato il documento recante gli "Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche e dei servizi territoriali dipendenze della Regione Sicilia" allegato al presente decreto di cui è parte integrante.

Art. 2

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 4 luglio 2011.

RUSSO

Allegato

INDIRIZZI PROGRAMMATICI E DIRETTIVE SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DIPARTIMENTALE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE E DEI SERVIZI TERRITORIALI DIPENDENZE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DELLA REGIONE SICILIA

Premessa

Le azioni e gli interventi condotti in questi ultimi anni sul nostro territorio regionale, nell'area delle dipendenze patologiche, indicano come indifferibile la definizione di un processo che consenta:

— di programmare interventi precoci sulla domanda e sulla prevenzione primaria individuale e sociale;

— di dare un'efficace e tempestiva lettura dei mutamenti dello scenario locale;

— di governare più efficacemente l'assetto organizzativo;

— di attuare costantemente la valutazione degli esiti dei trattamenti e dell'outcome.

Sono indispensabili attività di costante sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio non solo sulle attività cliniche ma soprattutto sul cambiamento sociale di un fenomeno in rapida e costante evoluzione, multiforme e multifattoriale, come la diffusione, nella popolazione e tra le fasce di età adolescenziali, del consumo di sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle anfetamine, all'eroina e alla cocaina, alle nuove sostanze cosiddette "ricreazionali" e dei conseguenti comportamenti di abuso e poliabuso, all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche.

È inoltre da registrare una sempre più crescente richiesta di intervento sanitario da parte di un'utenza affetta da dipendenza patologica non da sostanze, quali i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze da internet e da video giochi, oltre che di un'utenza affetta da gioco d'azzardo problematico e patologico, talora anche con compresenza di una doppia diagnosi psichiatrica e/o tossicologico-

gica e la crescente presenza di nuclei familiari a transazione tossicomantica, in cui uno o entrambi i genitori sono soggetti tossicodipendenti e vi siano figli minori e nuclei familiari con adolescenti drug abuser.

La complessità e la vastità del campo di azione, la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci, l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari in relazione alle specifiche caratteristiche territoriali, la necessità di strutturare interventi precoci, in grado cioè di anticipare la domanda, di armonizzare interventi clinici, con processi educativi e sociali a diversi livelli, riconoscono nella definizione di una rete di intervento la costruzione di azioni sia di carattere preventivo che terapeutico e riabilitativo.

Una "rete terapeutica" che dia risposte a tutte le forme di dipendenza e che veda il paziente ed il suo programma al centro del comune interesse.

È con il modello organizzativo dell'area dipartimentale che si è inteso porre le basi per un processo dove diversi soggetti, pubblici e privati accreditati, non solo rendano possibile affrontare con rigore metodologico e scientifico, derivato da saperi scientificamente consolidati e da evidenze cliniche, tutti gli aspetti connessi alla dipendenza da sostanze e non, ma, con una effettiva pari titolarità, realizzino un programma di interventi coerenti e coordinati con le linee generali della programmazione regionale, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione del partenariato locale, quale fattore determinante per garantire il concreto perseguimento e soddisfacimento dei bisogni di salute pubblica in generale.

È necessario, pertanto, sostenere un sistema di servizi orientato al raggiungimento di risultati specifici, partendo dall'assunto che i problemi della dipendenza patologica devono essere affrontati in una prospettiva non generica, ma in modo specifico ed articolato, congruente alla complessità del fenomeno.

L'area dipartimentale dipendenze patologiche deve essere intesa come un'organizzazione di rete tra diverse unità operative e risorse territoriali orientate da una stessa mission con forte vincolo relazionale e di comportamento, regolamentato da protocolli formali, conosciuti e condivisi, nella quale vi sia una strategia di presenza, di apertura e interscambio costante con il territorio, per creare una compartecipata promozione della salute.

Per favorire una più alta integrazione tra i servizi ed un più efficace uso delle risorse è utile territorializzare la programmazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, partendo da una lettura dei bisogni ed armonizzando le procedure e gli interventi per offrire agli enti terzi operatività e protocolli condivisi.

Occorre, cioè, partendo dai bisogni territoriali percepiti, attivare risorse, tessere ed implementare reti di servizi capaci di dare risposte nell'ambito territoriale per perseguire un obiettivo di crescita e di autonomia oltre che per limitare l'acquisto di prestazioni e servizi fuori Regione.

È ritenuto indispensabile inserire la logica delle prestazioni all'interno di una progettualità sociale più complessa in funzione di una "continuità assistenziale", in una prospettiva di dinamica interattiva tra risorse e bisogni quale risultato principale della valorizzazione del principio di adeguatezza dei programmi e delle politiche di intervento.

In tale cornice operativa l'area dipartimentale dipendenze patologiche, pur essendo compresa nel più vasto dipartimento di salute mentale, deve avere autonomia operativa e gestione di risorse di budget. Ciò facilita una più efficace razionalizzazione delle risorse professionali, un loro migliore utilizzo, migliora l'efficacia, l'efficienza e l'economicità della gestione e della governance e da risposte assistenziali più appropriate alle domande di aiuto dei cittadini.

A livello territoriale interagisce in modo più integrato, funzionale, progettuale e consultivo con le agenzie e i servizi afferenti alla propria attività (servizi di emergenza, dell'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dell'area della salute mentale, dell'area della prevenzione e dell'integrazione socio-sanitaria), con il privato sociale accreditato ed il volontariato e con altre agenzie territoriali (enti locali, scuola, uffici di governo, tribunali di sorveglianza e dei minori, case circondariali, prefettura, etc.).

In tal modo l'area delle dipendenze patologiche sarà nelle migliori condizioni per promuovere sul territorio una riorganizzazione del sistema assistenziale, arricchirsi di specifiche iniziative ad alta valenza prestazionale, rispondere in modo adeguato alle mutate condizioni socio-culturali e ai nuovi scenari sociali e culturali.

La programmazione degli interventi

Organizzazione aziendale

È istituita, a livello di ogni A.S.P., l'area dipartimentale delle dipendenze patologiche.

