



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

Via Diana civico 3 – 89125 Reggio Calabria

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

– N° 484 del 31 LUG. 2015

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

PROPOSTA N. _____ del _____

OGGETTO: ADEMPIMENTI DEL N.422 DEL 08/06/2015 (Obiettivi gestionali anno 2015). Fase 1
"Adozione Regolamento del Dipartimento delle Dipendenze"

Il costo scaturente dalla presente proposta viene imputato nel Bilancio _____ come segue:

Conto _____ € _____
Conto _____ € _____
Conto _____ € _____
Conto _____ € _____

Note: _____

Il Dirigente Uff. Bilancio e Programmazione _____

Data _____

Il Direttore con la sottoscrizione del presente atto, attesta la completezza e la regolarità a norma di legge dei dati, dei documenti e delle procedure seguite.



Data 29/06/2015

NON COMPORRE IMPEGNO DI SPESA

Parere del Direttore Sanitario:

Favorevole

Non favorevole

(con motivazioni allegata al presente atto)

Direttore Sanitario Aziendale

Dot. Salvatore Barillaro

Firma _____

Data _____

Parere del Direttore Amministrativo:

Favorevole

Non favorevole

(con motivazione allegata al presente atto)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

ssa Mariagrazia Biefari

Firma _____

Data _____

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Premesso che:

Con deliberazione n.422 dell'08/06/2015 avente per oggetto "Obiettivi gestionali anno 2015", si è stabilito di assegnare specifici obiettivi gestionali ai Dipartimenti aziendali;

- Nella sopra citata deliberazione sono state allegate apposite schede per ciascun Dipartimento con specifiche indicazioni di obiettivi, fasi di processi ed indicatori di tempo;
- Per la prima fase del processo, al Direttore del Dipartimento delle Dipendenze, è stato richiesto di predisporre il Regolamento entro il 30 giugno 2015;

Valutato che i criteri generali in ambito organizzativo devono rispondere al sistema e ai bisogni emergenti sul territorio provinciale per:

- Sviluppare un programma organico e sistemico di azioni volte a prevenire il fenomeno delle dipendenze patologiche;
- Potenziare le forme di intervento volte ad accogliere, assistere, curare, riabilitare, reinserire socialmente e nel mondo del lavoro, i soggetti interessati dalla problematica delle poli-dipendenze;
- Valutare e monitorare il fenomeno, al fine di prevedere i possibili scenari futuri e i trend del consumo di droghe al fine di potenziare l'offerta dei servizi a contrasto;
- Il modello organizzativo che più si addice alla complessità del Dipartimento, inteso come "organizzazione costituita da varie unità operative con forti interdipendenze tecnico-funzionali che perseguono, in maniera coordinata, finalità comuni, e che è retto da regole chiare, formali, conosciute e condivise" è quello di un **Dipartimento Integrato**, funzionale nei confronti dei c.d. servizi di vicinanza, e strutturato nei confronti di tutte le U.O. pubbliche e private accreditate del Dipartimento, dotato di una forte autonomia in termini organizzativi, di budget e contrattuali;

Preso Atto che il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASP di Reggio Calabria (ratificato con Delibera del Commissario Straordinario n° 212 del 28/02/08 già istituito nell'ASL11 con Delibera n° 1241 del 22/09/99), si caratterizza, per via del proprio focus, per un'attività svolta a stretto contatto con il "privato accreditato", attraverso una rete di intervento pubblico-privato, che si è formalizzata nella sottoscrizione di un *Accordo di programma* con le Comunità Terapeutiche secondo i parametri di programmazione adottati dal DPGR 18/2010, per la realizzazione di progetti integrati per la lotta alle dipendenze;

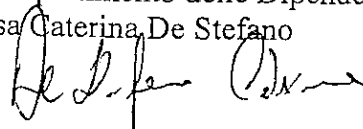
Ritenuto di dover procedere all'adozione del Regolamento del Dipartimento delle Dipendenze, secondo quanto stabilito nella deliberazione n. 422/CS del 2015;

Su istruttoria dell'atto resa dal Responsabile del Procedimento che ne attesta la regolarità tecnico-amministrativa:

PROPONE

Al Commissario Straordinario, l'adozione della presente deliberazione

Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze
Dr.ssa Caterina De Stefano



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

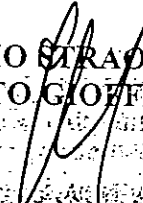
Per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono riportati e confermati

DELIBERA

- a) Di prendere atto che il Dipartimento delle Dipendenze ha ottemperato a quanto stabilito nella apposita schede elaborata ed allegata alla deliberazione n.422/CS dell'8/6/2015 avente per oggetto "Obiettivi gestionali anno 2015";
- b) Di prendere atto altresì che il Dipartimento delle Dipendenze ha ottemperato- entro il termine del 30 giugno 2015 - l'elaborazione del proprio regolamento secondo a quanto stabilito al punto 4 della deliberazione n.422/CS dell'8/6/2015;
- c) Di approvare il Regolamento del Dipartimento delle Dipendenze allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
- d) Di trasmettere la presente delibera a cura dell'Ufficio affari generali, al Dipartimento tutela della Salute ed alla Struttura Commissariale Regionale //

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DR. SANTO GIOFFRÈ

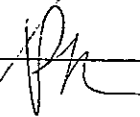


CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione e' trasmessa al Collegio Sindacale in data _____

31 LUG. 2015

IL DIRETTORE AA. GG.

_____ 

La presente deliberazione e' stata pubblicata il _____

31 LUG. 2015

IL DIRETTORE AA. GG.

_____ 

La presente deliberazione e' conforme all'originale per uso amministrativo _____

IL DIRETTORE AA. GG.

La presente deliberazione e' stata trasmessa all'Assessorato alla Sanità in data _____

IL DIRETTORE AA. GG.

ADOZIONE REGOLAMENTO
DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE ASP RC
(ADEMPIMENTI DI CUI ALLA DELIBERA N.422/CS 08/06/2015)

Premessa

Con il presente documento si introduce un nuovo assetto organizzativo per il sistema delle dipendenze che porti nel tempo ad una acquisizione di una cultura organizzativa basata su pochi e chiari criteri di tipo aziendalistico.

