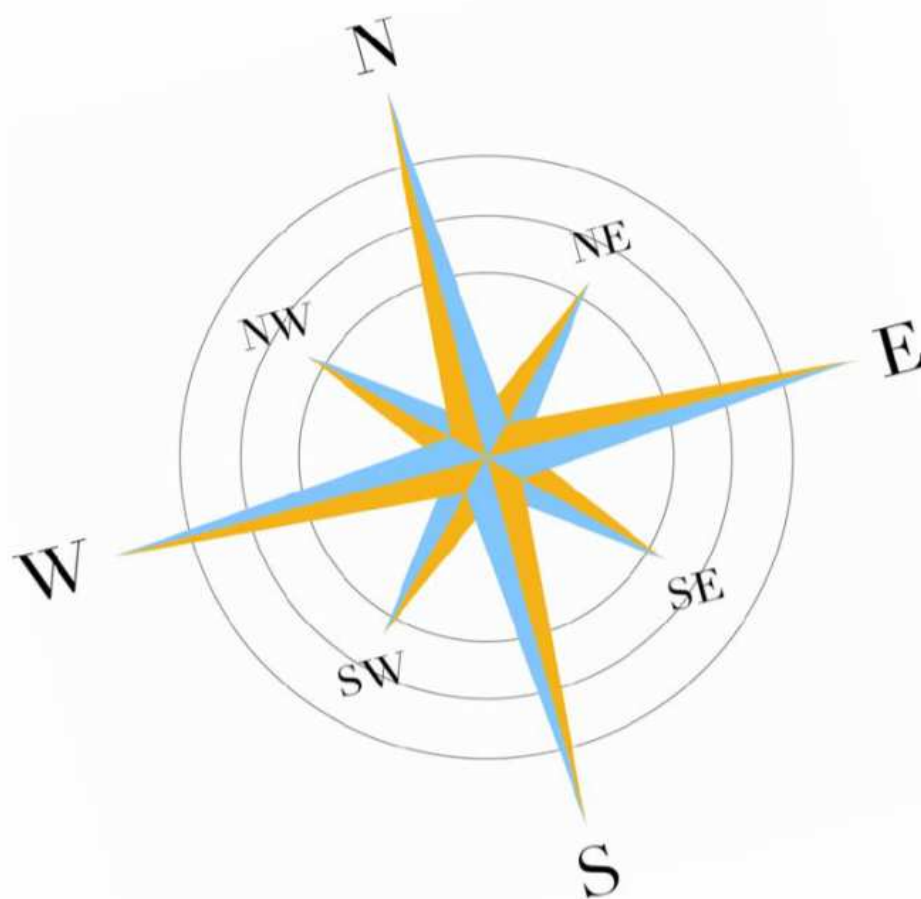


PIANO DI SETTORE DIPENDENZE

2013 - 2018



approvato dalla Giunta Provinciale con delibera nr. 106 del 21/01/2013

FAMILIE FAMIGLIA GESUNDHEIT SANITÀ SOZIALES SOCIALE FAMILIE FAMIGLIA GESUNDHEIT SANITÀ SOZIALES SOCIALE

AUTONOME PROVINZ
BOZEN - SÜDTIROL

Ressort für Familie, Gesundheit und Sozialwesen



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali

La pubblicazione è scaricabile anche dal sito:

<http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali>

2013

PIANO DI SETTORE DIPENDENZE

2013-2018

Documento redatto da:

- **Uffici Persone con disabilità e Ufficio Distretti sanitari:**
Sylvia Rainer, Loris De Benedetti, Peter Santa, Nadia Girelli
- **Unità di coordinamento nel settore dipendenze:**
Loris De Benedetti, Sylvia Rainer, Nadia Girelli, Elio Dellantonio, Bruno Marcato, Peter Koler
- **Gruppo di lavoro prevenzione:**
Peter Koler, Christa Ladurner, Klaus Nothdurfter, Elio Dellantonio, Sara Oberhofer, Annalisa Gallegati, Chiara Lombardo, Agostino Vecchio, Luis Wieser
- **Gruppo di lavoro terapia e riabilitazione:**
Helmuth Zingerle, Bettina Meraner, Cristina Mitta, Gabriele Ghirardello, Alberto Degiorgis, Walther Tomsu, Christina Tinkhauser, Christian Folie
- **Gruppo di lavoro interventi sociali:**
Maria Cristina Davare, Robert Vorhauser, Gaetana Ricci, Ernst Erlacher, Giampiero Firinù, Patrizia Federer, Eliana Ferri, Andrea Fellin
- **Supervisione scientifica:**
Walter Lorenz, Università di Bolzano