L'area dipartimentale delle dipendenze patologiche garantisce il coordinamento tecnico funzionale e la programmazione dell'insieme degli interventi realizzati sul territorio di competenza dal sistema integrato pubblico-privato, in stretto raccordo con la più generale attività programmatica delle A.S.P., così come individuata dal P.S.R.

L'area dipartimentale delle dipendenze patologiche si articola a livello provinciale nelle strutture territoriali dipendenze (Ser.T.) al fine di garantire il massimo livello di contrasto contro tutte le dipendenze patologiche e fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali e illegali, anche attraverso la valorizzazione delle esperienze organizzative e sperimentali realizzate a livello locale.

L'area dipartimentale delle dipendenze potrà inoltre essere articolata in altre risorse funzionali tenuto conto delle seguenti aree di intervento:

- trattamento (tossicodipendenze, alcologia, altre dipendenze);
- prevenzione e riduzione della domanda;
- osservatorio provinciale territoriale;
- grave marginalità (carcere).

Si articola altresì nei servizi previsti nell'allegato al decreto inter-assessoriale salute-famiglia del 7 luglio 2010 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 34 del 30 luglio 2010).

Per la programmazione degli interventi, la loro realizzazione e la funzione di monitoraggio e verifica, il direttore dell'area dipartimentale si avvale del comitato dell'area dipartimentale composto dai responsabili delle UU.OO. e risorse funzionali, laddove presenti, da un rappresentante di ciascuna struttura contrattualizzata, da un rappresentante per ciascuna categoria professionale non medica.

È l'area dipartimentale delle dipendenze patologiche che nell'esercizio delle funzioni alla stessa assegnate deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti tra le varie componenti del previsto comitato di dipartimento anche mediante apposito regolamento.

Organizzazione regionale

Al fine di realizzare una strategia di intervento condivisa ed uniforme nei diversi ambiti territoriali viene istituito a livello regionale il Tavolo tecnico dipendenze patologiche.

Tale organismo è composto da esperti delle aree dipartimentali delle dipendenze e dai rappresentanti del pubblico e del privato.

Ha il compito di elaborare il Piano d'azione regionale tenuto conto delle indicazioni nazionali.

Funzioni

All'area dipartimentale delle dipendenze patologiche competono funzioni di programmazione ed indirizzo tecnico-scientifico e tecnico-professionale, di definizione di protocolli diagnostico-terapeutici e di linee guida, di definizione di sistemi di valutazione e di monitoraggio delle attività erogate, così articolate:

- rilevazione del fabbisogno assistenziale e raccolta degli elementi informativi necessari per la conoscenza epidemiologica del problema anche attraverso appositi osservatori istituiti a livello provinciale;
- programmazione degli interventi per tutta l'area delle dipendenze;
- messa in atto degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi;
- coordinamento e integrazione delle attività intra-aziendali con quelle extra-aziendali;
- esercizio di funzioni di controllo a garanzia di una strategia complessiva di intervento;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati a livello di programmazione territoriale attraverso l'individuazione di indicatori di qualità;
- formazione e aggiornamento del personale in servizio;
- collaborazione e coordinamento con altre amministrazioni.

Nell'esercizio delle sue funzioni all'area dipartimentale delle dipendenze patologiche è affidato, per il territorio di competenza, il concorso alla programmazione socio-sanitaria per le materie di stretta attinenza.

È compito dell'area dipartimentale delle dipendenze la definizione di obiettivi condivisi a valenza triennale, tenuto conto degli indirizzi programmatici regionali, aziendali e locali e delle risorse disponibili, rivolti a:

- prevenire i comportamenti di dipendenza patologica, di uso e abuso dannoso delle sostanze illecite e letali;
- rafforzare la rete dei servizi per un aumento dei livelli di integrazione tra le diverse strutture pubbliche coinvolte e le realtà del no profit e del volontariato impegnate nei settori di specifica competenza;
- offrire a tutte le persone con comportamenti di dipendenza tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide ai fini di tutelare la salute globalmente intesa e contenere i fenomeni di

esclusione sociale, attraverso risposte flessibili e modulari di intervento;

- favorire una piena integrazione delle persone con problematica di dipendenza patologica, di tossicodipendenti e alcolodipendenti, tenuto conto in particolare dell'esistenza di bisogni complessi e di situazioni multiproblematiche;

- migliorare la qualità delle conoscenze in materia.

L'area dipartimentale delle dipendenze patologiche definisce la strategia complessiva dell'intervento, garantendo nel contempo la pari dignità dei compiti delle diverse unità operative e dei soggetti che vi operano.

All'area dipartimentale delle dipendenze stessa è data possibilità di stabilire protocolli di collaborazione tra strutture extra aziendali ed altre amministrazioni.

La formulazione di proposte in ordine a piani di formazione congiunta, nonché di aggiornamento e in ordine al piano delle ricerche, potranno avere carattere sia annuale che pluriennale, e realizzarsi anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali, nonché a carattere universitario.

I servizi pubblici

Funzioni istituzionali

La Struttura territoriale dipendenze (Ser:T) è lo strumento operativo del sistema pubblico. Obiettivi fondamentali della sua azione sono prevenire la diffusione dei fenomeni di dipendenza patologica e dell'uso e abuso di sostanze legali e illegali e intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano questa problematica e delle loro famiglie.

La Struttura territoriale dipendenze (Ser:T) può articolarsi in unità funzionali, fatte salve particolari situazioni geomorfologiche e/o socio-ambientali rilevate. Alcune prestazioni possono, pertanto, essere erogate sia a livello centralizzato che interdistrettuale, tenuto conto dei bisogni emergenti nel territorio in relazione alle varie tipologie di dipendenza patologica e abuso e ai settori di propria competenza.

Una delle unità funzionali raccomandate è quella per gli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza alcolcorrelata, da attuarsi anche in collaborazione con i medici di medicina generale e con i competenti presidi specialistici e ospedalieri.

Deve essere garantita almeno una unità funzionale alcolologica in ogni A.S.P.

