



PIANO TRIENNALE PER LE DIPENDENZE 2024-2026



PIANO TRIENNALE PER LE DIPENDENZE 2024-2026**INDICE**

	PREMESSA	4
1	LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE: ESITI E RISULTATI RAGGIUNTI	6
2	ANALISI DI CONTESTO	11
	2.1 Un fenomeno in cambiamento	13
	2.2 Droghe sintetiche	14
	2.3 Carcere e stupefacenti	14
	2.4 Giovani	15
	2.5 Nuove Sostanze Psicoattive (NPS)	16
	2.6 Consumo di tabacco	17
	2.7 Consumo di alcol	17
	2.8 Consumo di psicofarmaci	17
	2.9 Overdose	17
	2.10 Nuove dipendenze comportamentali	18
	2.11 Comorbilità psichiatrica	19
3	FINALITÀ DEL PIANO, AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO E DESTINATARI	20



4	GLI INTERVENTI TRASVERSALI A POTENZIAMENTO DEL SISTEMA VENETO PER LE DIPENDENZE	30
5	IL RACCORDO CON LE PROGRAMMAZIONI REGIONALI E LOCALI CORRELATE	37
6	L'ASSETTO DI GOVERNANCE DEL PIANO	39
7	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO	41
8	RISORSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO	43
9	CRONOPROGRAMMA	45



PREMESSA

Il nuovo Piano Triennale Dipendenze della Regione del Veneto 2024-2026, si pone l'obiettivo di rispondere ai bisogni emergenti a livello regionale nell'ambito delle dipendenze, dalla prevenzione al trattamento e alla riabilitazione, in continuità con la triennialità precedente.

Nella sua peculiare ottica di costruzione partecipativa e con l'obiettivo di calare nel contesto regionale le priorità attuative dell'agenda nazionale, il Piano Triennale per le Dipendenze è frutto di un lavoro che ha messo in connessione la Regione del Veneto con i Dipartimenti delle Dipendenze e con il Privato Sociale, al fine di valorizzare il know-how e l'expertise dei diversi professionisti del settore, traendo un valore aggiunto dalla coesistenza di opinioni e punti di vista diversificati e multidisciplinari, che hanno potuto trovare sintesi in un'ottica propositiva e inclusiva di risoluzione delle molteplici problematiche affrontate.

Sul fronte organizzativo il Piano promuove un approccio fondato sulle comunità di pratica, con il fine di orientare tutte le componenti del Sistema delle Dipendenze alla massima condivisione e collaborazione. Infatti se pensiamo alle diverse professionalità presenti in questa particolare area di assistenza territoriale, possiamo immaginare un'articolazione della pianificazione in cui i diversi soggetti sono nel contempo elementi della struttura gerarchica e partecipanti a specifici gruppi interagenti tra loro.

Tale articolazione risponde peraltro alle scelte che la Regione del Veneto ha perseguito sin dal lontano 1999 (DGR n. 2217 del 22/06/1999) con l'istituzione del Dipartimento funzionale per le Dipendenze, nel quale sono compresi i Servizi pubblici (Ser.D) e il Privato Sociale Accreditato, e con le sue modalità di interazione e collaborazione con le altre strutture aziendali e con gli Uffici di vertice regionali.

I gruppi di lavoro rappresentano il fulcro operativo del modello proposto. Essi vengono concepiti come comunità di pratica, ovvero gruppi di professionisti che mettono in condivisione un patrimonio di conoscenze costruendo la base per azioni efficaci sul territorio. Il processo di presa in carico assume, così, una connotazione più globale e tenta di favorire il lavoro comune tra i servizi, in una logica di massimizzazione delle risorse. Si promuove, inoltre, in modo concreto l'interazione tra settori aziendali e regionali diversi, ma in qualche misura contigui (pensiamo ad esempio alle aree delle Dipendenze, della Salute Mentale, della Sanità Penitenziaria, dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia).

Ecco perché il Piano Triennale per le Dipendenze attuale vuole allargare ulteriormente la prospettiva di osservazione dell'utente. Una visione che vada oltre la parcellizzazione e consideri le persone nella loro complessa dimensione umana. Una sfida all'integrazione tra i Servizi che si declina attraverso azioni e approcci multidimensionali necessariamente congiunti, coordinati, quindi, globali. La rete di analisi ed intervento, oggetto di attenzione da anni, oggi indispensabile, si costruisce a partire dalla condivisione di conoscenze e di pratiche fra Servizi e singoli professionisti, perché la persona con dipendenza è caratterizzata sempre di più da molteplici bisogni, articolati e influenzati dalle condizioni ambientali e sociali.

Fermo l'approccio socio-organizzativo sopra descritto, sulla scorta dell'analisi dei risultati raggiunti nella programmazione precedente, sono state individuate le azioni più virtuose da mantenere e le criticità che richiedono, invece, nuovi approcci e strategie. L'analisi del contesto, inoltre, ha evidenziato il carattere dinamico e mutante del fenomeno delle dipendenze nel territorio, con elementi comuni a tutta la Regione ed altri più specifici a determinate aree. Sulla base di queste analisi, sono stati concordati gli obiettivi generali del Piano. Essi riguardano la promozione di percorsi di prevenzione e di cura e riabilitazione su target specifici: giovani, adolescenti, familiari, lungoassistiti e soggetti in condizione di grave fragilità, con particolare attenzione alle specificità genere correlate, ai baby addicted, alle persone straniere e migranti, alle persone con dipendenza in regime carcerario.

I target così definiti saranno raggiunti mediante specifiche azioni programmate a livello territoriale, sulla base delle peculiarità e delle esigenze di ciascuna area geografica. La declinazione aziendale del piano si integra con la programmazione di azioni trasversali, che saranno coordinate a livello regionale e sviluppate



operativamente attraverso gruppi di lavoro ad hoc o comunità di pratica, multidisciplinari, appositamente costituite.

Le aree sistemiche individuate sono:

- sistemi di valutazione degli esiti;
- percorsi terapeutici e assistenziali;
- raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi, in continuità con il progetto trasversale "R.E.D. Raccolta ed Elaborazione Dati del sistema delle dipendenze del Veneto" del precedente Piano.

Al fine di valorizzare i modelli di governance regionale già in essere, si intende mantenere il Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano Triennale per le Dipendenze, con il compito di coordinare tutte le attività inerenti l'implementazione del Piano Triennale, ivi compresa la validazione e il monitoraggio dei piani operativi territoriali, nonché delle azioni sistemiche a carattere trasversale.

Inoltre, il Gruppo Tecnico riporterà lo stato di attuazione del Piano, nonché ogni elemento utile riferito allo stesso nella cornice del Tavolo Tecnico permanente sulle Dipendenze (DGR n. 51 del 25 gennaio 2022) per dare informativa delle azioni realizzate.

Si ritiene necessario prevedere un sistema di coordinamento regionale, che abbia il compito di monitorare gli esiti attraverso un adeguato meccanismo di rilevazione in modo da poter indirizzare, correggere e modificare le azioni messe in campo e le forme innovative di intervento. Con queste finalità, sarà confermato il suddetto Gruppo Tecnico, con ricostituzione con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Si intende istituire infine, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, un Tavolo di Partenariato per le Dipendenze, quale tavolo dinamico, Tavolo di Paternariato per le Dipendenze da interlocutori istituzionali (quali, ad esempio, rappresentanti delle Prefetture o del mondo dell'istruzione, medici di medicina generale, pediatri) organizzazioni sociali, enti del terzo settore, associazioni dei familiari e altri portatori di interessi coinvolti nel tema delle dipendenze.

Il Piano Triennale Dipendenze si integra, senza sovrapporsi o duplicarsi con le programmazioni di settore, quali ad esempio, il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, che include il Macro Obiettivo MO2 Dipendenze e problemi correlati al quale si ricollega il Programma Predefinito PP04 Dipendenze, la programmazione su famiglia e minori, il Piano Operativo regionale sul Disturbo da Gioco d'Azzardo e la programmazione relativa alla Salute Mentale ed alla Sanità Penitenziaria.

Allo scopo di favorire una programmazione coordinata sarà funzionale prevedere momenti di confronto in fase di implementazione del piano stesso. Il processo di monitoraggio del Piano rappresenterà un'azione continua e puntuale nel corso dell'intero triennio. Esso fornirà un feedback continuo sull'avanzamento del Piano stesso, rilevando tempestivamente eventuali scostamenti rispetto a quanto preventivato e programmato secondo un preciso cronoprogramma, allo scopo di poter valutare tempistiche ed indicatori di risultato in modo obiettivo e preciso.

Il Piano rientra in una programmazione sociale all'interno di un settore che afferisce all'area sanitaria e sociosanitaria. Di seguito vengono specificate le risorse dedicate e il loro ammontare nel triennio 2024-2026.



1. LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE: ESITI E RISULTATI RAGGIUNTI

Il Piano Triennale 2020-2023¹ si poneva l'obiettivo di definire una strategia regionale orientata a contrastare il fenomeno delle dipendenze patologiche in tutte le sue sfaccettature in maniera coordinata ed uniforme, valorizzando le esperienze territoriali, promuovendo la collaborazione e la sinergia tra i Dipartimenti per le Dipendenze (Ser.D., Privato sociale accreditato, Volontariato) e diversi stakeholders.

La sua costruzione si è basata su un'ampia riflessione sui bisogni emergenti intercettati nel territorio nel corso degli anni.

Sono stati individuati, in particolare, alcuni target specifici sui quali concentrare i progetti territoriali e quelli trasversali. Essi sono i Giovani, le Famiglie ed i "Lungoassistiti". Le azioni individuate venivano così articolate:

Azioni a valenza territoriale:

- Area Prevenzione;
- Area Cura;

Azioni a valenza regionale:

- Area Trasversale.

Azioni a valenza territoriale

I nove Dipartimenti per le Dipendenze hanno presentato complessivamente 41 progetti che, in modo sufficientemente equilibrato, hanno interessato le due aree (Prevenzione e Cura) e tutti i target individuati dal Tavolo di Programmazione (Giovani, Famiglia, Lungoassistiti), attraverso un investimento finanziario distribuito come indicato nella tabella 1.1.

Tabella 1.1 Ripartizione finanziaria Piano Triennale Dipendenze 2020-2023 per Area e Target

PREVENZIONE			CURA			TRASVERSALI NELLA PREVENZIONE			TRASVERSALI NELLA CURA		
Giovani	Famiglia	Lungo assistiti	Giovani	Famiglia	Lungo assistiti	Giovani	Famiglia	Lungo Assistiti	Giovani	Famiglia	Lungo assistiti
10,6	4,9	2,9	5,7	0,7	9,0	19,1	1,6	4,8	16,4	2,4	21,9
18,4			15,4			25,5			40,7		

La percentuale maggiore è stata investita in progetti Trasversali nell'Area Cura nei confronti di Lungoassistiti (21,9%). Sei Dipartimenti hanno previsto azioni nei confronti di questi target attraverso 10 progetti specifici.

¹ DGR n. 911 del 9 luglio 2020 e DGR n. 317 del 29 marzo 2022 (che proroga il Piano a tutto il 2023).

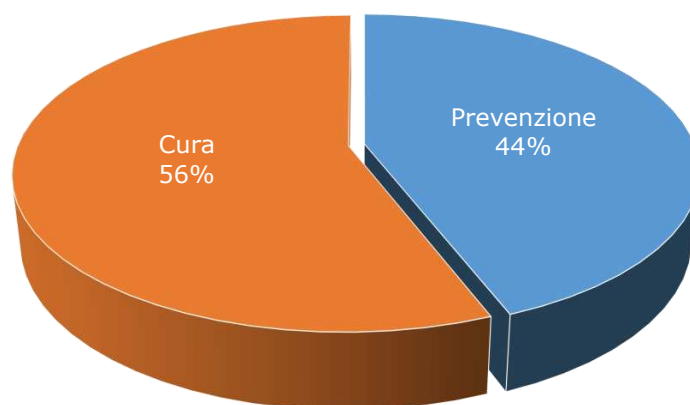


I Progetti Trasversali nella Prevenzione nei confronti dei giovani hanno rappresentato il 19,1% del finanziamento. Sette Dipartimenti hanno realizzato azioni nei confronti di questo target attraverso dieci progetti ad hoc.

Oltre il 16% del finanziamento è stato indirizzato in progetti Trasversali nella Cura nei confronti dei Giovani. Sei Dipartimenti hanno programmato azioni nei confronti di questo target, realizzando undici progetti.

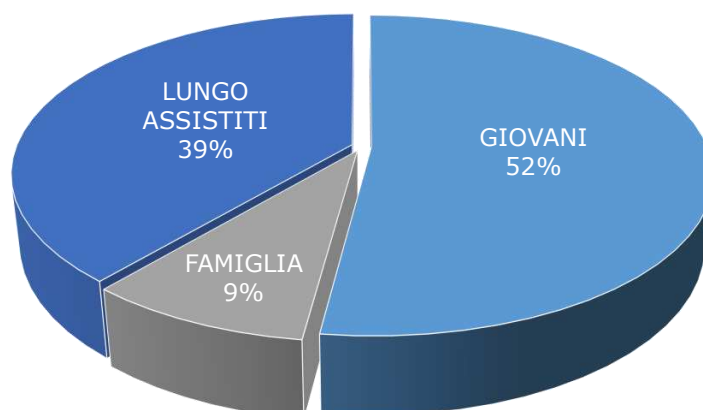
Confrontando la distribuzione delle risorse impegnate si evidenzia si sia realizzata un'equa ripartizione delle stesse tra Prevenzione e Cura (44% vs 56%), come illustrato nel grafico 1.1.

Grafico 1.1: Ripartizione risorse con riguardo alle aree della Prevenzione e della Cura (Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2023)



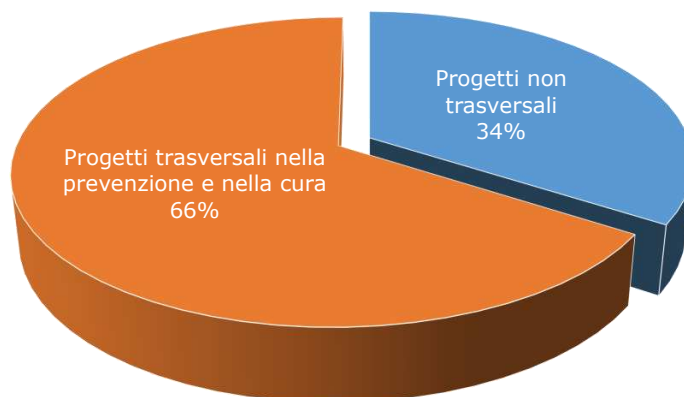
Rispetto ai Target individuati dal Tavolo di Programmazione, il maggior investimento è stato indirizzato verso i Giovani (52%), seguito da Lungoassistiti (39%) e Famiglie con il 9%.

Grafico 1.2: Ripartizione risorse con riferimento ai target individuati (Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2023)



Oltre il 66% delle risorse è stato indirizzato verso progetti Trasversali (66% vs 34%).

Grafico 1.3: Ripartizione risorse con riferimento alla trasversalità dei progetti (Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2023)



In tutti i Dipartimenti per le Dipendenze del Veneto il Piano è stato caratterizzato dalla co-progettazione tra Servizio Pubblico e Privato Sociale Accreditato. I singoli progetti hanno visto in molti casi il rafforzamento del lavoro integrato con altri Servizi aziendali, con il Volontariato e con gli Enti del Terzo Settore. La costituzione di equipe multiservizi e la presa in carico integrata degli utenti ha permesso l'attivazione di diverse misure di sostegno sviluppando interventi articolati, personalizzati e condivisi.

Le indicazioni e gli obiettivi dati dal Piano e la ripartizione del finanziamento per singola Azienda sono stati declinati attraverso un'analisi dei bisogni all'interno di ogni singolo Dipartimento e la formulazione di progetti mirati a soddisfare le esigenze territoriali mediante l'utilizzo delle risorse assegnate.

I progetti trasversali, in modo particolare, hanno messo in luce l'opportunità di una co-progettazione e di una co-programmazione a tutti i livelli. Come detto in premessa, sulla scorta dell'esperienza effettuata, si ritiene utile strutturare azioni nodali a livello regionale e dipartimentale, onde definire linee di indirizzo condivise e con uno sguardo al futuro. In questo modo sarà possibile programmare le specifiche azioni in modo sincrono e a tutti i livelli, ottimizzando anche la gestione amministrativo-contabile delle Aziende Sanitarie, dando ad essa una maggiore uniformità.

Azioni a valenza regionale: Area Trasversale

Il precedente Piano ha previsto specifiche azioni trasversali a valenza regionale, allo scopo di migliorare la governance del Sistema delle Dipendenze della Regione Veneto. In particolare, il focus degli interventi ha riguardato le seguenti tre sub aree:

- Formazione;
- Raccolta Dati;
- Sportello regionale di prima consulenza e di orientamento sulle dipendenze.

Formazione: il progetto trasversale "Piano Triennale di Formazione per gli operatori del Pubblico e Privato dei Dipartimenti per le Dipendenze della Regione del Veneto" ha avuto come capofila l'Azienda ULSS 6



Euganea. Attraverso tale progetto è stata offerta un'ampia proposta formativa, trasversale a tutti i Dipartimenti, che ha coinvolto tutte le diverse professioni, il pubblico ed il privato sociale accreditato, con eventi formativi specifici indirizzati anche ai neoassunti.

L'esperienza ha consentito di aprire relazioni nuove tra i diversi Dipartimenti del Veneto e con i vari referenti del Privato Sociale Accreditato, facilitando la condivisione di esperienze e la messa in gioco di nuove progettualità condivise.

I corsi sono stati gestiti in modalità FAD (Formazione a Distanza), permettendo una maggiore efficienza nella copertura territoriale, nelle tempistiche e nel governo della spesa. Inoltre, è stata favorita la continuità dell'esperienza formativa così da stabilizzare alcune buone pratiche operative e la divulgazione delle stesse alle diverse Aziende ULSS della Regione.