La conoscenza delle diverse aree e le strutture cerebrali, ma soprattutto il loro normale funzionamento e come esso varia sotto l'influsso delle droghe, avrà la base su cui appoggiare la corretta comprensione del fenomeno e definire le future modalità di intervento, nel campo delle Dipendenze da sostanze stupefacenti, alcol, gioco d'azzardo, tabacco e dipendenze comportamentali, grazie alle ricerche di neuroscienze si sono sempre più specializzati venendosi a sviluppare Unità Operative diversificate sia in ambito aziendale che extra-aziendale.

L'innovazione ci è richiesta dalla patologia che non può più essere affrontata attraverso i vecchi schemi per cui i dipartimenti delle dipendenze necessitano di una profonda innovazione e di ristrutturare i loro modelli di prevenzione primaria e secondaria, clinico osservazionali e di intervento riformulando i modelli interpretativi della patologia ma soprattutto i modelli di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di valutazione dell'efficacia reale delle varie terapie.

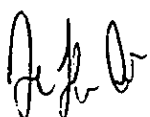
In particolare impone che le funzioni e l'assetto dei servizi per le dipendenze siano ridefiniti a partire dal principio di base, che fa della comunità locale non il destinatario, ma il soggetto e l'interlocutore privilegiato nella definizione degli obiettivi di salute propri di ciascun territorio.

In questo quadro vanno collocati gli obiettivi di qualificazione degli interventi del sistema, richiamando due principi chiave: la centralità del Distretto, punto di snodo e di coordinamento delle relazioni interdipartimentali e interistituzionali, teso a garantire il massimo di appropriatezza clinica degli interventi, attraverso un sistema a rete e un'integrazione forte delle diverse competenze disciplinari impegnate nei processi di prevenzione, di cura e di inclusione.

L'Accordo Stato - Regione per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti", approvato con provvedimento del 21/01/1999- G.U. n.61 del 15/03/99 ha istituito i Dipartimenti per le Dipendenze come entità di livello aziendale alla quale è affidato il coordinamento tecnico-scientifico nella gestione delle risorse dei centri di responsabilità nell'area delle dipendenze, nell'ottica dell'integrazione nel comparto sanitario e sociale (L. 328/00, la legge regionale 23/2003) fermo restando la necessità di differenziare l'offerta esistente ex D.P.G.R. N.18/2010; D.l.g. 309/90 L. 502/92 e del Dl.g.229/99, inoltre, le linee guida del "Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze" 2011- 2014 approvato DGR n.853 del 29.12.2010 ha definito l'atto d'indirizzo e coordinamento degli interventi territoriali in materia di dipendenze patologiche ed il Programma Operativo regionale - 2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135);

I criteri generali in ambito organizzativo devono rispondere al sistema, ai bisogni emergenti sul territorio provinciale per :

- Sviluppare un programma organico e sistemico di azioni volte a prevenire il fenomeno delle dipendenze patologiche;
- Potenziare le forme di intervento volte ad accogliere, assistere, curare, riabilitare, reinserire socialmente e nel mondo del lavoro, i soggetti interessati dalla problematica delle poli-dipendenze;
- Valutare e monitorare il fenomeno, al fine di prevedere i possibili scenari futuri e i trend del consumo di droghe al fine di potenziare l'offerta dei servizi a contrasto.
- Il modello organizzativo che più si addice alla complessità del Dipartimento, inteso come "organizzazione costituita da varie unità operative con forti interdipendenze tecnicofunzionali che perseguono, in maniera coordinata, finalità comuni, e che è retto da regole chiare, formali, conosciute e condivise" è quello di un Dipartimento Integrato, funzionale nei confronti dei c.d. servizi di vicinanza, e strutturato nei confronti di tutte le U.O. pubbliche e private accreditate del Dipartimento, dotato di una forte autonomia in termini organizzativi, di budget e contrattuali.



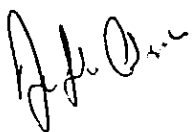
Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASP di Reggio Calabria (Delibera del Commissario Straordinario n° 212 del 28/02/08 già istituito nell'ASL11 con Delibera n.° 1241 del 22/09/99) si caratterizza, per via del proprio focus, per un'attività svolta a stretto contatto con il "privato accreditato", attraverso una rete di intervento pubblico privato, che si è formalizzata nella sottoscrizione di un *Accordo di programma* con le Comunità Terapeutiche secondo i parametri di programmazione adottati dal DPGR 18/2010, per la realizzazione di progetti integrati per la lotta alle dipendenze.

Il settore delle dipendenze e dei fenomeni di abuso di sostanze legali ed illegali, nonché dei comportamenti compulsivi verso "nuove dipendenze", oltre a riferirsi ad acquisizioni e saperi scientificamente consolidati, presenta le seguenti peculiarità:

- la complessità e la vastità del campo di azione;
- la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci;
- l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari dei diversi Ambiti Territoriali;
- la capacità di strutturare interventi precoci, in grado di anticipare una domanda che, quando espressa spontaneamente, potrebbe essere già conseguente ad un deterioramento individuale o sociale;
- l'esigenza di armonizzare i processi di presa in carico, i processi clinici, i processi educativi, gli interventi sociali, le competenze relative agli aspetti legali e giudiziari che frequentemente possono risultare connessi.
- Il coordinamento e l'integrazione vanno considerati come un vero valore aggiunto indispensabile alla tenuta del sistema.
- Il diritto al trattamento individualizzato più appropriato, per essere garantito, deve necessariamente prevedere un sistema di valutazione di base e di diagnosi bio-psicosociale omogeneo in tutto il territorio regionale, che permetta la condivisione dei linguaggi e delle categorie diagnostiche tra i vari servizi, e consenta l'elaborazione di sistemi di valutazione dei protocolli basati sulle stesse premesse valutative.

L'esperienza ormai consolidata dell'ASP Reggio Calabria, che comprende quattro Ambiti Territoriali e, che ha concepito come sistema più opportuno quello dipartimentale consente oggi di affermare, con il sostegno delle Organizzazioni e delle Società Scientifiche più autorevoli, che tale sistema risulta essere il più idoneo per la gestione di un fenomeno ad alta complessità quale quello delle dipendenze patologiche.

