



ASSESSORATO ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale per la Salute
Servizio Assistenza Socio-Sanitaria

**PIANO di AZIONE REGIONALE
sulle DIPENDENZE
2012 - 2015**



FILOTEO DI SANDRO
ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

Il fenomeno delle tossicodipendenze e dell'abuso di alcol, nella nostra Regione ha registrato una crescita ed una diffusione capillare specialmente tra le generazioni più giovani. Se accanto a queste problematiche consideriamo anche quelle delle patologie correlate o delle nuove dipendenze (da gioco d'azzardo e internet), ci troviamo di fronte ad un quadro allarmante cui le Istituzioni tutte devono offrire una risposta concreta.

In tal senso le azioni da mettere in campo non possono focalizzarsi solo sulla cura e riabilitazione dei soggetti colpiti, ma devono articolarsi in una serie di interventi che spaziano dalla prevenzione al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti interessati.

Sulla base di queste considerazioni, e dopo aver valutato le indicazioni provenienti dal Dipartimento per le Politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si è deciso, di redigere, anche in Molise, un Piano di Azione Triennale volto alla prevenzione ed al contrasto delle tossicodipendenze e delle patologie correlate. La scelta è mirata al coinvolgimento di tutti gli attori che, a vario titolo, risultano essere interessati dal fenomeno al fine di creare una sinergia, in termini di approccio metodologico, per promuovere, in maniera condivisa, azioni concrete.

La nostra realtà ci consente di realizzare un modello di lavoro più che funzionale che può, anche nell'arco di un triennio, cominciare a produrre risultati significativi; le indicazioni contenute in questo Piano, dovranno poi essere tradotte in azioni concrete dalle Amministrazioni Locali, dai Ser.T. dalle Forze dell'Ordine, dalle Istituzioni Scolastiche, dalle Comunità di recupero e dalle varie Associazioni presenti sul territorio.

È un diritto dei nostri giovani quello di vivere in un ambiente sano e sicuro, è un dovere delle Istituzioni quello di assicurare le condizioni necessarie perché questo avvenga. Spesso, però, la creazione dei soli presupposti non è sufficiente per il contrasto di un fenomeno subdolo come quello delle dipendenze patologiche che, direttamente ed indirettamente, incide anche sulla microcriminalità locale e sui costi sociali sostenuti dai cittadini. Per questo mi auguro che questo Piano di Azione Triennale, possa rappresentare un primo passo verso la creazione di una vera e propria cultura della tutela della salute e della sicurezza.



<i>PREMESSA</i>	pag. 3
1. DATI EPIDEMIOLOGICI	pag. 4
2. SISTEMA SANITARIO REGIONALE SULLE DIPENDENZE	pag. 5
3. PIANO DI AZIONE REGIONALE SULLE DIPENDENZE – P.A.R.D.	pag. 7
4. AREE D' INTERVENTO	pag. 9
4.1 PREVENZIONE	pag. 9
4.2 CURA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE - PPC	pag. 15
4.3 RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO	pag. 21
4.4 FORMAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO	pag. 25



PREMESSA

Negli ultimi anni, in Molise, il fenomeno della diffusione ed il consumo di sostanze psicotrope e di alcol ha assunto progressivamente caratteristiche di crescente complessità in cui anche le agenzie educative (famiglia e scuola) spesso si sentono smarrite ed impreparate di fronte ad una problematica così articolata e di difficile gestione.

L'uso, l'abuso e la dipendenza da droghe e da alcol riguarda un numero sempre crescente di giovanissimi che spesso sottovalutano e sminuiscono la pericolosità ed i danni diretti ed indiretti causati proprio dalle medesime sostanze.

Nel comportamento di assunzione di sostanze si registra prevalentemente l'uso combinato di più sostanze, ovvero il policonsumo, le cui conseguenze sono difficili da prevedere e non necessariamente risultano dalla somma degli effetti delle singole sostanze. Il consumo combinato di droghe può potenziarne gli effetti ma può anche avere conseguenze più rilevanti sia sul piano fisico che psichico.

Altro fattore di criticità è rappresentato, oltre che dall'abuso di farmaci non prescritti, anche e soprattutto dal consumo di tabacco che, costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute.

Da non sottovalutare, poi, come la diffusione e l'utilizzo delle nuove tecnologie abbia facilitato sia la conoscenza delle sostanze, comprese le modalità di consumo e gli effetti, sia la loro reperibilità che va ad aggiungersi alla abituale diffusione sempre più capillare del traffico illecito.

È importante, a questo punto, sottolineare anche l'importanza della costante prevenzione quale investimento a breve, a medio e a lungo termine se si considera come l'età del primo consumo si sia abbassata rispetto al passato e come l'uso della cannabis e dell'alcol sia ancora molto diffuso tra le giovani generazioni.

Per una visione completa del fenomeno sul territorio regionale si rileva che, oltre alle cosiddette vecchie dipendenze, emergono le dipendenze comportamentali come il gambling patologico l'uso eccessivo di videogiochi, internet, shopping compulsivo etc. per le quali i servizi, già fortemente carenti in risorse umane, non riescono a far fronte. Del resto in alcuni Ser.T. permangono oltre alla mancanza di risorse umane anche quelle strutturali e tecnologiche. Per di più le Comunità terapeutiche esistenti in regione, sono tutte classificate come pedagogico-riabilitative e pertanto non riescono ad offrire risposte terapeutiche diversificate.

Infine, l'assenza di un Dipartimento regionale delle dipendenze non facilita l'unificazione di processi e procedure standard che permettano di ottenere la stessa qualità nell'erogazione di prestazioni sia in ambito preventivo, sia di cura che di riabilitazione. In più tale carenza non permette la completa integrazione tra pubblico, privato sociale e la rete del volontariato locale necessaria per assicurare la continuità assistenziale nell'evoluzione dello stato clinico del paziente e per affrontare le "problematiche" nelle fasi sempre più precoci e prodromiche.

L'elaborazione di questo primo Piano di azione regionale sulle dipendenze 2012-2015 - P.A.R.D., deriva dall'esigenza di individuare uno strumento condiviso tra coloro che operano a vario titolo all'interno della materia e dalla necessità di omogeneizzare le azioni di contrasto alle dipendenze per una maggiore incidenza sul territorio regionale.



1. DATI EPIDEMIOLOGICI

Nell'anno 2011, gli utenti in trattamento per problematiche di dipendenza sono stati in totale 1.667 seguiti nelle 6 sedi operative dei Servizi per le Tossicodipendenze regionali. Il 73% degli utenti in trattamento sono stati tossicodipendenti, 26% alcol dipendenti e lo 0,9% è affetto da gambling (gioco d'azzardo). Nel biennio 2010-2011 gli utenti in trattamento sono stati prevalentemente di sesso maschile (86,8% per l'anno 2010 e 85,8% per l'anno 2011).

Gli utenti tossicodipendenti in carico presso i Ser.T nell'anno 2011, sono stati 1.206 di cui nuovi utenti il 26% nel 2010 ed il 22,6% nel 2011. Prevalde ancora l'utenza di sesso maschile rispetto a quella femminile (rispettivamente l'87,4% e il 12,6% nell'anno 2011) tra i soggetti in carico come per la nuova utenza.

Relativamente all'età dei tossicodipendenti che afferiscono al Ser.T. emerge che, nell'anno 2010 e nell'anno 2011, la percentuale maggiore dei tossicodipendenti in trattamento aveva un'età compresa tra i 25 e 29 anni (25% circa), seguita da coloro con età compresa tra i 30 e i 34 anni (22% circa). In particolare si può osservare che la maggior parte dell'utenza femminile, il 35%, nell'anno 2010 aveva età inferiore a 25 anni contro il 24% degli uomini e, parallelamente nell'anno 2011 il 28,3% dell'utenza femminile non aveva ancora compiuto 25 anni contro il 16,9% dell'utenza maschile.