Ciò nonostante, il livello organizzativo è ancora suscettibile di miglioramento, soprattutto sul fronte della gestione amministrativa e informatica. Per questa ragione, si ritiene fondamentale proseguire nello sviluppo di azioni formative finalizzate a garantire un incremento delle competenze e delle conoscenze nell'area delle dipendenze, dando ad esse una maggiore diffusione e una migliore articolazione nelle singole Aziende Sanitarie in modo da rispondere efficacemente a specifici bisogni territoriali.

Raccolta Dati: il progetto trasversale "R.E.D. Raccolta ed Elaborazione Dati del sistema delle dipendenze del Veneto" è nato dalla necessità, rilevata dai Dipartimenti, di disporre di una corretta lettura del fenomeno dipendenze, attraverso dati raccolti in maniera uniforme, e quindi confrontabili, al fine di poter essere utilizzati sia dal punto di vista epidemiologico che nella programmazione degli interventi.

Il progetto ha avuto come capofila l'Azienda ULSS 9 Scaligera e ha perseguito l'obiettivo di sviluppare un disegno architettonico delle possibili modifiche dei software in uso, in un quadro di potenziali integrazioni tra flussi informativi riguardanti le dipendenze da sostanze, la dipendenza da alcol e le dipendenze comportamentali, tra le quali, nello specifico, il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

I Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS del Veneto utilizzano infatti l'applicativo PoInT GeDi (Processi Integrati Territoriali - Gestione Dipendenze) per la gestione dei flussi informativi relativi al SIND Sistema Informativo Nazionale Dipendenze e per la registrazione delle attività ordinarie di accoglienza e presa in carico, di diagnostica, di programmazione terapeutica, di assistenza, di eventuale invio in comunità e di dimissione.

L'attività svolta e registrata mediante tale software impatta anche su programmi regionali quali: a) GeFIS Gestione Flussi Sanitari; b) Data Warehouse Socio Sanitario.

I Dipartimenti usano altresì il Sistema Informativo regionale sulle Dipendenze denominato "Geky", finalizzato alla programmazione, al monitoraggio ed al controllo dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza riguardanti l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche. Questa ultima applicazione viene utilizzata anche dagli Uffici regionali.

Il progetto R.E.D. ha posto in evidenza importanti aree di miglioramento nella rilevazione e nella qualità dei dati stessi ed ha ottenuto rilevanti risultati, quali:

- un corposo lavoro preliminare di armonizzazione delle procedure di inserimento e di gestione dati nell'applicativo PoInT GeDi;
- la realizzazione di una rete tra i referenti delle Aziende ULSS del Veneto, con un continuo e costante confronto tra gli operatori del settore;
- un'interazione efficace e produttiva con l'Unità Operativa Complessa Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero alla quale compete il controllo logico e formale della qualità del dato, la validazione e la trasmissione ai Ministeri competenti dei flussi informativi;



- la verifica e la restituzione dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie del Veneto attraverso accessi dedicati al Data Warehouse Socio Sanitario regionale;
- un affinamento e una maggiore sistematizzazione nella raccolta e nell'elaborazione dei dati, con conseguente miglioramento della qualità degli stessi.

Anche in questo caso è fondamentale che il lavoro possa proseguire per dare continuità a quanto fatto finora, anche al fine di sviluppare le necessarie integrazioni tra l'applicativo PoInT GeDi (Processi Integrati Territoriali - Gestione Dipendenze) e il software "Geky" Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze.

Sportello regionale di prima consulenza e di orientamento sulle dipendenze: nel corso di vigenza del Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2023 non è stato possibile attivare un progetto corrispondente. Non va infatti dimenticato che il Piano si è sviluppato in un periodo di emergenza epidemiologica dovuta al Covid-19, che ha imposto una riorganizzazione dei Servizi e ha avuto importanti ricadute sia sui progetti territoriali sia sulle azioni trasversali, in particolare nella sub area Formazione, all'interno della quale si sono dovuti organizzare eventi esclusivamente da remoto.

Complessivamente il Piano 2020-2023 ha comunque fornito, sia a livello regionale che nei singoli Dipartimenti, risposte innovative, diversificate ed efficaci, molte delle quali possono essere mantenute ed implementate con l'attivazione del nuovo Piano 2024-2026.



2. ANALISI DI CONTESTO

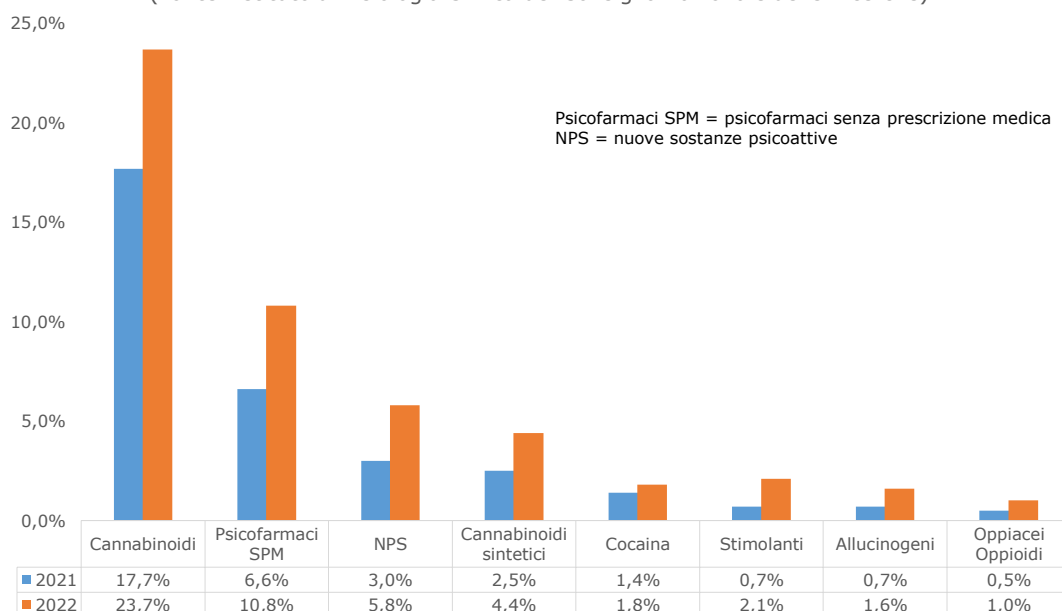
L'ultima Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia ha stimato, per l'anno 2021, poco meno di 6 milioni di utilizzatori di cannabis, 884 mila di cocaina, 293 mila di eroina e 420 mila di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine). La spesa per il consumo totale di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale per lo stesso anno è stimata in 15,5 miliardi di euro, il 42% del quale derivante dal consumo di cannabis e poco più del 31% dall'utilizzo di cocaina.

Nel biennio 2020-2021 tale dato ha risentito delle restrizioni causate dalla pandemia, verosimilmente in relazione alla variata disponibilità sul mercato di psicotropi ed alla riduzione dei contesti di consumo e scambio. Ciò nonostante, non vi è stata riduzione del traffico di sostanze stupefacenti, anzi le Forze dell'Ordine hanno segnalato la continua disponibilità sul mercato illecito di un'ampia varietà di psicotropi con elevata purezza e, seppure il distanziamento sociale abbia condizionato le dinamiche di spaccio di strada, in molti hanno fatto ricorso al web ed ai canali tecnologici per l'approvvigionamento, incrementando il trend di un mercato sempre più digitalizzato.

Parallelamente nel 2022, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) ha identificato 76 nuove sostanze psicoattive (NPS) circolanti sul territorio nazionale (di cui 29 per la prima volta in Italia) appartenenti prevalentemente alle classi dei cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, fenetilamine, indolalchilamine, aricicloesilamine e arilalchilamine; la quasi totalità delle nuove sostanze (85%) è stata identificata a seguito di sequestro.

Le segnalazioni provenienti dall'Italia e dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) hanno riguardato un totale di 113 nuove sostanze psicoattive, appartenenti alle classi dei cannabinoidi sintetici (n.34), catinoni sintetici (n.20), aricicloesilamine (n.11), indolalchilamine (n.10), fenetilamine (n.9), arilalchilamine (n.6), oppioidi sintetici (n.4), benzodiazepine (n.4), piperidine (n.2), piperazine (n.2), piante (n.1), aminoindani (n.1) e altro (n.9).

Gráfico 2.1 Consumi di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno.
Percentuale nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 19 anni
(Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche)



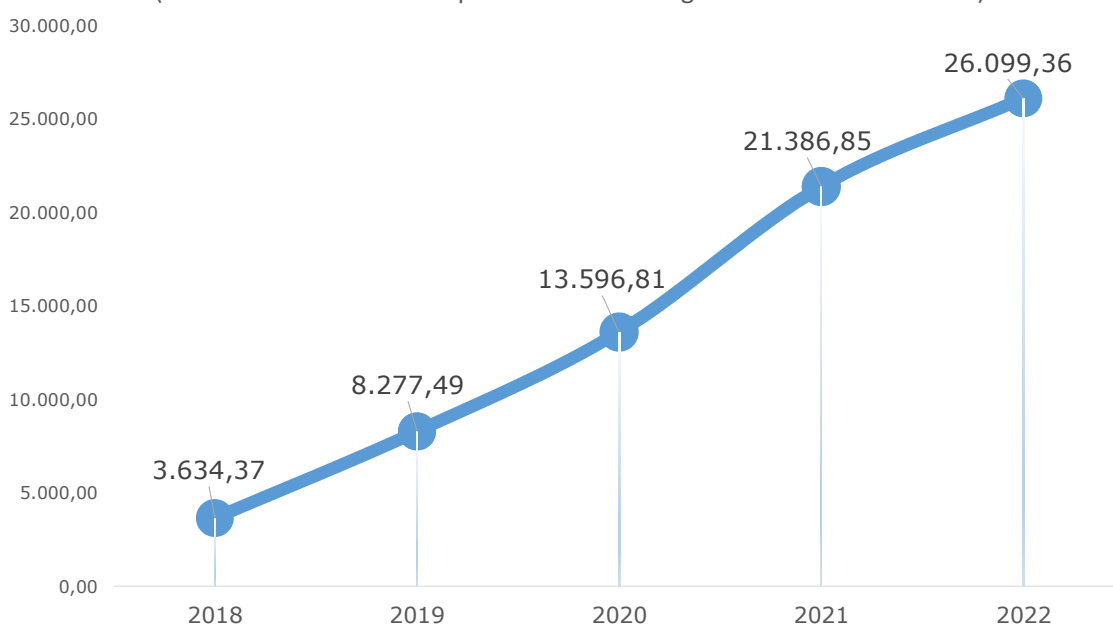
Come rilevato nella Relazione al Parlamento 2023 (dati 2022) l'uso di sostanze appare in aumento sia nella fascia 18-64 anni di età che nella fascia 15-19. In particolare, preoccupante è l'incremento nella fascia giovanile rispetto ai dati riferiti al 2021 (aumento dei consumi complessivi dal 18,7% al 27,9%) con un aumento rilevante soprattutto per cannabinoidi sintetici e NPS.

Ulteriore dato che colpisce è l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica riportato nella fascia 15-19 anni al 10,8% (nel 2021 era di 6,6%).

Sul piano dell'ordine pubblico, la relazione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno per l'anno 2023 (dati 2022) rileva una sostanziale ripresa delle importazioni di stupefacenti, in quantità equiparabili ai periodi precedenti al periodo pandemico, per alimentare una crescente domanda, connessa al ritorno ad "una vita sociale più intensa".

Per quanto riguarda le operazioni antidroga, queste hanno portato al sequestro di 75 tonnellate di sostanze stupefacenti (-19% rispetto al 2021), 209.057 le piante di cannabis (-32% circa) e 19.182 compresse/dosi (-5%). Il 63% delle sostanze sequestrate è costituito da prodotti della cannabis, soprattutto marijuana; il 35% da cocaina/crack e l'1% da eroina o altri oppiacei, mentre sostanze sintetiche e altre sostanze costituiscono rispettivamente lo 0,1% e il 2% delle sostanze sequestrate. Rispetto al 2021, si registra un considerevole aumento dei quantitativi di cocaina sequestrati, mentre sono diminuiti quelli dei prodotti della cannabis. Il 33% dei quantitativi sequestrati è stato intercettato presso le aree frontaliere, soprattutto marittime.

Grafico 2.2. Crescita esponenziale dei sequestri di cocaina in Italia in chilogrammi
(Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Ministero dell'Interno)

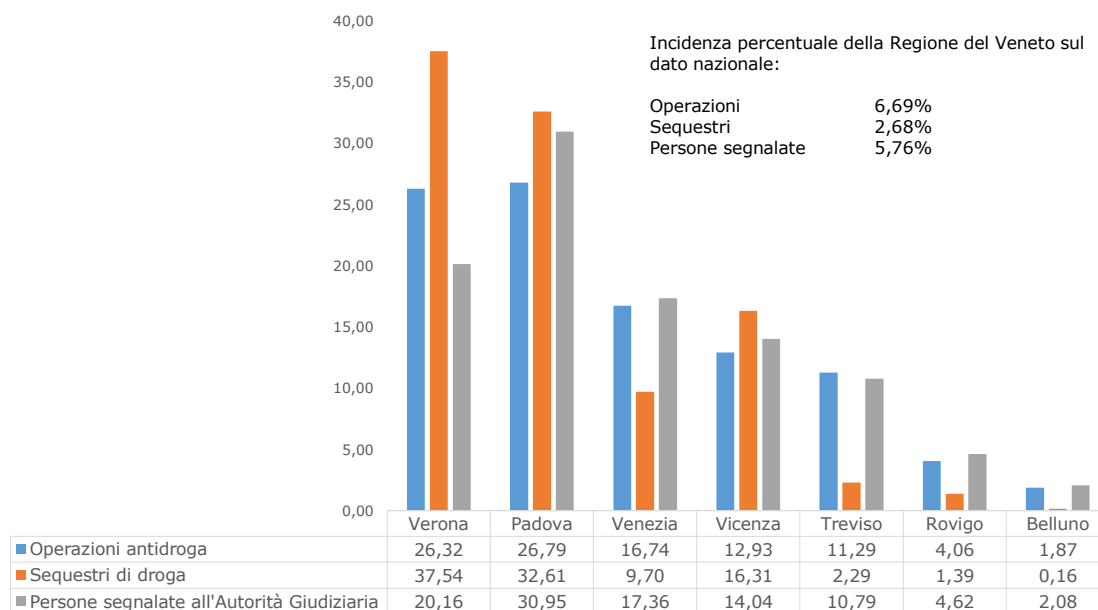


La nostra Regione non si discosta dalle risultanze di queste rilevazioni. Nel 2022, in Veneto, è stato registrato il 6,69% delle operazioni antidroga svolte sul territorio nazionale, il 2,68% delle sostanze sequestrate e il 5,76% delle persone segnalate all'Autorità Giudiziaria.



Le Province in cui si registrano le percentuali più elevate di operazioni, sequestri e persone segnalate sono Verona e Padova.

Grafico 2.3. Operazioni, sequestri e persone segnalate nel Veneto:
incidenza percentuale delle Province sul dato regionale 2022
(Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Ministero dell'Interno)



Nel 2022, sono state effettuate, a livello regionale, 1.284 operazioni antidroga, con un decremento dello 0,85% rispetto all'anno precedente. Nello stesso anno, in Veneto, i quantitativi di sostanze sequestrate sono diminuiti del 4,52%, passando da 2.108,77 kg nel 2021 a 2.013,39 kg nel 2022.

Anche nel Veneto si conferma il trend nazionale, dove si registra, in particolare, una sensibile crescita dei sequestri di cocaina. Tra le Province della nostra Regione, Vicenza riscontra la più alta quantità di cocaina sequestrata, mentre le Province in cui si registrano i sequestri maggiori di marijuana sono Verona e Padova.

2.1 Un fenomeno in cambiamento

In generale, si rileva una riduzione del volume totale dei sequestri di droga, elemento che va letto in relazione alle misure restrittive messe nel periodo della pandemia da Covid-19. Il mercato delle droghe ha risentito della diminuzione di circolazione di persone; in effetti il contenimento degli spostamenti ha provocato anche un decremento della richiesta di sostanze, oltre che di gioco d'azzardo. Al di là del dato numerico, che probabilmente non è indicativo di una diminuzione del fenomeno, è più interessante analizzare il trend da un punto di vista qualitativo. I dati a disposizione mostrano alcuni cambiamenti, sia in termini di sostanze usate, sia di modalità d'uso e sia di età di iniziazione.

In Veneto, sono state denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati sugli stupefacenti complessivamente 1.538 persone, delle quali 767 in stato di arresto, con un decremento del 2,97% rispetto all'anno precedente, corrispondenti al 5,76% dei denunciati sul territorio nazionale. Le denunce hanno riguardato per il 93,37% il



reato di traffico/spaccio e per il restante 6,63% quello di associazione finalizzata al traffico di droga. Gli stranieri sono stati 939, che rappresentano il 61,05% del totale regionale, mentre i minori 115, cioè il 7,48%.

Nel 2022 sono decedute per abuso di sostanze stupefacenti 42 persone, che incidono del 14,09% sul totale nazionale. Nell'ultimo decennio, il valore più alto si è registrato proprio nel 2022, il più basso nel 2015. La Provincia con il più alto numero di decessi è Venezia, con 14 morti per droga. Quindi, nonostante il calo legato alla pandemia, il tasso di mortalità aumenta. Segno questo della maggior pericolosità delle sostanze in commercio nel mercato illegale.

2.2 Droghe sintetiche

Per quanto concerne le droghe sintetiche è disponibile il dato nazionale che attesta il sequestro di 10.530 dosi e di kg 103 di sostanze, facendo registrare, nel 2022 rispetto al 2021, un decremento sia per le partite in polvere sia per quelle in dosi. Fra le droghe sintetiche sequestrate, i quantitativi in peso e in dosi più significativi sono stati rispettivamente quelli di metamfetamina, con 44,38 chilogrammi e di MDMA (ecstasy – metilenediossimetamfetamina), con 9.203 dosi. Vanno infine evidenziati anche i sequestri in millilitri pari a 38.207, di cui 37.527 ml di GBL e 680 ml di GHB (cosiddette "droghe dello stupro").