Sulla base dei criteri organizzativi dipartimentali sopraindicati, la finalità del presente documento fornisce le linee tecniche strutturali per agevolare le attività di riorganizzazione per dare risposte efficaci ai bisogni.



IL MODELLO ORGANIZZATIVO

A) Funzioni del Dipartimento

Il Dipartimento delle Dipendenze si configura, sulla base del D.Lgs 502/92 e successive modifiche, specificamente dall'integrazione derivante dal D.Lgs 229/99, artt. tre, quater e quinqes, nonché sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 21/01/99, come una articolazione del Servizio Sanitario Regionale cui sono affidate, sul territorio di competenza:

- la programmazione specifica;
- la realizzazione, il monitoraggio e la verifica degli interventi sulle dipendenze e sui fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali ed illegali, incluse le attività di prevenzione specifica e di inclusione socio-lavorativa;
- il coordinamento tecnico scientifico dei diversi centri accreditati coinvolti nell'area della dipendenza, delle patologie compulsive, e dell'abuso di sostanze legali o illegali, in conformità con gli atti nazionali e regionali di riferimento;
- la promozione, l'implementazione e la manutenzione della rete di intervento;
- il coordinamento e la conduzione di specifiche attività territoriali nell'ambito del monitoraggio dei fenomeni di abuso e di dipendenza;
- la stesura di un piano pluriennale da realizzare attraverso programmi annuali all'interno del/i Piano/i Territoriale/i d'Ambito, con oneri a carico del fondo sanitario Regionale e del fondo Regionale per le politiche sociali, come previsto dalla DGR 1711/02;
- la rilevazione ed il monitoraggio dei bisogni assistenziali e di intervento attraverso dati epidemiologici, indagini sociali, verifiche relative a domanda, offerta, spesa e soddisfazione dei clienti; l'esercizio di funzioni di controllo, garantendo una strategia complessiva di intervento e pari dignità dei soggetti che operano nel sistema di intervento;
- la verifica del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti;
- la cooperazione alla definizione, o alla revisione, degli standard regionali di accreditamento dei servizi ai livelli essenziali di assistenza;
- la definizione, sulla base delle indicazioni regionali, di protocolli di collaborazione tra le strutture accreditate del Servizio Sanitario Regionale, gli Ambiti Territoriali ed altre amministrazioni (Prefetture, Istituzioni scolastiche, Sistema carcerario, Tribunale dei Minori, autorità militari, ecc.) definendo gli obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della rete, al fine di evitare la dispersione o la sovrapposizione delle risorse;
- la gestione l'erogazione e l'utilizzo dei fondi nazionali e regionali dedicati a progetti preventivi, terapeutici o riabilitativi, con particolare attenzione all'integrazione socio – sanitaria;
- il potenziamento delle attività finalizzate al reinserimento socio-lavorativo degli utenti, integrando le proprie risorse umane, organizzative e logistiche, con quelle degli Ambiti Territoriali e dei Centri per l'Impiego;
- la cooperazione con la Regione alla definizione, ed all'attuazione del piano annuale di formazione e aggiornamento degli operatori;
- la programmazione e la realizzazione di attività per leggere il rischio di burn-out ed intervenire con progetti formativi congiunti di analisi della motivazione alla mission, individuazione di elementi di aumento della soddisfazione degli operatori, verifica del

Handwritten signature

rispetto della L. 626/94 e ipotesi di miglioramento della qualità dei servizi per utenti e operatori degli stessi;

- la promozione e il coordinamento del piano annuale o pluriennale delle ricerche e delle sperimentazioni, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali, e con l'Università. Dove ritenuto necessario od opportuno, nell'ambito della programmazione regionale o territoriale e mediante specifici accordi, il Dipartimento gestisce ulteriori funzioni, attività o strutture comuni a tutto l'ambito di competenza caratterizzabili come servizio/supporto offerto alla rete locale di intervento così strutturato tra i diversi livelli d'intervento :

I livelli di intervento

In considerazione di quanto sopra esposto, vi é la necessità di strutturare l'operatività a diversi livelli. I livelli essenziali previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate.

La rete assistenziale per i soggetti con disturbo da uso di sostanze o comportamentali, pertanto, dovrebbe essere così strutturata:

2.1. Il primo livello (bassa soglia di selezione in entrata)

Il primo livello prevede Centri di prima accoglienza (Drop-in-Center), unità mobili ed interventi in strada al fine di raggiungere la fascia di tossicodipendenti con breve storia tossicomantica, utilizzo di nuove sostanze o cronici refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi. Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto che per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura, per esempio, delle patologie correlate alla dipendenza cronica da eroina.

Le funzioni principali di questo livello sono: il primo contatto, il primo soccorso, l'applicazione di tecniche per la riduzione dell'incidenza delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l'informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l'assistenza sociale, la prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed il supporto psicologico nel breve-medio termine.

Questo livello, prevede anche l'accoglienza e la selezione dei pazienti ed il loro smistamento nei vari ambienti superiori di intervento.

Inoltre l'attuale spostamento della domanda verso droghe di tipo eccitante (ecstasy, anfetamine, ecc.) con utenza con bassissimo grado di consapevolezza del proprio problema, ha fatto emergere fortemente l'urgenza di riorganizzare questo livello di intervento, contemplando particolari organizzazioni orientate verso questa utenza molto poco incline all'accesso alle strutture sanitarie.

2.2. Il secondo livello (media soglia)

Il secondo livello riguarda le strutture ambulatoriali che dovrebbero gestire tutti quei pazienti che, contattati dal primo livello e successivamente parzialmente stabilizzati e motivati, possono affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali del livello ambulatoriale possono essere: la diagnosi specialistica, gli interventi integrati medici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con le scuole, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie ecc

2.3. Il terzo livello (alta soglia)

Il terzo livello riguarda le strutture residenziale o semiresidenziali. I programmi sono rivolti a quella fascia di utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine.

Le funzioni principali di questo livello possono essere: i programmi terapeutici e socioriabilitativi nel lungo termine ed i training di apprendimento professionale. Fa parte di questo livello anche la

gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza, prevedendo un collegamento funzionale con il Ser.T.

2.4. Il quarto livello (alta soglia)

Il quarto livello riguarderebbe appositi settori che dovrebbero curare i programmi di reinserimento sociale e di prevenzione delle ricadute.

