



PIANO TRIENNALE PER LE DIPENDENZE 2020 – 2022



0b898cfe



PREMESSA

Il presente documento rappresenta il Piano Triennale per le Dipendenze 2020 – 2022 (d'ora in poi chiamato Piano); esso si pone 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 che a vario titolo contribuiscono al perseguimento di tale scopo. Esso rappresenta lo strumento strategico per iniziative multisettoriali, individuando in tale approccio l'elemento cardine della pianificazione e dell'azione, per contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute nel nostro territorio per promuovere l'equità.

Il percorso di definizione e costruzione del Piano è partito da una riflessione ampia sui bisogni emergenti intercettati nel territorio nel corso degli anni, con l'intento di fornire risposte innovative, diversificate ed efficaci. Tale processo è stato però bruscamente interrotto dall'emergenza epidemiologica COVID- 19, che si è drammaticamente manifestata in maniera repentina e inaspettata e che ha necessariamente imposto una rivalutazione delle considerazioni sino a quel momento formulate.

In primo luogo, i Servizi per le Dipendenze si sono trovati a dover rimodulare il proprio asset organizzativo, per rispondere in maniera efficace ed efficiente all'emergenza in atto salvaguardando la salute del personale impegnato e garantendo al contempo la presa in carico dell'utenza.

In riferimento poi alle dinamiche di consumo, come rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità in un articolo del 22 aprile 2020, se da un lato le misure di lock down per il contenimento del contagio hanno determinato un calo dello spaccio di stupefacenti su strada, dall'altro si è consolidata l'ipotesi secondo cui i consumatori di sostanze d'abuso si siano procurati droghe classiche rivolgendosi al mercato illecito del dark web. Più in generale, l'ISS ha affermato che lo scenario, suffragato dai dati provenienti dalle forze dell'ordine, lascia supporre che emergenza epidemiologica Covid-19 abbia favorito la crescita di domanda di droga tramite il web e i mezzi informatici.

Inoltre, il ritiro sociale imposto dalle misure di contrasto e contenimento del contagio da Covid-19 ha aumentato il senso di solitudine e ha favorito il manifestarsi di stati depressivi, entrambi fattori di vulnerabilità potenzialmente associabili all'uso di sostanze.

Alla luce di questo scenario, appare chiaro che oggi più che mai il crescente disagio della società contemporanea, con particolare attenzione al target giovanile, si manifesta attraverso la ricerca spasmodica di sensazioni ed emozioni forti, la voglia di distaccarsi da una realtà percepita come insoddisfacente, il desiderio di divertimento e di accettazione. Tali fattori, se inascoltati, possono condurre a comportamenti lesivi e a rischio per la salute, quali appunto lo sviluppo di forme di dipendenze, spesso di natura complessa, in cui, dietro l'addiction, si celano importanti disturbi delle relazioni interpersonali.

Parallelamente, il graduale invecchiamento della popolazione in carico mette i Servizi per le Dipendenze di fronte al problema della **“gestione della cronicità semplice e complessa”** (PSSR 2019-23) degli utenti lungoassistiti, che necessitano comunque di protezione e di supporto per contenere il mantenimento dello stato di salute e delle abilità residue, per prevenire le ricadute e per contrastare il rischio di marginalità psicosociale e l'aggravamento delle patologie correlate.

Intercettare questi bisogni e intervenire sui fattori di rischio significa contribuire al perseguimento del benessere comune, con particolare attenzione ai giovani e alle famiglie, creando effetti positivi e virtuosi sulla comunità.

D'altronde, la prevenzione e la cura delle dipendenze da sostanze illegali o legali, ma anche delle nuove forme di dipendenze comportamentali, rientrano tra le priorità strategiche della Regione del Veneto,



06898cfe



nell'ottica di promuovere e preservare la salute dei cittadini, intesa come uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solo in un'assenza di malattia o infermità.

La salute psicofisica è un bene essenziale per il completo sviluppo sociale di ogni individuo ed è un aspetto fondamentale della qualità della vita. Contrastare ogni forma di dipendenza patologica significa contribuire all'empowerment delle persone, sostenendo al contempo la comunità ed il benessere collettivo.

L'impegno della Regione del Veneto in questo ambito è anche espressione di identificazione ed adesione ai principi sanciti dalle istituzioni europee, quali ad esempio, la **Strategia Europea Antidroga 2013-2020** del Consiglio dell'Unione Europea e, più in generale, il **Pilastro Europeo dei Diritti Sociali** del 2017.

Occorre ricordare poi che la Regione del Veneto contribuisce al perseguimento degli obiettivi strategici dell'**Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile**. La Regione, infatti, riconosce che la salute delle persone si può intrecciare con il tema della sostenibilità solo affrontando tutte le determinanti socioculturali, ambientali, relazionali ed emotive che la influenzano.

Anche nella propria programmazione in materia di dipendenze essa pone al centro il benessere della persona, perseguendo i seguenti goals dell'Agenda 2030:

- Goal 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età;
- Goal 5: Raggiungere l'uguaglianza di genere, per l'empowerment di tutte le donne e le ragazze;
- Goal 10: Ridurre le disuguaglianze all'interno e fra le Nazioni.

Sulla base delle considerazioni sin qui formulate, il Piano recepisce gli orientamenti illustrati e propone un modello strategico innovativo per rispondere in maniera sinergica ed efficace alle sfide del territorio. A tal proposito, assume particolare rilievo la sperimentazione di forme di **coprogettazione** con le aziende ULSS del territorio per l'implementazione di azioni trasversali sistemiche, quali la formazione, la raccolta dati e la sperimentazione di uno sportello telematico regionale di prima consulenza sulle dipendenze.

Il Piano è strutturato come segue: si parte con una sezione dedicata all'analisi di contesto, volta a fornire la cornice istituzionale e il modello organizzativo regionale; si passa poi all'individuazione della strategia e delle finalità e delle principali aree di intervento.

Successivamente, il documento si sofferma sul modello di governance e di monitoraggio e valutazione, sul budget previsto per il triennio 2020 -2022 e sulle modalità di attribuzione delle risorse, chiudendo infine con il cronoprogramma.