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno evidenzia che l'analisi dei dati relativi al 2022 conferma che la commercializzazione delle droghe sintetiche avviene, frequentemente, attraverso siti che operano nel "Dark Web", resi accessibili esclusivamente tramite sistemi di crittografia, sicuri e funzionali a rendere estremamente difficoltosa l'identificazione dei soggetti coinvolti ed il tracciamento dei relativi pagamenti. Attraverso questi siti gli acquirenti possono effettuare ordini telematici e ricevere a casa lo stupefacente, tramite spedizioni postali.

Un altro aspetto rilevante è la percentuale di principio attivo presente nelle sostanze sequestrate. Le analisi condotte dai laboratori della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri hanno evidenziato un elevato contenuto medio di THC nei prodotti a base di resina di Cannabis (29%), oltre il doppio di quello rilevato nella Cannabis in foglie e infiorescenze (13%), mostrando nel corso degli anni una tendenza in costante aumento. Analogamente si è osservato un incremento dei sequestri di Cannabis a elevatissimo contenuto di THC (superiore al 50%).

In questi anni un altro fenomeno emergente e da evidenziare riguarda l'adulterazione dei prodotti a base di Cannabis con cannabinoidi sintetici (come riportato in alcune segnalazioni al Sistema Nazionale di Allerta Precoce).

La modificazione sintetica della cannabis è responsabile del preoccupante aumento della pericolosità di tale sostanza, che così alterata può produrre intossicazioni molto più gravi e avvelenamenti più severi. Si consideri che la cannabis è solitamente la prima sostanza di uso, che inizia alla carriera tossicomantica i più giovani.

In generale, i campioni analizzati da sostanze sequestrate nelle piazze dello spaccio hanno evidenziato una elevata variabilità di concentrazione di principio attivo: valori di THC inferiori all'1% fino a oltre il 90% per l'hashish, fino al 44% per marijuana; da 0,4% a 82% per eroina; da 0,3% a 89% per cocaina e da 42% a 99% per crack; da 8% a 81% per metamfetamina e dal 16% a 84% per MDMA.

2.3 Carcere e stupefacenti

Nell'ambito delle operazioni svolte dalle Forze dell'Ordine si deve sottolineare il coinvolgimento dei minori nelle attività di sequestro, già segnalato dalla citata Relazione al Parlamento: in particolare, in controtendenza con il dato generale delle denunce all'Autorità Giudiziaria, nel 2022 il numero di minori denunciati è aumentato del 14,78% rispetto al 2021. Tale incremento è rilevante nell'ultimo triennio ed in particolare tra i



quattordicenni (+55,26%). Ancora una volta, notiamo che l'età non solo dell'uso ma anche dello spaccio è diminuita.

Negli ultimi dieci anni vi è un aumento delle percentuali riferite ai minori segnalati per violazione dell'Art. 75 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309 (detenzione ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope) residenti nella Regione del Veneto che passa dal 5,7% del 2012 all'8,9% del 2022. Tra questi, senza distinzione di genere, il 98% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis e derivati, a fronte di una percentuale pari al 75% per gli adulti.

In entrambi i generi, le segnalazioni per possesso di cocaina e di eroina/oppiacei aumentano con il progredire dell'età delle persone segnalate, con una leggera prevalenza delle donne che mostrano percentuali tendenzialmente superiori a quelle maschili.

Parallelamente nella Regione del Veneto vi è una riduzione del numero assoluto delle persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga correlati (dai 2.042 nel 2012, ai 1.538 nel 2022).

Sul fronte nazionale, invece, il 31 dicembre 2022 presso gli istituti penitenziari erano presenti 56.196 detenuti, il 34,3% dei quali (n. 19.283) ristretti per aver commesso reati in violazione del DPR n. 309/1990: tra questi ultimi la maggior parte (63%) ha commesso reati inerenti la produzione, il traffico e la detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990), il 5,2% inerenti associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art.74 DPR n.309/1990) e il restante 31,8% ha commesso entrambi i reati.

Nella Regione del Veneto tale popolazione corrisponde al 26,1% dell'intera popolazione penitenziaria.

Nel 2022, su un totale complessivo di 21.551 persone in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelle con imputazioni di reati droga-correlati sono state 3.707 (pari al 17,2% del totale): di queste, il 27,3% risulta in carico per la prima volta (n.1.012), il 96% è di genere maschile e il 17% di nazionalità straniera.

Il numero assoluto, dopo un progressivo incremento tra il 2012 ed il 2015 ed aver raggiunto il picco di 4.205 soggetti nel 2019, risulta stabile negli ultimi anni. Si assiste comunque, nel medesimo decennio, ad un graduale aumento della percentuale di minorenni/giovani in carico ai Servizi Sociali Minorili per reati penali droga-correlati: dal 16% del 2012 a quasi il 17% nell'ultimo anno.

Un dato di rilievo, rispetto ai collocamenti in comunità per reati droga-correlati, è rappresentato dall'età dei giovani all'ingresso: il 76,7% del totale (95% maschi) ha tra i 16 e i 17 anni di età.

2.4 Giovani

Per le finalità che il Piano Triennale si propone, altre importanti informazioni, seppur non recentissime, sono contenute in ESPAD@Italia, uno studio di prevalenza sui consumi di sostanze psicoattive e sui comportamenti a rischio, (inclusi tra questi l'utilizzo di Internet, di videogiochi e il gioco d'azzardo) tra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado di 15-19 anni.

La ricerca prende origine dall'omonimo progetto europeo ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), uno studio transnazionale condotto contemporaneamente in 35 Paesi europei che ha come obiettivo il monitoraggio a livello europeo dell'uso di sostanze tra gli studenti di 16 anni.

Nel 2021, il 24,1% degli studenti in Italia, pari a 621mila 15-19enni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della propria vita una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei. Tra gli studenti 15-19enni, circa il 18% ha assunto una sostanza psicoattiva illegale nel corso dell'ultimo anno, il 10% ha fatto uso di sostanze nell'ultimo mese e il 2,8% ne ha fatto uso più volte a settimana. Il dato è in diminuzione dal 2017.



La cannabis è la sostanza illegale più usata: il 18% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nel corso del 2021, il 2,5% un utilizzo quasi quotidiano (dato in leggera riduzione). Più della metà degli utilizzatori ha avuto il primo contatto fra i 15 e i 16 anni e per il 91% rappresenta la sola sostanza illegale utilizzata. Secondo l'analisi del profilo d'uso, il 22% degli studenti consumatori ne fanno un uso definibile "a rischio" (ESPAD@Italia). Il consumo è più frequente tra amici in particolare per coloro che ne fanno un uso frequente.

La maggior parte degli studenti che hanno usato cannabis nella vita (51,7%) riconduce il primo utilizzo tra i 15 ed i 16 anni, il 16,9% dopo i 16 anni, il 31,4% a meno di 14 anni.

Nella popolazione giovanile si evidenziano i cambiamenti rispetto al fenomeno dipendenze che abbiamo già menzionato. L'età di inizio si abbassa e vengono usate sostanze nuove e tendenzialmente sintetiche.

2.5 Nuove Sostanze Psicoattive (NPS)²

Nel 2021 sono stati settantasettemila (3%) gli studenti che hanno assunto Nuove Sostanze Psicoattive (NPS): le più diffuse sono riconducibili ai cannabinoidi sintetici, sperimentati almeno una volta nell'anno dal 2,5% degli studenti mentre lo 0,4% ha usato ketamina³. La ketamina permane disponibile in alcuni mercati nazionali, ha un frequente uso di gruppo e si sta diffondendo attraverso nuove miscele conosciute come pink-cocaine dove si ritrova associata ad anfetamine o MDMA. Gli studenti che hanno assunto NPS hanno riferito che nella maggior parte dei casi si trattava di pasticche, sostanze in polvere, liquide o cristalli.

Nel 2022 il mercato europeo dei catinoni sintetici ha mostrato un consolidamento attraverso un incremento delle quantità sequestrate: in particolare si è evidenziata una adulterazione dell'MDMA con catinoni sintetici⁴ (mefedrone, clephedrone, dipentylone noto come BU Crystal) distribuiti in forma di polvere, compresse o cristalli e talora venduti come MDMA. Catinoni sintetici ed anfetamine sono coinvolti in comportamenti a rischio correlati alla diffusione dell'infezione da HIV come la chemsex e l'utilizzo per via iniettiva. Nei contesti voluttuari e di chemsex è altresì diffuso il consumo di GBL e GHB il cui dato relativo ai sequestri come abbiamo visto permane elevato nel 2022.

Come detto la commercializzazione delle droghe sintetiche avviene frequentemente attraverso siti collocati nel Dark Web, così come numerosi applicativi di messaggistica istantanea oggi permettono comunicazioni anonime, criptate e ad eliminazione automatica e divengono luoghi di domanda ed offerta, specie all'interno di gruppi di pari.

Sono invece quarantaquattromila gli studenti che hanno riferito il consumo di più sostanze: due terzi usano frequentemente almeno una delle sostanze consumate e presentano un profilo di rischio elevato anche per altri comportamenti (ESPAD@Italia). Sono dunque il 14,3% i cosiddetti poliutilizzatori, indicando come seconda sostanza illegale più frequente la cocaina.

Tra le persone che usano psicotropi e che hanno partecipato all'European Web Survey on Drugs, nel 2021, si evidenzia come la cannabis sia dunque la sostanza più utilizzata (99%) accanto ad un uso molto diffuso di cocaina (21%) ed ecstasy (12%). Circa il 40% utilizza almeno due sostanze: nella maggior parte dei casi si associa cannabis a cocaina e/o MDMA e/o amfetamine e NPS.

² Rappresentano una nuova minaccia in quanto spesso non ricomprese tra le sostanze inserite nelle apposite tabelle decretate dal Ministero della Salute.

³ La ketamina è una molecola di origine sintetica dalle proprietà anestetiche ed analgesiche ed è ampiamente utilizzata in ambito veterinario. Nel mercato illecito si trova sotto forma di liquido, capsule e polvere cristallina. La ketamina è stata rilevata anche in compresse vendute come ecstasy o come adulterante di altre droghe quali cocaina, amfetamine, eroina (Fonte: Dipartimento per le politiche antidroga afferente alla Presidenza del Consiglio dei Ministri).

⁴ I catinoni sintetici sono sostanze strutturalmente analoghe al catinone, una molecola psicoattiva presente in natura nella pianta del Khat (Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno).



2.6 Consumo di tabacco

Appaiono in risalita i consumi di tabacco fra gli studenti, in particolare fra le studentesse. Oltre un terzo ha fumato la prima sigaretta prima dei 13 anni, il 21% degli studenti fuma quotidianamente, in maggioranza (53%) fumano al massimo 5 sigarette al giorno (ESPAD@Italia).

Si incrementa di cinque volte (ESPAD@Italia) in quattro anni la percentuale di studenti che utilizza sigarette senza combustione raggiungendo un quarto degli studenti come esperienza d'uso. Circa 600mila studenti nel corso del 2021 hanno utilizzato sigarette elettroniche con una prevalenza di studentesse. Il fumo esclusivo delle tradizionali sigarette ha riguardato il 22% degli studenti, l'uso esclusivo di e-cig il 2,9%, mentre gli utilizzatori duali raggiungono il 39%, portando al 64% la prevalenza totale di fumo e/o svapo.

2.7 Consumo di alcol

Oltre mezzo milione di studenti (21%), nel corso del 2021 (ESPAD@Italia), ha consumato bevande alcoliche fino a raggiungere lo stato di ubriachezza e per circa quindicimila ragazzi è stato un comportamento frequente: per la prima volta si sono osservate prevalenze superiori tra le studentesse rispetto ai ragazzi.

Secondo il rapporto ISTISAN 23/3, il 49,4% dei ragazzi ed il 41% delle ragazze di età compresa tra gli 11 ed i 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La prevalenza dei consumatori di età compresa tra gli 11 ed i 17 anni è pari ad un 16,5% tra i maschi ed un 14,2% tra le femmine. In tale fascia di età i consumatori sono da considerare totalmente a rischio al di là delle condotte di binge drinking che riguardano il 2,3% dei maschi e l'1,8% delle femmine.

Per quanto riguarda la popolazione generale, per la Regione del Veneto si possono evidenziare alcuni dati su cui porre l'attenzione: la prevalenza dei consumatori di entrambi i sessi fuori pasto è superiore alla media nazionale. Se osserviamo invece i soli maschi si nota un aumento consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio, secondo i criteri dell'Istituto Superiore di Sanità.

2.8 Consumo di psicofarmaci

Sono stati circa centosettantamila gli studenti (ESPAD@Italia) che hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nel corso del 2021 con una prevalenza tripla fra le studentesse: più del 50% ha dichiarato di averlo fatto per migliorare la performance ad iniziare da quella scolastica e per autocura. Lo 0,5% (14.000) ha utilizzato almeno una volta nella vita farmaci oppioidi (painkillers). L'European Drug Report 2023 segnala una maggiore disponibilità di derivati del fentanil e di oppioidi benzimidazolici (nitazeni) ed una mortalità per overdose correlata al loro utilizzo. Particolare attenzione viene poi sollecitata su miscele tra oppioidi e benzodiazepine o sedativi/miorilassanti per uso veterinario diffuse sui mercati con i nomi di benzodope e tranqdope.

La diffusione di condotte di abuso di farmaci oppioidi trasversalmente a tutte le età senza escludere le più avanzate, ha condotto i CDC statunitensi (Center for Disease Control and Prevention) ad elaborare linee guida contenenti raccomandazioni rivolte alla classe medica di limitare le prescrizioni di oppioidi nel trattamento del dolore cronico (non oncologico, non correlato a terapie palliative e del fine vita).

2.9 Overdose

L'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA), nel report del 2022, ha sottolineato come il mercato della droga è in continua innovazione portando all'elevata disponibilità complessiva di un numero crescente di sostanze diverse, spesso di elevata potenza o purezza con prezzi in



calo. Le tendenze indicizzate indicano che la purezza media dell'eroina è aumentata del 9% tra il 2010 e il 2020, mentre il suo prezzo è diminuito dell'8%.

Ciò comporta un maggior rischio di overdose. Si stima che nel 2020 nell'Unione europea si siano verificati almeno 5800 decessi da overdose causati da sostanze illecite. Ciò rappresenta un tasso di mortalità stimato per overdose pari a 16,7 decessi per milione per la popolazione adulta. La maggior parte di questi decessi è associata alla tossicità data dal consumo plurimo, che generalmente comprende combinazioni di oppiacei illeciti, altre sostanze illecite, farmaci e alcol.

Dalla Relazione Annuale al Parlamento Anno 2023 risulta che nel corso dell'anno 2022 i decessi per intossicazione acuta di sostanze stupefacenti, rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture, sono stati 298, valore in linea con quello dell'anno precedente (n.296). L'85% dei decessi ha riguardato uomini (M=253; F=45) e il 13% persone di nazionalità straniera (n.39). L'età media dei deceduti è progressivamente aumentata, passando dai 37 anni del 2012 ai 42 nell'ultimo biennio. L'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita alla metà dei decessi droga-correlati (n.149), mentre quella da cocaina/crack è stata rilevata in oltre un quinto (n.66); per un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile del decesso (n.74), quota che nel corso degli anni ha evidenziato un notevole decremento.

L'individuazione di alcune specifiche piazze da parte dei narcotrafficienti, la disponibilità di sostanza più pura a prezzi ridotti, la maggior mobilità da parte dei consumatori rispetto al passato, porta all'emergere di fenomeni locali in cui si rileva un flusso di consumatori provenienti da diverse aree anche geograficamente distanti, acquisto e consumo in strada, stazionamento dei soggetti in quell'area per più giorni, aumento del numero di overdose (vedi picco di overdose nell'area di Mestre nell'estate del 2017, con 13 casi tra luglio e agosto), allarme sociale. La gestione della complessità grava su quell'area ma vede coinvolti direttamente o indirettamente anche i Servizi competenti per residenza del consumatore.

2.10 Nuove dipendenze comportamentali

Sono oltre trecentocinquantamila (ESPAD@Italia) gli studenti che nel 2021 hanno rivelato un profilo rischioso per l'uso di Internet. È cresciuto significativamente il numero di quelli coinvolti in fenomeni legati al cyberbullismo sia per quanto riguarda le vittime, che raggiungono il 46%, sia per quanto riguarda i cyberbulli (29%). Circa l'1% degli studenti ha accettato un invito a partecipare a prove o sfide online. Tale percentuale si triplica se si considerano coloro che hanno ricevuto l'invito.

Un'altra condizione che continua a destare l'attenzione dei ricercatori è la tendenza all'isolamento da parte degli adolescenti: poco meno di un quinto degli studenti afferma di essersi isolato per un tempo significativamente lungo (non considerando il periodo di lockdown dovuto all'emergenza pandemica). Tra costoro, un quarto è rimasto isolato per meno di sette giorni, il 31% fra sette e quattordici giorni ed il 21% da trenta a sessanta giorni. Il 17% degli studenti ha affermato di essere rimasto isolato volontariamente, condizione che potrebbe ricondurre ad una diagnosi di "Hikikomori".

Alcuni ricercatori sostengono che il 40% del tempo di veglia possa essere dedicato alle connessioni: è in tale ambito che si sviluppa la F.O.M.O (Fear Of Missing Out) ovvero il timore di essere esclusi dalle reti informative e/o da community digitali. In tale dinamica si prospetta lo sviluppo di uno stato di ansia e fobia sociale dove da un lato vi è la percezione di non riuscire a controllare il mondo circostante, dall'altro il timore di giudizio e svalutazione interpretato sulla base dell'assenza di approvazione o considerazione altrui. Tale condizione sembra colpire soprattutto adolescenti e giovani in un'età compresa tra i 15 ed i 24 anni. FOMO, Internet Addiction, Ansia Sociale e Alessitimia (incapacità di riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni), condizione quest'ultima sempre più correlata a stati additivi, rappresentano pattern di integrazione di interventi tra Servizi.