L'importanza di questo livello è facilmente intuibile. Le funzioni principali sarebbero quelle di preparare il paziente all'inserimento sociale una volta ultimato il percorso terapeutico e preparare anche l'ambiente sociale che accoglierà il paziente (famiglia, ambiente di lavoro). Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

3. Organizzazione del Dipartimento per le Dipendenze

3.1 Caratteristiche e compiti generali del sistema dipartimentale al fine di ottimizzare il livello di efficacia dell'intervento

Il Dipartimento ha la finalità generale di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire un allineamento con gli obiettivi della politica sociosanitaria Aziendale e Regionale :

Ambiti	Specifiche
FUNZIONI DI COORDINAMENTO E DIREZIONE	Raggruppare le unità operative per ottimizzare le funzioni assistenziali, didattiche, di ricerca e ottimizzare l'uso delle risorse e dei processi assistenziali. Definizione e negoziazione del budget con la direzione strategica
FINALITÀ PREVENTIVA E ASSISTENZIALI	Finalizzato ad assistere (tramite le unità operative) persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive.
FLESSIBILITÀ DELLA ORGANIZZAZIONE	Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno.
METODOLOGIA DEL CONSENSO	Definire ed applicare "linee guida" e processi formali come principale strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza
FORTE INTEGRAZIONE CON IL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO	Possibilità di integrare unità operative extra aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa

Le unità organizzative sulla base della loro attività prevalente nel campo delle dipendenze e della loro dislocazione devono essere distinte tra U.O. di settore (es. Ser.T e Comunità terapeutiche) e non di settore (es. Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri, ecc.), e tra U.O. intra ed extra Azienda

Le unità organizzative, presuppongono una autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze e del budget assegnato, possono prevedere nel loro interno ulteriori assetti organizzativi in base a specifiche esigenze, e dove sono richieste, particolari competenze e specializzazioni professionali.

Pertanto , questo il Dipartimento per raggiungere gli obiettivi deve promuovere processi di integrazione clinica ed organizzativa, contestualmente deve assicurare l'autonomia e la responsabilità delle singole unità operative e nel suo contempo deve perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali);
2. Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti dell'ULSS;
3. Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie;
4. Attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle procedure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali;
5. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Comunità terapeutiche, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali;
6. Promuovere l'allineamento con gli obiettivi le indicazioni aziendali e regionali;
7. Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati e della reportistica;
8. Promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative, dei piani strategici aziendali e regionali;
9. Attuare e concorrere al controllo e alla verifica costante della qualità dell'assistenza fornita e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica.

4 Caratteristiche del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze si caratterizza per la messa in linea diverse unità organizzative gerarchicamente subordinate alla direzione del Dipartimento e/o funzionalmente collegate se appartenenti ad Enti diversi e con propria autonomia, a tal fine è indispensabile definire i ruoli e le funzioni:

CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

DIREZIONE	Coordinatore di progetto attività trasversali con competenze organizzative, direzione dell'U.O. mediante sistema di budget
ATTIVITÀ PRINCIPALI DELLA DIREZIONE	Promuovere e controllare l'applicazione delle Linee Guida e la coerenza di processi di Qualità
TIPO DI LEADERSHIP	Partecipata e delegante (bassa guida, alta relazione)
SER.T	Unità operative autonome (responsabilità diretta di risultato con piena gestione delle risorse necessarie a tal fine) assegnati dalla Direzione del Dipartimento
BUDGET DEL DIPARTIMENTO	Assegnato dalla Direzione strategica e negoziato dal Direttore di Dipartimento
BUDGET DELLE UNITÀ OPERATIVE INTERNE	Assegnato dalla Direzione del Dipartimento e negoziato in sede dipartimentale tra Direttore di Dipartimento e responsabile U.O
RISORSE UMANE	Dipendente dal responsabile delle U.O. con possibilità

	di mobilità all'interno del Dipartimento in base ai carichi delle varie U.O. valutati D.D.
PRINCIPALI MODALITÀ DI COORDINAMENTO TRA LE U.O. DIPARTIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • supervisione diretta • adattamento reciproco • standardizzazione dei processi e delle conoscenze lavoro per piani e programmi • assegnazione di ruoli di coordinamento per gruppi di lavoro trasversali
PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ APPLICATO	Diffusa, a ciascuna unità operativa

Le unità organizzative, i Coordinamenti esterni del Dipartimento delle Dipendenze

Unità Organizzative	Coordinamenti Esterni
n. 4 Ser.T	Prefettura
n. 4 ambulatori SerT	Ospedale e MMG PLS
n.1 Unità Operativa.farmacotossicologica	Ospedale e MMG PLS -SerT-
n.1 Unità Operativa Laboratorio analisi	Prefettura - Forza dell'Ordine
n.1 Unità Operativa Alcolologica	Forze dell'ordine
n. 4 Ambulatori Alcologici	Ospedale e MMG PLS
n.3 Unità Operative Tabagismo	Ospedale e MMG PLS- Scuole
n.1 Unità Dipendenze Comportamentali	Prefettura - Forza dell'Ordine
n.1 Unità di Prevenzione	Comunità Territoriale ed Enti
n.1 Osservatorio Epidemiologico Dipendenze	Comunità Territoriale ed Enti
n.1 Unità Operativa Epidemiologica	Comunità territoriale
n.3 Unità Carcerarie	Tribunale – Ufficio di Sorveglianza
n. 7 Comunità terapeutiche Accreditate	Tribunale – Centro Servizio Sociale Adulti

Attraverso interventi multidisciplinari e pluriprofessionali si garantiscano la presenza di attività strutturate nelle aree di:

- presa in carico, cura appropriata ed individualizzata, riabilitazione;
- prossimità, avamposto, riduzione del danno;
- prevenzione, intercettazione del rischio e riduzione della domanda;
- formazione, aggiornamento, supervisione, documentazione, ricerca e sperimentazione;
- valutazione, programmazione e sviluppo, ed Osservatorio Epidemiologico connesso con la rete epidemiologica regionale; • grave marginalità/cronicità;
- provvedimenti penali, amministrativi e giudiziari
- risocializzazione/reinclusione sociale;
- prevenzione e nuovi stili di consumo, comportamenti compulsivi, nuove dipendenze;
- consulenza, psicoterapie rivolti anche ai bisogni dei familiari coinvolti;
- alcolologia, tabagismo, dipendenze da psicofarmaci
- organizzazione e coordinamento delle attività di servizio sociale;
- organizzazione e coordinamento di attività infermieristiche e di assistenza domiciliare integrata;