Il Piano è frutto di un processo di elaborazione condivisa e partecipata a cui hanno contribuito la Direzione dei Servizi Sociali della Regione del Veneto, U.O. Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale e i Dipartimenti per le Dipendenze in sinergia con il privato sociale accreditato.



06898cfe



1. ANALISI DI CONTESTO

1.1 Il quadro normativo regionale di riferimento

La programmazione regionale attuale in materia sociale e sociosanitaria funge da cornice sostanziale entro cui il Piano si sviluppa e prende forma, nell'ottica di promuovere l'integrazione con le politiche esistenti per fornire risposte ai bisogni emergenti e al fine di attuare una ricomposizione delle risorse.

A tal proposito, si riportano i principali atti programmatici regionali utili a delineare il contesto di riferimento nell'ambito delle dipendenze ai fini della definizione del presente Piano:

- Piano Regionale Socio-Sanitario 2019-2023, adottato con L.R. n.48 del 28 dicembre 2018;
- Piano Regionale GAP 2017 approvato con DGR n. 749 del 28 maggio 2018;
- Piano Regionale Prevenzione 2014-2018¹ approvato con DGR n. 749 del 14 maggio 2015.

1.2 Introduzione

Le dipendenze sono un fenomeno quanto mai complesso, in continua evoluzione e soggetto a molte variabili, in particolare con riferimento alla tipologia di sostanze usate, all'emersione di nuove droghe, di nuove dipendenze di natura comportamentale, oltre che agli stili di vita e delle abitudini sociali ad esse connessi.

È frequentemente dibattuto se l'addiction sia la scelta di uno stile di vita o dipenda da una vulnerabilità biologica. Le evidenze correnti mostrano che la maggior parte delle sostanze d'abuso esercitano il loro effetto iniziale di rinforzo agendo sui circuiti cerebrali di ricompensa e che, mentre l'iniziale sperimentazione di sostanze è un comportamento largamente volontario, l'uso di sostanze continuato altera il funzionamento cerebrale e interferisce con la capacità di esercitare il controllo sul comportamento di assunzione, rendendo il cervello più sensibile allo stress e alle variazioni dell'umore. Infatti, individui con vulnerabilità genetica esposti a stress cronico o sofferenti di un'altra condizione psichiatrica in comorbilità, così come quelli che hanno usato droghe nella prima adolescenza, sono a più alto rischio di passare ad un comportamento automatico e compulsivo nell'uso di sostanze quale quello che caratterizza l'addiction².

La dipendenza patologica è pertanto una condizione della persona di natura bio-psico-sociale che va trattata in forma integrata sulla base dei bisogni e problemi della persona:

- comorbilità psichiatrica;
- patologie correlate alla dipendenza patologica quali malattie infettive, problemi cardiovascolari, polmonari e neurologici, ecc.;
- difficoltà di assumere ruoli adulti e responsabilità familiare e genitoriale, vissuto di alterata percezione di sé, ecc.;
- difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale, lavorativo e comportamentale, rischio di marginalità, problematiche legali, ecc..

Nello scenario contemporaneo, si monitora con preoccupazione il consumo di sostanze legali e illegali, a fronte anche di un crescente senso di disagio e ad una diffusa crisi valoriale. La situazione evidenziata negli ultimi anni dai Servizi per le Dipendenze della Regione del Veneto ha rilevato una tendenza all'aumento della domanda da parte di giovani e giovanissimi.

Le famiglie si trovano in situazione di fragilità di fronte a questi fenomeni ed è necessario intervenire rafforzando la funzione genitoriale e fornendo loro sostegno.

¹ Si precisa che con DGR n. 792 del 08.06.2018 il Piano è stato prorogato al 31/12/2019 e ulteriormente prorogato al 31/12/2020.

² Volchow Nora D., Morales Marisela., The brain on drugs: from reward to addiction, Cell 162, August 13, 2015



06898cfe



L'abbassamento dell'età di primo utilizzo di cocaina ed oppiacei contestualmente ad un consumo di alcol che appare diffuso ed improntato a modalità particolarmente pericolose, l'invecchiamento di una gran parte dell'utenza in carico ai Servizi, le problematiche di marginalità sociale legate ad una pregressa storia di tossicodipendenza, con numerosi tentativi di programmi terapeutici che solo in parte hanno portato ad un recupero dallo stato di dipendenza, scarse risorse sociali, familiari e personali e importanti problematiche sanitarie correlate all'uso di sostanze, rendono indispensabile una visione coordinata ed integrata, che ricostituisca l'unitarietà della programmazione in ambito sociosanitario e che adatti i modelli d'intervento alle nuove esigenze. Vi è quindi la necessità di completare la riorganizzazione del Sistema delle Dipendenze attraverso lo sviluppo di attività innovative in modo tale da permettere, oltre all'elaborazione di progetti individualizzati modulabili ai bisogni di cura dell'utenza, un alto grado di aderenza fra domanda e offerta ed un alto grado di adattabilità alle esigenze territoriali, senza tuttavia aumentare i costi generati dal sistema stesso.

Un approccio integrato, multidimensionale e multisettoriale di presa in carico della persona trova fondamento e radici nel contesto veneto, il cui sistema sociosanitario si contraddistingue per la forte integrazione della sfera sanitaria con quella sociale.

Il PSSR 2019-2023 sottolinea la necessità di adottare un approccio multisettoriale, che coinvolga la pluralità delle politiche volte a favorire la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali. Un buon governo per la salute promuove l'azione congiunta del settore sanitario e di altri settori, degli attori pubblici e privati e dei cittadini. Essa richiede un insieme sinergico di politiche, la maggior parte delle quali appartengono a settori interconnessi a quello sanitario e devono essere sostenute da politiche che ne favoriscano la collaborazione.