La Struttura territoriale dipendenze (Ser:T) nell'ambito delle proprie competenze provvede a:

- garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente e del contesto familiare;

- predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di qualità della vita, competenze acquisite e reinserimento nella vita sociale e lavorativa;

- effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;

- svolgere attività di psicodiagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, sociale ed educativo e di psicoterapia, al soggetto e alla famiglia, anche in collaborazione con altri servizi della A.S.P.;

- svolgere attività di prevenzione, screening counseling e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;

- svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;

- svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose etc.);

- attivare specifici programmi in collaborazione con altri servizi rivolti a tutelare e sostenere i minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza;

- attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza; avviare specifiche forme di collaborazione con il tribunale per i minorenni per gli interventi a favore dei minorenni che si dichiarano dipendenti, da attuarsi anche con il tramite di altri servizi della A.S.P. e del privato accreditato;

- rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza;

- svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute;

- varie (certificazioni, visite per patenti, vaccinazioni ecc.).

Le aziende sanitarie provinciali si avvalgono, altresì, dell'area dipartimentale dipendenze patologiche per le seguenti attività:

- collaborazione con i provveditorati agli studi per la realizzazione degli interventi di cui agli articoli 105 e 106 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;

- collaborazione con le autorità militari esistenti nel territorio per l'attuazione di quanto disposto agli articoli 109, 110, 111 dello stesso decreto;

- collaborazione con l'amministrazione penitenziaria negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione da attuare nei confronti dei detenuti.

Ai fini del trattamento di cui all'articolo 75 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, su richiesta del Prefetto competente, la Struttura territoriale delle dipendenze (Ser:T) predispone e cura l'attuazione del programma terapeutico dei soggetti loro inviati e fornisce, altresì, all'autorità giudiziaria le certificazioni di cui all'art. 91, comma 2 dello stesso decreto.

La Struttura territoriale dipendenze (Ser:T) assicura la propria collaborazione ai medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 120, comma 4 e dell'articolo 122, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché ad altre strutture socio-sanitarie presenti sul proprio territorio.

Le prestazioni di cui sopra si intendono effettuate nei vari contesti, quali:

- servizio reso a livello ambulatoriale;
- servizio reso al territorio (scuole, parrocchie, ecc.);
- servizio in carcere;
- servizio reso a domicilio;
- servizio reso in strutture accreditate;
- monitoraggio in corso di programma e follow up.

Esse vengono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio.

Organizzazione delle funzioni

La Struttura territoriale dipendenze può strutturarsi in risorse funzionali in base alle seguenti aree: trattamento (tossicodipendenze, alcolgia, altre dipendenze), prevenzione e riduzione della domanda, osservatorio territoriale, grave marginalità (carcere).

A tal fine si avvale delle seguenti tipologie di personale: medici, psicologi, pedagogisti, sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, personale amministrativo, personale di supporto (O.S.A., A.S.A., ecc.). Per particolari attività specifiche, sulla base delle esigenze del territorio o dei piani regionali, possono essere aggiunte altre figure professionali.

Ogni servizio territoriale dipendenze è aperto di norma con orario continuato, almeno per 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, fatte salve le ore dedicate alle riunioni di equipe, con accesso al pubblico per non meno di cinque ore giornaliere. La somministrazione di terapie, anche sostitutive, è garantita con orari congrui per l'utenza per 365 giorni l'anno ed anche al domicilio o tramite l'affido.

Per l'intero orario di apertura è garantita la risposta a quesiti telefonici, comunicazioni urgenti e richieste di informazioni.

In caso di primo contatto in sede, viene effettuata una valutazione medica immediata e, nel caso, i necessari interventi.

È garantita visita medica immediata alle tossicodipendenti in stato di gravidanza.

È garantito dopo il primo contatto, un appuntamento, entro un tempo massimo di 7 giorni, per eseguire una più approfondita valutazione al fine di definire un piano preliminare di intervento.

È garantita, in un periodo massimo di 10 giorni dalla data del primo contatto, una prima valutazione generale della situazione del paziente che dovrà essere anche di tipo sociale nel caso che il soggetto conviva con minori o sia un minore.

È garantita una valutazione multidisciplinare del soggetto nei successivi quindici giorni e in un periodo massimo di 8 giorni alle tossicodipendenti in stato di gravidanza e quando la particolare gravità della situazione sanitaria lo richieda.

A tutti i soggetti sono garantiti programmi definiti nel tempo finalizzati: al raggiungimento di un accettabile equilibrio psicofisico, ad una adeguata evoluzione e risoluzione della situazione di abuso e di dipendenza, all'avvio di un recupero ed integrazione sociale.

Particolare attenzione è data al contesto familiare dei soggetti in cura con figli minorenni.

Ai soggetti è garantita una periodica rivalutazione generale della situazione rispetto agli obiettivi dei programmi in corso e la possibilità di riformulare un nuovo programma con obiettivi definiti nel tempo e concordati. All'interno del programma definito nel tempo e finalizzato si raccomanda l'individuazione di alcuni obiettivi prioritari da individuarsi sia da un punto vista sanitario che sociale (formativi, di lavoro ecc.).

Ai soggetti in trattamento viene garantita e attivamente proposta la possibilità di fruire di adeguati screening relativi alle malattie

infettive correlate, oltre che di incontri di educazione alla salute volti a migliorare la consapevolezza rispetto ai rischi relativi all'assunzione di sostanze.

Ai soggetti in trattamento è garantita una adeguata valutazione di eventuali psicopatologie primarie o secondarie all'uso di sostanze.

Il soggetto viene informato delle conclusioni del processo diagnostico, dei limiti, dei rischi e dei vantaggi del trattamento proposto nonché delle possibili alternative.

Qualora siano necessari interventi non erogabili direttamente, il servizio si attiva per l'invio ad altre strutture del S.S.N. o presso enti del privato sociale accreditati e convenzionati con gli stessi.

Almeno ogni 15 giorni sono realizzate apposite riunioni multidisciplinari per un confronto clinico-operativo riguardante casi trattati da più operatori.

Il servizio territoriale dipendenze può strutturarsi in unità operative su sedi diverse.