Il 68% degli studenti afferma di aver giocato ai videogame nel 2021. Il 21% risulta avere un profilo di gioco a rischio con percentuali quasi doppie fra gli studenti di genere maschile.

Oltre un milione di studenti (ESPAD®Italia) ha giocato d'azzardo nel corso del 2021: la maggiore frequenza si ritrova nei Gratta&Vinci (72%) preferiti soprattutto dalle ragazze e nelle scommesse calcistiche (35%) in cui sono maggiormente attivi i ragazzi. Gli studenti giocatori con un profilo di gioco problematico rappresentano il 7% del totale.

Sono circa 20 milioni gli italiani, in età compresa tra i 18 e gli 84 anni, che hanno giocato d'azzardo nel 2022 (Studio IPSAD), 800mila mostrano un profilo di rischio moderato/severo. Il gioco online è più che raddoppiato negli ultimi cinque anni, prevalentemente tra i maschi ed in particolare tra quelli di età inferiore ai 35 anni. Nella Regione del Veneto nel 2022 sono stati spesi 4.897,05 milioni di euro per il gioco fisico (ADM Agenzia delle Dogane e dei Monopoli).

Un ultimo dato esplorato riguarda la partecipazione a risse tra gruppi di pari che ha coinvolto nel 2021 il 14% degli studenti: un dato stabile se confrontato con gli anni precedenti. Il 5,1% riferisce di aver determinato conseguenze tali da richiedere un intervento sanitario, poco meno del 4% riferisce di aver colpito uno dei propri insegnanti e il 2,6% di aver utilizzato un'arma di qualsiasi tipo per ottenere qualcosa da qualcuno.

2.11 Comorbilità psichiatrica

Per quanto attiene al tema della comorbilità psichiatrica, al di là di quanto già consolidato in materia di frequenza di diagnosi psichiatrica in compresenza di Disturbo da Uso di Sostanze ed Alcol, della persistenza della distribuzione della stessa in ordine ai già noti cinque macrogruppi (disturbi di personalità, psicosi affettive, disturbi nevrotici e somatoformi, psicosi schizofreniche, stati paranoidi e altri disturbi), della prosecuzione degli studi sui danni correlati all'uso precoce e continuativo di cannabis in termini di alterazioni della memoria, delle capacità attentive, delle funzioni esecutive, si deve sottolineare la numerosità delle ricerche sulle ricadute dell'evento pandemico su uso di psicotropi e malattia mentale.

Ansia, depressione, disturbi del sonno e dell'umore, compromissione delle interazioni sociali, aumento della frequenza degli accessi al sistema dell'emergenza urgenza per ideazione autolesiva sono gli stati clinici maggiormente segnalati. Accanto a questi, l'incremento dell'uso di alcol e di altri psicotropi è stato analizzato non come riconducibile alla ricerca di stati eccitatori, di euforia o di regolazione dell'umore ma quale strategia di coping, fronteggiamento di emozioni primarie legate al timore della diffusione del Covid-19.

Di particolare interesse si sono rivelati gli studi sulle ospedalizzazioni che hanno evidenziato come le persone assistite per Disturbo da Uso di Sostanze avessero una maggiore probabilità di richiedere interventi critici in terapia intensiva ed il supporto ventilatorio. Quanti in comorbilità avevano maggiore probabilità di ricovero in ospedale rispetto ai portatori dell'unica diagnosi psichiatrica: la comorbilità non solo si associava ad una maggiore durata ma anche ad una maggiore frequenza dei ricoveri stessi. Accanto a tale dato alcune ricerche hanno evidenziato un maggior tasso di mortalità e gravità del decorso dell'infezione da Covid-19 per talune delle condizioni psichiatriche già note.



3. FINALITÀ DEL PIANO, AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO E DESTINATARI

Tenendo conto degli esiti della programmazione precedente e delle evidenze di contesto meglio declinate nei punti 1 e 2, il Piano intende rispondere alle necessità d'intervento in materia di dipendenze, intercettate sul territorio regionale dai Dipartimenti per le dipendenze del Veneto (Ser.D. e Privato Sociale Accreditato).

Per far ciò, attraverso il Piano saranno quindi poste in essere azioni ed interventi che rispondano ai bisogni specifici dei territori e che siano in grado di inserirsi nella cornice programmatoria regionale. Le azioni saranno pianificate all'interno dei Piani operativi territoriali triennali prodotti da ciascun Dipartimento per le Dipendenze e rispetto ai quali si rimanda al successivo punto 5.

Con riferimento alle azioni territoriali, le macroaree di intervento individuate sono:

1. Area Prevenzione;
2. Area Cura e Riabilitazione.

Per quanto riguarda l'**Area della Prevenzione**, gli obiettivi generali contemplano:

1. la promozione di iniziative, in particolare per la popolazione giovanile, con specifica attenzione alla fascia di età adolescente, negli ambiti della prevenzione universale (per ampie fasce di popolazione), selettiva (per gruppi portatori di maggiori rischi) e indicata (per individui che manifestano segnali premonitori di rischio). In virtù degli obiettivi e delle azioni afferenti alla Prevenzione, saranno preferiti interventi per e nei contesti di vita dei giovani, e degli adolescenti in particolare: scolastici, familiari, sportivi, di aggregazione, ricreazionali, del lavoro e del tempo libero, prediligendo l'adozione di modalità innovative (quali, ad esempio, modelli proattivi/interattivi, contatto e diagnosi precoce dei disturbi comportamentali e uso di sostanze, utilizzo di strumenti tecnologici quali la Realtà Virtuale, i social network, ecc.);
2. il coinvolgimento di adulti significativi (docenti, genitori, educatori, allenatori, ecc.) attraverso interventi formativi e consulenze sugli aspetti educativi nella fascia di età adolescente.

Le azioni identificate come prioritarie sono le seguenti:

- Programmi di prevenzione specifica e di promozione della salute in ambito scolastico di comprovata efficacia, finalizzati allo sviluppo di competenze e comportamenti positivi che diventano strumenti fondamentali per la prevenzione di comportamenti a rischio per la salute.

La Regione del Veneto ha acquisito in tal senso ampia e consolidata esperienza attraverso la sperimentazione, valutazione e implementazione di strumenti operativi innovativi e buone pratiche, tra le quali la metodologia d'intervento basata sul potenziamento delle life skills e sulla peer education.

In continuità con il Protocollo d'Intesa Salute tra la Regione del Veneto e l'Ufficio scolastico Regionale per il Veneto (DGR. N. 1627/2016), promosso dal Coordinamento Regionale Salute in tutte le Politiche - Scuola, finalizzato anche alla prevenzione ed al contrasto all'uso di sostanze legali ed illegali e all'abuso di farmaci, si intende proseguire nella realizzazione di un coordinamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute nelle scuole venete e, nel contempo, rafforzare e rinforzare l'integrazione tra le istituzioni pubbliche (Aziende ULSS, Scuola, Enti Locali, ecc.), il privato sociale e il volontariato a sostegno di un'azione organizzata, coordinata e continuativa, secondo quanto affermato anche nel documento Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute (approvato il 17 gennaio 2019 in Conferenza Stato-Regioni).

Il documento, infatti, sottolinea come una scuola che promuove salute debba inserire nel curriculum formativo delle scuole di ogni ordine e grado la "Promozione della salute", non come una "nuova materia", ma come una proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico e adottare un approccio globale rivolto a tutti gli studenti, alle loro famiglie, al personale docente e non, finalizzato a sviluppare le competenze individuali di tutti i componenti della comunità scolastica e a migliorarne



l'ambiente fisico e sociale, aprendosi al territorio e rafforzando la collaborazione con la comunità locale. In tale ottica, va sviluppata o rinforzata la collaborazione e l'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione e l'intersectorialità tra i diversi nodi pubblici e privati della rete della prevenzione e protezione della salute; la collaborazione dovrebbe comprendere degli spazi di co-programmazione tra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento Prevenzione in modo da costruire progetti interdipartimentali che massimizzino le azioni sincrone;

- L'intercettazione precoce dei soggetti con comportamenti a rischio richiede un ripensamento del setting di intervento utilizzato nell'ambito della cura e riabilitazione. È all'interno di contesti ecologici con modalità non stigmatizzanti che si dovrebbero programmare azioni volte prima di tutto all'intercettazione dei ragazzi e delle ragazze, che altrimenti sfuggono al potere di attrazione.
A tale scopo, diventa fondamentale il sostegno e il potenziamento di spazi di consulenza neutri (laddove esistenti) in ambito scolastico, quali ad esempio gli spazi ascolto-CIC (Centro Informazioni e Consulenza), ma anche in altri contesti di vita informali, per il contatto precoce con persone vulnerabili che presentano stili di vita a rischio per lo sviluppo di dipendenze da sostanze e comportamentali.
La particolare attenzione rivolta agli adolescenti è necessaria in funzione della complessità della fase di sviluppo, nel corso della quale difficoltà aspecifiche o problematiche di ordine psichico e relazionale possono concorrere a determinare l'uso di sostanze anche successivamente al periodo scolastico. In questa funzione assume importanza strategica l'integrazione della rete dei servizi e delle istituzioni territoriali implicati nel trattamento dei soggetti in età evolutiva quali Consultori, NPI, Salute Mentale, DCA, medicina e pediatria di base, per favorire lo sviluppo di una cultura operativa condivisa riguardo il mondo adolescenziale e le espressioni di disagio, disadattamento e psicopatologia;
- Spazi di ascolto, orientamento e consulenza specifica sull'uso delle sostanze (alcol, tabacco e sostanze illegali) e sulle dipendenze (da sostanze e comportamentali) rivolti alle famiglie;
- Consulenze specialistiche su problematiche legate all'uso di sostanze legali ed illegali e sui disturbi ad esse correlati per personale educante (docenti, animatori, allenatori, operatori, ecc.) ed operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari e del privato sociale a contatto con minori/giovani a rischio di consumo o consumatori;
- Sviluppo e sperimentazione di modalità innovative di erogazione dei programmi preventivi e di intercettazione precoce attraverso l'utilizzo delle tecnologie digitali che consentano la conduzione dell'intervento da remoto (social media, piattaforme web, app per smartphone, etc);
- Attivazione di interventi atti a prevenire la cronicizzazione e la marginalizzazione di persone con Disturbo da Uso di Sostanze;
- Promozione di interventi brevi, di intercettazione precoce ed eventuale accompagnamento alla cura di persone con stili di vita a rischio per lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze in contesti sanitari opportunistici, ma anche in ambiti di vita e di lavoro in sinergia con i servizi socio-sanitari.
- Un discorso a parte va sviluppato rispetto all'uso delle "nuove tecnologie" che se diventa compulsivo e limitante, sia rispetto alla vita di relazione sia alle proprie responsabilità personali, merita un'attenzione per possibili interventi di prevenzione o di trattamento ma che, nella maggior parte dei casi, costituisce una modalità di comunicazione e scambio che utilizza sistemi di ausilio e di espansione delle competenze che si prospetta come una delle trasformazioni antropologiche verso le quali quasi l'intera popolazione del pianeta sta indirizzandosi.

Con riferimento all'**Area della Cura e Riabilitazione**, gli obiettivi generali contemplano:

1. Definizione di linee guida nel trattamento delle persone che usano sostanze, in modo tale che le risposte terapeutiche e riabilitative siano basate su dati di ricerca scientifica e massimizzino la percentuale di



efficacia. Fondamentale appare l'elaborazione di azioni mirate rispetto alle diverse tipologie di utenza che, soprattutto negli ultimi anni sono diventate sempre più variegata e peculiari.

2. Promozione di una rete di Servizi che prenda in carico in modo globale l'utente e la sua famiglia. Costruzione di strumenti di collaborazione e di scambio che favoriscano la sinergia degli interventi. L'ampliamento della prospettiva e la moltiplicazione delle risorse attraverso il network delle agenzie potrà dare risposte più efficaci all'utenza evitando interventi frastagliati, intermittenti e ridondanti, in una logica di efficienza e massimizzazione delle risorse.
3. Facilitazione di tutte le iniziative di rilevazione degli esiti, che indirizzino i Servizi verso una valutazione dei propri risultati allo scopo di costruire nel tempo sistemi di intervento di comprovata efficacia. Lo scambio interservizi può condurre ad una metodica di analisi e misurazione il più omogenea possibile; in tal modo aumenterà il cluster di dati a disposizione onde promuovere, tra l'altro uno scambio di buone prassi evidence based.

Le azioni identificate come prioritarie sono le seguenti:

- Individuazione di nuove forme/strumenti di terapia da applicare alle Dipendenze con protocolli di trattamento evidence based ed evidence practiced anche in considerazione di sottopopolazioni specifiche (per età, per sostanza utilizzata, per appartenenza linguistico culturale, etc.) e della differenza di genere;
- Implementazione ed applicazione degli strumenti diagnostici e terapeutici orientati alla comorbilità psichiatrica secondo i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali;
- Implementazione di interventi di supporto relativi al disagio ed eventuale psicopatologia dei famigliari di persone esposte a problematiche di dipendenza, siano esse in carico ai Servizi o meno;
- Attivazione di programmi specifici per la prevenzione di overdose;
- Implementazione di programmi specifici per le patologie infettive correlate all'uso di sostanze (infezione da HIV, Epatiti, MST, Tubercolosi, ecc.) anche in collaborazione con le strutture infettivologiche;
- Sviluppo di percorsi di accompagnamento riabilitativo e di reinserimento sociale e familiare per minori e giovani nella fase di reinserimento al termine del trattamento residenziale;
- Attivazione di interventi per le nuove forme di dipendenze comportamentali (utilizzo eccessiva internet, videogiochi, ecc.);
- Attivazione di interventi sociosanitari volti a intervenire in modo appropriato sulle fasce di utenza a rischio di marginalità sociale per il contenimento di patologie sanitarie e il mantenimento della "autosufficienza" nella gestione di sé e delle abilità residue;
- Promozione, sviluppo e sperimentazione di interventi innovativi nel garantire il contatto con l'utente, a partire dalla telemedicina (monitoraggio dell'astensione da remoto, counselling telefonico o tramite videocall, screening e orientamento al trattamento web based, etc.), sia in funzione del superamento delle limitazioni imposte dalla recente emergenza sanitaria, sia al fine di integrare le risorse di cura tradizionali con le nuove opportunità offerte dall'ICT nell'ottica di una maggior efficienza e sostenibilità del sistema ed un'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e del personale;
- Attivazione di percorsi integrati tra Servizi, anche attraverso linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale (per la comorbilità psichiatrica);
- Programmazione e attuazione di percorsi formativi sulla Mediazione linguistico Culturale rivolti al personale dei Servizi per le Dipendenze;



- Attivazione di consulenze dei Mediatori Linguistico Culturali agli operatori dei Servizi per le dipendenze nel lavoro con utenti stranieri.

Focus: Gli spazi di prossimità

Lo scenario contemporaneo vede la nascita di nuove vulnerabilità e necessità che, per la loro natura complessa, non si possono più affrontare secondo modalità tradizionali; è quanto mai cogente pensare a un cambio di rotta, un approccio completamente diverso. Si impone la necessità che i Servizi siano in grado di andare verso la comunità, per dare voce ai cittadini e per una lettura più puntuale dei bisogni non intercettati, oltre che per stimolare nuove soluzioni, attivando la comunità stessa. Attraverso il presente Piano si darà priorità all'attivazione di interventi di prossimità nel territorio, con l'obiettivo di rafforzare l'ascolto, il sostegno e l'accompagnamento dei giovani e delle famiglie non intercettati dai Servizi, in ottica preventiva. Saranno realizzate attività di informazione, di riduzione dei rischi e del danno, con interventi diretti nei luoghi di vita della collettività, per intercettare i nuovi bisogni, nell'ottica di avvicinare le istituzioni alla comunità.

Saranno promossi interventi anche nei luoghi di vita delle persone con una problematica di consumo o dipendenza da sostanze legali e/o illegali, anche in fase precoce, offrendo informazioni, sostegno ed un'immediata consulenza socio-sanitaria.

L'approccio di prossimità interviene a livello territoriale, coordinandosi in maniera omogenea ed efficace con eventuali iniziative aventi le medesime caratteristiche ed agendo negli spazi pubblici, nei quartieri, nei luoghi di incontro e di ricreazione, nonché nei luoghi di lavoro.

Focus: Estensione e rafforzamento del lavoro integrato con altri Servizi e con le persone significative

Come già illustrato nei paragrafi precedenti, l'utenza dei Servizi per le dipendenze è sempre più caratterizzata da "nuovi vulnerabili" che non rientrano nei target standard; il fenomeno delle dipendenze ha assunto nuove forme e fatto emergere criticità, spesso invisibili ai servizi tradizionalmente strutturati. Si ritiene necessario rafforzare ulteriormente l'equipe multiservizi.

Questo approccio, già valorizzato nel quadro delle politiche sociali, socio sanitarie, sanitarie e del lavoro in materia di contrasto alla povertà, è orientato alla costituzione di équipe multiservizi, sia per una presa in carico integrata degli utenti che possono essere contestualmente interessati da più misure di sostegno (ad esempio, soggetti in carico ai Ser.D. inseriti nelle misure nazionali e regionali di contrasto alla povertà), sia per una omogeneità ed uniformità degli interventi nei diversi territori.