1.3 Il Sistema Veneto delle Dipendenze

Da molti anni il "modello veneto" si è sviluppato intorno al principio di integrazione socio-sanitaria, favorendo la valorizzazione del ruolo del privato sociale, in una logica anticipatoria del principio di sussidiarietà orizzontale (principio che ha assunto valenza costituzionale con L. Cost. 18 ottobre 2001 n. 3 che ha riscritto l'art. 118 della Costituzione). Con riferimento ai servizi sociali, tale principio trova particolare applicazione nella legge 328/2000 che costituisce l'asse portante dell'intera normativa e contribuisce a definire il significato e i contenuti della "pubblica funzione sociale". L'istituto dell'accreditamento istituzionale introdotto con legge regionale 22/2002 (che recepisce i contenuti in tema di accreditamento sia della legge 328/2000 in ambito sociale, sia del D.Lgs. 229/1999 in ambito sanitario e socio-sanitario), regolando l'accesso degli enti no profit nel sistema territoriale dei servizi sociali, pone le basi per una compartecipazione degli stessi allo svolgimento della funzione pubblica sociale.

Il sistema dei servizi pubblici e privati per la prevenzione, per il trattamento terapeutico riabilitativo, per il reinserimento socio-lavorativo e per la prevenzione delle ricadute adottato dalla Regione del Veneto, trae indubbiamente origine dal D.P.R. 309/1990 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", in cui si attribuiscono alla Regione (e quindi alle Aziende ULSS) le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope; tale impostazione va però contestualizzata con i successivi atti normativi ed organizzativi che si sono succeduti nell'ultimo ventennio. In particolare, hanno dato impulso positivo alla definizione del Sistema delle Dipendenze l'Atto d'Intesa Stato Regioni del 1999 e la Delibera della Giunta Regionale n. 2217 del 22 giugno 1999 che istituisce i Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze. I principi posti a fondamento della politica attuata dalla Regione del Veneto sono stati: il principio di pari dignità fra pubblico e privato sociale accreditato e il principio di sussidiarietà.

Il concetto di integrazione infine va perseguito non solo nella dimensione del rapporto tra pubblico e privato ma anche rispetto alla componente sociale - sanitaria (intra aziendale - extra aziendale). Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve considerare le forme di intervento non propriamente sanitarie e



06898cfe



meglio riconducibili al settore sociale/assistenziale. Il richiamo pertanto alla legge 328/2000 diventa importante soprattutto per **favorire il coinvolgimento degli Enti Locali e del privato sociale nei temi del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti, della compartecipazione nelle attività di prevenzione e della gestione della cronicità.**

Al fine di ottimizzare la fruizione degli interventi terapeutico-residenziali e semiresidenziali da parte delle persone con problematiche di dipendenza, la Giunta Regionale, con DGR 2212 del 23/12/2016, ha avviato la sperimentazione della budgettazione alle Aziende ULSS per il pagamento dei LEA Tossico/alcolodipendenti. Con DGR n. 1969 del 21/12/2018, conclusa la sperimentazione, è stata messa a regime la budgettazione alle Aziende ULSS per l'anno 2019 e confermata per l'anno 2020 con DGR 2008 del 30/12/2019.

1.4 Organizzazione

In attuazione del DPR 309/1990 è emerso un quadro piuttosto ricco e articolato di servizi pubblici e privati di natura ambulatoriale, diurna e residenziale, affiancato da gruppi di auto-aiuto e da Enti del Terzo Settore, per fronteggiare il fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo: il cosiddetto "Sistema delle dipendenze" della Regione del Veneto.

Attualmente, tale sistema si articola in 9 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze, al cui interno si declinano³:

- 38 Ser.D. (Servizi per le Dipendenze);
- 3 Comunità Terapeutiche pubbliche;
- 30 Enti ausiliari (Servizi sociosanitari privati) con oltre 100 sedi operative;
- oltre 600 gruppi di auto aiuto (soprattutto nel settore dell'alcolismo);
- oltre 60 Enti del Terzo Settore.

L'attuale assetto organizzativo ha come punto di forza l'integrazione pubblico-privato garantendo l'azione coordinata dei diversi servizi a livello locale attraverso il Dipartimento per le Dipendenze.

Il Ser.D. ha un ruolo centrale e garantisce ambulatorialmente la valutazione e il trattamento secondo il modello bio-psico-sociale avvalendosi della stretta collaborazione del Privato Sociale per i trattamenti residenziali e semiresidenziali con buoni livelli di qualità professionale e gestionale.

All'interno di questo sistema la riabilitazione psicosociale, nell'ottica del recovery nei Ser.D. e negli Enti Accreditati del Privato Sociale, deve essere rilevante e trasversale attraverso lo sviluppo di presidi intermedi tra il servizio ambulatoriale e quello residenziale (lavoro protetto, inserimento lavorativo e lavoro supportato; appartamenti protetti, residenzialità leggera e sostegno all'abitare; social coaching; centri diurni).

Tutte le tipologie di pazienti con disturbi correlati a sostanze e giocatori d'azzardo necessitano di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche psicologiche e medico-psichiatriche senza le quali il rischio clinico è elevato.

1.5 Le caratteristiche del fenomeno delle dipendenze

Secondo il Rapporto del Ministero dell'Interno sulle Tossicodipendenze in Italia l'11,9% di quanti hanno riferito di avere usato sostanze psicoattive illegali, nel 2017, dichiara di essere un "poli-utilizzatore". Il 9,1% ne ha usate per lo più n.2 –cannabis e cocaina-, il 1,8% n.3 il restante 1% n.4 o più. La fascia d'età del "poli-uso" prevalente è tra i 35-64 anni che raggiunge il 12,8%. Le Comunità sono ormai diverse da quelle note negli anni '80 quando l'Italia iniziò a fronteggiare l'emergenza eroina. Difficile trovarne di legate al "guru" di una volta, figure carismatiche, a volte autoritarie, che gestivano i vari centri di cura. Oggi ci sono

³ Fonte: Relazione Socio Sanitaria del Veneto – Anno 2019



professionisti che coordinano i Centri, ma il problema non è solo disintossicarsi: bisogna tornare a vivere, ricostruirsi.