Le sedi sono conformi alla normativa e agli standard vigenti, così come indicati del decreto n. 890/02.

È altresì assicurata la disponibilità delle attrezzature di primo intervento e della strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche, ivi compreso la dotazione di tutti i farmaci necessari, nonché di supporto informatico, in ogni singola sede e secondo la tipologia di intervento.

Criteri generali per la presa in carico e il trattamento dei soggetti con problematiche di dipendenze comportamentali e/o da sostanze illecite e lecite e delle loro famiglie

Obiettivo prioritario di ogni intervento di trattamento specifico è la completa astensione dall'abuso di sostanze illegali e legali ed il contrasto dello stato di dipendenza; si riconosce, comunque, come realistico e rispettoso della dignità della persona anche l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e la qualità della vita attraverso la diminuzione dei rischi connessi all'uso di sostanze.

Gli interventi, mono o pluridisciplinari, sono erogati in considerazione dello stato dell'arte delle relative conoscenze scientifiche e professionali.

L'intervento sulla salute psico-fisica del singolo individuo, dove verso il soggetto è vantaggioso per la società, esclude qualunque pregiudiziale ideologica, razziale e religiosa.

La presa in carico del soggetto non può prescindere inoltre dall'offerta alla famiglia dell'adeguato supporto psicologico, sanitario e sociale che la complessa situazione richiede. Particolare attenzione è prestata ai minori, sia che siano abusatori di sostanze sia che convivano con persone coinvolte in questo tipo di problematiche, anche con il coinvolgimento di altri servizi sia delle A.S.P. che del privato sociale.

Le donne in stato di gravidanza ed i minori hanno, nel rispetto delle normative vigenti, assoluta priorità di accesso agli interventi necessari per la tutela della salute psico-fisica e l'inserimento sociale.

Il lavoro inerente il trattamento terapeutico riabilitativo è condotto congiuntamente dagli operatori e dagli utenti che devono pertanto essere coinvolti direttamente nella progettazione e nella realizzazione di piani individualizzati.

Gli stati di dipendenza patologica compresa la tossicodipendenza e l'abuso di sostanze sono patologie particolarmente complesse per quanto riguarda la diagnosi, la prognosi e il trattamento. Ogni caso verrà affrontato a livello multidisciplinare, cercando di cogliere e risolvere anche quelle problematiche di tipo sociale ed educativo che possono impedire un reale processo riabilitativo.

Nell'interesse della salute individuale e collettiva gli interventi sono erogati a chi li richiede, indipendentemente dal fatto che il richiedente sia o meno cittadino italiano o che dimori nel territorio di competenza solo temporaneamente. I vincoli sovra distrettuali e distrettuali per l'accesso ai servizi sono di tipo logistico ed organizzativo. Vanno pertanto superati quando costituiscono pregiudizio per la buona condizione del trattamento.

Valutazione

I trattamenti sono sviluppati conseguentemente a valutazioni che riguardano sia l'abuso e/o la dipendenza patologica sia le patologie correlate di tipo internistico e infettivologico. A seconda dei casi e dell'analisi dei rischi e dei benefici è compito degli operatori clinici, in fase preliminare, decidere quali valutazioni debbano essere completate prima di iniziare il trattamento e quali possono accompagnare le prime fasi del trattamento stesso.

Questo tipo di decisione va attuata per ogni singolo soggetto che si presenti al servizio e non può essere attribuita ad una prassi operativa definita a priori e valida per tutti.

Le valutazioni, che devono essere ripetute periodicamente, devono comprendere:

— una dettagliata anamnesi tossicologica con riferimento ad eventuali trattamenti ed esiti degli stessi;

— un accurato esame medico di tipo generale comprendente: anamnesi, esame obiettivo generale ed esami di laboratorio atti a valutare eventuali patologie correlate o concomitanti con particolare attenzione alle epatiti virali, alle patologie sessualmente trasmesse ed alla TBC; una attività di counseling può favorire l'esecuzione dei test per la ricerca degli anticorpi per HIV per l'eventuale invio a strutture specializzate;

— uno screening di laboratorio per verificare l'utilizzo di sostanze d'abuso e, quando possibile e necessario, l'effettiva assunzione di farmaci prescritti;

— un dettagliato esame di eventuali manifestazioni psicopatologiche pregresse e in atto;

— un accurato esame della situazione sociale-relazionale.

Tipologie di trattamento

Il paziente deve essere trattato, in relazione alle risorse disponibili, in un setting ambulatoriale in grado di garantire buone possibilità di efficacia e di sicurezza.

Il trattamento ospedaliero è particolarmente indicato per:

— pazienti che necessitano di disassuefazione e presentano un serio rischio di astinenza severa o complicata oppure la cui situazione clinica generale, in conseguenza di comorbidità di diverso tipo, fa ritenere insicura la disassuefazione ambulatoriale;

— pazienti che necessitano di disassuefazione e con una storia precedente di ripetuti fallimenti nei trattamenti ambulatoriali;

— pazienti che necessitano di disassuefazione e con stati di psicopatologia grave che impedisca la collaborazione consapevole ad un trattamento ambulatoriale o, ancora, che faccia presumere il rischio di suicidio o, comunque, il passaggio all'atto con gesti auto o etero lesivi.

Il trattamento residenziale o semiresidenziale è particolarmente indicato per:

— soggetti la cui situazione sociale e personale sia interamente focalizzata attorno all'uso di sostanze, specialmente in presenza di deboli risorse personali e di contesto atte a supportare una evoluzione positiva dell'abuso/dipendenza;

— soggetti per i quali i precedenti trattamenti non residenziali si siano dimostrati fallimentari con frequenti ricadute e incapacità a mantenere una compliance positiva col setting ambulatoriale;

— soggetti che necessitano di distacco da una contingente situazione ambientale perché non favorevole allo sviluppo delle fasi terapeutiche-riabilitative seguenti o contemporanee alla disassuefazione;

— soggetti che necessitano di un ambito riabilitativo particolarmente "protetto" ed orientato allo sviluppo di processi educativi prodromici al reinserimento sociale;

— soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale che richiedano benefici di legge quando la situazione ambientale o la situazione personale non diano sufficienti garanzie per la positiva evoluzione di un programma terapeutico-riabilitativo ambulatoriale;

— soggetti a doppia diagnosi, anche quando sia necessario un periodo di osservazione protetto in stato di drug-free prima di programmare ulteriori evoluzioni del processo terapeutico riabilitativo.