- organizzazione e coordinamento delle attività amministrative e di gestione rivolte al personale ed all'utenza

Principali gruppi di lavoro

È ormai assodato che le organizzazioni trovano la loro reale efficacia se le politiche interne vengono sulla flessibilità organizzativa, sul riconoscimento (reale e non solo dichiarato) della centralità del paziente e del fabbisogno di coordinamento sia a livello organizzativo-comportamentale ma soprattutto clinicoculturale. Lo strumento organizzativo utile a raggiungere questi obiettivi e che traduce in concreto l'attuazione di questo paradigma sono proprio i gruppi di lavoro, che possono essere *permanenti* (team working) o *temporanei* (task force) in base al problema da affrontare e presidiare (se a termine o persistente).

GRUPPI DI LAVORO PER TEMI
Prevenzione primaria
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Detossificazioni rapide
Inserimenti Lavorativi
Valutazione e verifica dei risultati
Formazione manageriale e organizzativa

5 .Responsabilità e funzioni

Direttore di Dipartimento

Le funzioni di coordinamento e direzione del Dipartimento verranno affidate ad un Direttore di Dipartimento delle dipendenze. Il Direttore dovrà agire ricercando l'accordo dei responsabili dei Ser.T, delle Comunità e delle altre unità operative, in armonia con le altre strutture interessate non sociosanitarie e assicurando l'allineamento con gli obiettivi aziendali e regionali

Comitato Operativo (nucleo ristretto esecutivo)

Il Comitato Operativo ristretto è formato dai responsabili dei Ser.T, delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione. Questo Comitato, considerate le componenti, ha una valenza intra ed extra aziendale. Il Comitato Operativo è il vero organo di programmazione interna e coordinamento del Dipartimento per le Dipendenze, e gli compete la predisposizione del "progetto generale di intervento". Questo organo dovrà garantire pluralità, trasparenza e pari dignità tra le varie unità operative consentendo di incentivare l'applicazione del moderno modello aziendale a "responsabilità diffusa e coordinata" evitando concentrazione di potere deresponsabilizzanti e demotivanti le singole unità operative.

Responsabili delle Unità Operative

Ai Responsabili dei Ser.T sono affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del Servizio e le responsabilità relative alle risorse assegnate, previste a suo tempo per i compiti di cui al decreto del Ministero della Sanità, ferme restando quindi le loro responsabilità dirette in ambito organizzativo e di risultato economico. Il responsabile del Ser.T, avrà un proprio centro di responsabilità e di costo, mantenendo autonomia di gestione delle risorse assegnate e quella tecnico-funzionale sulla base del budget negoziato con il Direttore di Dipartimento

Principali attività del Direttore di Dipartimento

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITA'
DIREZIONE E COORDINAMENTO • Supervisiona le U.O. • Definisce linee guida e standard	<input type="checkbox"/> Negozia il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica <input type="checkbox"/> Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento <input type="checkbox"/> Si rapporta e si coordina con la Direzione strategica <input type="checkbox"/> È responsabile delle attività trasversali quali la prevenzione primaria, l'assistenza in carcere e gli altri interventi <input type="checkbox"/> Propone alla direzione strategica la valutazione dei dirigenti responsabili dell'U.O. <input type="checkbox"/> Si coordina con il comitato operativo
ORGANIZZAZIONE • Organizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali	<input type="checkbox"/> Organizza le U.O. del Dipartimento <input type="checkbox"/> Promuove attività per l'integrazione degli operatori delle strutture pubbliche e private <input type="checkbox"/> Garantisce e presiede lo svolgimento delle riunioni di comitato di Dipartimento <input type="checkbox"/> Gestisce e distribuisce le risorse umane tra le U.O. del Dipartimento in base ai bisogni rilevati
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	Predisporre il "progetto generale di intervento" del Dipartimento <input type="checkbox"/> Predisporre per la Direzione strategica il piano di zona alla tossicodipendenza <input type="checkbox"/> Attua una valutazione delle performance delle varie U.O. <input type="checkbox"/> Cura l'attività di reporting <input type="checkbox"/> Propone e verifica la rispondenza alle procedure e ai processi del Dipartimento da parte delle singole U.O. <input type="checkbox"/> Attua correttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget (attività e costi) concordati con la direzione strategica
FORMAZIONE	Attiva e predisporre attività di formazione per gli operatori del Dipartimento in ambito tecnico-scientifico e organizzativomanageriale. <input type="checkbox"/> Garantisce adeguata formazione sulle norme di sicurezza professionale
RAPPORTI	È subordinato alla direzione strategica <input type="checkbox"/> È sovraordinato ai responsabili delle U.O. <input type="checkbox"/> Garantisce la continuità dei rapporti operativi con gli enti esterni (prefettura, scuola, enti locali, ecc.)