Le sostanze di abuso di uso primario, sia nell'anno 2010 che nell'anno 2011, appartengono alla classe degli oppiacei (70,1% nel 2010 e 76,5% nel 2011 degli utenti è stato in trattamento presso un Servizio a causa dell'abuso di tali sostanze), con valori percentuali nettamente inferiori seguono la cocaina (12% circa nei due anni), i cannabinoidi (8,3% nel 2010 e 7,2% nel 2011) e altre illegali (3% in entrambe gli anni osservati).

Riguardo agli utenti tossicodipendenti reclusi negli Istituti penitenziari si evidenzia che il 13,9% nel 2011 è stato sottoposto a trattamento farmacologico. Inoltre il trattamento psicosociale è così distribuito: interventi di servizio sociale 82,1% nel 2010 e 98,2% nel 2011, sostegno psicologico 28,3% nel 2010 e 25,9% nel 2011 e psicoterapia 11,3% nel 2010 e 0,9% nel 2011.

Gli utenti Ser.T. con dipendenza patologica da bevande alcoliche, nell'anno 2011 sono stati 446. La maggior parte degli utenti è rappresentata da utenti già in carico (77,1% nel 2010 e 81,8% nel 2011) ed i nuovi utenti corrispondono al 22,9% nel 2010 e 18,2% nel 2011.

Nel 2011 si evidenzia una preponderanza del genere maschile ovvero l'81% del totale alcolodipendenti in trattamento e riguardo alla distribuzione per genere relativa ai nuovi utenti si ripropone una prevalenza di maschi rispetto alle donne (78% circa nel biennio 2010-2011).

La maggior parte degli alcolodipendenti in carico presso i Ser.T. ha un'età compresa tra i 40 e 49 anni (34,5% nel 2010 e 46,8 nel 2011); segue l'utenza tra i 50 e i 59 anni (27,8% nel 2010 e 23,1% nel 2011), utenti tra i 30-39 anni (18% nel biennio 2010-2011), utenti con età superiore a 60 anni (16% nel 2010 e 9,9% nel 2011) ed infine utenti di età inferiore ai 19 anni.

Nell'anno 2010 il 43,9% di alcolodipendenti in trattamento presso i Ser.T. ha abusato primariamente di *vino*, il 33,9% ha usato prevalentemente *birra*, il 18,4% *superalcolici* e il 4,5% *aperitivi, amari e digestivi*; anche nell'anno 2011 il *vino* è stata la bevanda alcolica usata con maggior frequenza (42,9%), seguita dai *superalcolici* (25,6%), dalla *birra* (24%) e da *aperitivi, amari e digestivi* (3,3%).

Relativamente al fenomeno del gambling i dati a disposizione fanno riferimento soltanto all'anno 2011 ed evidenziano che i dipendenti da gioco d'azzardo in trattamento presso i Ser.T. sono 15 utenti, distinti in 12 maschi e 3 femmine. La maggior parte degli utenti ha età compresa tra i 30-34 anni (4 utenti), seguita dalla classe 50-54 anni (3 utenti) e dalle classi 15-19 anni, 35-39 anni, 55-59 anni (tutte con 2 utenti) e, infine, dalle classi 40-44 anni e 45-49 anni (entrambe con 1 utente).

Ai G.A.M.A., ovvero i gruppi di auto-mutuo aiuto, hanno preso parte un totale di 69 utenti nell'anno 2010 e 85 utenti nell'anno 2011 con un numero medio di partecipanti per gruppo di circa 7 utenti in entrambi gli anni.

Nel complesso i G.A.M.A. sono composti principalmente da maschi con valori percentuali pari a 78,3% nel 2010 ed a 74,1% nel 2011.

L'andamento generale dell'età resta costante nel biennio 2010-2011 e le classi di età che hanno fatto registrare una frequenza maggiore sono state quella 40-44 anni (il 18,8% degli utenti nel 2010 e il 24,7% nel 2011) e quella 45-49 anni (15,9% nel 2010 e 18,8% nel 2011) e risulta evidente, comunque, una maggiore presenza degli utenti in età più avanzata rispetto ai giovani. Inoltre riguardo al periodo di partecipazione ai gruppi è emerso che il 21,7% nel 2010 e il 32,9% nel 2011 frequentava il gruppo da meno di un anno, ma la maggior parte degli utenti (52,2% nel 2010 e il 44,7% nell'anno successivo) vi prendeva parte da un periodo compreso tra 1 e 5 anni.



2. SISTEMA SANITARIO REGIONALE SULLE DIPENDENZE

L'attuale rete regionale dei Servizi relativa alle dipendenze patologiche risulta così articolata:

- n. 5 Ser.T.: Agnone, Campobasso, Isernia-Venafro, Larino, Termoli; Campobasso, Isernia e Larino erogano servizi anche dell'utenza detenuta nelle n. 3 Case circondariali territoriali;
- n. 3 Comunità pedagogico-riabilitative residenziali, in corso di accreditamento definitivo;
- Associazione Regionale dei Club Alcolici Territoriali - A.R.C.A.T. Molise - con n. 11 Club Alcolici Territoriali;
- Alcolisti anonimi e Al-Anon;
- Associazioni di familiari e di volontariato.

Le caratteristiche del citato sistema sanitario possono essere sintetizzate e suddivise in punti di forza e debolezza come di seguito:

Punti di forza

- **offerta terapeutica** dei servizi pubblici e privati ed **esperienza degli operatori** nell'ambito del trattamento terapeutico per soggetti con dipendenza in particolare oppiacea e alcolica;
- **risorse umane** con competenze in metodologia e tecnica riabilitativa (in campo pedagogico, psicoterapico, sociologico e medico);
- discreta **attivazione e coinvolgimento** della rete pubblico-privata a sostegno delle situazioni a rischio;
- attivazione del **sistema informativo sulle dipendenze (SIND)** che ha messo in rete i SerT territoriali, la Regione e le Strutture centrali di riferimento e che consente l'acquisizione dei dati e delle informazioni in tempo reale al fine di approntare azioni mirate a rispondere alle problematiche emergenti;
- presenza sul territorio di **Gruppi G.A.M.A.** per problemi alcolcorrelati (Club Alcolici Territoriali, Alcolisti anonimi e Al-Anon).

Punti di debolezza

- assenza di un **Dipartimento delle dipendenze patologiche** a livello regionale, da prevedere come coordinamento funzionale e non strutturale dei servizi pubblici esistenti, del privato sociale accreditato, degli altri organismi che operano nel settore, anche privato non profit;

- assenza di **protocolli operativi e linee di indirizzo regionali** per accrescere l'efficacia diagnostica della cura e della riabilitazione nei soggetti dipendenti;
- **carenza organizzativa e di personale:** i Ser.T. hanno un elevato numero di utenti, ma operano sempre in condizioni di sottodimensionamento rispetto a quanto previsto dalle piante organiche e spesso risulta inadeguata anche la dotazione strutturale e strumentale; questo non permette che i servizi si possano organizzare in U.O. diversificate utili per affrontare "le dipendenze emergenti";
- **garantire la presa in carico dei bisogni delle persone,** il rischio specifico è concentrare le poche risorse principalmente sul paziente dipendente da eroina rimanendo, così, fortemente caratterizzati come *servizi per eroinodipendenti* senza riuscire ad implementare adeguatamente l'assistenza su altre forme di dipendenza (alcolismo, tabagismo, dipendenza senza sostanza);
- **aumento dei pazienti in carico ai Ser.T. in doppia diagnosi** (affetti da patologia psichiatrica e patologia di dipendenza) deve portare ad identificare linee comuni per la diagnosi e la gestione del paziente stesso tra i Ser.T. e il Dipartimento di Salute Mentale per permettere trattamenti integrati. È auspicabile un modello organizzativo che deve essere formalizzato sia a livello regionale con tavoli comuni di programmazione fra i rappresentanti dei diversi Servizi, sia a livello territoriale con équipe integrate organizzate secondo lo stile del "case management";
- assenza di **programmi d'allerta precoce** per la prevenzione all'uso di droghe (giovannissimi) considerato il tempo di latenza (da 5 a 8 anni) che intercorre tra il primo utilizzo di sostanze e la presa in carico dei servizi;
- mancanza di **programmi volti all'accoglimento delle "urgenze"** deve favorire programmi e protocolli operativi pubblico-privati rivolti a quella tipologia di utenti (poliassuntori e/o doppia diagnosi) che non rispondono alle possibilità di trattamento ambulatoriali e ai più classici e duraturi programmi in Comunità di recupero;
- presenza di stereotipi e pregiudizi da parte del territorio ad accogliere e a favorire il **reinserimento di soggetti** con problematiche di dipendenza;
- assenza di **comunità terapeutiche diversificate nell'offerta** (accoglienza e osservazione, pedagogico, terapeutico-riabilitativo, sostegno al ruolo genitoriale in particolare materno, eccetera);
- presenza ancora di **resistenze** da parte dei Servizi pubblici ad interagire con le Associazioni di volontariato presenti sul territorio e ad attivare un lavoro di rete;
- **assenza di un Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche** che possa contribuire a definire strategie e implementare servizi e che consenta, allo stesso tempo, di omogeneizzare i dati e di impostare gli interventi su elementi oggettivi e scientificamente validati.