Dimissione dal trattamento

Così come il trattamento è un lavoro che coinvolge il professionista con la sua equipe e il paziente, anche la chiusura del trattamento è un processo che va preparato e deve coinvolgere tutti gli attori del trattamento stesso.

La percezione soggettiva di star bene o di stare troppo male sono condizioni che predispongono all'abbandono del servizio e all'aumento del rischio di una ricaduta. È corretto che vengano individuate sia forme attive di contatto, per casi di abbandono precoce del programma, che attività finalizzate alla prevenzione della ricaduta indirizzate ai pazienti che si avvicinano alla fase di chiusura del trattamento.

I minorenni con problematica di dipendenza

In questi ultimi anni la situazione relativa all'uso di sostanze stupefacenti e o psicotrope nei minori ha subito una trasformazione che riflette per alcuni versi il profondo cambiamento nella composizione etnico-sociale del contesto e per altri l'avvicinarsi sul mercato di tipologie di sostanze e comportamenti cosiddetti "ricreazionali" che rappresentano una notevolissima attrazione sulle menti adolescenziali.

In linea generale si può affermare che il complesso delle attività a carattere sanitario, sociosanitario e sociale a favore di soggetti con problematiche di dipendenza patologica e delle famiglie si riferisce sia a minori che ad adulti, pur sussistendo la necessità di porre una definizione univoca del cosiddetto "soggetto giuridico", onde conciliare la minore età con l'esigenza del diritto all'anonimato.

Dal punto di vista strettamente metodologico si raccomanda:

— la tempestività di accesso al servizio e relativa risposta;

- l'attenzione al contesto e al suo possibile coinvolgimento;
- una particolare attenzione alla metodologia dell'ascolto;
- una collaborazione con i servizi preposti ed in particolare con il Centro di giustizia minorile.

È in quest'ottica che la ricerca di sempre più efficaci modalità comunicative tra adolescenti e adulti impegnati in compiti educativi e terapeutici dovrà costituire, nell'immediato futuro, un obiettivo importante nella definizione di progetti ed interventi rivolti ai giovani. L'attenzione è data dall'operare in un quadro che tenga conto del continuum tra normalità e patologia, per calibrare meglio le offerte dei servizi alle necessità di un'utenza in rapida trasformazione.

Compito prioritario degli specialisti che operano nei servizi delle dipendenze sarà di interagire con le diverse agenzie pubbliche e del privato.

Le iniziative condotte da alcuni anni nel campo più strettamente preventivo, sull'intero territorio regionale, hanno fornito interessanti indicazioni su una metodologia di lavoro che cerca di integrare prevenzione e trattamento, per favorire un sempre più precoce accesso ai servizi anche di quelle fasce di popolazione che non portano spontaneamente la loro richiesta di aiuto e che, spesso, rappresenta una quota significativa di disagio sommerso difficilmente raggiungibile.

L'integrazione di servizi estesa a tutte quelle strutture chiamate a fronteggiare problematiche che insorgono in età adolescenziale dà la possibilità di mettere in comune le competenze e gli strumenti specialistici delle differenti professioni e soprattutto di condividere le valutazioni diagnostiche e progettare insieme il percorso terapeutico che viene proposto al soggetto e al suo contesto. L'obiettivo si riconferma nel miglioramento delle modalità di lavoro e della qualità delle prestazioni. Il lavoro di rete limita la dispersione di risorse per l'erogazione di un numero necessario di interventi per ogni specifica situazione, evitando la scarsità così come la ridondanza.

Dipendenza e legislazione

È noto che un consumatore di sostanze e/o un soggetto affetto da dipendenza patologica possano agire comportamenti tali da incorrere in illeciti e/o reati di varia natura, i più frequenti dei quali sono l'illecito uso di sostanze illegali o reati come lo spaccio di sostanze, la rapina, il furto, l'estorsione e la truffa.

Le motivazioni principali di questi comportamenti sono legate alla psicopatologia delle dipendenze patologiche, sia quelle inerenti le sostanze, con l'esempio tipico del consumatore-spacciatore, sia senza sostanze, dei quali è esempio comune la tipologia di reati commessi da parte dei gamblers.

Per tali motivi i servizi per le dipendenze si trovano di fronte alle seguenti situazioni:

- soggetti consumatori di sostanze illegali inviati e/o segnalati dalle autorità competenti e dalle prefetture ai sensi degli artt. 75 e 121 del T.U. n. 309/90 e ss.mm.;

- soggetti rientranti nelle aree del penale che coinvolgono il Ser.T. ai sensi di vari articoli di legge, tra i quali sono da evidenziare soprattutto gli artt. 89 - 90 - 94 del T.U. n. 309/90 e ss.mm.;

Tali situazioni impongono al Ser.T. di relazionarsi, oltre che con le forze dell'ordine, con le prefetture, con i tribunali, in special modo con i tribunali di sorveglianza, con l'UEPE e, nel caso di minori, con il tribunale dei minori e con l'USSM.

Parimenti in queste circostanze si diversificano le strutture presso le quali si possono svolgere i trattamenti, infatti l'intervento del Ser.T. può effettuarsi presso le strutture del servizio stesso e/o presso strutture private, quali quelle previste dall'art. 116 del T.U. n. 309/90 (e suc. mod.) e presso le strutture carcerarie.