Si ritiene di fondamentale importanza il promuovere strumenti di lavoro che mettano a diverse professionalità nella condizione di collaborare in sinergia tra loro, favorendo interventi calibrati caso per caso e condivisi con i diversi servizi territoriali. Le équipe multiservizi consentono di mettere a disposizione competenze settoriali e di sviluppare comuni linee operative, evitando il dispendio di energie generato dal raccordare organizzazioni diverse e riducendo i tempi di risposta. Si tratta di ancorare le progettualità ai territori, ai loro punti di forza e di debolezza, costruendo alleanze praticabili e risposte coerenti, tenendo conto delle situazioni soggettive e dell'ambito di riferimento.

La presa in carico globale non può prescindere, laddove possibile, dal coinvolgimento dei familiari e delle persone significative dell'utente.

Questi, infatti, possono contribuire alla ricostruzione della storia della persona, della sua dipendenza, ma, soprattutto, possono evidenziare punti di forza e punti critici del soggetto. L'allargamento della prospettiva fornisce un quadro più sfaccettato e vario del caso, favorendo così l'individuazione di chiavi di lettura nuove e di percorsi terapeutico riabilitativi intentati.



I destinatari del Piano

I destinatari del Piano sono:

- Adolescenti e giovani;
- Famiglie con e senza utente in carico;
- Lungoassistiti, oltre che soggetti con particolari fragilità (persone detenute, stranieri, situazioni specifiche genere correlate).

Adolescenti e giovani

Come citato in precedenza, secondo i dati dell'indagine ESPAD®Italia "nel 2021, il 24,1% degli studenti in Italia, pari a 621 mila 15-19enni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della propria vita una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei, soprattutto gli studenti di genere maschile".

Fortunatamente il dato è in diminuzione dal 2017, ma rimane preoccupante se si considera che molti di questi soggetti sono minori e che il trend del consumo frequente rimane invece in costante aumento. La cannabis è la sostanza illegale più usata, il 18% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nel corso del 2021.

Oltre la metà degli utilizzatori ha avuto il primo contatto fra i 15 e i 16 anni e per il 91% rappresenta l'unica sostanza illegale utilizzata. Si consideri che l'abuso di cannabinoidi di origine sintetica espone gli adolescenti al rischio di sviluppare una psicosi sintetica.

L'incremento della potenza del THC unito alle caratteristiche delle altre sostanze di taglio hanno prodotto un significativo aumento di questi casi tra gli adolescenti con maggiore vulnerabilità. La pericolosità e l'impatto di tale patologia sulla salute psichica dei ragazzi impongono il riconoscimento e l'intervento tempestivo anche attraverso una stretta collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale.

L'iniziazione sempre più precoce all'uso di sostanze psicoattive, in particolar modo i cannabinoidi, impone ai Servizi per le Dipendenze la necessità di intervenire, come raccomandato anche dalle linee guida del NIDA per il trattamento degli adolescenti con problematiche di uso di sostanze (National Institute on Drug Abuse, 2014), con adeguate strategie di intercettazione precoce, garantendo la presa in carico anche in situazioni ove non c'è una diagnosi di abuso o dipendenza, ma è presente come fattore di rischio l'uso della sostanza.

La stessa Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2023 (dati 2022), richiama la necessità che i Servizi per le dipendenze implementino percorsi innovativi per facilitare l'accesso dei giovani e degli under 25: "Nello scenario attuale si osserva sempre più frequentemente una concomitanza di comportamenti a rischio, associati spesso tra loro e al consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, questo configura la necessità di considerare numerose dimensioni di fragilità in questa delicata fase *dello sviluppo e l'urgenza* di prospettare una presa in carico multidisciplinare capace di accogliere i bisogni dei più giovani (Sintesi introduttiva, pag. XIX)".

Nella Regione Veneto, nel 2022 i giovani rappresentarono il 7% dell'utenza in carico ai Servizi per le Dipendenze. Come ricorda la Relazione al Parlamento dell'anno precedente: "*L'intervento di cura* in molti casi implica la presa in carico integrata tra più servizi (Consultorio familiare, Età Evolutiva, Neuropsichiatria infantile, Centri per la Salute Mentale) e un solido coordinamento fra i diversi livelli di intervento attraverso un approccio di governance multilivello. Nei casi in cui sia possibile, i familiari sono coinvolti direttamente nel processo di presa in carico sia per il supporto alla valutazione sia per la ricerca di una forte alleanza terapeutica. Nel caso in cui il giovane utente sia anche in minore età, è spesso necessario inoltre che gli operatori interagiscano in modo rilevante con i servizi per la Tutela Minorile".



Quindi nel lavoro con il target minori e giovani adulti sempre più spesso emerge la necessità di interventi flessibili e personalizzati in base ai bisogni specifici, funzionali all'aggancio e alla costruzione di un'alleanza terapeutica che li motivi ad un percorso di cura.

Particolarmente prezioso può risultare un forte e sinergico collegamento tra le azioni di prevenzione a livello territoriale (nelle scuole, nella comunità, con l'associazionismo, ecc.) e la presa in carico presso il Servizio. Le attività di prevenzione alle dipendenze necessitano di essere strutturate, basate sull'evidenza e consolidate nel tempo per garantire non solo il raggiungimento dell'obiettivo primario (la riduzione dell'incidenza delle dipendenze, appunto), ma anche per favorire l'intercettazione precoce e l'invio al Servizio delle situazioni che necessitano di un approfondimento valutativo/diagnostico o di una presa in carico.

Gli adolescenti necessitano di un approccio EBM/EBP⁵, sia nel trattamento che nella prevenzione, differenziato rispetto all'utenza adulta, che tenga conto delle peculiarità di questa fascia di età, della tipologia di sostanza utilizzata, che faciliti l'accesso ai servizi attraverso interventi che riducano lo stigma e favoriscano la formazione di équipe multiprofessionali specializzate nel primo contatto e trattamento con questo particolare target.

L'intervento terapeutico con l'adolescente, soprattutto nei casi complessi e multiproblematici, richiede una presa in carico integrata tra più servizi e lo sforzo di coordinare i diversi livelli di intervento attraverso un lavoro di case-management unitario che riduca il rischio di frammentazione o parcellizzazione. Nella presa in carico di utenti così giovani è necessario considerare il coinvolgimento dei familiari sia da un punto di vista dell'ampliamento delle informazioni da raccogliere in fase di valutazione, sia nei termini della necessità di sviluppare una forte alleanza terapeutica: questo richiede la strutturazione di una forma di presa in carico parallela che permetta il supporto dei familiari nella gestione delle problematiche di uso e dipendenza dell'adolescente e, al contempo, promuova il riconoscimento e lo sviluppo delle risorse presenti.

Anche i contesti riabilitativi di tipo residenziale e semiresidenziale necessitano di adeguarsi alle caratteristiche di questa tipologia di utenti, approntando programmi dedicati e sviluppando unità di offerta che possano rispondere alla crescente richiesta di percorsi di cura residenziale per utenti giovanissimi caratterizzati da un elevato livello di complessità.

La sfida è anche quella di fornire risposte flessibili che non si irrigidiscano nella formulazione di programmi a lungo termine, ma che prevedano anche forme di semiresidenzialità e residenzialità leggera, che possano essere attivate in tempi rapidi per una prima risposta a situazioni di acuzie e che tollerino anche una modulazione degli episodi ravvicinati e ripetuti di accesso e di abbandono tipici di utenti così giovani, senza pretendere fin da subito l'adesione ad un programma a lungo termine.

Particolare attenzione deve anche essere dedicata alla fase conclusiva dei programmi residenziali che, per i giovanissimi deve prevedere un accompagnamento prolungato ed un reinserimento molto graduale per ovvie questioni di età.

Accanto alle problematiche correlate all'abuso di sostanze illegali, si stanno evidenziando fenomeni che provocano nuova preoccupazione come il diffondersi dell'uso di sigarette elettroniche (soprattutto monouso e in particolare tra le giovanissime), la dispersione scolastica ed il ritiro sociale che spesso si associano alle dipendenze da tecnologia digitale e gaming.

La diffusione del gioco d'azzardo tra i giovanissimi, anche attraverso forme di gioco online. Rimane complessa la gestione di minori adolescenti figli di genitori con problematiche di dipendenza e richiede, ancora una volta, lo sviluppo ed il consolidamento di efficaci sinergie con gli altri servizi sociosanitari coinvolti.

Infine si registra una crescente attenzione da parte degli operatori per la comorbilità tra dipendenze e disturbi del neurosviluppo (ADHD, disturbi dello spettro autistico, etc.) che necessitano di una forte integrazione tra

⁵ Evidence-Based Medicine/ Evidence-Based Practice = Medicina basata sulle evidenze/ Pratica basata sulle evidenze



Servizi per le dipendenze e Neuropsichiatria Infantile nella gestione delle complicate traiettorie evolutive dei soggetti che ne sono affetti.

Famiglie con e senza utente in carico

Viene ripetutamente riconosciuta la difficoltà delle famiglie nella gestione educativa dei figli adolescenti. La complessità della società attuale pone nuove e gravose sfide all'accompagnamento educativo degli adolescenti verso la realizzazione di quei compiti di sviluppo che sono necessari per un passaggio positivo all'età adulta. La scoperta di una problematica di uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive a carico dei figli spaventa ulteriormente i genitori che possono sentirsi completamente disorientati e impotenti, o cadere nella tendenza all'autocolpevolizzazione.

Ulteriori segnali allarmanti, emersi a seguito della pandemia, vanno nella direzione di una amplificazione delle fragilità psico-sociali ed emotive nella fascia adolescenti a cui corrisponde maggiore difficoltà ed affaticamento dei genitori.

Urge provvedere a forme di risposta adeguate a questi bisogni delle famiglie facilitandone l'accesso ai Servizi, coinvolgendole nei percorsi di cura, aiutandole a sostenere il carico di caregivers, approntando servizi mirati di counselling individuale e di gruppo in sinergia con i servizi socio-educativi territoriali.

Molto può essere fatto sul piano preventivo, prima che le problematiche emergano, andando incontro a quel bisogno di confronto e di formazione che caratterizza i genitori dei preadolescenti che cominciano ad affrontare i primi cambiamenti dei figli che escono dal periodo dell'infanzia e manifestano le prime difficoltà tipicamente adolescenziali. Lo smarrimento di fronte alla necessaria rimodulazione del rapporto educativo genitori-figli, che il nuovo compito evolutivo esige, spinge molti genitori di preadolescenti a ricercare un aiuto sul piano delle strategie educative: ecco che si apre la possibilità di intervenire su un fattore di protezione cruciale e trasversale non solo rispetto al rischio di sviluppare una dipendenza, ma anche rispetto a molteplici altre conseguenze negative. L'importanza del ruolo della famiglia in questo ambito è stata ampiamente dimostrata dalla ricerca scientifica che, tuttavia, ha messo in evidenza come la famiglia non sempre disponga di conoscenze e strumenti necessari per svolgere un ruolo protettivo in maniera efficace.

Considerando la portata e l'evoluzione delle modalità di consumo di sostanze psicoattive, è necessario identificare strumenti adeguati per le famiglie affinché possano prevenire e riconoscere comportamenti a rischio, e intervenire laddove essi conducano all'uso di sostanze o comportino una progressione verso i disturbi da uso di sostanze. La collaborazione tra famiglie e professionisti in questo campo è fondamentale.

Il lavoro con le famiglie dovrebbe comprendere anche i nuclei familiari che si rivolgono ai Servizi per le dipendenze anche se la persona con dipendenza non è in carico al SerD.

Lungoassistiti, oltre che soggetti con particolari fragilità

Nel 2022 questo tipo di utenti in carico ai SerD veneti erano il 12%. Per rispondere ai bisogni di questa popolazione in modo più personalizzato (Piano assistenziale individuale) è emersa la necessità di adattare e rendere più appropriati i percorsi di valutazione, assistenziali, terapeutico-riabilitativi e di sostegno psicosociale offerti nel territorio. Si tratta di interventi che richiedono un'alta integrazione sociosanitaria e un'articolazione dell'offerta che risponda ai reali bisogni dei pazienti e dei loro familiari. È all'interno di questa consapevolezza che va ripensata la filiera assistenziale che vede impegnati, oltre agli altri Servizi del pubblico e del privato sociale, gli Enti locali e, in modo corresponsabile, l'utente e la sua famiglia, che possono avere un ruolo più attivo nel percorso terapeutico e riabilitativo.



Questa tipologia di utenza si caratterizza per un deterioramento generale delle competenze sociali, lavorative e relazionali, un aggravamento delle condizioni di salute, un impoverimento della propria rete familiare e sociale e una compromissione delle risorse economiche e talvolta abitative. All'interno della rete territoriale questo richiede un aumento della durata della presa in carico, con conseguente accompagnamento nelle varie fasi della vita.

L'implementazione e l'articolazione della rete dei servizi deve perseguire l'obiettivo di favorire la permanenza della persona nel territorio di appartenenza e garantire, per le persone in condizione di marginalità e svantaggio, una risposta coerente e integrata, coordinando le misure di intervento attivabili in ambito sociale e volte al contrasto dell'esclusione e della marginalità.

Si rende necessario, nella stessa prospettiva, strutturare delle progettualità specifiche a favore di adulti che presentano caratteristiche di cronicità, non completamente autosufficienti, ma che, se sostenuti, possono mantenere un livello di funzionamento adeguato. Si tratta di un target specifico che si caratterizza per un fragile equilibrio: remissione protratta di sostanze, discreta compliance farmacologica e che riconosce nei Servizi un punto di riferimento significativo. È un target che esprime bisogni di accompagnamento socio educativo, di supporto occupazionale lavorativo e di interventi facilitanti l'espletamento delle pratiche inerenti l'area sanitaria assistenziale. La risposta, quindi, non può che essere il risultato di un lavoro di rete perché diversi sono i livelli di intervento, a partire dalla valutazione multidimensionale del caso.

Soggetti in condizione di particolare fragilità

Le dipendenze possono associarsi a particolari situazioni di fragilità in una interrelazione di reciproca concausalità. Tali condizioni rappresentano un'ulteriore sfida per i servizi perché richiedono una prospettiva più ampia ed un lavoro di rete per una presa in carico globale della persona nelle sue specifiche sfaccettature.

- Specificità genere correlate

Le persone con dipendenza sono un cluster eterogeneo tanto da rendere assolutamente necessario un assessment ampio e comprensivo. A fronte di una certa varietà di trattamenti farmacologici e psicosociali a disposizione, si rendono sempre più necessari interventi specifici rispetto ai bisogni ed alle caratteristiche dell'utente e del tipo di sostanza o delle sostanze usate. In particolare, si dovrebbero tenere in considerazione le caratteristiche di genere.

Le ricerche evidenziano che maschi e femmine beneficiano di interventi diversi e specifici sia a livello farmacologico sia psicosociale (Polak et al., 2015, McKee, 2022). Pertanto la presa in carico dell'utente non può prescindere dalla sua identità di genere. Le donne hanno un maggior rischio per una varietà di conseguenze sia mediche sia psicosociali, esponendole ad una maggiore vulnerabilità sia rispetto alle conseguenze negative che alcol e altre sostanze hanno sulla salute fisica, sia in termini di comorbidità psichiatrica e sia rispetto all'esposizione di contesti a rischio di violenza.

Inoltre, la condizione della gravidanza pone una serie di rischi sia per la puerpera che fa uso di sostanze, sia per il feto. A questo aggiungasi i rischi di disagio e/o di problemi psichici del figlio riscontrati lungo la linea di sviluppo evolutiva.

- Baby addicted

La gravidanza in condizione di uso di sostanze e di alcol rappresenta una condizione di rischio per il nascituro e richiede il coordinamento con altri servizi. Per inciso, la Sindrome di Astinenza Neonatale è un cluster di condizioni dovute all'astinenza del neonato dalle sostanze alle quali è stato esposto durante il periodo fetale, in particolare in caso di oppioidi.



La sindrome feto-alcolica (Fetal Alcohol Syndrome-FAS) è la più grave disabilità permanente che si manifesta nel feto, esposto durante la vita intrauterina all'alcol consumato dalla madre durante la gravidanza. Oltre alla FAS, che è la manifestazione più grave del danno causato dall'alcol al feto, si possono verificare una varietà di anomalie strutturali (anomalie cranio facciali, rallentamento della crescita, ecc.) e disturbi dello sviluppo neurologico che comportano disabilità comportamentali e neuro-cognitive, queste alterazioni si possono presentare con modalità diverse tali da comportare un ampio spettro di disordini che vengono ricompresi nel termine FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder).

Tali condizioni richiedono una presa in carico immediata da parte dei servizi di competenza e quindi impongono un lavoro di rete tempestivo e coordinato che coinvolga la puerpera con dipendenza durante la gravidanza.

- Persone con dipendenza in regime carcerario

I detenuti, con dipendenze, presenti nelle carceri del Veneto nel 2022 erano lo 0,7% dell'utenza in carico ai SerD. (Osservatorio sulle Dipendenze della Provincia di Treviso (2023). Rapporto Annuale 2023. Azienda ULSS 2 Marca trevigiana, in press).

La presenza di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti in carcere, per aver commesso reati di varia natura, comporta da sempre notevoli problemi sia per la gestione di queste persone all'interno di un ambiente di per sé così problematico, sia per la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta.

Non vi è dubbio che chi è affetto da tale condizione patologica debba e possa trovare opportune cure al di fuori del carcere e che esistano da tempo dispositivi di legge che permettono di poter realizzare tale intervento. Il DPR 309/90 prevede esplicitamente tale possibilità per tutti coloro che siano in possesso di determinati requisiti e che abbiano un bisogno di cure in relazione alla presenza reale di uno stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza (politicheantidroga.it).

- Persone straniere e migranti

Gli accessi di cittadini stranieri ai dipartimenti delle dipendenze, sono in rapido aumento con una notevole aggiunta di problematiche socio sanitarie, complicate anche dalle differenze culturali piuttosto che meramente linguistiche. Inoltre, spesso si associano problematiche inerenti a molte derive sociali che accompagnano l'insuccesso del progetto migratorio, che si pongono ad ostacolo del trattamento o che richiedono l'attivazione di dispositivi ed agenzie specifiche e diversificate.