Negli ultimi anni anche in Veneto si è assistito ad una forte evoluzione nell'uso e dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol. L'uso della cocaina, delle anfetamine, delle "droghe ricreative" è in costante incremento e le modalità assuntive comportamentali vengono sempre più a configurarsi come rituali sociali. In particolare si configura in aumento il consumo ed il numero delle persone dipendenti da eroina, e la costante diffusione del consumo di alcol tra le giovani generazioni e l'abbassamento, per i vari tipi di sostanze, dell'età di primo consumo. Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato dal consumo di tabacco che, a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, è in aumento tra i giovani.

Negli anni '80/'90 l'accesso ai Ser.D. era quasi esclusivamente di persone adulte che utilizzavano eroina per via endovenosa ed alcolisti. Il quadro è progressivamente cambiato. Sono arrivati utenti più giovani, anche minorenni, con modalità di consumo diverse (ad esempio eroina fumata e non più iniettata con un'immagine meno da tossicodipendente ma altrettanto problematica; l'uso di più sostanze, non necessariamente quotidiano ma, ad esempio, nel fine settimana; il binge drinking). È aumentata l'aspettativa di vita grazie ai trattamenti sia della dipendenza (ad esempio i trattamenti con metadone/sostitutivi nella dipendenza da oppiacei hanno ridotto i casi di overdose) che delle malattie droga correlate (HIV, HCV). Molti utenti sono in trattamento da diversi anni e se da una parte questo garantisce un trattamento più adeguato, dall'altro ha indotto bisogni diversi rispetto al passato. Gli utenti lungoassistiti spesso hanno maggiori richieste di tipo assistenziale, hanno scarse o nulle risorse familiari, problemi economici o abitativi, problematiche legali. Progressivamente sono arrivati al Ser.D. anche i Giocatori d'azzardo patologici.

Il mercato delle droghe è in continuo movimento. Al mercato di strada si è aggiunto quello on line da cui è possibile trovare sostanze legali ed illegali ed avere una maggior facilità di accesso anche per i più giovani. Si sono modificate le tecniche di marketing.

Sono continuamente messe in commercio nuove sostanze sintetiche alcune con gravi rischi per la salute o per la vita. A livello nazionale è attivo un sistema di allerta presso l'Istituto Superiore della Sanità che aggiorna sulle nuove molecole.

Tuttavia i principali problemi delle persone che afferiscono ai Servizi sono ancora causati dalle vecchie sostanze utilizzate anche dalle fasce di popolazione più giovane.

La ketamina è un vecchio anestetico utilizzato per effetti di tipo allucinatorio. La cocaina è molto utilizzata anche dai più giovani. Negli ultimi anni è stata messa in commercio una cannabis con percentuale di principio attivo sempre più alto rispetto al passato. È in aumento l'utilizzo di farmaci oppioidi prescritti per la terapia del dolore che possono indurre problemi di dipendenza di alcuni soggetti. Importante è anche l'abuso di psicofarmaci.

La relazione annuale 2019 al Parlamento sull'uso di sostanze in Italia evidenzia un trend di aumento degli accessi ai Ser.D. in Veneto (più 15% nel 2018) per un totale di circa 10.051 utenti. Tra i più giovani (15-24 anni) prevale l'uso di cannabinoidi, mentre nella fascia di età 25-44 anni prevalgono le dipendenze da eroina, cocaina, alcol e altre sostanze.

Con riferimento alle Unità d'Offerta presenti nel territorio, nell'anno 2019 le Comunità Terapeutiche regionali accreditate, residenziali e semiresidenziali, hanno fornito accoglienza a 1260 persone, registrando un incremento rispetto all'anno precedente pari al 4,3%.

I dati nazionali evidenziano l'ampia offerta sul mercato di sostanze stupefacenti. Il fenomeno è in evoluzione con mercati molto più complessi e mutevoli. Questo porta a modalità di consumo che virano verso le sostanze sintetiche, il poliutilizzo con modalità occasionali che cambiano secondo i contesti.



06898cfe



Nel corso del 2018, il 25,6% degli studenti italiani, circa 660.000 ragazzi, ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale, il 15,5% ha consumato sostanze nel mese in cui ha partecipato allo studio, il 3,8% lo fa più volte la settimana. Il dato è stabile dal 2014.

La prevalenza dei consumatori di **cannabis** è stabile dal 2015 mentre dal 2017 è in crescita il numero di studenti che hanno utilizzato eroina (nel 2018 circa 24.000, studenti pari allo 0,9%) Gli utilizzatori ad alto rischio di eroina sono in crescita dal 2013: il tasso sulla popolazione generale di 15-64 anni è infatti passato da 4 soggetti ogni 1.000 residenti a 6.

Secondo lo studio campionario ESPAD Italia 2018, l'età di inizio dell'uso di cannabis è stata per oltre la metà degli studenti (51,9%) tra i 15 e i 16 anni; il 20,9% aveva 17 anni o più, soprattutto per le studentesse; il 18,5%, il 5,8% e il restante 2,9% avevano rispettivamente 14, 13 e 12 anni .

Nel corso degli ultimi 10 anni risultano diminuiti i giovani che, in termini percentuali, hanno iniziato ad utilizzare la cannabis a 12 anni o prima, passando da quasi il 5% degli anni 2009-2011 all'attuale 3%; stesso quadro si presenta per coloro che hanno iniziato prima dei 16 anni, che dal 28% del 2015 sono passati al 24% nell'ultimo anno.

Sempre secondo lo studio ESPAD, quasi 1 studente ogni 5 (23,4%) di coloro che hanno utilizzato cocaina almeno una volta, lo ha fatto per la prima volta quando aveva 16 anni, il 18,6% a 17 anni e il 21% a 18 anni o più, in particolar modo i ragazzi; per il 9%, invece, l'età di inizio è stata prima dei 13 anni e per il 13% intorno ai 13-14 anni, in questo ultimo caso soprattutto per le ragazze.

Dal 2009 al 2016 si osserva un progressivo aumento della percentuale di studenti che riferiscono di aver usato **cocaina** per la prima volta a 12 anni o meno, passando dal 6% al 14%, per raggiungere il 9% nel 2018.

Nel corso dell'ultimo decennio si evidenzia un aumento della percentuale di studenti che riferiscono di aver provato ad assumere **eroina** prima dei 14 anni e, nello stesso tempo, un decremento di chi l'utilizzata tra i 15 e i 17 anni.