In quest'ultimo caso la situazione si mostra complessa visto il dedalo di norme vigenti; infatti, a seguito del decreto legislativo n. 230 del 1999 sono stati prodotti vari decreti e circolari, i più significativi dei quali sono il decreto interministeriale del 10 aprile 2002, il decreto legislativo n. 125/2005 ed il D.P.C.M. 1 aprile 2008, alcuni dei quali resi operativi mediante appositi decreti assessoriali regionali che hanno disciplinato le modalità di trasferimento delle funzioni previste ed attuate dal servizio sanitario penitenziario al S.S.N., ivi comprese risorse, personale, rapporti di lavoro, beni ed attrezzature; si può quindi affermare che, nella Regione Sicilia buona parte di queste norme sono state recepite, altre sono in itinere, e pur in tale complessità, l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti presso le carceri siciliane è stata sino ad oggi garantita con l'ovvia possibilità di un miglioramento reso possibile dalla totale attuazione delle stesse.

Preme sottolineare come, accanto a quanto previsto dal D.M. n. 444/90 art. 2 sui compiti del Ser.T. ... "collaborazione con l'amministrazione penitenziaria negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dalle sostanze d'abuso da attuare nei confronti dei detenuti, nell'ambito dei programmi delle Aziende-U.S.L. per i singoli Ser.T.", appare ancor più stringente e puntuale quanto previsto dal

succitato D.P.C.M. del 2008, allegato A che si riporta integralmente per quanto di competenza dei servizi per le dipendenze patologiche:

Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche

I tossicodipendenti e gli assuntori di sostanze stupefacenti, secondo i dati del Ministero della giustizia, costituiscono circa il 30% dei detenuti adulti presenti nelle carceri italiane. Per quanto riguarda i minorenni detenuti, il dato fornito è pari a circa il 15%. Dati osservazionali provenienti dai servizi specialistici per le tossicodipendenze (Ser.T.) testimoniano come queste percentuali siano livellate su valori significativamente più elevati. Pertanto questa problematica potrebbe coinvolgere fino al 60-70% della popolazione detenuta, sebbene ancora non esistano dati clinico-specialistici certificati. Inoltre, non è da dimenticare come l'alcol (vino) distribuito nelle carceri per adulti, in quanto alimento non proibito, ma solo a distribuzione controllata, possa rappresentare un serio problema che si innesta sul terreno delle dipendenze e/o come problema a se stante. Inoltre, accanto a questo quadro è necessario considerare anche tutte le forme di «patologie da dipendenza senza sostanza» quali il doping, il gambling, ecc.

L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T. dell'azienda sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del paziente all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica di presa in carico della persona nella sua globalità, che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive, ivi compresa la riduzione del danno e la gestione clinica delle patologie associate o secondarie, in stretta connessione con gli enti ausiliari.

Per tali scopi è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimento penale, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate, sul «turnover» della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta, sull'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive), sullo stato dei presidi per l'assistenza ai soggetti alcol-tossicodipendenti presenti negli istituti di pena, compreso il personale ivi operante;

- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta;

- l'immediata presa in carico dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, da parte del Ser.T. è la garanzia della necessaria continuità assistenziale;

- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;

- la richiesta ed effettuazione di indagini chimico-cliniche ritenute necessarie;

- l'effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;

- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del soggetto;

- la definizione di specifici protocolli operativi per istituti e sezioni a custodia attenuata quali strutture sanitarie complesse sede di progettazione regionale terapeutica di riabilitazione;

- la definizione di procedure per l'invio dei soggetti, qualora indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a sezioni od istituti «a custodia attenuata», idonei per settings terapeutici più efficaci, con la previsione di precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori;

- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti nell'ambito delle misure alternative, sia che riguardino l'affidamento ad un servizio di cura, ivi comprese le comunità terapeutiche, sia nel caso degli arresti domiciliari; analoghi protocolli vanno previsti per il trattamento dei minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;

- la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia".

Infine, con tale decreto, qualunque inserimento in comunità terapeutiche, sia per adulti che per minori, è di competenza economica della sanità.

Il lavoro svolto dai Ser.T. all'interno delle carceri, quindi, è di particolare importanza e delicatezza, infatti si tratta di interventi clinici complessi, sia sul campo preventivo primario che su quello secondario e terziario; tali interventi sono inerenti sia alle dipendenze che spesso alle patologie concomitanti di tipo infettivo-internistico e psichiatrico, e vengono effettuate in condizioni ambientali critiche giacché trattasi quasi sempre di soggetti sotto stress da astinenza, da privazione di libertà e da difficili situazioni ambientali -relazionali con gli altri detenuti.

Infine, accanto alle prestazioni cliniche più dirette, in applicazione dei succitati articoli del T.U. n. 309/90 e ss.mm., i Ser.T. devono essere in grado di porre accurata diagnosi, di indicare le modalità con le quali si è giunti alla stessa e di porre un criterio di idoneità per le scelte terapeutiche extra carcerarie delle quali il detenuto intende usufruire, mediante le varie opzioni offerte dalla legge e dalle sue posizioni giuridiche.

Area minori

Il D.P.R. n. 448/88 in materia penale minorile prevede il coinvolgimento, nelle varie fasi del procedimento penale, anche dei servizi territoriali. In particolare l'art. 22 (collocamento in comunità), assimilabile alla forma degli arresti domiciliari negli adulti, comporta l'onere della copertura amministrativa a carico del Ministero della giustizia minorile, per il tramite dei propri centri giustizia minorile. Il magistrato dispone l'applicazione dell'art. 22, direttamente in via del minore, per il tramite dei centri sopra indicati, attingendo alle disponibilità date dalle strutture convenzionate con il medesimo.

Per quanto riguarda l'applicazione, invece dell'art. 28 (messa alla prova con prescrizioni e l'applicazione dell'art. 47 bis dell'ordinamento penitenziario stesso, che sono forme assimilabili all'affidamento sociale nell'area adulti), la copertura è a carico dell'A.S.L. che si avvarrà delle strutture appositamente autorizzate e accreditate, come indicato al punto "minori con problematiche di dipendenza", fermo restando la definizione di un programma terapeutico individualizzato e preventivamente accettato dalle autorità competenti in materia.