3. PIANO DI AZIONE REGIONALE SULLE DIPENDENZE – P.A.R.D.

L'elaborazione di un Piano regionale sulle dipendenze attualmente appare necessario al fine di fronteggiare in maniera più organica e univoca il fenomeno delle dipendenze che, con la sua crescente articolazione, rischia di far disperdere le azioni territoriali di prevenzione, di contrasto, di cura e riabilitazione già presenti e attive sul territorio molisano.

Il fenomeno delle dipendenze vecchie e nuove per la sua vastità e problematicità, per la natura di *patologia cronica e recidivante*, nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme d'approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, richiede una modalità di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e i metodi di intervento già collaudati.

L'imprescindibile integrazione fra le politiche sanitarie e sociali diviene nodale per costruire una visione coordinata di approccio al problema, al fine di riorganizzare l'unitarietà della programmazione e delle azioni in materia di dipendenze patologiche. Tale approccio trova realizzazione nel Dipartimento per le Dipendenze, quale luogo di condivisione, concertazione ma anche di comunicazione tra i diversi soggetti che, a vario titolo, intervengono sulla tematica e possono promuovere, stimolare e creare opportunità preventive e assistenziali del territorio.

La programmazione, quindi, effettuata in un'ottica di una integrazione degli interventi e di un migliore impiego delle risorse esistenti, risulta essere un fondamentale strumento per far fronte ad fenomeno complesso come le dipendenze patologiche che necessita sempre più di un coordinamento di azioni.

Il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze – P.A.R.D. che, in sintesi, vuole essere strumento caratterizzato dall'operatività e volto alla concreta realizzazione degli interventi tenendo conto sia degli indirizzi nazionali che della concertazione locale per rendere le azioni più omogenee ed efficaci su tutto il territorio regionale, è stato elaborato attraverso diversi incontri realizzati con i Servizi per le dipendenze, dell'Associazione ARCAT, del Privato Sociale, dei Familiari e del Volontariato.

Per la predisposizione del Piano si tiene conto del:

1. Piano Sanitario della Regione Molise 2008-2010 che già segnalava criticità, obiettivi e priorità ancora attuali;
2. Piano d'Azione dell'UE Europeo in materia di lotta alla droga 2009-2012 che mira a raggiungere un elevato livello di protezione, di benessere e di coesione sociale prevenendo e riducendo il consumo di stupefacenti;
3. Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 elaborato in seguito agli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle politiche antidroga tenutasi a Trieste nel 2009 dal quale si evidenzia la necessità di ritrovare una unitarietà di azione orientata a rispondere ai nuovi bisogni, un coordinamento nazionale, un maggiore investimento e innovazioni delle strategie;
4. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 sulle dipendenze patologiche.

In quest'ottica il P.A.R.D.:

- considera quale presupposto irrinunciabile l'integrazione delle professionalità nel tentativo di lavorare con la complessità del fenomeno delle dipendenze e delle patologie correlate, non semplificabile con un approccio unico né con un unico servizio;
- riconosce la necessità di una negoziazione tra bisogni, processi e posizioni diverse e di una conseguente progettazione del sistema coniugando servizi, professionalità e competenze diverse;
- ribadisce l'importanza dell'aspetto sanitario dell'intervento, centrale ma non esclusivo, ed una effettiva interazione socio-sanitaria;

- conferisce la giusta importanza alla rete territoriale (servizi sociali, famiglia, gruppo di amici e/o di pari, associazioni, ecc.) come integrazione all'intervento di presa in carico.

Nel rispetto delle linee guida generali del PAN, che prevede l'azione sinergica di Amministrazioni Centrali, Regioni e Organizzazioni non Governative ed Associazioni di settore, anche il P.A.R.D. si pone come elemento di sintesi tra Amministrazione regionale, Aziende Sanitarie, servizi pubblici per le dipendenze e privato sociale e Associazioni che a vario titolo si occupano di dipendenza

Le aree di intervento principali del PARD sono:

1. la **prevenzione** (informazione precoce, prevenzione selettiva e universale intesa come approccio di comunità e promozione della salute, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti - early detection, Sistema di Allerta Regionale, ecc.);
2. la **diagnosi** e la **cura** delle tossicodipendenze (contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie multidimensionali appropriate, realizzazione di progetti individuali e contestuale azione di prevenzione delle patologie correlate, ecc.);
3. la **riabilitazione** ed il **reinserimento** sociale e lavorativo.
4. la **formazione**, il **monitoraggio** e la **valutazione** (dei servizi, dei dati epidemiologici, ecc.).

In particolare le azioni prioritarie riferite alle aree di cui sopra riguardano:

- l'elaborazione di piani comunali di prevenzione per le dipendenze;
- l'implementazione di interventi informativi, come approccio di comunità, formativi ed educativi per i genitori indirizzati al contatto precoce e al controllo relativamente all'assunzione di sostanze (cannabis, cocaina e alcool) nei giovani fra i 13 e i 18 anni presso strutture sanitarie specialistiche;
- l'avvio di interventi di gruppo rivolti ad operatori che si occupano di dipendenze al fine di ridurre lo stress correlato alla tipologia di lavoro, in cui la relazione con l'utenza rappresenta un affaticamento professionale ed emotivo;
- l'elaborazione e stesura di protocolli condivisi pubblico/privato, relativamente alle procedure diagnostiche, agli obiettivi, alle fasi di cura e ai trattamenti complessi, assicurando: continuità delle cure, innovatività, linguaggi coerenti a specifici target, quali minori, adolescenti, famiglie, donne, gruppi a rischio, stranieri;
- l'attivazione di un centro crisi o centro di osservazione e diagnosi, una struttura per l'accoglienza e l'osservazione, e strutture specializzate (comorbidità, sostegno al ruolo genitoriale in particolare materno, ecc.);
- l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulle dipendenze e un gruppo di lavoro per la formazione continua e integrata tra pubblico e privato;
- l'attivazione di un network regionale per la messa a punto e la sperimentazione di un modello e relativo sistema per la valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness) dei trattamenti sulla base del progetto "OUTCOME" del DPA (costituzione di un gruppo di lavoro);
- l'attivazione di un flusso standard permanente dai servizi alla regione di dati aggregati relativo ai tossicodipendenti detenuti.

Infine, le quattro aree di intervento in cui si svilupperà il Piano prevede una serie di azioni trasversali relative a: coordinamento, cooperazione, sensibilizzazione dell'opinione pubblica, valutazione degli esiti e dei costi, ricerca scientifica e raccolta dei dati, formazione e organizzazione.



4. AREE D'INTERVENTO

1. PREVENZIONE
2. CURA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE - PPC
3. RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO
4. FORMAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO



4.1 PREVENZIONE

Il P.A.R.D. considera la prevenzione elemento imprescindibile per una politica di riduzione dell'uso e abuso di droga, condividendo quanto previsto dal PAN *"La prevenzione risulta l'arma vincente su cui investire nel breve, nel medio e lungo termine, in maniera permanente e continuativa. Ciò in considerazione del fatto che vi è la necessità principale di promuovere e proteggere soprattutto il potenziale mentale e produttivo delle giovani generazioni"*.