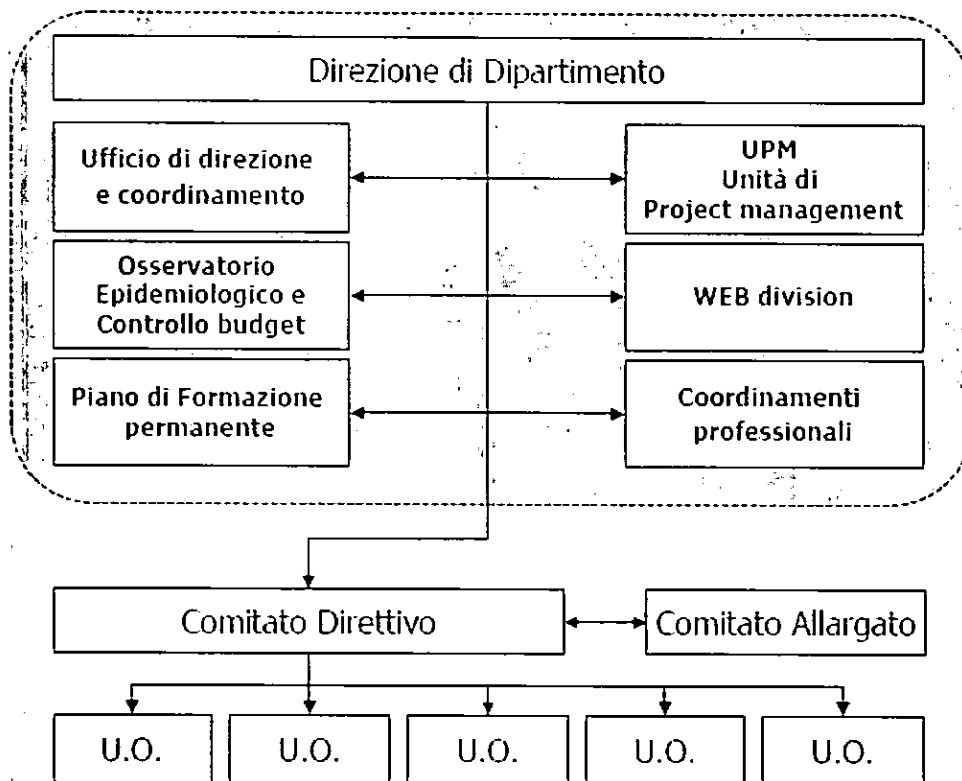
Principali attività del responsabile dell'U.O.

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITA'
DIREZIONE E COORDINAMENTO • Supervisiona le U.O. • Definisce linee guida e standard	<input type="checkbox"/> Negozia il budget della propria U.O. con il Direttore di Dipartimento <input type="checkbox"/> Dirige gli operatori delle U.O. <input type="checkbox"/> Applica le linee guida degli standard del Dipartimento <input type="checkbox"/> Valuta i propri operatori <input type="checkbox"/> È responsabile del risultato economico della propria U.O. (attività e costi)
ORGANIZZAZIONE • Organizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali	<input type="checkbox"/> Organizza gli operatori e i gruppi di lavoro interni alle U.O. <input type="checkbox"/> Promuove l'integrazione multidisciplinare <input type="checkbox"/> Garantisce la diffusione delle informazioni derivanti dal Dipartimento agli operatori dell'U.O. <input type="checkbox"/> Affida funzioni e compiti agli operatori <input type="checkbox"/> Garantisce la partecipazione dei propri operatori a gruppi TRASVERSALI
PROGRAMMAZIONE E	Propone il proprio budget al Direttore di Dipartimento

CONTROLLO	<input type="checkbox"/> Assicura e controlla il raggiungimento dei propri obiettivi di budget (attività e costi) <input type="checkbox"/> Pone in essere eventuali correttivi e/o rinegozia con il direttore del Dipartimento gli obiettivi <input type="checkbox"/> Programma e controlla le attività dell'U.O. coerente con le indicazioni dipartimentali ed aziendali
FORMAZIONE	Garantisce la partecipazione alle attività di formazione del Dipartimento dei propri operatori <input type="checkbox"/> Provvede alla formazione sulle norme di sicurezza professionale <input type="checkbox"/> Rileva i bisogni formativi e li propone al Dipartimento <input type="checkbox"/> Collabora all'attività di formazione del Dipartimento
RAPPORTI	È subordinato al direttore di Dipartimento <input type="checkbox"/> È sovraordinato agli operatori dell'U.O. che dirige <input type="checkbox"/> Garantisce la continuità dei rapporti con il Dipartimento

Lo staff di direzione

Risulta utile al Dipartimento prevedere uno staff di supporto alla direzione e al comitato direttivo in grado di presidiare le aree più importanti per un corretto e fluente funzionamento del Dipartimento nel suo complesso. Per poter avere una organizzazione in grado di affrontare agevolmente le situazioni, occorre dividere i compiti identificando precise aree di operatività e conseguentemente definire le responsabilità (chi fa che cosa), sulla base delle reali necessità operative individuate durante l'esercizio di attività dipartimentali. Le professionalità necessarie per attivare le varie aree operative dovrebbero essere ricercate all'interno delle stesse U.O. del Dipartimento con affidamenti di incarichi formali e il compito di relazionare al comitato direttivo al fine di condividere e diffondere le informazioni e le modalità operative comuni:



Handwritten signature

Area operative di staff e principali compiti

Area Operativa	PRINCIPALI COMPITI
Ufficio di direzione e coordinamento	Amministrativo, supporto tecnico preparazione delibere e convenzioni. Coordinamento rapporti con l'esterno. Comunicazione interna (garantire la circolazione delle informazioni). Supporto tecnico al comitato direttivo. Reportistica STD. Scadenziario. Coordinamento generale delle arre di operatività sottostanti
Osservatorio epidemiologico e Controllo di Gestione	Mantenimento data base del Dipartimento sui soggetti assistiti (valutazione dei bisogni). Valutazione dei bisogni e della domanda. Monitoraggio malattie diffuse. Delta system tra U.O. (analisi degli scostamenti produttivi). Valutazione permanente dei risultati (in termini di impatto sociale ed epidemiologico del fenomeno). Controllo costante del budget assegnato (realizzazione obiettivi e utilizzo programmato delle risorse - controllo dell'offerta). Allineamento dei principali processi assistenziali tra le U.O.. Valutazione dell'output (prestazioni erogate): volumi, densità su paziente, Qualità. Valutazione dell'outcome (esiti dei trattamenti) sulle presone in carico. Controllo del recupero della Mobilità da parte delle U.O.
Piano di Formazione ed Aggiornamento permanente	Allineamento delle conoscenze tra le U.O.. Gestione piano di formazione interno annuale (principali temi: TOM, protocolli e processi assistenziali, aggiornamento sulle dipendenze - diagnosi, terapie, prevenzione incidenti professionali, conoscenze di base - informatica, organizzazione, ecc., patologie correlate - malattie infettive, psichiatriche, reinserimento...). Preparazione e realizzazione corsi di formazione annuali per personale esterno
WEB Division	Mantenimento sistema informativo e reti internet tra le U.O. del Dipartimento. Coordinamento protocolli e STD di comunicazione tra U.O.. Coordinamento con il settore informatico aziendale
UPM - Unità di Project management	Coordinamento e supervisione generale delle attività di progetto delle singole U.O. (con autonomia tecnico funzionale). Allineamento delle metodologie di PM nella fase di proposta, gestione e rendicontazione. Standardizzazione della reportistica e della valutazione dei risultati. Controllo di qualità delle attività di progetto
Coordinamenti professionali: Infermieristico Medico internistico/infettivo logico Psichiatrico Psicologico Sociologo Statistico Ass. sociale Educativo Amministrativo	Approfondimento e formazione specialistica Coordinamento operativo trasversale a tutte le unità operative (rilevamento problemi specifici e segnalazione al comitato direttivo) Allineamento delle conoscenze e dei processi assistenziali Allineamento delle metodologie del lavoro in equipe multidisciplinare