Secondo i dati Europei, l'Italia presenta l'età più bassa in Europa per quanto riguarda il primo contatto con le **bevande alcoliche**: 12,2 anni contro 14,6 della media europea. In Italia, dunque, si beve già a 12 anni. Tra i ragazzi 11-15enni, una percentuale significativa dichiara di aver consumato una o più bevande alcoliche almeno una volta nell'anno. Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, ha definito questo problema un'epidemia culturale fra i giovani: "...il bere per bere, a qualunque ora, senza limiti, per la voglia di ubriacarsi, di fulminarsi e andare altrove, in una dimensione irrealistica dove i ragazzini cercano una identità". Il consumo di alcol fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol per i minori. I comportamenti di consumo diffusi tra i giovani richiedono una particolare attenzione e adeguati interventi, per la possibilità di gravi implicazioni di ambito non solo sanitario ma anche psico-sociale, data la facilità di associazione con altri comportamenti a rischio quali assenze scolastiche, riduzione delle prestazioni scolastiche, aggressività e violenza, oltre alle possibili influenze negative sulle abilità sociali e sullo sviluppo cognitivo ed emotivo. Altri problemi nascono dalla diffusione di un uso dell'alcol simile a quello delle altre sostanze psicoattive, con finalità di sballo e ricerca dell'ubriachezza. Il binge drinking, modalità di consumo alcolico che comporta l'assunzione in un'unica occasione e in un ristretto arco di tempo di quantità di alcol molto elevate, è diffuso maggiormente tra i giovani di 18-24 anni; oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono per raggiungere i valori minimi nell'età anziana. La percentuale di binge drinkers di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, (11-15 anni), ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età. I giovani praticano il binge drinking soprattutto nei contesti della socializzazione e del divertimento collettivo, spesso bevendo volontariamente fino ad arrivare



06898cfe



all'ubriachezza. Il fenomeno della diffusione dell'uso di alcol al target giovanile è confermato anche dalla rilevante percentuale di giovani alcol-dipendenti in costante aumento nei Servizi nel corso degli anni rispetto al totale dell'utenza. In linea con le statistiche nazionali, anche in Veneto il maggiore incremento di utenti si registra nelle classi di età giovanili. A livello nazionale, si osserva nel tempo un progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dal 9,7% del 1998, al 31,9% del 2008 e al 57,1% del 2018.

La lunga permanenza in carico conferma la necessità di intervenire ad hoc anche su una parte di popolazione che, per età, caratteristiche socio ambientali e problematiche fisiche, abbisogna di interventi specifici per la prevenzione della marginalizzazione e il contenimento delle patologie correlate alla dipendenza.

Non ultimo, va considerato il problema della **comorbidità** psichiatrica. Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI@Italia per i soggetti in carico ai Servizi per le Dipendenze nell'anno 2007 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2007) è possibile esaminare le caratteristiche dell'utenza nel sottocampione di circa 6000 soggetti in carico a quei Servizi per le Dipendenze che hanno reso disponibili i dati. Il 22% dei soggetti è risultato avere una diagnosi psichiatrica in concomitanza al disturbo da uso di sostanze. È emersa inoltre un'alta variabilità tra i singoli servizi (il range varia tra un minimo del 13% e un massimo del 51%). Le singole diagnosi psichiatriche sono state aggregate in cinque macrogruppi (disturbi di personalità, psicosi affettive, disturbi nevrotici e somatoformi, psicosi schizofreniche, stati paranoici e altri disturbi). Il 56% dei soggetti in doppia diagnosi presenta disturbi di personalità, il 18% psicosi affettive, il 10% disturbi nevrotici e somatoformi, il 7% psicosi schizofreniche, il 7% altri disturbi e l'1% stati paranoici.

Il rischio di sviluppare psicosi nell'abuso di cannabis nella meta analisi di Moore et al.⁴ è stimato di una volta e mezza per qualsiasi modalità di uso e di 2 volte circa per un uso pesante (OD rispettivamente 1,4 e 2,1), mentre in quella di Marconi et al.⁵ è del doppio rispetto alla popolazione generale per l'“abuso moderato” (OR: 1,97) e del quadruplo per l'“abuso pluriquotidiano” (OR: 3,90).

Nel progetto multicentrico regionale Veneto PICOS⁶, nel quale è stata analizzata una coorte di 397 pazienti all'esordio psicotico, la prevalenza di pazienti consumatori di sostanze illecite è risultata essere pari a poco più del 20%; tra le sostanze più frequentemente utilizzate c'era la cannabis (19%), seguita a lunga distanza da cocaina (4%) e allucinogeni (4%).

Secondo il National Survey on Drug Use and Health, nel 2018, negli Stati Uniti, il 7,8% della popolazione aveva un DUS, 19,1% un Disturbo Mentale qualsiasi, il 3,7% entrambi. L'assunzione di sostanze illecite è stata del 49,4% tra le persone con Disturbi Mentali Severi, del 36,7% tra quelle con qualsiasi forma di disturbo mentale e del 15,7% nella popolazione senza alcun disturbo mentale; il binge drinking rispettivamente del 32,3%, 31,3%, 25,3%⁷.

⁴ Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370:319-328.

⁵ Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull* 2016;42:1262-9.

⁶ Tosato S, Lasalvia A, Bonetto C, et al. The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. Data from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS) *J Psychiatr Res* 2013;47:438-444.)

⁷ SAMSHA, National Survey of Mental Health, 2018, www.samsha.gov



06898cfe



2. LA STRATEGIA REGIONALE PER LE DIPENDENZE

Questa sezione del documento si articola come segue:

- presentazione delle finalità del Piano;
- descrizione delle Aree prioritarie di intervento.

2.1 Finalità: giovani, famiglie e lungoassistiti

2.1.1 Giovani

«Sono sempre più numerosi i giovanissimi che fanno uso di sostanze stupefacenti e alcoliche. Come testimoniato dalla comunità scientifica, l'inizio è precoce ed è in forte aumento l'utilizzo in fasce di età sempre più giovani», scrive l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza in una segnalazione inviata nel maggio 2019 al Governo, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e alla Conferenza Stato-città ed autonomie locali. 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)⁸, 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.