In questo senso appare fondamentale ribadire la necessità di una presa di contatto più consapevole, da parte delle strutture tutte, con i reali bisogni di cura e di protezione dei soggetti giovani e delle potenzialità integratrici che possono essere messe in campo utilizzando strumenti appropriati e diversificati, definendo un possibile percorso, che in termine quali-quantitativo integri le azioni dei diversi enti coinvolti, garantendo ai minori ospiti con problematiche di tossico-alcodipendenza, differenti trattamenti psico-medico-sociali.

Il Ser.T. si relaziona con il tribunale dei minori anche per quanto concerne:

- a) quei casi in cui degli adulti tossicodipendenti abbiano dei figli minori, al fine di verificare l'esistenza delle capacità genitoriali possibilmente minate dalla dipendenza patologica;
- b) accertamenti specialistici su coppie al fine di valutarne l'idoneità di adozione.

Sistema informativo regionale per le dipendenze

L'esperienza avviata negli ultimi anni attorno alla costruzione del Sistema informativo regionale delle dipendenze (SIRD) ha prodotto incoraggianti risultati ed eccellenti risposte in diverse province del territorio regionale. Con le circolari n. 1165/06, n. 1214/07 e n. 1259/09 sono state impartite direttive per lo sviluppo del nuovo sistema informativo fissando alcuni indicatori di utilizzo e di risultato sul programma rispetto ai quali è stata condivisa una valutazione dell'efficacia dell'intervento.

Il complesso obiettivo del raggiungimento di un sistema di raccolta dei dati su supporto informatizzato in questo settore, ha altresì messo in evidenza le inevitabili differenze tra realtà locali certamente avvantaggiate, che hanno efficacemente affrontato e risolto gli indispensabili cambiamenti necessari per realizzare la raccolta informatizzata dei dati epidemiologici ed i territori che devono fare i conti con contesti locali maggiormente carenti, nei quali si rivela più problematico avviare e mantenere processi innovativi.

Complessivamente, alla luce dei positivi risultati raggiunti sulla base della valutazione condotta nell'ambito del gruppo di coordinamento regionale sono emerse le seguenti esigenze operative sottolineate nella citata circolare n. 1259/09:

- proseguire nel monitoraggio delle attività in corso anche per rafforzare il Sistema informativo, soprattutto in vista della sperimentazione dell'NSIS dedicato specificamente alle dipendenze (SIND);
- migliorare il raccordo sia con le postazioni aziendali sia con l'addestramento del personale regionale individuato nella specifica attività per il conferimento del database regionale all'interno della sperimentazione del programma SIND;
- proseguire con la formazione a livello regionale per migliorare la partecipazione al programma in corso da parte di tutto il personale e per ridurre il divario tra le varie realtà territoriali;

— incentivare in modo differenziato le diverse aziende, affinché le esperienze e le professionalità sviluppatesi nel tempo, nelle realtà virtuose, possano essere rese maggiormente fruibili e costituire ulteriore stimolo per il miglioramento delle realtà in maggiore difficoltà.

Essendo l'area dipartimentale delle dipendenze impegnata ad adempiere al proprio debito informativo ai sensi del D.M. 11 giugno 2010, si ribadisce l'imprescindibile adozione degli idonei provvedimenti di formalizzazione che consentano la costituzione e/o il rafforzamento delle funzioni dell'OEPD (Osservatorio epidemiologico provinciale dipendenze) a livello aziendale.

Le aziende sanitarie provinciali garantiranno la massima collaborazione attraverso i responsabili ed il personale delle strutture afferenti all'area dipartimentale delle dipendenze patologiche, curando l'adozione dei provvedimenti necessari per il superamento di eventuali criticità logistiche e organizzative a livello locale, prevedendo altresì, al fine di migliorare l'adesione da parte degli operatori coinvolti, il ricorso a strumenti previsti dalla normativa contrattuale in materia d'incentivazione.

Formazione, aggiornamento e supervisione del personale

Nell'ambito dei percorsi di formazione permanente o di aggiornamento obbligatorio si dovrà tenere conto delle variabili legate:

- ai soggetti destinatari, con particolare attenzione alla popolazione giovanile, alle modificazioni del fenomeno e alla presa in carico delle famiglie;
- ai bisogni formativi degli operatori sia dei servizi pubblici che del terzo settore da rilevarsi in sede di programmazione locale anche sulla base dei progetti collaborativi in corso, in base alle qualifiche e alle esperienze professionali possedute;
- all'esistenza di un piano di inserimento per gli operatori di nuovo arruolamento.

Le richieste di una migliore qualificazione professionale, di un aumento della qualità dei servizi, di una maggiore integrazione dei ruoli, caratterizzano gli attuali contesti organizzativi e accompagnano le profonde trasformazioni e le esigenze di rinnovamento che negli ultimi anni si sono potute osservare.

È auspicabile, quindi, l'individuazione di un programma formativo che pur privilegiando gli ambiti più esposti ai rischi di demotivazione personale, offrano in modo continuativo e sistematico, percorsi di integrazione tra pubblico e privato, per la realizzazione di una rete capillare e poco burocratizzata di servizi.

Semplicità ed efficienza devono essere le componenti fondamentali della qualità del sistema dei servizi. La flessibilità garantisce che il singolo possa esprimere e soddisfare le proprie esigenze a partire dai bisogni che presenta.

Modalità

Organizzazione di corsi di approfondimento delle singole aree di intervento professionale.

Attivazione di momenti formativi di approfondimento tematico. Supervisione sulle modalità lavorative a livello di equipe e/o di gruppi di lavoro.

Supervisione degli interventi tecnico-professionali sui soggetti con problematiche di dipendenza.

Strumenti

Partecipazione a corsi specialistici organizzati da enti preposti alla formazione lavorativa dei professionisti.

Corsi mono e pluriprofessionali. Attività formativa in itinere all'interno di specifici interventi progettuali.

Utilizzo di soggetti esterni al servizio per le attività di supervisione.

L'area dipartimentale delle dipendenze concorre al perseguimento degli obiettivi di cui sopra nell'ambito del previsto piano regionale di formazione anche in collaborazione con università, agenzie formative e sulla base dei previsti accordi di programma provinciali.