La prevenzione selettiva sulle persone particolarmente vulnerabili, coinvolgendo nel contempo e supportando attivamente le famiglie, i genitori e gli insegnanti, è risultata un'arma particolarmente efficace e sostenibile. La prevenzione deve essere più precoce, a partire quindi dall'età scolare, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani che escludono quindi l'uso di tutte le sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, il tabagismo e il consumo di farmaci non prescritti.

Contemporaneamente la diagnosi precoce (*early detection*) diretta agli adolescenti, finalizzata ad un intervento precoce (*early intervention*) è una strategia vincente e fattibile per ridurre il numero delle persone che intraprendono, dall'uso occasionale o abitudinario, percorsi evolutivi verso forme di *addiction*.

Le azioni di prevenzione sono da considerarsi irrinunciabili anche alla luce del fatto che le sostanze stupefacenti, soprattutto se assunte in giovane età, possono interferire fortemente con i fisiologici processi di maturazione cerebrale (che vanno a completarsi verso i 21 anni) ed in particolare quelli della mielinizzazione, della sinaptogenesi e del "pruning" (cioè il processo cerebrale di attivazione e selezione delle sinapsi durante l'accrescimento), compromettendo così lo sviluppo di importanti funzioni neurocognitive quali la memorizzazione, la motivazione, l'attenzione e conseguentemente le capacità di apprendimento, di *decision making* e di stima del pericolo.

È necessario quindi favorire programmi educativi fondati su una informazione *evidence based* e su interventi che si concentrino sullo sviluppo e il rinforzo di abilità sociali e di vita (*life and social skills*).

È necessario prendere in considerazione e riconoscere che nella popolazione esistono fasce di persone particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza se entrano in contatto con sostanze stupefacenti.

I principali fattori di rischio, in grado di incrementare la vulnerabilità all'*addiction*, sono:

- alcuni particolari assetti genetici;
- un profilo temperamentale e caratteriale "novelty seeker";
- la presenza di disturbi comportamentali e deficit di attenzione;
- le violenze e i traumi e gli abbandoni infantili;
- la mancanza o l'inadeguatezza delle cure parentali nell'infanzia;
- la carenza di "monitoring o tutoring" parentale durante l'adolescenza;
- la mancanza o l'inadeguatezza di regole educative;
- l'uso precoce di alcool e tabacco;
- la bassa consapevolezza del rischio;
- la bassa disapprovazione sociale;
- l'alta disponibilità di sostanze sul territorio.

Questa condizione di rischio differenziale può essere ridotta ed evitata con interventi preventivi, familiari, scolastici, sociali ed ambientali in grado di contrastare l'evoluzione prognostica negativa e modificare positivamente il destino di queste persone.

Gli obiettivi che il P.A.R.D. intende raggiungere nel medio e lungo periodo sono:

1. trasferire comunicazioni di tipo preventivo promozionale a contrasto dell'uso e abuso di sostanze nel territorio della Regione Molise;
2. definire pacchetti di prevenzione primaria finalizzati al rafforzamento dei fattori protettivi, social e life skills, di minori e adulti del territorio regionale;
3. migliorare l'efficacia dei sistemi educativi e orientativi nei quali e attorno ai quali i soggetti costruiscono la propria identità culturale, lavorativa e sociale;
4. dedicare parte degli interventi di prevenzione a contrasto dell'uso precoce di sostanze;
5. ridurre il consumo di alcolici nella nostra regione al fine di diminuire i problemi alcolcorrelati (problemi personali, familiari e sociali);
6. valutare l'output e l'outcome delle azioni di prevenzione, per determinare in modo scientifico la bontà e la replicabilità di eventuali best practices.





AREA D'INTERVENTO N. 1 - **PREVENZIONE**

OBIETTIVI	AZIONI	PRINCIPALI INDICATORI
<p>n. 1.1</p> <p>Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie adeguate per le attività di prevenzione.</p>	<p>a. Definire precisi capitoli di bilancio da parte delle Amministrazioni regionali competenti per le attività di prevenzione del settore.</p> <p>b. Definire e pubblicare specifici Piani regionali di azione sulla prevenzione, sostenibili e coerenti con il Piano di Azione Nazionale.</p>	
<p>n. 1.2</p> <p>Trasferire nel territorio della Regione Molise comunicazioni di tipo preventivo promozionale a contrasto dell'uso e abuso di sostanze.</p>	<p>a. Organizzazione di eventi tramite media, internet, simulate, spot radiotelevisivi, volti a inoculare apprendimenti preventivi mimetici in grado di autoreplicarsi nelle mente della popolazione bersaglio e quindi dei territori interessati dagli eventi.</p> <p>b. Sensibilizzazione delle agenzie educative e pseudo educative (TV, radio, mondo dello spettacolo) sui danni neurobiologici e sociali delle droghe e delle condotte drogastiche.</p>	<p>Eventi realizzati n. ≤ 5.</p> <p>Eventi formativi realizzati n. ≤ 5.</p>
<p>n. 1.3</p> <p>Definire pacchetti di prevenzione primaria finalizzati al rafforzamento dei fattori protettivi, social e life skills, di minori e adulti del territorio regionale.</p>	<p>a. Realizzazione delle attività di formazione all'interno di agenzie educative (Famiglie e Scuole) primarie sui fattori predittivi, sui fattori biologici, psicologici e sociali che risultano determinanti nello sviluppo della persona più protetta vs dipendenza.</p> <p>b. Sviluppo di programmi di prevenzione negli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado per rafforzare le capacità e le competenze personali e sociali dei giovani e stimolarne il sano utilizzo a contrasto delle condotte comportamentali devianti.</p> <p>c. Attivazione dei g.a.t. (Gruppi d'animazione territoriale) composti da giovani peer educator che sensibilizzino il territorio (scuole, posti di ritrovo, piazze etc.) rispetto alla pericolosità dell'uso di sostanze psicotrope e alcoliche.</p> <p>d. Elaborare e implementare protocolli condivisi d'intervento volti alla nascita di best praticies.</p>	<p>Eventi formativi attivati: n. 5.</p> <p>Progetti attivati per Provincia negli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado: n. 3.</p> <p>G.A.T. attivati: n. 3.</p> <p>Protocolli attivati: n. 1.</p>

<p>n. 1.4</p> <p>Dedicare parte degli interventi di prevenzione a contrasto dell'uso precoce da sostanze.</p>	<p>a. Attivazione di sistemi d'allarme precoce per intercettare possibili sviluppi di dipendenza da parte dei giovanissimi, attraverso l'utilizzo di tecniche sanitarie sociali e preventive.</p> <p>b. Elaborazione di Piani comunali di prevenzione per le dipendenze.</p> <p>c. Sensibilizzazione dei target giovanili e adulti sui rischi derivanti dall'uso di alcool e droghe attraverso Medici di Medicina Generale.</p> <p>d. Implementazione di interventi informativi, come approccio di comunità, formativi ed educativi per i genitori indirizzati al contatto precoce e al controllo relativamente all'assunzione di sostanze (cannabis, cocaina e alcool) nei giovani fra i 13 e i 18 anni presso strutture sanitarie specialistiche, uno spazio specifico dedicato alla Diagnosi precoce.</p> <p>e. Avviare interventi di gruppo rivolti ad operatori che si occupano di dipendenze al fine di ridurre lo stress correlato alla tipologia di lavoro, in cui la relazione con l'utenza rappresenta un affaticamento professionale ed emotivo.</p>	<p>Percentuale di soggetti testati e percentuale di positività.</p> <p>Seminari territoriali attivati: n. 3</p> <p>Progetti pedagogici interscolastici attivati: n. 3.</p> <p>Percentuale di presenza genitori.</p> <p>Percentuale di soggetti per uso in trattamento.</p>
<p>n. 1.5</p> <p>Orientare maggiormente i programmi di prevenzione verso il problema dell'uso precoce di alcool, tabacco e psicofarmaci.</p>	<p>a. Prestare particolare attenzione ai gruppi vulnerabili maggiormente a rischio (famiglie a rischio, giovani "devianti", senzatetto, detenuti etc.).</p> <p>b. Incrementare i controlli sul divieto di vendita e di offerta di alcolici alle persone di età inferiore ai 16 anni e contemporaneamente proporre l'innalzamento dello stesso divieto a 18 anni di età.</p>	
<p>n. 1.6</p> <p>Attivare dei programmi di prevenzione specifici per le donne ed in particolare per le donne in gravidanza.</p>	<p>a. Elaborare linee di indirizzo specifiche e materiali informativi sulla prevenzione gender oriented da diffondere nelle strutture socio-sanitarie.</p> <p>b. Realizzare corsi di formazione orientati alle giovani donne per l'identificazione precoce delle situazioni di rischio e la corretta gestione delle stesse al fine di prevenire, gestire o minimizzare i possibili pericoli conseguenti.</p>	
<p>n. 1.7</p> <p>Attivare e orientare i programmi di prevenzione ai genitori e agli</p>	<p>a. Attivare programmi di formazione e informazione rivolti alle famiglie e agli educatori in collaborazione con la scuola, sui rischi e i danni derivanti dall'uso di</p>	