I Servizi per le dipendenze sono chiamati a rivedere in molte parti la propria organizzazione proprio per raggiungere in modo tempestivo e continuativo tale bacino di utenza. Le differenze culturali possono essere superate mediante interventi di mediazione linguistico culturale, in accompagnamento al processo di cura, per favorire l'alleanza e la condivisione degli obiettivi terapeutici, che altrimenti difficilmente possono essere raggiunti. Tale azione richiede la programmazione di un lavoro di rete tra i servizi per le dipendenze e quelli di mediazione linguistico culturale, in modo da poter fornire una risposta puntuale e sufficiente.

Il corollario di condizioni di disagio sociale e lavorativo che spesso si ritrova in questa tipologia di utenza, richiede il coordinamento di azioni territoriali di sostegno e di intervento da parte dei SerD. Solo in questo modo è possibile rispondere a bisogni tanto variegati che spesso pongono tali utenti.

La programmazione territoriale degli interventi

Una delle novità di questo Piano è che prende spunto dall'esperienza maturata con quello precedente, ma si propone un cambio di prospettiva ai Dipartimenti nell'impostazione dei propri Piani triennali. Anziché indicare delle tipologie di aree prioritarie in cui intervenire, vengono indicate delle tipologie di obiettivi ritenuti prioritari su cui concentrare le azioni progettuali dei Dipartimenti.



Sono pertanto individuati dei macro-obiettivi che ogni Dipartimento può declinare in sotto obiettivi, specifici rispetto alle proprie esigenze e con le caratteristiche di rispondere in maniera il più aderente possibile ai bisogni del territorio dipartimentale. Gli obiettivi possono essere collocati nelle aree sia di prevenzione che di cura e riabilitazione e sono:

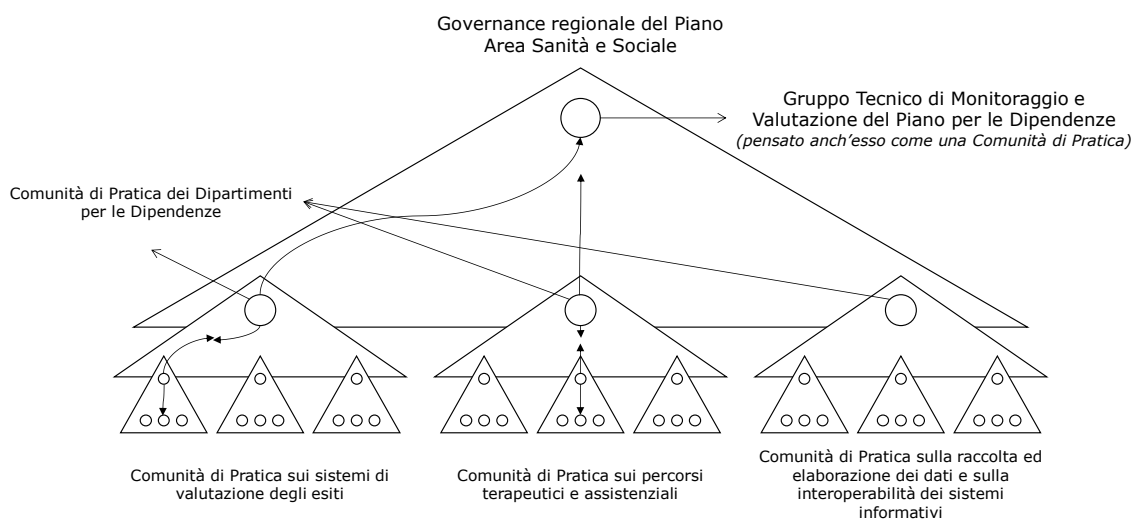
- **formare il personale, pubblico e privato**, afferente al nucleo ristretto ed allargato del dipartimento (DGR n. 2217 del 22/06/1999). La promozione di percorsi formativi deve tener conto dei bisogni formativi dipartimentali, ma al contempo occorre offrire la possibilità di partecipazione al personale degli altri dipartimenti e/o la possibilità di replicare i moduli formativi mettendo a disposizione specifici protocolli operativi che permettano, agli altri dipartimenti, che intendano utilizzarli, la replicazione del modulo formativo. La formazione, per consentire il più alto grado di adattabilità ai bisogni, non avrà l'obbligo di essere accreditata ECM sebbene questo requisito debba costituire un elemento preferenziale per la costruzione dei percorsi formativi;
- **individuare nuovi modelli operativi** con un alto grado di aderenza ai bisogni territoriali attraverso la sperimentazione. Tale obiettivo va realizzato, laddove ritenuto opportuno e percorribile, con l'applicazione degli istituti della co-programmazione e della co-progettazione ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. 117/2017; inoltre, come già specificato in precedenza, questo obiettivo può riguardare gli ambiti sia della prevenzione sia della cura e riabilitazione.
Costituiscono dei sotto obiettivi preferenziali quelli che sono volti a individuare nuovi modelli d'intervento per le nuove forme di dipendenza comportamentale, come ad esempio Disturbo da Gioco d'Azzardo ed Internet Addiction, o modelli operativi dedicati alla prevenzione delle ricadute;
- **migliorare i modelli di presa in carico esistenti**;
- **promuovere e istituire approcci integrati multidimensionali e multidisciplinari** che migliorino la presa in carico degli utenti. Particolare attenzione va posta per le fasce d'utenza problematiche come minori, diagnosi duale, ecc.
In questo obiettivo d'integrazione multidimensionale e multidisciplinare vanno fatti rientrare anche gli ambiti delle procedure amministrative e gestionali che è opportuno facilitino e contribuiscano ad ottimizzare i risultati degli interventi operativi individuando dei modelli di buone prassi che consentano la corretta applicazione delle normative evitando allo stesso tempo inutili rigidità burocratico-formali che rendono inefficace o intempestiva la presa in carico dell'utenza.
- **creare programmazioni territoriali sinergiche**. Questo obiettivo intende innalzare il grado di sinergia delle azioni aventi stessi obiettivi ma operate dalle diverse istituzioni territoriali. In particolare, si intende raccordare la programmazione degli interventi progettuali dipartimentali con le altre programmazioni locali di settore. Questo obiettivo deve mirare a massimizzare i vantaggi di una programmazione integrata con i bisogni territoriali individuati anche dalle altre istituzioni, ad esempio, con gli obiettivi definiti nei Piani di Zona locali.
- **realizzare campagne di sensibilizzazione**. Nel precedente piano hanno suscitato interesse le sperimentazioni progettuali, svolte a livello dipartimentale, che, attraverso il coinvolgimento degli utenti in laboratori creativi, hanno creato degli eventi di sensibilizzazione presso la cittadinanza. Le azioni progettuali hanno permesso di contribuire a incrementare gli stimoli riabilitativi per gli utenti coinvolti e allo stesso tempo hanno creato occasioni di attivare eventi di sensibilizzazione/prevenzione presso la cittadinanza. Questo modello può essere utilizzato per la realizzazione di campagne di sensibilizzazione che vedano la partecipazione regionale e/o di più dipartimenti.
- **realizzare dei sistemi di valutazione delle azioni progettuali**. La messa a punto di sistemi di valutazione d'impatto delle azioni introdotte a livello territoriale costituirà un elemento preferenziale per la valutazione ed approvazione dei piani dipartimentali.



4. GLI INTERVENTI TRASVERSALI A POTENZIAMENTO DEL SISTEMA VENETO PER LE DIPENDENZE

Come si è detto in premessa, sul fronte organizzativo il Piano promuove un approccio fondato sulle comunità di pratica, con il fine di orientare tutte le componenti del Sistema delle Dipendenze alla massima condivisione e collaborazione. Infatti se pensiamo alle diverse professionalità presenti in questa particolare area di assistenza territoriale, possiamo immaginare un'articolazione della pianificazione in cui i diversi soggetti sono nel contempo elementi della struttura gerarchica e partecipanti a specifici gruppi interagenti tra loro.

Da questo punto di vista, anziché individuare delle azioni a valenza regionale di area trasversale con Aziende ULSS capofila come nello scorso triennio, il Piano 2024-2026 si propone di implementare interventi coordinati a livello regionale e sviluppati operativamente attraverso comunità di pratica appositamente costituite, con il contributo delle diverse professionalità presenti nel Sistema delle Dipendenze.



Rappresentazione dell'indirizzo gestionale del Piano Triennale per le Dipendenze 2024-2026⁶

Questa organizzazione articolata per gruppi di lavoro (le comunità di pratica) salvaguarda le funzioni istituzionali e il governo del Sistema, consentendo nel contempo ai professionisti delle dipendenze di mettere in condivisione un patrimonio di conoscenze attraverso un processo sociale di apprendimento reciproco con cui si produce e si condivide nuova conoscenza.

La governance regionale è pienamente garantita, così come le peculiarità dei Dipartimenti per le Dipendenze, ma ciò nonostante si realizzano dinamiche organizzative orientate all'elaborazione di indirizzi innovativi con l'apporto di professionalità appartenenti ad aree disciplinari diverse. Ciò rappresenta una rilevante novità del nuovo Piano finalizzata a migliorare la flessibilità e l'adattabilità del Sistema delle Dipendenze in un periodo storico di incessanti mutamenti.

In questo schema i diversi elementi sono rappresentati da:

⁶ Lo schema è ispirato agli studi dello psicologo americano Rensis Likert (1961).



- Governance regionale del Piano: Area Sanità e Sociale (con supporto della Direzione Servizi Sociali e funzioni specifiche della U.O. Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale);
- Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze: gruppo già costituito nel precedente Piano, che viene riconfermato e sarà ricostituito con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale;
- Comunità di pratica dei Dipartimenti per le Dipendenze, quali ambiti di confronto tra i Responsabili delle diverse strutture funzionali aziendali e i rappresentanti dei coordinamenti regionali degli Enti Gestori del Privato Sociale Accreditato;
- Comunità di pratica sulle tematiche relative agli interventi coordinati a livello regionale: gruppi di lavoro sui singoli temi individuati.

Le aree sistemiche individuate sulle quali concentrare il lavoro di confronto e lo sviluppo di modelli sono:

- sistemi di valutazione degli esiti;
- percorsi terapeutici e assistenziali;
- raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi.

Definizioni

Sistemi di valutazione degli esiti: ovvero strumenti di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance terapeutico-assistenziali delle Strutture per le Dipendenze, sia pubbliche che private. Il tema si caratterizza per due declinazioni: a) quella prettamente clinica, che tende a misurare le modificazioni nello stato della persona con dipendenze e l'esito dei percorsi terapeutico-assistenziali; b) quella organizzativa, orientata a valutare la capacità delle strutture di tradurre le strategie in risultati, con il raggiungimento degli obiettivi sociali e di salute.

Percorsi terapeutici e assistenziali: sono una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate dai Servizi per le Dipendenze e dal Privato Sociale Accreditato, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), al fine di realizzare la terapia e l'assistenza più adeguate per una specifica di dipendenza patologica. La stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi (definizione desunta da: Nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, Ministero della Salute, Roma, 2020, pagg. 7-8).

Raccolta ed elaborazione dei dati e sulla interoperabilità dei sistemi informativi: la corretta gestione dei flussi informativi rappresenta il nodo iniziale e imprescindibile per la disponibilità di un patrimonio informativo agile da consultare, affidabile nei contenuti e aggiornato nelle informazioni. La cooperazione informativa e informatica (interoperabilità) tra Uffici competenti regionali, strutture preposte di Azienda Zero Direzioni dei Servizi Socio Sanitari e Dipartimenti per le Dipendenze è rappresentata dall'introduzione di soluzioni tecnologiche e organizzative uniformi e convergenti sul Sistema Informativo Regionale per le Dipendenze (definizione ricavata dal Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto 2019-2023, Obiettivo strategico OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali, pag. 162).

Obiettivi delle Comunità di Pratica

Area sistemica: Sistemi di valutazione degli esiti

- Disturbo da Uso da Sostanze (DUS),
- Alcoldipendenza e Disturbi da Uso di Alcol (DUA),



- Dipendenze comportamentali tra le quali il Disturbo da Gioco d'Azzardo⁷.

Coordinamento tecnico:

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale con il supporto del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze

Settori di intervento:

- Prevenzione;
- Cura e riabilitazione.

Obiettivo: elaborazione di strumenti di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance terapeutico-assistenziali delle Strutture per le Dipendenze, sia pubbliche che private. La Comunità di Pratica avrà il compito di definire i sistemi di valutazione degli esiti con riguardo al profilo clinico⁸ e all'aspetto organizzativo, come sopra definiti. Per quanto concerne la declinazione "clinica" la Comunità di Pratica potrà valutare se definire un sistema di valutazione suddiviso per target/soggetti di riferimento, ovvero minori, adolescenti, giovani adulti, adulti, lungoassistiti.

Svolgimento attività in relazione all'obiettivo:

- Primo anno: mappatura dello stato dell'arte;
- Secondo anno: rilevazione punti di forza e criticità nella situazione osservata;
- Terzo anno: definizione di linee evolutive, modellizzazione delle procedure, individuazione buone prassi.

Area sistemica: Percorsi terapeutici e assistenziali

- Disturbo da Uso da Sostanze (DUS),
- Alcoldipendenza e Disturbi da Uso di Alcol (DUA),
- Dipendenze comportamentali tra le quali il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Coordinamento tecnico:

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale con il supporto del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze

Settori di intervento:

- Prevenzione;
- Cura e riabilitazione.

Obiettivo: individuazione delle migliori pratiche per ciò che attiene ai percorsi terapeutici e assistenziali, quali processi complessi ed articolati (multidimensionali), dinamici (diacronici) che si sviluppano in itinere e che integrano le diverse professionalità dell'equipe curante, mirando ad attuare un progetto terapeutico condiviso che si prende cura delle diverse dimensioni della persona con dipendenze. La Comunità di Pratica potrà

⁷ Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è oggetto di un Piano Operativo Regionale (giunto alla sesta annualità), attuato sul territorio attraverso Piani aziendali delle Aziende ULSS e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

⁸ Nel setting di valutazione psicodiagnostica sono centrali il colloquio clinico osservazionale, l'analisi della relazione clinico-paziente, le informazioni derivanti dalla relazione e dalle interazioni con i familiari e con il contesto socio-ambientale. Queste dimensioni di indagine sono supportate ed integrate dall'uso di strumenti psicodiagnostici standardizzati, che rappresentano una delle fonti di informazione utili alla comprensione del paziente, migliorandone la descrizione funzionale e dimensionale. La valutazione in questo ambito non può essere intesa come una mera misurazione qualitativa e quantitativa del comportamento da dipendenza ma bensì un processo che mira, attraverso una corretta articolazione, a comprendere i molteplici e complessi elementi che entrano in gioco nelle addictions. (fonte: Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, 2023).



valutare se definire percorsi terapeutici e assistenziali suddivisi per target/soggetti di riferimento, ovvero minori, adolescenti, giovani adulti, adulti, lungoassistiti.

Svolgimento attività in relazione all'obiettivo:

- Primo anno: mappatura dello stato dell'arte;
- Secondo anno: rilevazione punti di forza e criticità nella situazione osservata;
- Terzo anno: definizione di linee evolutive, modellizzazione delle procedure, individuazione buone prassi.

Area sistemica: Raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi

- Gestione del patrimonio informativo;
- Supporto al governo economico del Sistema regionale per le Dipendenze;
- Miglioramento della qualità dei dati e dei flussi informativi inviati al Governo centrale;
- Restituzioni informative alle Aziende Sanitarie del Veneto.

Coordinamento tecnico:

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale con il supporto del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze

Settori di intervento:

- Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze;
- Flussi informativi provenienti dai Dipartimenti per le Dipendenze;
- Supporto ai sistemi gestionali aziendali e regionali dell'ambito Dipendenze;
- Reportistica nel contesto dell'Assistenza Territoriale

Obiettivo: in considerazione delle risultanze del progetto trasversale "R.E.D. Raccolta ed Elaborazione Dati del sistema delle dipendenze del Veneto" del precedente del Piano Triennale per le Dipendenze, si intende perseguire una piena integrazione tra gli applicativi utilizzati nell'area Dipendenze, consentendo e allineando inoltre le possibilità di estrazione di dati da questi a quanto richiesto in ambito regionale e nazionale. Il Piano attuale si propone di sviluppare la cooperazione informativa e informatica (interoperabilità), l'adozione di software "open source"⁹, il riuso¹⁰ degli applicativi, al fine di ampliare le forme di collaborazione tra Dipartimenti per le Dipendenze e tra questi e gli Uffici regionali, non per rispondere a meri adempimenti, ma nella prospettiva di promuovere una migliore qualità dei dati trasmessi e la disponibilità degli stessi per tutti i soggetti istituzionali interagenti nell'ambito del Sistema delle Dipendenze.