La riproduzione parziale del documento è ammessa con citazione della fonte

Impostazione grafica: Cooperativa CLAB, Bolzano

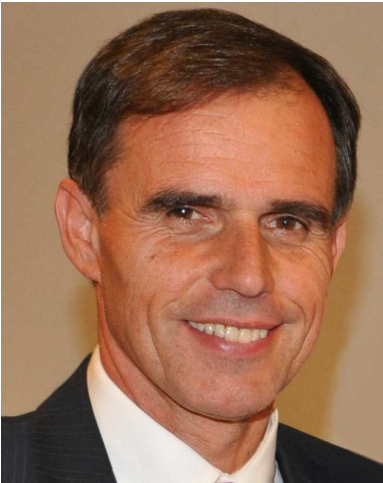
Stampa: Tipografia della Provincia

INDICE

Prefazione	5
Premessa	7
1. Obiettivi del Piano di settore, metodologie di stesura, target e definizioni	9
1.1 Obiettivi del Piano di settore	9
1.1.1 Situazione attuale e rilevamento del fabbisogno operativo:	9
1.1.2 Definizione degli obiettivi e delle priorità:	9
1.2 Revisione delle Linee guida e stesura del Piano di settore	9
1.3 Target e definizioni	11
1.3.1 Target	11
1.3.2 Definizioni	11
2. Quadro teorico e principi etici	13
2.1 Quadro teorico	13
2.1.1 Prevenzione	13
2.1.2. Terapia e riabilitazione	14
2.1.3. Interventi sociali	16
2.2 Principi per il lavoro nel settore delle dipendenze – principi etici	18
3. Priorità operative e obiettivi nel settore delle dipendenze	21
3.1 Priorità operative e obiettivi nel settore della prevenzione	21
3.1.1 Portare avanti i progetti-modello sperimentali nel lavoro per le scuole, con i giovani e sociale, per garantire l'innovazione e l'adeguamento alle nuove sfide emergenti.	21
3.1.2 Proseguire negli incentivi alla prevenzione selettiva	21
3.1.3 Sviluppare ulteriormente i modelli in tema di feste giovanili.	21
3.1.4 Predisporre un'offerta capillare di streetwork per i giovani ed elaborare un relativo piano organico	21
3.1.5 Perfezionare le procedure di diagnosi precoce e l'intervento precoce nei vari settori e nelle varie classi di età	21
3.1.6 Incentivare iniziative tese ad evitare l'abbandono scolastico	22
3.1.7 Mantenere attiva l'offerta di prima consulenza per giovani consumatori di sostanze e loro genitori	22
3.1.8 Elaborare strategie di prevenzione e d'intervento adeguate a favore dei figli di persone con problemi di dipendenza, all'interno delle strutture operanti nel settore delle dipendenze e nel servizio sociale minorile	22
3.1.9 Portare avanti e perfezionare le iniziative di sensibilizzazione sull'uso di alcol e tabacco	22
3.1.10 Proseguire nella messa a punto di strategie d'intervento, in particolare riguardo alle dipendenze meno problematiche	22
3.1.11 Ristrutturare l'offerta tesa al rafforzamento delle competenze educative dei genitori	22
3.1.12 Estendere alle strutture sanitarie e sociali l'obiettivo prioritario „Educazione alla salute e prevenzione“	23
3.1.13 Rivolgere l'attenzione alla sicurezza sulle strade e sulle piste da sci	23
3.1.14 Potenziare la prevenzione del gioco d'azzardo patologico	23
3.2 Priorità operative ed obiettivi nel settore della terapia e della riabilitazione	24
3.2.1 Ottimizzare i percorsi di trattamento:	24
3.2.2 Distinguere fra funzioni terapeutiche e di controllo sociale	25
3.2.3 Potenziare il trattamento delle persone dipendenti dal gioco d'azzardo	25
3.2.4 Unificare l'offerta nel settore del trattamento di dipendenti dalla nicotina, ricorrendo a tutte le risorse disponibili	25