Educatori.	<p>sostanze e sui segni e i sintomi precoci suggestivi dell'uso da parte dei ragazzi .</p> <p>b. Attivare programmi di formazione e informazione, rivolti ai genitori e agli insegnanti, sulla corretta identificazione e gestione dei disturbi comportamentali precoci.</p>	
<p>n. 1.8</p> <p>Riorientamento delle strategie di prevenzione dei servizi pubblici in risposta ai nuovi assuntori e all'evoluzione del fenomeno.</p>	<p>a. Sensibilizzare sui fattori di vulnerabilità e di protezione da rischio "addiction" e sulle modalità di identificazione precoce e di sviluppo.</p> <p>b. Attivare programmi di formazione per gli operatori del settore per facilitare il riorientamento culturale e professionale verso le tecniche di prevenzione selettiva.</p>	
<p>n. 1.9</p> <p>Attivare programmi di prevenzione con la scuola.</p>	<p>a. Promuovere l'elaborazione, da parte dei singoli istituti, di programmi scolastici di intervento preventivo da inserire nel POF che definisca anche comportamenti e regole per gli studenti e le modalità di vigilanza attiva da parte degli insegnanti.</p> <p>b. Coinvolgere direttamente, in attività di prevenzione, gli studenti della scuola primaria e secondaria di I e II grado.</p> <p>c. Formare gli insegnanti della scuola primaria e secondaria di I e II grado sulla corretta identificazione e gestione educativa dei disturbi comportamentali degli studenti.</p>	
<p>n. 1.10</p> <p>Promuovere iniziative per la prevenzione del gambling patologico.</p>	<p>a. Fornire una informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco, etc.</p> <p>b. Proporre di inserire il gambling patologico tra le condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolare, nel dipartimento delle dipendenze.</p>	
<p>n. 1.11</p> <p>Valutare l'output e l'outcome delle azioni di prevenzione.</p>	<p>a. Attivazione di un sistema di valutazione quantitativo e qualitativo per determinare in modo scientifico la bontà e la replicabilità di eventuali best practices.</p>	<p>Programma di valutazione: n.1</p>

<p>n. 1.12</p> <p>Promuovere lo sviluppo dei Gruppi G.A.M.A. (Club Alcologici Territoriali, Alcolisti anonimi e Al-anon) per intensificare il lavoro di rete con i servizi pubblici e privati</p>	<p>a. Attivare corsi di formazione e sensibilizzazione sul territorio.</p>	
---	--	--





4.2 CURA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE - PPC

Il P.A.R.D. si pone, in relazione alla cura e prevenzione delle patologie correlate, in continuità logica con il PAN di cui sposa i principi fondamentali. Il trattamento è da ritenere, "prioritario e fondamentale". Risulta fondamentale il contatto precoce con i soggetti dipendenti e non ancora in trattamento, favorendo l'accesso alle cure al fine di evitare la cronicizzazione nello stato di tossicodipendenza e implementare un sistema di valutazione continuo che sia in grado di monitorare il programma terapeutico riabilitativo sulla base di dati oggettivi e scientificamente accreditati.

La dipendenza è una malattia, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo. E' conseguente all'espressione di un iniziale comportamento volontario di assunzione di sostanze che mette ad alto rischio la salute della persona. Le persone vulnerabili, e cioè portatori di caratteristiche neuro-psico-biologiche e socio-ambientali particolari, hanno una maggior probabilità di sviluppare dipendenza in seguito all'uso di sostanze stupefacenti.

Lo stato di malattia, quindi, viene generato dall'uso di queste sostanze che, in un primo momento, l'individuo decide di utilizzare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico della popolazione giovanile). In questo modo si crea nel tempo una condizione di alterazione neuropsicobiologica e di sofferenza patologica in grado di ridurre l'autonoma capacità di analisi della realtà e di decisione e quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" (*craving*) della sostanza.

La dipendenza, da un punto di vista neurobiologico, è principalmente legata all'alterazione dei meccanismi di "ricompensa" (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. La presenza di una disfunzione in questi circuiti comporta peculiari manifestazioni biologiche, comportamentali, sociali e spirituali. Come tutte le malattie di lunga durata, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o nella morte prematura.

Alla base della cura vi è il principio di equità all'accesso alla cura, il rispetto della dignità umana, e il diritto alla salute di ogni persona che puntano al recupero di una vita sana, autonoma e responsabile. Contemporaneamente all'offerta di trattamento, si riconosce la necessità di strutturare strategie e programmi permanenti per la prevenzione delle patologie correlate ed in particolare dei decessi droga correlati, della comorbilità psichiatrica della contrazione e della diffusione di malattie infettive, con particolare riferimento a infezioni da HIV, epatiti, ecc. I trattamenti e gli interventi devono trovare costanti conferme mediante la valutazione continua di sicurezza, efficacia, accettabilità e non ultima "la soddisfazione della persona in trattamento".

Gli obiettivi che il P.A.R.D. intende raggiungere nel medio e lungo periodo sono:

1. promuovere e incentivare l'integrazione funzionale ed organizzativa tra i servizi pubblici e privati delle dipendenze e delle Associazioni di Volontariato nelle attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
2. incrementare la formazione degli operatori delle dipendenze e degli operatori delle agenzie educative rispetto alle patologie correlate, coinvolgendo sinergicamente gli Enti pubblici e le Organizzazioni del privato sociale;
3. strutturare modelli di diagnosi precoce di malattie correlate;
4. attivare azioni coordinante, sulla base di protocolli operativi, per mantenere nella rete della cura soggetti con patologie infettive (HIV, epatiti, malattie a trasmissione sessuale);
5. promuovere programmi per migliorare la gestione e il trattamento di pazienti che presentano patologie psichiatriche correlate e incentivare il lavoro di rete tra i Servizi e il Volontariato;

6. attivare interventi e offerte assistenziali per le nuove dipendenze: gambling, shopping compulsivo, etc.
7. migliorare la qualità e l'efficacia dei trattamenti.