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/EBP, 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 (Consultorio familiare, Età Evolutiva, Neuropsichiatria infantile, Centri per la Salute Mentale) 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.

⁸ National Institute on Drug Abuse. (2014). Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide. NIH Publication Number 14-7953.



06898cfe



Laddove il giovane utente sia anche minore d'età, è spesso necessario che gli operatori si interfaccino con i servizi per la Tutela Minorile e questo può richiedere alcune competenze specifiche, ma soprattutto la condivisione di un linguaggio comune e la comprensione reciproca delle rispettive prassi di lavoro, anche attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi comuni.

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.

2.1.2 Famiglie

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.

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 scientifica⁹ 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.

2.1.3 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

⁹ "Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention" United Nations Office on Drugs and Crime 2009 (<http://www.unodc.org/unodc/index.html>)



06898cfe



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.

2.1.4 I lungoassistiti

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 ai Servizi del pubblico e del privato sociale, gli Enti locali e, in modo corresponsabile, l'utente e la sua famiglia.

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 socioeducativo, di supporto occupazionale lavorativo e di interventi facilitanti l'espletamento delle pratiche inerenti l'area sanitaria assistenziale.

2.1.5 Focus: Estensione e rafforzamento del lavoro integrato con altri Servizi

Come già illustrato nei paragrafi precedenti, il contesto socioeconomico è completamente mutato e siamo di fronte a "nuovi vulnerabili" che non rientrano nei target standard; anche il fenomeno delle dipendenze ha assunto nuove forme e fatto emergere criticità, spesso invisibili ai servizi tradizionalmente strutturati. Si ritiene necessario rafforzare un metodo di lavoro già ampiamente attivo nel sistema delle dipendenze, l'equipe multiservizi. Tale approccio, già valorizzato nel quadro delle politiche sociali, sociosanitarie,



06898cfe



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.

Tale metodo di lavoro permette alle diverse professionalità di collaborare in sinergia tra loro, favorendo interventi calibrati caso per caso e condivisi con i diversi servizi territoriali. Le équipe multiservizi consentono infatti 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.



0b898cfe



3. AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO

Il Piano è strutturato tenendo conto delle necessità d'intervento sul territorio regionale segnalate dai Dipartimenti per le dipendenze del Veneto (Ser.D. e Privato sociale accreditato).

Le azioni necessarie, di seguito meglio individuate, sono suddivise nelle seguenti Aree:

Azioni a valenza territoriale:

1. Area Prevenzione;
2. Area Cura;

Azioni a valenza regionale:

3. Area Trasversale.

Tenendo conto delle priorità regionali ripartite nelle Aree sopra citate e dell'entità delle risorse al momento messe a disposizione per il triennio 2020-2022, per le quali si rimanda ai paragrafi successivi, si rende opportuno utilizzare le risorse disponibili per dar corso alla realizzazione di alcune di esse evitando la dispersione di finanziamenti parcellizzati in tutte le Aree di priorità rilevate.

Il focus specifico del Piano, come detto sopra, è rappresentato da Giovani, Famiglie e Lungoassistiti.

3.1 Area PREVENZIONE

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

- la promozione di iniziative, in particolare per la popolazione giovanile, 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). Saranno interessati i contesti di vita dei giovani: scolastici, familiari, sportivi, di aggregazione, ricreazionali, del lavoro e del tempo libero, prediligendo l'adozione di modalità d'intervento innovative (quali, ad esempio, modelli proattivi/interattivi, contatto e diagnosi precoce dei disturbi comportamentali e uso di sostanze, ecc.);
- la formazione e il supporto attivo di adulti significativi (docenti, genitori, educatori, allenatori, ecc.) riguardo la gestione educativa degli adolescenti.

Le azioni identificate come prioritarie sono le seguenti:

- Programmi di prevenzione specifica e 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. Il Coordinamento Regionale Salute in tutte le Politiche-Scuola ha promosso il Protocollo d'Intesa Salute tra la Regione del Veneto e l'Ufficio scolastico Regionale per il Veneto (DGR. N. 1627/2016), che comprende tra le aree prioritarie di intervento la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze legali ed illegali e dell'abuso di farmaci, e il conseguente programma annuale attuativo, intendendo così realizzare un coordinamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute nelle scuole venete e, nel contempo, 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 sottolinea come una scuola che promuove salute debba inserire nel curriculum formativo delle scuole di ogni ordine e grado la "Promozione della



06898cfe



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’intersettorialità tra i diversi nodi pubblici e privati della rete della prevenzione e protezione della salute;

- Intercettazione precoce dei soggetti con comportamenti a rischio attraverso il sostegno e il potenziamento di spazi di consulenza neutri (laddove esistenti) in ambito scolastico, quali ad esempio gli spazi ascolto-CIC, 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 Consulitori, 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;
- Implementazione di attività educative con personale idoneamente formato, al fine di intervenire direttamente nei luoghi ove avviene il consumo di sostanze legali ed illegali anche tramite interventi di educativa di strada, in un’ottica di sostegno e continuità a “Safe Night”, coordinamento regionale delle unità mobili di limitazione del rischio, che opera con interventi informativi, formativi ed esperienziali nei contesti del divertimento;
- 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.

3.2 Area CURA

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, etc.) e della differenza di genere;
- Implementazione ed applicazione degli strumenti diagnostici e terapeutici orientati alla comorbilità psichiatrica secondo i PDTA regionali;
- Implementazione di interventi di supporto relativi al disagio ed eventuale psicopatologia dei famigliari di persone esposte a problematiche di dipendenza;



06898cfe



- 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 di 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).