ALTRE SPECIFICHE

Unità di detossificazione rapida

Ogni Dipartimento è opportuno che abbia nel suo interno una struttura adibita ai trattamenti per la detossificazione rapida da oppiacei (eroina e/o metadone). Tali strutture dovranno garantire la sicurezza, l'efficacia delle cure e la loro gratuità. Da varie esperienze si è potuto osservare come tali attività possano essere fatte sia in ambiente ospedaliero ma anche in ambiente protetto opportunamente attrezzato e controllato presso le comunità terapeutiche. Alcune esperienze hanno anche dimostrato una buona efficacia, sicurezza e gestibilità in regime domiciliare, con un contesto familiare idoneo, supportato con operatori professionali e soprattutto con un successivo programma di inserimento in comunità terapeutica

Carcere

Partendo dal presupposto che il carcere non può essere ritenuto un ambiente di cura del problema della tossicodipendenza e che le politiche fino ad oggi perseguite non hanno portato a risultati soddisfacenti sia dal punto di vista socioriabilitativo della persona che dal punto di vista dell'incongruo sovraffollamento dell'ambiente carcerario (anche in conseguenza alle problematiche relative all'immigrazione clandestina), vi è l'impellente necessità di riorganizzare fortemente le attività di assistenza alle persone tossicodipendenti in carcere. Con il passaggio della medicina penitenziaria nelle competenze delle aziende sanitarie, l'assistenza ai tossicodipendenti reclusi dovrebbe trovare una più efficiente soluzione agli importanti problemi tuttora esistenti. Pertanto si auspica che questo possa avvenire in tempi brevi.

Le politiche di intervento in questa ambiente dovrebbero essere tese ad incentivare le persone reclusi affinché intraprendano percorsi riabilitativi ad alta soglia, attraverso l'affidamento in prova ai servizi sociali, ai Ser.T ed alle Comunità. Contemporaneamente non vanno dimenticate le gravi patologie correlate alla tossicodipendenza che devono trovare in ambito carcerario un momento per una migliore e più tempestiva definizione diagnostica e terapeutica. Un efficace soluzione potrà essere raggiunta se si attueranno scelte organizzative tendenti alla realizzazione di unità operative specifiche per i tossicodipendenti all'interno delle strutture

Unità funzionali interne ai Ser.T

Al fine di rendere più omogenea l'offerta assistenziale sul territorio Regionale e coerente con le priorità di intervento individuate dalla Regione, i Ser.T potranno essere organizzati nel loro interno in unità funzionali anche sulla base di particolari bisogni locali. Le unità funzionali potranno essere attivate sulla base dell'esistenza di effettivi bisogni che richiedono attività rilevanti a favore di un alto numero di pazienti, connotino reali responsabilità con derivanti specifici incarichi dirigenziali di posizione e non facciano riferimento a sole attività legate a progetti a termine. Le Unità funzionali (U.F.) la cui istituzione è considerata prioritaria sono: U.F. per le attività di prevenzione primaria, U.F. per il contatto precoce dei tossicodipendenti anche tramite unità mobili, U.F. per prevenzione e la cura delle patologie correlate, U.F. per il reinserimento sociale e la prevenzione della ricaduta, l'U.F. di alcologia e l'U.F. per la valutazione dei trattamenti con attività di ricerca e sviluppo progettuale.

Per questa ultima unità e per quella di prevenzione primaria è ragionevole e consigliata l'attivazione in sede dipartimentale con valenza quindi di servizio e coordinamento trasversale per tutte le unità organizzative, relativamente anche alle tecniche di project management, alle metodologie di contabilizzazione finanziaria e valutazione dei risultati.

Il Budget: Sistema di Programmazione e Controllo

Al fine di chiarire il significato del termine "budget", va sinteticamente ricordato che esso deve essere inteso come uno strumento di programmazione e controllo utile e necessario per il governo delle unità organizzative.

Il budget contiene una serie di obiettivi da raggiungere attraverso attività specifiche, e la definizione delle risorse disponibili per tali attività.

Non è quindi una "somma a disposizione" o un "tetto da superare", ma uno strumento negoziato di responsabilità economica e non solo finanziaria, che definisce precisamente le cose da fare, le risorse a disposizione e i tempi di esecuzione.

L'azienda dovrà prevedere per il Dipartimento un specifico budget (master budget di Dipartimento).

La negoziazione del budget da parte del direttore di Dipartimento deve avvenire direttamente con la direzione strategica dell'azienda. Il Direttore di Dipartimento a sua volta ha il compito di definire e negoziare i singoli budget per le varie unità operative (budget U.O.).

Al fine di governare il sistema e di razionalizzare gli impegni di spesa e quindi le risorse assegnate, sarà indispensabile mettere a punto un sistema di valutazione e controllo in grado di rendere visibili e comprensibili le prestazioni erogate (output) gli effetti prodotti (outcome) a fronte delle risorse impegnate (input) in modo da poter realmente comprendere "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in ordine economico che finanziario. A tal fine sarà indispensabile che ciascun Ser.T rilevi le prestazioni erogate con sistemi di registrazione in grado di imputare per ogni singolo paziente le prestazioni erogate dal singolo operatore .


Molta attenzione dovrà essere posta affinché le modalità di raccolta e verifica delle prestazioni, siano standardizzate tra le singole unità operative omogenee per compiti e funzioni

Rapporti tra Distretto e Dipartimento

Il modello di distretto che si è dimostrato più efficiente e con un buon grado di fattibilità è quello a dipartimenti forti e orientati quindi in senso strutturale, dove il distretto ha come funzione principale quella di rappresentare e governare la domanda, leggere il bisogno e valutare la relativa offerta, controllando contestualmente la soddisfazione di questi bisogni. Il distretto ha anche un ruolo di produzione propria su alcune attività di sanità generale e di relazione con i medici di medicina generale, ma non gestisce le risorse dei dipartimenti.