AREA D'INTERVENTO: N. 2 - CURA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE - PPC

OBIETTIVI	AZIONI	PRINCIPALI INDICATORI
<p>n. 2.1</p> <p>Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche logistiche e finanziarie adeguate al funzionamento e al mantenimento dei sistemi assistenziali, anche in relazione alle diverse tipologie di dipendenza da trattare (alcolismo, tabagismo etc.).</p>	<p>a. Definire precisi capitoli di bilancio delle varie Amministrazioni competenti per le attività di cura e il mantenimento dei sistemi di erogazione delle prestazioni nel settore, anche in relazione alle diverse tipologie di dipendenza da trattare (alcolismo, tabagismo, gambling etc..). Creare un centro di ricovero per la disintossicazione da Alcol. Creare centri antifumo (CAF). Favorire la nascita del Centro Osservazione Diagnosi e Terapia Breve (COD).</p>	
<p>n. 2.2</p> <p>Promuovere e incentivare l'integrazione funzionale ed organizzativa tra i servizi pubblici e privati delle dipendenze e delle Associazioni di volontariato nelle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>	<p>a. Organizzazione di incontri mediati dai servizi pubblici delle dipendenze e dalle organizzazioni del privato sociale delle dipendenze per sancire alleanze metodologiche e scientifiche relative all'area di riferimento.</p> <p>b. Elaborazione e stesura di protocolli condivisi pubblico/privato, relativamente alle procedure diagnostiche, agli obiettivi, alle fasi di cura e ai trattamenti complessi, assicurando: continuità delle cure, innovatività, linguaggi coerenti a specifici target, quali minori, adolescenti, famiglie, donne, gruppi a rischio, stranieri.</p>	<p>Eventi realizzati: n. 3.</p> <p>Elaborazione protocollo generale d'azione: n.1.</p>
<p>n. 2.3</p> <p>Incrementare la formazione degli operatori delle dipendenze e degli operatori delle agenzie educative rispetto alle patologie correlate, coinvolgendo sinergicamente gli Enti pubblici e le Organizzazioni del privato sociale.</p>	<p>a. Strutturazione di seminari formativi sulle caratteristiche delle patologie correlate all'uso e abuso di droghe, sulla diversità diagnostica e di intervento rispetto alla tipologia d'utenza afferita ai servizi.</p>	<p>Eventi formativi attivati: n.5.</p> <p>Operatori formati: n.15.</p>

<p>n. 2.4</p> <p>Strutturare modelli di diagnosi precoce di patologie correlate all'uso di droghe.</p>	<p>a. Attivazione interventi precoci per intercettare possibili sviluppi di patologie correlate alla dipendenza da parte anche dei giovanissimi, attraverso l'utilizzo di strumenti diagnostici.</p>	<p>Creazione di piano degli interventi precoci patologie correlata alla dipendenza da sostanze.</p>
<p>n. 2.5</p> <p>Prevedere un coordinamento dei Servizi pubblici esistenti, del privato sociale accreditato, degli altri organismi che operano nel settore delle dipendenze, anche privato no profit.</p>	<p>a. Istituzione di un Dipartimento per le dipendenze di tipo funzionale, o in subordine utilizzare una struttura regionale (Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche) per l'attività di coordinamento dei Servizi.</p>	<p>Struttura di coordinamento regionale: n. 1</p>
<p>n. 2.6</p> <p>Iniziare lo studio per una riforma dei Servizi al fine di renderli più aderenti ed idonei alle trasformazioni del fenomeno tossicodipendenza in Italia.</p>	<p>a. Realizzare una analisi condivisa tra Amministrazioni competenti (centrali, regionali e P.A.) con produzione di ipotesi di riorganizzazione generale del sistema dei servizi, ma, soprattutto, di un modello di coordinamento nazionale, interregionale e intra-regionale in grado di superare gli attuali problemi derivanti dalla frammentazione e dall'alta eterogeneità dei sistemi regionali oltre che, contestualmente, di assicurare una omogeneità degli interventi e delle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale. Costituire un gruppo di lavoro per elaborare protocolli condivisi.</p>	
<p>n. 2.7</p> <p>Aumentare l'accessibilità e la precocità di presa in carico delle persone tossicodipendenti attive</p>	<p>a. Informare le persone che utilizzano le sostanze dei danni sulla salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sulla necessità di cure e sulle modalità di accesso.</p> <p>b. Differenziare maggiormente le offerte in modo da renderle più attrattive e vicine ai bisogni delle persone tossicodipendenti.</p> <p>c. Attivare programmi e facilitazioni per il controllo sanitario e la cura dell'utenza straniera.</p>	



<p>n. 2.8</p> <p>Aumentare i contatti con la fascia di consumatori occasionali e abituali che non hanno ancora sviluppato dipendenza.</p>	<p>a. Informare sulle conseguenze neuropsichiche alla luce delle nuove ricerche nell'ambito delle neuroscienze e delle scienze del comportamento.</p> <p>b. Orientare di più il sistema dei servizi dal punto di vista organizzativo verso i consumatori occasionali o abitudinari e non soltanto alle persone con dipendenza.</p> <p>c. Formare e sensibilizzare gli operatori del settore sulle conseguenze negative per la salute derivanti da ogni tipo di sostanza.</p>	
<p>n. 2.9</p> <p>Attivare cure e ambienti diversificati per i minori e, al contempo, attivare ambienti di cura e trattamenti idonei per le persone di sesso femminile.</p>	<p>a. Formare gli operatori del settore sulla diversità diagnostica e di intervento tra persone con uso occasionale, uso abitudinario e con dipendenza al fine di poter fornire risposte adeguate al problema.</p> <p>b. Attivazione di interventi precoci di tipo educativo/psicologico e di supporto alla famiglia per far arrestare l'uso anche occasionale di sostanze tra i giovani.</p> <p>c. Elaborazione ed applicazione di protocolli di cura diversificati tra coloro che fanno un uso di sostanze occasionale ed abitudinario e coloro che sono già, invece, dipendenti (scarsa adeguatezza delle cure).</p> <p>d. Aumentare l'offerta di cure per le "nuove" dipendenze e co-dipendenze, soprattutto per quanto riguarda l'alcol promuovendo una formazione specifica degli operatori.</p>	
<p>n. 2.10</p> <p>Adottare metodologie diagnostiche standard in ambito clinico e tossicologico per le dipendenze.</p>	<p>a. Definire linee di indirizzo regionali per la valutazione, la gradazione della gravità e l'inquadramento diagnostico (assessment iniziale) delle persone tossicodipendenti afferenti ai servizi di cura.</p> <p>b. Definire linee di indirizzo regionali per la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive nei tossicodipendenti (protocollo d'intesa con i reparti di malattie infettive).</p>	
<p>n. 2.11</p> <p>Migliorare la qualità e l'efficacia dei trattamenti.</p>	<p>a. Attivare un progetto regionale per la valutazione degli esiti dei trattamenti al fine di introdurre metodologie standardizzate per la valutazione dell'outcome.</p>	

<p>n. 2.12</p> <p>Attivare programmi per migliorare la gestione dei pazienti che presentano patologie psichiatriche correlate.</p>	<p>a. Migliorare l'integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, mantenendo la differenziazione con i Dipartimenti delle Dipendenze (DDD). Attivare protocolli d'intesa per trattamenti integrati.</p> <p>b. Definire una programmazione integrata fra le diverse unità operative che intervengono sul paziente psichiatrico tossicodipendente (questo modello va formalizzato sia a livello regionale che territoriale).</p> <p>c. Definizione di linee guide e di programmi per l'intervento integrato su pazienti con comorbidità psichiatrica tra i servizi di salute mentale e quelli per le dipendenze.</p>	<p>Manuale linee guida.</p> <p>Programma di azione regionale per la gestione e la cura di pazienti con comorbidità psichiatrica.</p>
<p>n. 2.13</p> <p>Attivare in via sperimentale interventi ed offerte assistenziali per le nuove dipendenze: gambling patologico, shopping compulsivo, sesso compulsivo, dipendenze dalla tecnologia digitale, etc.</p>	<p>a. Iniziare un percorso per il riconoscimento di tali patologie nelle attuali norme nazionali e regionali del settore.</p> <p>b. Mappatura della presenza di progetti, servizi pubblici e privati per le nuove dipendenze sul territorio regionale.</p> <p>c. Valutazione e rafforzamento dei progetti attivi sul territorio regionali volti al contrasto delle nuove dipendenze.</p> <p>d. Implementazione di progetti sperimentali.</p>	<p>Proposta di Legge regionale.</p> <p>Report statistico/descrittivo regionale</p> <p>Schede progettuali outcome conseguiti dalle esperienze presenti sul territorio regionale</p> <p>Progetti attivati: n. 3.</p>



La riabilitazione e il reinserimento rappresentano elementi fondamentali per il recupero totale della persona. Il processo riabilitativo è finalizzato ad accrescere e consolidare le capacità del soggetto oltre che a sviluppare la consapevolezza dei cambiamenti in atto, in un percorso di vero e proprio apprendimento sociale. Nella logica che caratterizza il programma terapeutico, le attività di riabilitazione dovrebbero iniziare fin dalla fase di cura quando il soggetto aderisce al programma terapeutico, smette di usare sostanze stupefacenti e si sottopone alle terapie proposte, specifiche per la sua situazione.