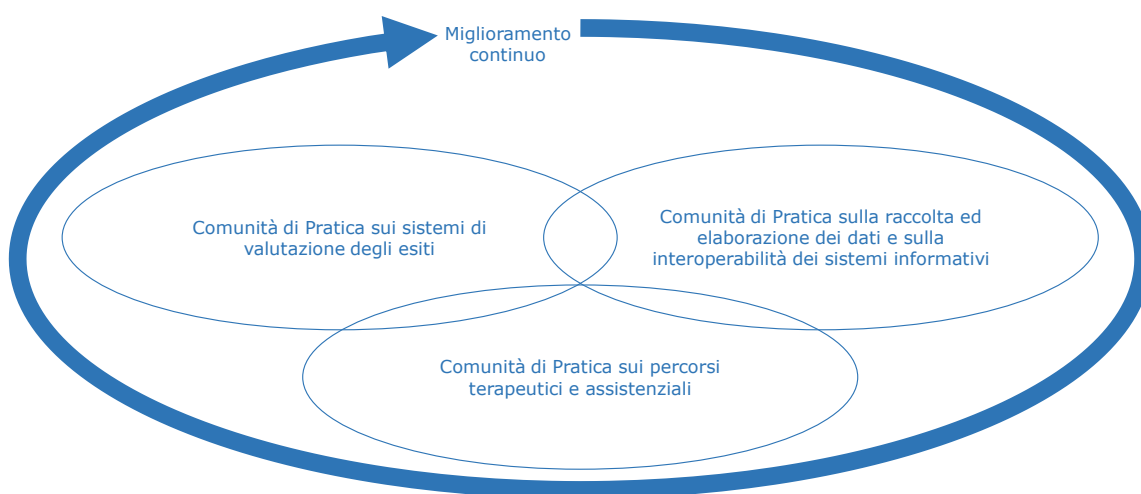
Svolgimento attività in relazione all'obiettivo:

⁹ Codice sorgente aperto: È una modalità con cui il software può essere concesso in licenza. Si realizza attraverso la libera disponibilità dei diritti di uso, copia, modifica, distribuzione; per fare ciò, è necessario anche che il codice sorgente sia liberamente disponibile. Ne consegue che lo sviluppo e la gestione del software sono molto diverse rispetto alle applicazioni proprietarie o "chiuse". *L'approccio a favore per l'open source, si desume con chiara evidenza anche dal dettato del comma 2 dell'art. 69 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. (Codice dell'amministrazione digitale), che impone alle amministrazioni pubbliche "nei capitolati o nelle specifiche di progetto" di essere «sempre titolari di tutti i diritti sui programmi e i servizi delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, appositamente sviluppati per esse»* (Linee guida su acquisizione e riuso di software per le pubbliche amministrazioni, Agenzia per l'Italia Digitale, 2019, pag. 2).

¹⁰ *Si intende il processo delineato dal Codice dell'amministrazione digitale (art. 69) con il quale una amministrazione distribuisce («mettere a riuso») un software di cui ha titolarità in Open Source, a favore di altre amministrazioni che possano utilizzarlo («prendere a riuso»). Tutto il software a riuso è Open Source, ma non tutto il software Open Source è a riuso (poiché non tutto il software Open Source è di titolarità di una amministrazione)* - Linee guida su acquisizione e riuso di software per le pubbliche amministrazioni, Agenzia per l'Italia Digitale, 2019, pag. 5.



- Primo anno: prosecuzione dell'analisi effettuata con il progetto trasversale "R.E.D. Raccolta ed Elaborazione Dati del sistema delle dipendenze del Veneto", studio delle soluzioni per l'integrazione dei software attualmente utilizzati e valutazione di applicazioni sviluppate da altre Regioni, con possibilità di riuso;
- Secondo anno: implementazione delle soluzioni per l'integrazione individuate (inclusa la possibilità di riuso) ed elaborazione di un sistema di reportistica destinato al supporto alla programmazione regionale e alla restituzione delle informazioni alle Aziende Sanitarie del Veneto;
- Terzo anno: prima realizzazione del sistema di reportistica (fase di sperimentazione e test) e verifica delle soluzioni per l'integrazione individuate (inclusa la possibilità di riuso).



L'attività della singola Comunità di Pratica non è isolata, ma si interseca con le elaborazioni effettuate dalle altre con l'obiettivo di indirizzare il Sistema per le Dipendenze al miglioramento continuo.

Sperimentazione e innovazione

Oltre a quanto descritto, il Piano Triennale per le Dipendenze 2024-2026 tende a favorire la sperimentazione orientata all'innovazione mediante l'individuazione di un tema facilitante per l'integrazione dei Servizi e per la collaborazione tra i diversi professionisti. Tale tematica sarà aperta a manifestazioni di interesse da parte dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS del Veneto.

L'argomento su cui sviluppare un percorso sperimentale è l'Open Dialogue – Dialogo Aperto.

La ragione della scelta

Uno dei problemi di maggior rilievo che interessano gli adolescenti ed i giovani adulti che soffrono la dipendenza è la comorbilità (la cosiddetta "doppia diagnosi"), ossia la "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico"¹¹. I bisogni di queste persone necessitano di una risposta integrata che coinvolge equipe di diversi Servizi (dalle Dipendenze alla

¹¹ Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: WHO, 1995).



Salute Mentale, alle Unità Operative Complesse Infanzia Adolescenza Famiglia, alle Comunità Terapeutiche, al Sistema di offerta residenziale extra-ospedaliero per minori con patologie psichiatriche).

L'Open Dialogue è un sistema di rete che si è formato ed è stato collaudato nell'ambito della Salute Mentale nell'Europa del Nord e in Italia attraverso uno studio di trasferibilità¹² condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione (ISTC), a partire dal 2015. Può essere adattato al Sistema per le Dipendenze perché è un metodo che si basa sul lavoro integrato tra Servizi che condividono la presa in carico di un utente e dei suoi familiari¹³. Per questo motivo è stato scelto come ambito sperimentale in questo Piano Triennale.

L'Open Dialogue – Dialogo Aperto

L'Open Dialogue – Dialogo Aperto nasce e si sviluppa nel nord della Finlandia a partire dagli anni Ottanta ad opera del prof. Jaakko Seikkula. *Dopo un'esperienza difficile, una persona può essere sopraffatta dalle emozioni e può trovare impossibile esprimere a parole ciò che pensa e che prova. Lo scopo è allora aiutare le persone con esperienza di disagio psichico a trovare le parole mancanti e costruire un nuovo significato per le loro esperienze, attraverso un dialogo franco con gli altri. Agli incontri possono partecipare medici, familiari, amici, colleghi e altri membri rilevanti della rete sociale dell'utente, e a tutte le voci viene data pari rilevanza*¹⁴.

Il sistema di cura è articolato in sette principi che specificano come organizzare gli incontri e come condurli:

1) *L'aiuto immediato*

L'integrazione delle attività ambulatoriali riduce i tempi della risposta.

2) *La rete sociale*

Oltre all'utente possono essere coinvolti familiari e persone significative.

3) *Flessibilità e mobilità*

Il luogo e i metodi del trattamento non sono prestabiliti, ma sono pensati come adattabili alla situazione.

4) *Responsabilità*

L'equipe prende in carico la procedura.

5) *Continuità psicologica*

La stessa equipe segue l'utente in tutte le fasi del percorso.

6) *Tolleranza dell'incertezza*

La discussione e il confronto sulle scelte (anche dei farmaci, qualora necessari), avviene nei tempi congrui, senza la fretta di gestire "urgenze".

7) *Dialogo e polifonia*

Gli incontri sono orientati a promuovere il dialogo e il confronto fra i partecipanti per favorire una visione più ampia dell'utente, delle sue difficoltà e delle sue risorse. Tutte le voci sono meritevoli di ascolto e a tutte viene data eguale importanza.

¹² Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando CCM, intende valutare la trasferibilità dell'approccio Open Dialogue al contesto italiano, attraverso la sperimentazione e la valutazione degli esiti del metodo Open Dialogue in otto Dipartimenti di Salute Mentale. "Il metodo punta a modificare profondamente il concetto stesso di malattia", spiega Raffaella Pocobello dell'Istc-Cnr. "Il punto di partenza, infatti, non è più quello del terapeuta che 'osserva' il paziente, stabilisce la diagnosi e le relative terapie farmacologiche, ma quello di un operatore che si mette a fianco del paziente, si pone in suo ascolto e prova a costruire qualcosa assieme".

¹³ Il testo descrittivo che segue è una libera sintesi di un articolo apparso sulla rivista MIND di marzo 2023 (Sabato G. *Una realtà condivisa*, in: "MIND mensile di Psicologia e Neuroscienze", n. 219, marzo 2023).

¹⁴ Sabato G. *Una realtà condivisa*, in: "MIND mensile di Psicologia e Neuroscienze", n. 219, marzo 2023.



Gli studi sulle possibili applicazioni del metodo Open Dialogue

Nel 2015 il governo britannico ha finanziato uno studio denominato **ODDESSI** Open Dialogue - Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness (Dialogo aperto- Sviluppo e valutazione di un intervento di rete sociale per gravi malattie mentali). Si tratta di un trial randomizzato e controllato che confronta l'Open Dialogue con cure comuni per la psicosi utilizzate nel Sistema Sanitario Nazionale (NHS) del Regno Unito, e valuta i cambiamenti organizzativi necessari per adottarlo.

Nel 2019, un team coordinato dall'Istc-Cnr¹⁵ ha avviato **HOPEnDialogue**, uno studio collaborativo internazionale tra equipe che applicano Open Dialogue nel mondo, per verificarne l'efficacia. Lo studio usa una selezione delle stesse misure usate in ODDESSI per poter valutare se gli esiti di questo siano generalizzabili.

HOPEnDialogue ha due scopi:

- *indagare la fattibilità dell'Open Dialogue e i fattori locali che ne influenzano l'applicabilità;*
- mettere in rete e sostenere i centri che adottano Open Dialogue in tutto il mondo.

Una possibile integrazione

Il metodo sommariamente descritto può trovare ulteriori elementi di sviluppo per quanto concerne il target specifico dei minori. In questo caso, un sistema che si caratterizza per molti punti di connessione con quanto sopra descritto è la Family group conference (in Italiano tradotto in "Riunioni Familiari"), sviluppato originariamente in Nuova Zelanda e oggi diffuso in tutto il mondo.

Una Family Group Conference (FGC) è un processo decisionale che promuove la partecipazione della famiglia nella definizione degli interventi a tutela dei propri figli minori. In tale modello i minori hanno un ruolo centrale. Le FGC, infatti, sono facilitate da un operatore che ha il compito di incontrare il minore per il quale si dovrà definire un progetto, con lui organizzare la riunione e definire l'elenco delle persone significative da invitare¹⁶. Gli incontri si svolgono secondo un preciso schema che, in estrema sintesi, si compone di tre parti:

- la condivisione delle informazioni sulla situazione del minore tra familiari e Professionisti delle Dipendenze;
- il tempo riservato alla famiglia, ovvero uno spazio temporale in cui i familiari riflettono e definiscono ciò che è più opportuno inserire in un Piano di tutela del minore;
- la presentazione e accettazione del Piano di tutela, fase in cui la famiglia presenta ai Professionisti delle Dipendenze il progetto definito, che potrà essere accettato o modificato ed integrato attraverso il confronto.

La partecipazione del minore è prevista in tutte le fasi. È presente una figura educativa che affianca il minore aiutandolo a concettualizzare i suoi desideri, facendosi portatore di soluzioni per eventuali disagi provati¹⁷.

Obiettivo della sperimentazione: la sperimentazione dell'Open Dialogue e dell'eventuale FGC nel contesto delle dipendenze non ha lo scopo di seguire pedissequamente dei metodi elaborati in altre realtà, ma ha il fine di ricercare e applicare un percorso originale di fattibilità di approcci scientifici caratterizzati da un alto profilo di innovazione.

¹⁵ Coordinamento a cura della dottoressa Raffaella Pocobello del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione.

¹⁶ Maci F., *Il lavoro con le famiglie nella tutela minorile: il modello delle family group conference*, Trento: Erickson, 2011.

¹⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, *Intergruppo sulla partecipazione, Linee guida per la partecipazione di bambine e bambini e ragazze e ragazzi*, Roma, marzo 2022.



5. IL RACCORDO CON LE PROGRAMMAZIONI REGIONALI E LOCALI CORRELATE

Il Piano Triennale per le Dipendenze si integra, senza sovrapporsi o duplicarsi con le programmazioni di settore. Da questo punto di vista i principali riferimenti sono:

- Il Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto 2019-2023¹⁸ contiene un paragrafo dedicato alle dipendenze (il 9.2) nell'ambito del capitolo relativo all'Integrazione Socio Sanitaria. Il Piano individua azioni prioritarie della programmazione regionale da coordinare all'interno dei Piani di Zona: a) nella prevenzione primaria e selettiva; b) nella cura e nella riabilitazione. Secondo il Piano, l'approccio socio sanitario alle dipendenze considera, in particolare, la tossicodipendenza come condizione della persona con bisogni e problemi sanitari, psicologici e sociali. Il Piano definisce inoltre l'obiettivo strategico OS6. "Riorganizzare i servizi delle dipendenze adeguando il numero e la tipologia degli stessi con una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto".
- Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025¹⁹, in corso di attuazione, include il Macro Obiettivo MO2 Dipendenze e problemi correlati al quale si ricollega il Programma Predefinito PP04 Dipendenze. Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza e declina una strategia regionale, fortemente orientata all'intersettorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità delle azioni implementate.
- La programmazione inerente le Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA)²⁰, che persegue un approccio alla persona e non al suo sintomo o stato di bisogno, e che favorisce l'intercettazione precoce del disagio e la presa in carico a seconda dei diversi livelli di intensità. In tal senso, la presa in carico, correlata a una prassi orientata alla continuità terapeutica e assistenziale, si fonda su progetti individuali, che richiedono un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multidisciplinare in grado di sviluppare un'accurata lettura della situazione, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica e assistenziale coerentemente articolata. Il servizio UFDA Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti si configura come una équipe multi-professionale che ha molti punti di contatto con i Servizi per le Dipendenze.
- La programmazione riguardante le Alleanze Territoriali per la Famiglia²¹, reti territoriali costituite dalle forze sociali, economiche e culturali che, in accordo con le istituzioni, promuovono nelle Comunità locali iniziative di politiche attente ai bisogni delle famiglie. Le famiglie con persone che usano sostanze sono particolarmente a rischio di incorrere in svariate problematiche di ordine sociale, economico e psicologico. I Servizi per le dipendenze sono chiamati ad individuare le situazioni problematiche e ad attivare tutti i dispositivi territoriali, regionali e aziendali pubblici e del privato sociale che possano intervenire a sostegno o in termini preventivi nei confronti di queste unità parentali. E' quindi fondamentale la presenza di una rete di collaborazione e reciproca conoscenza con lo Sportello Famiglia, i Consulenti familiari dei Distretti Socio Sanitari, i Consulenti Familiari Socio Educativi (CFSE), Unità di Offerta del Privato Sociale che può far parte del sistema dei servizi previsti dal Piano socio-sanitario regionale.
- La programmazione relativa all'Area della Salute Mentale e della Sanità Penitenziaria²², per la quale l'obiettivo primario è lo sviluppo di una maggiore e forte integrazione dei Dipartimenti delle Dipendenze

¹⁸ Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 recante: "Piano socio sanitario regionale 2019-2023" e s.m.i..

¹⁹ DGR n. 1858 del 29 dicembre 2021.

²⁰ DGR n. 1215 del 7 settembre 2021 (attualmente in fase di aggiornamento).

²¹ Legge regionale n. 20 del 28 maggio 2020, articolo 22; DGR n. 1733 del 19 novembre 2018.

²² DGR n. 371 del 08 aprile 2022; Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 96 del 16 settembre 2020 "Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi"; Decreto Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 8 dell'8 aprile 2021 "Linee di indirizzo regionali di un percorso integrato per



con i Dipartimenti di Salute Mentale e le UU.OO. Tutela della Salute delle Persone con limitazione della libertà (T.S.P.), anche in considerazione del fatto che circa il 30% delle persone detenute presentano problematiche riferite al consumo di sostanze. Inoltre, le risposte alla psicopatologia adolescenziale richiedono una forte integrazione con i Servizi per la Salute Mentale adulti, i Servizi per le Dipendenze e con professionisti ed agenzie che si rapportano con gli adolescenti.

- Il Piano Operativo regionale sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, che si propone di consolidare le capacità dei propri servizi e di offrire concrete risposte sociosanitarie ai bisogni di salute correlati al gioco d'azzardo compulsivo. Tale finalità viene perseguita attraverso progettualità locali che si affiancano ai programmi terapeutici già attivi incrementando la qualità e la quantità degli interventi. Altresì si propone di incrementare i progetti di prevenzione ispirandosi alla letteratura scientifica relativamente alle specifiche forme di prevenzione universale, selettiva e indicata. L'implementazione nel territorio di adeguate iniziative volte a ridurre l'impatto negativo della diffusione del gioco d'azzardo nella comunità locale viene perseguita in una ottica di integrazione con le risorse istituzionali e il territorio. Un'ulteriore finalità, secondaria, ma non per questo meno importante, è di consentire la capitalizzazione delle esperienze e di incrementare la professionalità degli operatori sociosanitari del settore pubblico e del privato sociale in questa peculiare area di attività. Il Piano si articola nelle aree di governance, prevenzione e cura e riabilitazione e quindi presenta molte possibili integrazioni con il Piano Triennale per le Dipendenze.
- Le azioni di riqualificazione e aggiornamento del Sistema delle Dipendenze della Regione del Veneto²³, che hanno previsto: a) l'aggiornamento e sviluppo della pianificazione e della programmazione di settore; b) la realizzazione di una metodica di budget triennale; c) l'individuazione dei primi elementi per la creazione di un sistema regionale di valutazione degli esiti. A questi interventi si lega altresì l'istituzione del Tavolo Tecnico permanente sulle Dipendenze²⁴ quale organismo con compiti di consulenza, studio, implementazione, monitoraggio e valutazione del funzionamento del Sistema regionale delle Dipendenze. Il Tavolo Tecnico è un preciso punto di riferimento anche per la realizzazione del presente Piano Triennale per le Dipendenze 2024-2026.
- Le Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari per il triennio 2023-2025²⁵, che confermano il Piano di Zona quale strumento primario di ricognizione dei bisogni per assicurare l'integrazione socio-sanitaria e sociale nella programmazione locale. Il Piano di Zona individua, quindi, indirizzi, obiettivi e priorità fondamentali da perseguire e attuare in ambito territoriale. Le dipendenze rappresentano una delle aree di intervento

Il sommario elenco sopra rappresentato attesta la rilevanza del tema delle dipendenze e la necessità di una costante e continua interazione con tutti gli ambiti di pianificazione e programmazione regionali e locali.

favore l'accesso a misure alternative al carcere delle persone con disturbo da uso di sostanze (DUS) e dei consumatori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale".