Valutazione della qualità

Anche nell'area dipartimentale delle dipendenze l'incentivazione dello sviluppo ed il controllo della qualità è fondamentale per la programmazione e gestione del sistema di offerta dei servizi.

La scelta prioritaria consiste nel rendere gli enti erogatori responsabili della costruzione, attivazione e messa a regime del sistema di qualità stesso.

Ogni servizio afferente deve attivare un proprio sistema di documentazione coerente con i criteri di qualità, garantire il controllo dei medesimi, documentandone il rispetto, cogliere disfunzioni e rimuoverle, attivando strategie di miglioramento continuo, al fine di garantire una migliore pianificazione e il controllo dei processi fondamentali dell'organizzazione, attraverso:

- definizione della responsabilità ;
- attivazione di programmi di valutazione e miglioramento della qualità;
- utilizzo di un sistema periodico di monitoraggio e verifica degli interventi e dei progetti;
- realizzazione almeno annuale di una indagine per la valutazione della soddisfazione degli utenti, delle loro famiglie e degli operatori;
- attivazione di un sistema di valutazione dei trattamenti;
- attivazione di momenti di comunicazione dei risultati raggiunti.

Gli indicatori (di domanda, di accessibilità, di risorse, di attività, di risultato) che si andranno ad individuare potranno rappresentare un set di informazioni utile a misurare i cambiamenti, sia in ambito gestionale che organizzativo, tenuto conto del complesso delle attività e degli interventi previsti con apposite linee guida regionali.

(2011.27.2114)102

ADDICTION TRA ADDICERE, AD-DICTARE E ADDUCERE

Addiction è il termine inglese adottato dalla comunità scientifica per descrivere una condizione di dipendenza patologica con il significato di dipendenza fisica, vizio, assuefazione ma anche passione, mania, amore fanatico (Dizionario Zanichelli).

Fa riferimento al verbo ormai ritenuto antiquato **to addict**, che secondo quanto riportano i diversi Dizionari della lingua Inglese, vuol dire indurre, spingere ad un vizio. Il termine addiction si fa derivare dal latino **addicere**, termine giuridico dai diversi significati, la maggior parte dei quali lontani dal significato di addiction. Tra questi, quello che è più prossimo al significato di dipendenza è quello di **vincolare, obbligare**. **Addictus** era la condizione giuridica del cittadino romano che non potendo pagare un debito era dichiarato, da un tribunale, appartenente al creditore; ne diveniva perciò un servo (si potrebbe dire un dipendente) ma non un vero e proprio schiavo, perché conservava il suo **nomen**, il suo **cognomen** e l'appartenenza alla sua tribus; e, pagando il suo debito, poteva riacquistare la libertà anche contro la volontà del suo temporaneo padrone. Pertanto il significato di dipendenza è, in questo caso, equiparabile a quello di un servitore vincolato ad un padrone dalla legge e, successivamente, con il trascorrere dei secoli, da un accordo o da un contratto che fa del soggetto un **pendente da**, dipendente, per servire un padrone o un ente pubblico. Il termine dipendenza, poi introdotto nel periodo augusteo, dipendere, pendere da, aveva il senso di essere sottoposto, essere soggetto, ma anche nel senso della provenienza, dell'averne origine. Il verbo **addicere**, pertanto, traduce bene il concetto del servire, e **addictus** quello di servitore, che differisce da quello di schiavo. Soddisfa maggiormente un generico e diversificato significato del concetto di dipendenza. Per estensione se si vuole applicare il significato di vincolo, oltre a quello giuridico, possiamo estenderlo a quello biologico quale vincolo alle necessità del proprio corpo, a quello farmacologico quale vincolo ad un bisogno chimico, a quello sociale quale vincolo al gruppo di appartenenza, a quello affettivo quale vincolo verso le figure di riferimento, etc.

C'è un rinvio al debito, quale dipendenza reale dai bisogni di sopravvivenza, di affetto, di status sociale. Questa estensione di senso ben si addice ad una significazione di dipendenza come fatto naturale, in quanto entro i limiti stabiliti dalla natura, mentre il termine inglese addiction si riferisce ad una condizione che va oltre, ad un eccesso, e fa riferimento al

verbo antiquato **to addict**, che vuol dire indurre, spingere ad un vizio. Il significato di tale verbo non ci fa pensare ad addicere ma al suo corrispondente latino, per significato, **adducere**, con il senso di trascinare, indurre a, prossimo all'arcaico **seducere**, sedurre, secondo il Devoto Oli dal latino "se"- via - **"ducere"**- condurre, letteralmente distogliere dal bene con lusinghe e allettamenti. Inoltre, da **(ad)ducere**, proviene la parola italiana duce, nel senso di dittatore, capo che accentra su di sé tutti i poteri, per cui è anche un **dict-ator**. La parola **dictatura** nasce dal verbo latino **dictare**, indica l'azione di dire, dettare, nel senso di impartire ordine e comandare. Termine giuridico della latinità, nella Roma repubblicana, usato per designare un magistrato straordinario a cui venivano conferiti pieni poteri sia civili che militari. In senso storico, nel tempo, si è legato ad un valore negativo, ad un potere liberticida. Il suo significato rimanda alla privazione della libertà di poter rifiutare un comando che, nella sua forma passiva, si traduce in **asservito ad un potere assoluto**, per cui **comandato a**, ovvero **costretto a**. Quale percorso ha condotto gli studiosi a far derivare il termine addiction da **addicere**? Il percorso tracciato sopra giustifica la sovrapposizione semantica del **to addict** con il significato del verbo **adducere** per senso, e, per caratteristiche fonetiche e senso, con il verbo **ad-dictare**. Il verbo **ad-ducere** e **ad-dictare**, sono più prossimi alla descrizione del significato di una dipendenza patologica di quanto lo sia il termine **addicere**, in quanto rimandano ad un essere indotto, ad un essere trascinato verso, quale motivazione diretta da **un asservimento indotto da un comando superiore dal potere liberticida**; mentre il verbo addicere rimanda ad un vincolo giuridico, e solo per estensione ad una generica dipendenza.

Dott. Salvatore Daidone
Psicologo Ser.T di Trapani