3.3 Area TRASVERSALE

Le azioni di seguito dettagliate si definiscono trasversali al Sistema delle Dipendenze e sono quindi rivolte ad un funzionamento coordinato delle diverse articolazioni dei servizi e del personale che lo compongono al fine di migliorarne i risultati e renderne le prestazioni più efficienti ed efficaci. Si tratta di progettazioni a dimensione regionale (ossia rivolte a tutti i servizi regionali) che hanno lo scopo di migliorare la governance del Sistema. Appare imprescindibile sviluppare attraverso quest'area lo strumento strategico della comunicazione, per aumentare la conoscenza del fenomeno delle dipendenze, ma anche per favorire la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra i soggetti pubblici e privati, oltre che sostenere la fiducia della popolazione nei confronti delle istituzioni e contribuire all'accountability del sistema salute. Si intende attivare una modalità di coprogettazione con le Aziende ULSS con l'obiettivo di raccogliere le proposte progettuali in un'ottica partecipata, sulla base di indirizzi individuati dalla Regione, focalizzandosi sulle seguenti sub aree:

- **Formazione:** la formazione del personale operante nel Sistema regionale delle Dipendenze, intesa come condizione indispensabile per il mantenimento della qualità dei servizi e l'aumento del grado di aderenza fra domanda e offerta. Le principali azioni previste sono le seguenti:
 - Messa a punto di un sistema di formazione per il personale pubblico e del privato sociale accreditato per l'impiego delle modalità d'intervento innovative e l'aggiornamento di quelle già in uso;
 - Predisposizione di piani formativi volti all'acquisizione di competenze specifiche nel trattamento di utenti con comorbilità psichiatrica;
 - Divulgazione di buone prassi operative attraverso l'acquisizione di Linee di indirizzo operative condivise, finalizzate ad aumentare l'efficienza del funzionamento del sistema regionale delle dipendenze.
- **Raccolta dati:** il monitoraggio del fenomeno delle dipendenze da sostanza nella Regione del Veneto, la corretta lettura del fenomeno consente una programmazione efficace e mirata dell'azione regionale. Le principali azioni previste sono le seguenti:



06898cfe



- Creazione di una rete di raccolta dati permanente integrata al funzionamento operativo del Sistema delle Dipendenze regionale;
 - Messa a punto di un sistema di elaborazione dati regionali di tipo epidemiologico, di valutazione dei risultati ecc.;
 - Istituzione di un flusso dati per la comorbilità psichiatrica;
 - Messa a punto di protocolli operativi che adottati nel Sistema migliorino il funzionamento coordinato dei servizi soprattutto al fine di migliorare il grado di confrontabilità dei dati raccolti (es. utilizzo di medesime schede di invio e tutti i Ser.D., ecc.)
 - Messa a punto di modalità d'interfaccia dei sistemi di gestione clinica, anche diversi e attualmente in uso a regime presso i servizi, tali da consentire la confrontabilità dei dati raccolti.
- Sportello regionale di prima consulenza e di orientamento sulle dipendenze: si intende istituire uno sportello di prossimità telematico, con il compito di fornire assistenza e risposte veloci, oltre che orientamento, ai cittadini che accederanno al portale. Risponderà a questo sportello il personale qualificato dei Servizi, opportunamente coinvolto e formato. Si valorizzeranno le attività già in essere per una omogenea copertura sul territorio regionale. Le principali azioni previste sono le seguenti:
 - Attivazione di uno Sportello regionale telematico di consulenza e orientamento;
 - Messa a punto di un sistema operativo che consenta di erogare prestazioni di consulenza a distanza;
 - utilizzando le potenzialità delle piattaforme informatiche;
 - Messa a punto del funzionamento di un portale in cui facilmente reperire informazioni e ottenere materiale divulgativo.



06898cfe



4. GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE DEL PIANO

4.1 La governance

Attraverso il Piano si intende rafforzare il sistema Regionale per le Dipendenze esistente, fornendo un modello di governance solido e strutturato, che permetta di poter rispondere adeguatamente ai bisogni di cura ed assistenza, anche attraverso la sperimentazione di trattamenti innovativi. Tale sistema deve poter garantire una intrinseca capacità di trasformazione e di adattamento in funzione della mutabilità dei bisogni.

La governance delle dipendenze è un elemento strategico per le scelte di policy e di programmazione degli interventi e si fonda sull'integrazione delle politiche, attraverso una pianificazione coordinata, condivisa e partecipata delle stesse, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute.

Fattori fondamentali sono il monitoraggio e la valutazione, per una misurazione dell'impatto sia nei percorsi che negli esiti.

Al fine di poter soddisfare queste caratteristiche, si ritiene necessario prevedere un sistema di coordinamento regionale, supportato da un adeguato meccanismo di monitoraggio per indirizzare, correggere e modificare le azioni messe in campo, sperimentando forme innovative e valutandone l'efficacia per un'eventuale messa a sistema.

Sarà pertanto attivato un **Gruppo Tecnico di Monitoraggio e Valutazione del Piano per le Dipendenze**, presieduto dal Direttore dell'U.O. Dipendenze, Terzo settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale e composto da due Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze, dai Presidenti dei coordinamenti del privato sociale accreditato.

Il Gruppo assumerà i seguenti compiti:

- Valutazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio del Piano;
- Supporto nella valutazione delle progettualità a carattere regionale inerenti l'area trasversale;
- Supporto nella valutazione dei Piani Operativi presentati da ciascun Dipartimento per la realizzazione dei progetti a valenza territoriale (Aree prevenzione e cura);
- Rilevazione delle criticità e opportunità in relazione all'implementazione del Piano;
- Verifica dello stato di avanzamento e di realizzazione delle azioni previste nell'area trasversale 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.

Il Gruppo Tecnico si avvarrà di un sottogruppo dedicato al tema della formazione per la definizione dei bisogni formativi rilevati dal basso.

Il Gruppo Tecnico coinvolgerà con compiti di consultazione, condivisione, confronto, anche i rappresentanti di altri servizi (IAF, NPI, DSM). Nell'ambito delle attività del Gruppo Tecnico potranno essere attivati sottogruppi di lavoro specifici, con il compito di approfondire, studiare, elaborare e formulare proposte in determinate aree. Contestualmente, si perseguirà l'obiettivo di rafforzare l'intersectorialità delle modalità di intervento per affrontare le dipendenze nel contesto veneto.