I vari dipartimenti quindi sono attivati per aspetti specifici (prevenzione, dipendenze, salute mentale, ecc.) ed hanno responsabilità sui fattori produttivi, gestiscono le risorse e producono direttamente l'offerta connotandosi quindi prevalentemente come dipartimenti strutturali operanti su tutto l'ambito aziendale. Il distretto in questa logica è un "cliente interno" del Dipartimento di cui ne controlla anche, per area territoriale, l'offerta nel suo volume relativo alla domanda e nella sua qualità. Il Dipartimento quindi gestisce direttamente le risorse e i fattori produttivi e negozia il budget con la direzione strategica, producendo e governando l'offerta tramite proprie unità operative. I dipartimenti così definiti sono orientati anche al coordinamento tecnico scientifico al fine di allineare le conoscenze e i processi assistenziali su tutto il territorio aziendale.

L'organizzazione dipartimentale può agevolare l'integrazione delle varie unità operative, creando una risposta migliore e più coerente ai bisogni del territorio. Va tuttavia considerato che le organizzazioni socio-sanitarie non acquisiscono la loro efficacia, per il solo fatto di diventare efficienti, e che l'enfasi in campo organizzativo per creare un vero "sistema" di efficace risposta ai bisogni derivanti dalla dipendenza patologica e non, è da porre senz'altro sulle modalità organizzative delle varie U.O., ma attiva soprattutto sul "team working" e cioè sulle persone che lavorano e relazionano all'interno di esse. La motivazione professionale, la correttezza delle relazioni e la compartecipazione ultima nei processi decisionali sono i fattori più importanti per creare un buon "clima" di lavoro e rendere le organizzazioni efficaci e nel contempo efficienti.



Nuove Necessità d'Intervento

Considerata l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza all'interno del Dipartimento per le Dipendenze dovranno essere promosse attività (anche tramite Unità funzionali specifiche) che enfatizzano la Prevenzione Primaria dell'uso di sostanze stupefacenti e la riduzione della domanda con il compito di definire e sviluppare dei protocolli di intervento che avviano programmi operativi a livello di comunità locale in questo settore. Tali protocolli di intervento prevedono tra l'altro:

- valutazione precoce di fattori determinanti lo stato di vulnerabilità alla dipendenza da sostanze con supporto specifico alle famiglie;
- iniziative di sensibilizzazione e animazione per la promozione della salute con il concorso attivo dei giovani attuate anche in forma autogestita, intese comunque quale parte di un programma più articolato di interventi;
- iniziative di informazione e di sensibilizzazione rivolte alle famiglie concernenti le problematiche dell'adolescenza, le difficoltà educative, i fattori di rischio e di protezione dal disagio, il miglioramento della comunicazione intergenerazionale, la trasmissione di valori positivi alla crescita, all'autoresponsabilizzazione e alla emancipazione;
- iniziative di sensibilizzazione alla promozione della salute rivolte agli insegnanti di ogni ordine e grado;
- campagne di informazione sui rischi connessi all'uso di droghe ed in particolare alle droghe ricreative nei luoghi di aggregazione quali le discoteche, gli stadi con il coinvolgimento degli opinion leaders (disk jockey, animatori, leaders di tifosi, calciatori);
- interventi di contatto con gruppi di adolescenti a rischio sulla strada;
- iniziative di sensibilizzazione rivolte alla comunità locale con la costituzione di operatori informali di quartiere.

All'interno di ogni Dipartimento verrà altresì istituita una "unità funzionale" di alcologia, con compiti di prevenzione, diagnosi, trattamento dei problemi alcol correlati e delle alcoldipendenze.

La necessità di integrare fortemente le attività alcologiche con quelle relative all'assunzione di sostanze nasce soprattutto oltre a problemi di ordine organizzativo e di ottimizzazione dell'uso delle risorse, dal fatto che moltissimi giovani stanno utilizzando grandi quantità di alcol contemporaneamente all'assunzione di sostanze anfetaminiche o simili.

Sempre più inoltre l'alcol rappresenta la sostanza psicoattiva di "iniziazione" e di entrata nel mondo delle droghe illegali dei giovanissimi. Per questi motivi vi è la necessità di coordinare fortemente le politiche e gli interventi riguardanti le sostanze d'abuso legali (alcol, psicofarmaci, tabacco) e illegali (varie forme di droghe) con una specifica unità funzionale.

De... -

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO
LEGISLAZIONE NAZIONALE E REGIONALE

- Legge 22-12-75, n°685: "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope";
- Legge del 23 .12.1978 n.833: "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- Legge 26-6-90, n°162 :aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
- D.M.S. 12-7-90, n°186: "Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere";
- D.P.R. 9-10-90, n°309: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
- D.M.S. 30-11-90, N°444. Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali;
- D.M.S. 19-12-90, N° 445. Regolamento concernente la determinazione dei limiti e delle modalità d'impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza;
- D.M.S. 29-12-90, N°448: Regolamento concernente le modalità di redazione della relazione sulla verifica del trattamento dei tossicodipendenti in regime di sospensione del procedimento o di sospensione dell'esecuzione della pena;
- Legge n. 125 del 30/03/1991 "Legge quadro in materia di alcol e problemi auto correlati"
- Legge 502/92: "Riordino della disciplina sanitaria , a norma dall'art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421";

Legge 517/93

- Legge n.448 del 23.12.1998: "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo"
- conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di trento e bolzano: provvedimento 18 settembre 2008 - Accordo, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 (Rep. Atti n. 99/CU), sul documento recante «Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi».
- Accordo Stato Regione 21/01/99: "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".
- D.L. n. 230 del 22/06/99: "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D.M. Sanità 15.09.1999 art. 71
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Linee guida del "Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze" 2011- 2014 approvato DGR n.853 del 29.12.2010 atto d'indirizzo e coordinamento degli interventi territoriali in materia di dipendenze patologiche ed il Programma Operativo regionale – 2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135).

Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze
dott.ssa Caterina De Stefano