La riabilitazione va considerata pertanto, necessariamente e fortemente integrata con la cura e con il trattamento ambulatoriale o residenziale ed è finalizzata a perseguire l'obiettivo del reinserimento sociale e l'autonomia della persona.

Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero totale della persona (*recovery*) e alla guarigione della malattia (*healing*). Questo si ottiene, di norma, nel medio-lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona nella società e nella famiglia, permettendole ed aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti.

Il recupero della persona con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali non rinunciabili.

Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di promuovere un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, con un nuovo gruppo dei pari e di comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti sociali incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'*empowerment* personale, le scelte consapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

Gli obiettivi che il P.A.R.D. intende raggiungere nel medio e lungo periodo sono:

1. favorire la costituzione di coordinamenti pubblico/privati regolamentati per la definizione di specifici piani di reinserimento sociale e lavorativo;
2. promuovere da parte dei servizi pubblici per le dipendenze azioni volte al reinserimento sociale e lavorativo durante il trattamento;
3. promuovere progetti di reinserimento sociale e lavorativo anche durante il trattamento riabilitativo dei soggetti nelle strutture pubbliche e private;
4. stimolare la nascita di network tra i servizi pubblici e privati delle dipendenze, le Amministrazioni comunali e provinciali, le Associazioni degli imprenditori etc.;
5. monitorare e valutare le azioni e i progetti volti al reinserimento di soggetti tossicodipendenti per implementare il modello delle best practices sul territorio regionale;
6. riadattamento attraverso un'offerta residenziale terapeutico-riabilitativa, sul territorio, diversificata (centro crisi, accoglienza e osservazione, pedagogico, comorbilità, sostegno al ruolo genitoriale in particolare materno, eccetera).



AREA D'INTERVENTO: N. 3 - **RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO**

OBIETTIVI	AZIONI	PRINCIPALI INDICATORI
<p>n. 3.1</p> <p>Favorire la costituzione di coordinamenti pubblico/privati regolamentati per la definizione di specifici piani di reinserimento sociale e lavorativo.</p>	<p>a. Mappatura dell'offerta di servizi pubblici e privati accreditati per il trattamento delle dipendenze presenti nella Regione Molise, che hanno al loro interno già attivi programmi/progetti per il reinserimento sociale e lavorativo.</p> <p>b. Organizzazione di incontri tra le realtà pubbliche e del privato sociale delle dipendenze.</p> <p>c. Strutturazione piani specifici per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti dipendenti.</p>	<p>Report: n. 1.</p> <p>Incontri realizzati: n. ≤ 5.</p> <p>Nascita piani specifici per il reinserimento.</p>
<p>n. 3.2</p> <p>Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche, logistiche e finanziarie adeguate alle attività di reinserimento.</p>	<p>a. Definire precisi capitoli di bilancio o specifiche voci delle varie Amministrazioni competenti vincolanti per le attività di reinserimento sociale e lavorativo.</p> <p>b. Definire e pubblicare specifici piani regionali di azione sul reinserimento, sostenibili e coerenti con il PAN.</p>	
<p>n. 3.3</p> <p>Promuovere azioni concrete e progetti specifici per incrementare le attività di riabilitazione (attività prodromiche al reinserimento) sia in ambito sociale che relazionale delle persone tossicodipendenti in trattamento (si ricorda che le attività di riabilitazione di tossicodipendenti nei LEA-DPCM 29/11/2001) presso i SERT e presso le Comunità Terapeutiche.</p>	<p>a. Attivare specifici interventi con programmi permanenti all'interno delle unità di trattamento (ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali) finalizzati alla riabilitazione e all'acquisizione delle skill sociali e relazionali di base per permettere l'inizio delle attività di reinserimento.</p>	
<p>n. 3.4</p> <p>Promuovere da parte dei servizi pubblici per le</p>	<p>a. Costruzione di metodologie condivise e di indicatori validanti i processi di reinserimento avviati.</p>	<p>Manuale d'azione /linee guida per l'intervento e la gestione dei</p>



<p>dipendenze azioni volte al reinserimento sociale e lavorativo durante il trattamento.</p>	<p>b. Elaborazione implementazione di protocolli d'intervento volti a migliorare la presa in carico, l'orientamento e la valutazione delle skills dei soggetti in trattamento.</p>	<p>processi d'inserimento socio-lavorativo attivabili nel territorio regionale: n. 1.</p> <p>Protocollo attivato: n. 1.</p>
<p>n. 3.5</p> <p>Stimolare la nascita di network tra i servizi pubblici e privati delle dipendenze, le Amministrazioni comunali e provinciali, le Associazioni degli imprenditori etc.</p>	<p>a. Costruzione di una rete regionale d'azione per il reinserimento sociale e lavorativo di soggetti dipendenti, formata da Enti pubblici, Enti privati, Associazioni di categoria, Servizi del lavoro, Associazioni del terzo settore.</p> <p>b. Stipula accordi d'intesa con i Centri per l'impiego per implementare l'orientamento, la valutazione delle skills e il reinserimento.</p>	<p>Protocollo d'azione: n. 1</p> <p>Accordo per provincia: n. 1.</p>
<p>n. 3.6</p> <p>Monitorare e valutare le azioni e i progetti volti al reinserimento di soggetti dipendenti per implementare il modello delle best praticies sul territorio regionale.</p>	<p>a. Attivazione di un sistema di valutazione quantitativo e qualitativo.</p>	<p>Programma/software di valutazione: n. 1.</p>
<p>n. 3.7</p> <p>Riadattamento di un'offerta residenziale terapeutico-riabilitativo, sul territorio, diversificata.</p>	<p>a. Attivazione di un centro crisi o centro di osservazione e diagnosi, una struttura per l'accoglienza e l'osservazione, e strutture specializzate (comorbidità, sostegno al ruolo genitoriale in particolare materno, eccetera).</p>	<p>Struttura: n. 1</p>
<p>n. 3.8</p> <p>Promuovere lo sviluppo di U.O. specializzate nelle attività di reinserimento.</p>	<p>a. Attivare, ove possibile, e compatibilmente con la programmazione regionale, U.O. pubbliche e/o private specializzate nel reinserimento socio-lavorativo.</p> <p>c. Organizzare un percorso integrato di reinserimento che inizia nei sert e continua nelle comunità terapeutiche e/o nelle cooperative sociali.</p>	

<p>n. 3.9</p> <p>Integrare e coordinare l'attività di reinserimento tra le varie agenzie territoriali (SERT e Comunità Terapeutiche, Amministrazioni Comunali e Provinciali, Aziende Sanitarie, associazioni degli Imprenditori).</p>	<p>a. Formazione degli operatori socio-sanitari nelle attività di riabilitazione e reinserimento.</p> <p>b. Organizzare un gruppo di coordinamento territoriale stabile che metta in contatto le cooperative sociali di tipo B con le Amministrazioni Pubbliche, potenziali Enti affidatari.</p>	
<p>n. 3.10</p> <p>Orientare le organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo allo sviluppo dell'imprenditoria sociale al fine di promuovere la creazione di organizzazioni per il reinserimento in grado di produrre reddito per l'auto-mantenimento delle proprie attività.</p>	<p>a. Sviluppare unità organizzative per il reinserimento impostate in modo che esercitino attività produttive in grado di realizzare un reddito e di autofinanziare (almeno in parte) la struttura ospitante i tossicodipendenti in riabilitazione/reinserimento.</p>	



4.4 FORMAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Il **P.A.R.D.** parte dal presupposto della necessità di una azione di formazione per gli operatori dei servizi pubblici e privati costante, coerente ed integrata di contrasto alle dipendenze, omogenea nei valori fondanti e condivisa dagli attori del sistema, su tutto il territorio regionale.

La formazione rappresenta infatti, non solo un elemento fondamentale per accrescere le competenze e consentire fondamentali aggiornamenti scientifici, ma anche un fattore aggregante, capace di "addestrare" al lavoro di rete ed integrato.