Si intende creare occasioni di confronto, scambio, contaminazione di competenze e di linguaggi, riconoscimento di identità e ruoli diversi attraverso l'istituzione presso la Direzione Servizi Sociali di un **Tavolo di Partenariato per le Dipendenze**, da considerarsi come un tavolo dinamico, composto 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



06898cfe



famigliari e altri portatori di interessi coinvolti nel tema delle dipendenze. Il Tavolo di Partenariato per le Dipendenze avrà le seguenti caratteristiche:

- Sarà 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;
- Sarà un forum di proposte condivise e di programmazione partecipata;
- Si confronterà infatti con le parti sociali e con gli organismi rappresentativi del terzo settore;

Sarà il luogo in cui promuovere l'integrazione delle politiche, la cerniera intorno a cui costruire interventi complessi che afferiscono anche alle politiche del lavoro, sociali, educative, abitative.

4.2 Raccolta e valutazione dati

L'attuazione del Piano sarà oggetto, per tutta la sua durata, di un processo di monitoraggio continuo e puntuale. Come già illustrato nel paragrafo dedicato all'area trasversale, la raccolta e valutazione dei dati rientra tra le azioni di sistema da sviluppare tramite meccanismi di coprogettazione.

Il monitoraggio, volto a fornire un flusso informativo continuo sull'avanzamento del Piano, nonché la rilevazione di eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto, prevede la produzione di una reportistica periodica da elaborarsi a cadenza semestrale; sarà garantita adeguata fruibilità e diffusione dei dati a tutti gli stakeholders, oltre che ai membri del Tavolo di Partenariato per le Dipendenze. Sarà garantita la raccolta, l'elaborazione e la condivisione dei dati epidemiologici a livello regionale, utili alla riprogrammazione dell'offerta, sia a livello preventivo che terapeutico.

A distanza di 18 mesi dall'avvio del presente Piano, è prevista altresì una valutazione in itinere, da realizzarsi sulla base dei dati raccolti in fase di monitoraggio e acquisendo ulteriori elementi quanti-qualitativi utili alla predisposizione di un rapporto di valutazione intermedia in grado di fornire indicazioni e raccomandazioni per migliorare lo stato di implementazione del Piano stesso. Tale momento permetterà di rivedere o integrare i risultati previsti per le diverse aree, qualora emerga la necessità di apportare variazioni.

Infine, è previsto un momento di valutazione finale, supportato da adeguata documentazione, in grado di coinvolgere i diversi soggetti attuatori del Piano e di contribuire a una più generale analisi di impatto effettuata in modo integrato a livello regionale.

La Regione del Veneto gestirà l'attività di monitoraggio e valutazione del Piano coordinandosi con quella prevista da altri atti di programmazione in materia di dipendenze, quali, ad esempio, il Piano GAP, in modo tale da non moltiplicare le rilevazioni e, contemporaneamente, rendere fruibili i risultati, anche in termini di ricerca di soluzioni a fronte delle eventuali criticità riscontrate. Si prevedono infine momenti di restituzione dei dati di monitoraggio e valutazione ai territori, anche tramite la condivisione delle informazioni negli incontri del Tavolo di Partenariato per le Dipendenze.

Il follow-up dei progetti inerenti alle aree di prevenzione e cura consentirà di poter comprendere se e come modificare le linee di intervento da finanziare nelle annualità successive, nonché rilevare gli effetti prodotti dalle progettualità nei territori.

Per quanto riguarda l'area trasversale, il monitoraggio e l'analisi saranno orientati a fornire una lettura in termini di dinamiche innescate e processi tra i diversi soggetti coinvolti e le ricadute delle azioni a livello regionale.



06898cfe



5. BUDGET PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI TERRITORIALI (AREA PREVENZIONE E CURA) E REGIONALI (AREA TRASVERSALE)

Il budget del Piano ammonta complessivamente a € 4.000.000,00 così ripartiti nel triennio 2020-2022:

- 2020: € 1.000.000,00
- 2021: € 1.500.000,00
- 2022: € 1.500.000,00

Ai fini della realizzazione delle azioni previste dal Piano, si prevede di imputare complessivamente € 3.500.000,00 per l'implementazione dei progetti a valenza territoriale inerenti le Aree Prevenzione e Cura, mentre la restante quota pari a € 500.000,00 sarà destinata ai progetti a carattere regionale dell'Area Trasversale.

2020		2021		2022	
€ 1.000.000,00		€ 1.500.000,00		€ 1.500.000,00	
Budget Aree Prevenzione e Cura	Budget Area Trasversale	Budget Aree Prevenzione e Cura	Budget Area Trasversale	Budget Aree Prevenzione e Cura	Budget Area Trasversale
€ 872.000,00	€ 128.000,00	€ 1.314.000,00	€ 186.000,00	€ 1.314.000,00	€ 186.000,00

Per quanto riguarda i progetti territoriali (Area Prevenzione e Cura), ciascuna Azienda ULSS presenterà alla Direzione Servizi Sociali un piano operativo, approvato dal Comitato operativo ristretto del Dipartimento, per sviluppare una o più azioni tra quelle previste nelle aree Prevenzione e Cura, individuate nel presente Piano rispettivamente ai paragrafi 3.1 e 3.2, da realizzare nel proprio territorio. Le Aziende ULSS inoltre si impegneranno ad inserire le azioni riportate nel proprio piano operativo all'interno della programmazione zonale degli anni 2021 e 2022. 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 quanto riguarda i progetti regionali (Area Trasversale), la logica della coprogettazione è la novità introdotta dal Piano per la realizzazione delle iniziative a valenza territoriale che rientrano nell'area trasversale. Questo approccio vedrà la Regione del Veneto coinvolgere le ULSS nella definizione e costruzione di progettualità per la realizzazione delle azioni specifiche ricomprese nelle sub aree formazione, raccolta dati e sperimentazione di uno sportello regionale di consulenza sulle dipendenze, descritte al paragrafo 3.3 e rivolte all'intero territorio regionale. 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 nell'area in oggetto potranno inserirsi nella costruzione di proposte progettuali per l'accesso a fonti di finanziamento extraregionali.



06898cfe