²³ DGR n. 651 del 1 giugno 2022.

²⁴ DGR n. 51 del 25 gennaio 2022.

²⁵ DGR n. 1312 del 25 ottobre 2022.



6. L'ASSETTO DI GOVERNANCE DEL PIANO

Come si è detto, il modello organizzativo scelto nell'attuale pianificazione salvaguarda le funzioni istituzionali e il governo del Sistema, consentendo nel contempo ai professionisti delle dipendenze di mettere in condivisione un patrimonio di conoscenze attraverso un processo sociale di apprendimento reciproco con cui si produce e si condivide nuova conoscenza.

Perciò, sulla scorta dell'esperienza realizzata con il Piano precedente, si ritiene indispensabile definire l'assetto di governance del Piano in coerenza con tale approccio.

Le linee di indirizzo, il coordinamento ed il monitoraggio del Piano Triennale per le Dipendenze sono di competenza dell'Area Sanità e Sociale (con ausilio della Direzione Servizi Sociali e funzioni specifiche della U.O. Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale). Tali attribuzioni si esplicitano con il supporto del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze.

Questo significa che il Piano si caratterizza per una effettiva flessibilità e per una efficace capacità di risposta ai bisogni grazie alle indicazioni fornite agli Uffici regionali dai componenti del Gruppo sopra indicato, che con la loro pratica professionale sono in grado di cogliere pienamente i segnali che provengono dal territorio.

Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze²⁶ viene confermato dal precedente Piano e sarà ricostituito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Il Gruppo è pensato come una Comunità di Pratica rispetto alla quale vengono individuati i seguenti compiti (alcuni dei quali riconfermati rispetto al triennio precedente):

- analisi e valutazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio del Piano;
- supporto nella valutazione dei Piani Operativi presentati da ciascun Dipartimento per la realizzazione dei progetti a valenza territoriale (Aree prevenzione e cura e riabilitazione);
- supporto nella valutazione delle progettualità presentate da ciascun Dipartimento per la realizzazione dei progetti a carattere regionale trasversale inerenti le aree sistemiche individuate (sistemi di valutazione degli esiti, percorsi terapeutici e assistenziali, raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi);
- supporto nella valutazione delle proposte di attività sperimentali riguardanti l'Open Dialogue eventualmente integrate dalla Family Group Conference;
- rilevazione dei punti di forza, dei punti di debolezza e delle opportunità in relazione all'implementazione del Piano;
- verifica dello stato di avanzamento e di realizzazione delle azioni previste dal Piano favorendone la condivisione con i Dipartimenti;
- valutazione dell'adeguata e omogenea realizzazione del Piano nei diversi territori;
- identificazione di buone prassi per favorire la messa a sistema delle stesse e l'omogenea distribuzione a livello regionale.

Titolarietà e soggetti attuatori: per quanto concerne l'attuazione del Piano, le Aziende ULSS del Veneto sono titolari di interventi previsti nello stesso, mentre i soggetti attuatori sono rappresentati dai Dipartimenti per le Dipendenze, secondo l'inquadramento dato dalla Regione sin dalla DGR n. 2217 del 22/06/1999 con una forte integrazione pubblico-privato.

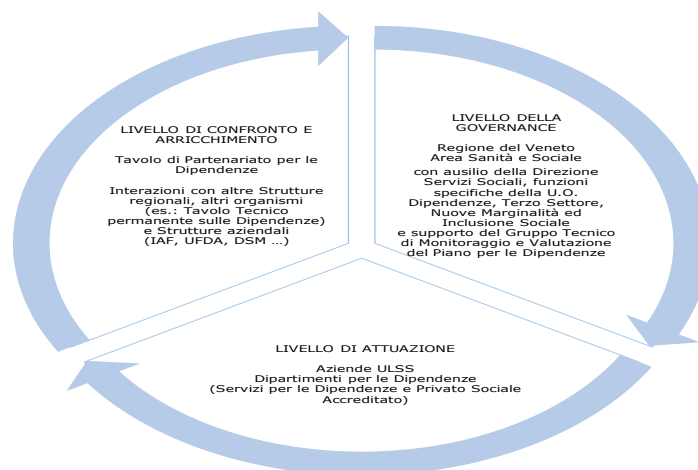
²⁶ Decreto del Direttore dell'Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale n. 38 del 23 luglio 2020.



Interazioni tra il livello di governance e il livello di attuazione: sono garantite e sviluppate dal Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze. Inoltre, ad ogni livello di attuazione sono promossi ed attuati confronti e collaborazioni con:

- le Unità Operative aziendali Infanzia, Adolescenza e Famiglia (IAF);
- i Consultori familiari e Tutela Minori;
- la Neuropsichiatria Infantile ed Età Evolutiva;
- le Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA);
- i Dipartimenti di Prevenzione;
- i Dipartimenti di Salute Mentale;
- i Servizi di Sanità Penitenziaria.

In ambito regionale un riferimento fondamentale è rappresentato dal Tavolo Tecnico permanente sulle Dipendenze di cui alla DGR n. 51 del 25 gennaio 2022.



La sequenza, senza soluzione di continuità, dal livello di governance al livello di confronto e arricchimento.

Tavolo di Partenariato per le Dipendenze: come preannunciato nel precedente Piano Triennale, si intende istituire, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, un Tavolo di Partenariato per le Dipendenze, quale area di confronto dinamica e flessibile composta da interlocutori istituzionali (quali, ad esempio, rappresentanti delle Prefetture o del mondo dell'istruzione, medici della medicina generale, pediatri) organizzazioni sociali, enti del Terzo Settore, associazioni dei familiari e altri portatori di interessi coinvolti nel tema delle dipendenze. Il Tavolo di Partenariato per le Dipendenze si connoterà in questo modo:

- un gruppo di lavoro aperto alla partecipazione di tutti i soggetti della rete per le Dipendenze e luogo di condivisione di dati, analisi e proposte;
- un forum di proposte condivise e di programmazione partecipata;
- uno spazio di confronto con le parti sociali e con gli organismi rappresentativi del terzo settore;
- una fucina dell'integrazione delle politiche, la cerniera intorno a cui costruire interventi complessi che afferiscono anche alle politiche del lavoro, sociali, educative, abitative.



7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

Le attività di monitoraggio e controllo sono fondamentali al fine di valutare, attraverso indicatori il più possibile oggettivi, la realizzazione del Piano in termini di rispetto dei tempi, di consumo delle risorse disponibili e di qualità delle prestazioni dedotte nei diversi progetti.

Nello specifico il monitoraggio e il controllo (check) rappresentano una delle fasi del cosiddetto Ciclo di Deming²⁷, ovvero un ciclo gestionale articolato nella sequenza: pianificazione, attuazione di quanto pianificato, verifica degli esiti e azione per il miglioramento continuo.

Quindi su queste basi, come per il precedente Piano, il processo di monitoraggio rappresenterà un'azione continua e puntuale nel corso dell'intero triennio. Per una corretta analisi è necessario disporre di informazioni puntuali e non a caso la raccolta e l'elaborazione dei dati rientra tra gli interventi trasversali a potenziamento del Sistema veneto per le Dipendenze, da sviluppare con la governance regionale, anche tramite meccanismi di co-progettazione.

Il monitoraggio fornirà un feedback continuo sull'avanzamento del Piano, rilevando tempestivamente eventuali scostamenti rispetto a quanto preventivato. Si prevede una reportistica periodica a cadenza semestrale; i dati, così raccolti, saranno accessibili e condivisi con tutti gli stakeholders, oltre che con i membri del Tavolo di Partenariato per le Dipendenze. Sarà garantita la raccolta, l'elaborazione e la condivisione dei dati epidemiologici a livello regionale, conditio sine qua non per la riprogrammazione dell'offerta, sia a livello preventivo sia terapeutico e riabilitativo.

A distanza di 18 mesi dall'avvio del presente Piano, è prevista altresì una valutazione in itinere, sulla scorta dei dati raccolti in fase di monitoraggio e degli elementi quanti-qualitativi che possano essere utili alla predisposizione di un rapporto di valutazione intermedia per migliorare lo stato di implementazione del Piano stesso.

In questa fase, al terzo semestre di attività, è auspicabile che il processo di monitoraggio e controllo non costituisca solo una funzione istituzionale regionale, ma che diventi patrimonio anche dei singoli Dipartimenti per le Dipendenze attraverso una valutazione che includa i seguenti elementi:

- un'analisi compiuta attivando le diverse componenti professionali presenti nella struttura funzionale (sia pubbliche che private), al fine di ottenere completezza della verifica e condivisione sugli esiti stessi;
- la messa in connessione delle leve organizzative (personale, vision e orientamenti, risorse) con i risultati che si riesce ad ottenere rispetto a quanto pianificato;
- l'individuazione delle aree di difficoltà che è necessario conoscere per poter perseguire il miglioramento continuo²⁸.

Per questa ragione, una volta terminata la valutazione finale di tutta la documentazione ricavata attraverso il monitoraggio, si programmerà un momento di condivisione e confronto con i diversi soggetti attuatori del Piano, in modo da favorire una più generale ed integrata analisi di impatto a livello regionale.

La Regione del Veneto gestirà l'attività di monitoraggio e valutazione del Piano coordinandola con le azioni di valutazione riferite ad altri atti di programmazione in materia di dipendenze, quali, ad esempio, il Piano Operativo regionale sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, in modo tale da massimizzare i dati a disposizione, evitando le sovrapposizioni, in una logica di gestione delle risorse efficace ed ordinata.

²⁷ Con il termine "Ciclo di Deming" si fa riferimento ad un metodo di gestione dei processi nelle organizzazioni. Il metodo è stato promosso dall'ingegnere statunitense William Edward Deming. Il metodo viene anche denominato ciclo di PDCA (Plan-Do-Check-Act) e viene sempre rappresentato anche negli attuali Sistemi di Gestione per la Qualità.

²⁸ Adattamento e sintesi da: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, *Per un'Amministrazione di Qualità*, articolo web in qualita.pa.gov.it, consultato nel luglio 2023.



La condivisione dei risultati sarà la base di una co-programmazione di azioni future sincrone e coordinate anche a fronte delle eventuali criticità riscontrate. Si prevedono, infine, momenti di restituzione dei dati di monitoraggio e di valutazione ai territori, anche tramite la condivisione delle informazioni negli incontri del Tavolo di Paternariato per le Dipendenze.

La programmazione degli investimenti finanziari delle prossime annualità sarà effettuata sulla base dei follow-up dei progetti inerenti alle aree di prevenzione e cura e riabilitazione. Saranno, in questo modo, definite le linee di intervento future in continuità con le esperienze virtuose e a maggior impatto a livello territoriale.

Il monitoraggio del Piano sarà volto alla verifica dello stato di implementazione delle azioni, con riferimento ai parametri minimi evidenziati nello schema sotto riportato:

AZIONE	INDICATORE	RISULTATO ATTESO
Piani Operativi aziendali nelle aree Prevenzione e Cura e riabilitazione (azioni territoriali)	Numero progetti inclusi nel Piano e loro coerenza con il Piano Triennale per le Dipendenze regionale	Almeno due progetti per ogni Azienda ULSS (uno dedicato alla Prevenzione e l'altro finalizzato alla Cura e riabilitazione)
Progettualità sull'intervento trasversale "sistemi di valutazione degli esiti"	Numero Comunità di Pratica costituite (anche in coordinamento tra Aziende ULSS)	Almeno tre Comunità di Pratica in ambito regionale
Progettualità sull'intervento trasversale "percorsi terapeutici e assistenziali"	Numero Comunità di Pratica costituite (anche in coordinamento tra Aziende ULSS)	Almeno tre Comunità di Pratica in ambito regionale
Progettualità sull'intervento trasversale "raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi"	Numero Comunità di Pratica costituite (anche in coordinamento tra Aziende ULSS)	Almeno una Comunità di Pratica in ambito regionale
Interventi trasversali nel loro complesso	Numero partecipanti a ciascuna Comunità di Pratica	Almeno sei partecipanti per ciascuna Comunità di Pratica, con diverse professionalità
Sperimentazione e innovazione (solo per i Dipartimenti che presenteranno la loro candidatura)	Numero dei progetti sperimentali	Almeno uno in ambito regionale



8. RISORSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO

Il budget del Piano Triennale per le Dipendenze ammonta complessivamente a euro 4.500.000,00 così ripartiti nel triennio 2024-2026:

- 2024: euro 1.500.000,00
- 2025: euro 1.500.000,00
- 2026: euro 1.500.000,00

Ai fini della realizzazione delle azioni previste dal Piano, si prevede di imputare complessivamente euro 3.500.000,00 per l'implementazione dei progetti a valenza territoriale inerenti le Aree Prevenzione e Cura e Riabilitazione. Sono invece assegnati euro 500.000,00 rispettivamente per la realizzazione delle azioni a valenza regionale di area trasversale e per la sperimentazione e l'innovazione.

2024			2025			2026		
Euro 1.500.000,00			Euro 1.500.000,00			Euro 1.500.000,00		
Budget progetti a valenza territoriale Prevenzione e Cura e Riabilitazione	Budget progetti a valenza trasversale di ambito regionale	Budget progetti di livello sperimentale	Budget progetti a valenza territoriale Prevenzione e Cura e Riabilitazione	Budget progetti a valenza trasversale di ambito regionale	Budget progetti di livello sperimentale	Budget progetti a valenza territoriale Prevenzione e Cura e Riabilitazione	Budget progetti a valenza trasversale di ambito regionale	Budget progetti di livello sperimentale
1.166.667,00	166.667,00	166.666,00	1.166.667,00	166.667,00	166.666,00	1.166.666,00	166.666,00	166.668,00

Per quanto riguarda i progetti a valenza territoriale, ciascuna Azienda ULSS presenterà all'Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale un Piano Operativo aziendale, approvato dal Comitato operativo ristretto del Dipartimento, per sviluppare una o più azioni tra quelle previste nelle aree Prevenzione e Cura e Riabilitazione. Le Aziende ULSS inoltre si impegneranno ad inserire le azioni riportate nel proprio Piano Operativo all'interno del Piano di Zona per gli anni 2024-2026. I Piani Operativi dovranno inoltre prevedere il coinvolgimento di altri stakeholders, ivi comprese le forze dell'ordine e le istituzioni scolastiche nell'ottica di rafforzare la rete territoriale esistente. Sarà valutata positivamente la compartecipazione degli Enti Locali, tenendo conto del contesto territoriale di riferimento.

Per ciò che attiene agli interventi trasversali a potenziamento del Sistema Veneto per le Dipendenze ciascuna Azienda ULSS presenterà all'Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale le proprie progettualità sulle aree sistemiche:

- sistemi di valutazione degli esiti;
- percorsi terapeutici e assistenziali.

I progetti presentati dovranno contenere anche:



- la mappatura dello stato dell'arte all'interno della propria Azienda;
- le eventuali metodologie già utilizzate all'interno del Dipartimento e il loro grado di efficacia (secondo un'autovalutazione);
- la composizione delle Comunità di Pratica, costituite all'interno del Dipartimento o in collaborazione con altre Aziende Sanitarie del Veneto;
- le eventuali buone pratiche già individuate.

Rispetto ai progetti ricevuti, il Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze effettuerà una valutazione orientata ad ottenere una mappatura dello stato dell'arte di ambito regionale sulle tematiche trattate.

Il lavoro delle Comunità di Pratica delle Aziende ULSS del Veneto proseguirà poi con la rilevazione punti di forza e criticità nella situazione aziendale osservata. L'attività costituirà la fase preliminare alla definizione di linee evolutive, alla modellizzazione delle procedure, all'individuazione buone prassi.

Su tale obiettivo saranno coinvolte tutte le Comunità di Pratica. Le risultanze saranno poi oggetto di una sintesi da parte del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze, con il fine di elaborare delle linee guida regionali.

Il percorso di analisi ed elaborazione sarà caratterizzato da appuntamenti di confronto con cadenza almeno semestrale (in occasione delle fasi di monitoraggio) tra le Comunità di Pratica, i referenti dell'Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale e i componenti del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze.

Per quanto concerne, l'area sistemica "raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi", le attività saranno realizzate sulla base di precise linee di indirizzo regionali, realizzate con il supporto del Gruppo Tecnico sopra indicato.

Per ciò che attiene la sperimentazione e l'innovazione, sulla base degli orientamenti precedentemente evidenziati, le proposte progettuali saranno acquisite tramite apposita manifestazione di interesse e saranno presentate dalle Aziende ULSS, anche in forma associata. Inoltre, nell'ottica di favorire e sostenere processi di sostenibilità, ricomposizione e integrazione delle risorse, le azioni da svilupparsi sperimentalmente potranno inserirsi nella costruzione di proposte progettuali per l'accesso a fonti di finanziamento extraregionali.

In questo caso i finanziamenti vengono programmati a seguito dell'analisi, valutazione e selezione ad opera del Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze.



9. CRONOPROGRAMMA

AZIONI	2024				2025				2026			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Piani Operativi aziendali nelle aree Prevenzione e Cura e riabilitazione (azioni territoriali)												
Progettualità sull'intervento trasversale "sistemi di valutazione degli esiti"												
Progettualità sull'intervento trasversale "percorsi terapeutici e assistenziali"												
Progettualità sull'intervento trasversale "raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi.												
Monitoraggio e valutazione del Piano							*					**
Sperimentazione e innovazione (solo per i Dipartimenti che presenteranno la loro candidatura)												

Nota: il primo trimestre è necessario per la pubblicazione degli atti (Deliberazioni dei Direttori Generali) di approvazione delle diverse programmazioni in ambito aziendale. Il monitoraggio e la valutazione del Piano sono previsti semestralmente. La valutazione viene effettuata nel mese successivo al semestre. A distanza di 18 mesi dall'avvio del presente Piano, è prevista altresì una valutazione in itinere (valutazione intermedia - segnata con un asterisco). Il doppio asterisco segnala la chiusura del Piano al 31/12/2026.