In tal senso il programma presuppone la messa in campo di percorsi formativi, tarati su una attenta analisi dell'effettivo fabbisogno, da realizzarsi congiuntamente dai diversi attori del sistema, con l'obiettivo sotteso di consentire la reciproca conoscenza, lo scambio ed il confronto, elementi imprescindibili per la costruzione del sistema integrato di intervento.

Allo stesso modo appare assolutamente irrinunciabile la definizione di un sistema di monitoraggio e valutazione che consenta di omogeneizzare i dati, analizzare i trend e gli scostamenti, per impostare strategicamente gli interventi su elementi oggettivi e scientificamente validati.

La definizione del sistema di monitoraggio, in linea con gli strumenti messi in campo a livello nazionale da Dipartimento per le Politiche Antidroga e previsti dal PAN, accompagnerà ogni singola azione del programma evidenziandone punti di forza e di debolezza.

La diffusione e la condivisione dei risultati delle diverse azioni avranno lo scopo di innescare una crescita di consapevolezza degli attori del sistema, sui processi a cui gli stessi prendono parte, consentendo così di promuovere azioni partecipate, a partire dalla condivisione dei linguaggi.

Il monitoraggio e la valutazione degli esiti sono processi trasversali a tutte le aree sopra indicate e risultano indispensabili per considerare le prestazioni sanitarie appropriate, efficaci e finanziabili. Si devono sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati, almeno per quanto riguarda le patologie ad alto rischio per la salute dei soggetti in carico ai servizi. Sarà inoltre necessario avviare percorsi di qualità ed accreditamento anche per il servizi pubblici. L'integrazione socio-sanitaria degli interventi diventa improrogabile e va affrontata con l'adozione in tutto il territorio regionale di protocolli di intervento interservizi per la migliore più efficiente gestione dei casi ad alta complessità.

Gli obiettivi che il P.A.R.D. intende raggiungere nel medio e lungo periodo sono:

1. conoscere le necessità formative relative alle diverse professionalità che operano all'interno dei servizi pubblici e privati;
2. rafforzare il sistema di gestione dei flussi relativi al fenomeno della dipendenza, alle attività e agli interventi ad esso correlati;
3. attivare studi per la definizione e costruzione di sistemi per la valutazione degli esiti dei trattamenti;
4. realizzare reporting periodici sui risultati del P.A.R.D.

In tale ottica, una funzione importante, dovrà essere svolta dall'Osservatorio regionale sulle dipendenze - OReD Molise. I rapidi mutamenti che caratterizzano il fenomeno di uso, abuso e dipendenza da sostanze lecite e illecite, richiedono nuovi metodi di studio ed osservazione in grado di rappresentare sempre più dettagliatamente il fenomeno al fine di orientare, tra l'altro, la programmazione regionale.

L'organizzazione e l'attivazione di un Osservatorio regionale sulle dipendenze risulta essere fondamentale per la disponibilità di dati ed informazioni attendibili sul consumo di sostanze e sulle conseguenze che ne derivano.

L'Osservatorio regionale con la sua attività di ricerca e di monitoraggio condotta con metodologie standardizzate potrebbe fornire rapporti standard sulla realtà regionale e trasmettere i dati in formato OEDT per la lettura nazionale del fenomeno. L'accessibilità di dati oggettivi, attendibili e comparabili permette l'attuazione di interventi più rispondenti alla realtà territoriale grazie ad un approccio di policy-making basato sull'evidenza che consente la possibilità di prendere decisioni cosiddette informate. In Italia è quasi del tutto assente un

sistema nazionale coordinato e condiviso di raccolta, elaborazione e trasmissione dati che utilizzi gli standard europei di riferimento ai cinque indicatori epidemiologici chiave (indagini sulla popolazione generale e indagini sulla popolazione giovanile; uso problematico di droga; indicatore della domanda di trattamento; decessi droga-correlati e mortalità nei consumatori di droghe; malattie infettive droga-correlate) definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze - OEDT. Inoltre, la realizzazione di un Osservatorio regionale risulta essere in linea con le indicazioni del Dipartimento Politiche Antidroga relativamente ad una politica di attivazione di una rete nazionale di Osservatori regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope al fine di realizzare un'organizzazione permanente e coordinata di strutture operanti in ogni singola Regione/PA. In tal modo risulterebbe possibile condurre analisi regionali sulle dipendenze secondo metodologie condivise e rendendo le diverse realtà regionali confrontabili tra di loro e nel tempo, oltre a contribuire a delineare il quadro nazionale.

L'Osservatorio regionale sulle dipendenze - OReD Molise è istituito presso l'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali, Direzione Generale per la Salute ed è costituito come segue:

- Assessore alla Sanità e alle Politiche Sociali o suo delegato, che lo presiede;
- Responsabili Servizi per le Tossicodipendenze - Ser.T.;
- un Responsabile dell'Associazione Regionale dei Club Alcolologici Territoriali - A.R.C.A.T. Molise;
- Responsabili delle Comunità di recupero per tossicodipendenti;
- un Rappresentante delle Associazioni dei Familiari;
- un Rappresentante delle Associazioni di promozione sociale o di volontariato;
- un Rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale;
- Dirigente del Servizio regionale competente;
- un Funzionario regionale di fascia D con funzioni di segretario.

Alla costituzione dell'Osservatorio si provvederà, previa acquisizione delle necessarie designazioni da parte dei soggetti sopra indicati, con determina del Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute. La partecipazione alle attività dell'Osservatorio è a titolo gratuito.





AREA D'INTERVENTO: N. 4 - **FORMAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

OBIETTIVI	AZIONI	PRINCIPALI INDICATORI
<p>n. 4.1</p> <p>Conoscere le necessità formative relative alle diverse professionalità che operano all'interno dei servizi pubblici e privati.</p>	<p>a. Mappatura delle professionalità presenti nei servizi pubblici e privati accreditati per il trattamento delle dipendenze presenti nella Regione Molise, i loro bisogni formativi e gli eventuali rinforzi.</p> <p>b. Strutturazione di piani di alta formazione per il trasferimento di tecniche terapeutiche riabilitative per il trattamento delle nuove dipendenze.</p>	<p>Report per provincia: n. 1</p> <p>Nascita piano di formazione regionale.</p>
<p>n. 4.2</p> <p>Rafforzare il sistema di gestione dei flussi relativi al fenomeno dipendenza, alle attività e agli interventi ad esso correlati e migliorare la qualità dei dati e dei medesimi flussi.</p>	<p>a. Implementare e mantenere il sistema informativo per le tossicodipendenze SIND. Avviare un nuovo sistema informativo basato su dati individuali anche per le alcol dipendenze (SINA).</p> <p>b. Istituire l'Osservatorio regionale sulle dipendenze e un gruppo di lavoro per la formazione continua e integrata tra pubblico e privato).</p>	<p>Grado di qualità analisi eseguite.</p>
<p>n. 4.3</p> <p>Attivare studi per la definizione e costruzione di sistemi per la valutazione degli esiti dei trattamenti.</p>	<p>a. Costituzione di un gruppo di lavoro per la valutazione degli esiti e dei trattamenti prodotto dai servizi per le dipendenze pubblici e privati.</p> <p>b. Attivare un network regionale per la messa a punto e la sperimentazione di un modello e relativo sistema per la valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness) dei trattamenti sulla base del progetto "OUTCOME" del DPA (costituzione di un gruppo di lavoro).</p>	<p>Gruppo: n. 1.</p> <p>Protocollo operativo regionale: n. 1.</p>
<p>n. 4.4</p> <p>Attivare un sistema di monitoraggio dei tossicodipendenti detenuti.</p>	<p>a. Attivare un flusso standard permanente dai servizi alla regione di dati aggregati relativo alle persone tossicodipendenti detenute.</p>	
<p>n. 4.5</p> <p>Realizzare reporting periodici sui risultati del P.A.R.D.</p>	<p>a. Costruzione di report sulla gestione e l'andamento delle azioni implementate dal P.A.R.D.</p>	<p>Report annuali: n. 1.</p>