3.2.5	Creare un sistema differenziato di assistenza per giovani con consumo rischioso/dipendenza, diagnosi psichiatriche e comportamenti devianti.	26
3.2.6	Consolidare e sviluppare la rete delle offerte di riabilitazione ambulatoriale e residenziale	26
3.2.7	Offrire il trattamento di disintossicazione a pazienti affetti da dipendenza in tutti gli ospedali della provincia	26
3.2.8	Promuovere l'assistenza sanitaria penitenziaria migliorando la collaborazione e la messa in rete fra i servizi specialistici del sistema sanitario e sociale	27
3.2.9	Intervenire nel settore delle farmacodipendenze	27
3.2.10	Integrare la tematica di genere nel settore delle dipendenze	27
3.2.11	Unificare i modelli organizzativi e l'offerta di prestazioni specifiche	27
3.2.12	Prevenire le malattie infettive e altre patologie correlate	27
3.3	Priorità operative e obiettivi a livello di interventi sociali	28
3.3.1	Coordinare i servizi sociali e le strutture operanti nel settore delle dipendenze	28
3.3.2	Ampliare l'offerta di strutture nelle aree di conurbazione, in cui sia garantito l'accesso al soddisfacimento dei bisogni primari	28
3.3.3	Ampliare l'offerta di strutture notturne e di forme residenziali assistite per persone socialmente emarginate	28
3.3.4	Rendere capillare l'offerta occupazionale a bassa soglia	28
3.3.5	Promuovere maggiormente l'occupazione e l'inserimento lavorativo	29
3.3.6	Sviluppare ulteriormente e adeguare le offerte abitative	30
3.3.7	Assistere ed alloggiare pazienti non autosufficienti con problemi alcolcorrelati ed altre dipendenze	30
3.3.8	Assistenza economica sociale	30
3.3.9	Promuovere progetti innovativi, tesi all'integrazione di attività per il tempo libero e l'incoraggiamento del volontariato	31
3.3.10	Attivare un maggior numero di gruppi di auto-mutuo aiuto ed offrire loro più sostegno	31
3.3.11	Rimuovere le barriere burocratiche per evitare lo sperpero di tempo e di risorse	31
3.3.12	Adottare in maniera capillare la metodologia del case management	31
3.3.13	Fornire maggiori informazioni alla collettività e garantire la trasparenza circa le opportunità ed i limiti del sistema di assistenza sociale	31
3.3.14	Stipulare accordi su opportunità di sostegno per brevi periodi ad immigrati clandestini con problemi di dipendenza, in collaborazione con il volontariato	32
3.3.15	Predisporre un'offerta capillare di streetwork	32
3.3.16	Elaborare criteri operativi per i servizi sociali nel settore delle dipendenze	32
3.4	Interfacce e priorità operative interdisciplinari	33
3.4.1	Proseguire nel processo di definizione delle competenze e di regolamentazione delle interfacce nell'assistenza sociale e sanitaria, migliorare il lavoro in rete, consolidare l'approccio di assistenza integrata e multiprofessionale e concertare meglio i vari interventi	33
3.4.2	Portare avanti il modello di lavoro in rete ed integrato sulle dipendenze, fondato sui tre pilastri „prevenzione“ (universale, selettiva ed indicata), „terapia e riabilitazione clinica“ (servizi sanitari), “inserimento professionale e interventi sociali”	33
3.4.3	Offrire percorsi di aggiornamento specifici congiunti per attori ed operatori/operatrici del sistema integrato sulle forme di dipendenza conosciute e nuove, su modalità d'intervento e sulle tematiche giovanili; approfondire scientificamenti i temi correlati. Impostare su criteri scientifici il sistema dei servizi per le dipendenze.	33
3.4.4	Promuovere rilevamenti epidemiologici integrati, al fine di garantire l'individuazione sistematica degli sviluppi a livello provinciale e la comparabilità dei dati sia nel settore sanitario che in quello sociale	34
4.	Attività previste per il periodo di validità del Piano di settore	35
	ALLEGATO 1 - estratto da: “Linee guida per le dipendenze 2003-2011”	37
	ALLEGATO 2 - Quadro normativo	48

Prefazione



Dall'approvazione della Delibera delle "Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige" del 2003, i servizi per le dipendenze sono stati continuamente ampliati e sono oggi in grado di offrire una rete di intervento attiva e ben funzionante. In questi anni però, anche le forme in cui si manifestano le dipendenze sono cambiate. Si presentano situazioni e condizioni problematiche sempre più complesse, per le quali i servizi competenti devono concordare programmi di intervento mirati al singolo individuo.

Nessuno può dirsi immune dalla dipendenza. Può colpire chiunque, di qualsiasi strato sociale ed a qualsiasi età. Il Piano di settore riunisce le esperienze di tutto il lavoro fatto sulla dipendenza in Alto Adige: vi hanno collaborato servizi pubblici e servizi privati e sono stati inseriti i risultati degli studi nazionali ed internazionali del settore. Il Piano Dipendenze è un documento che può dare risultati solo attraverso il lavoro e il confronto quotidiano di tutti i collaboratori coinvolti. Il Piano dà importanti impulsi, affinché i servizi esistenti e la rete di intervento trovino azioni concordate per affrontare le nuove sfide e riuscire così a raggiungere sempre più incisivamente quelle persone che si trovano nelle più diverse situazioni di vita e di bisogno.

L'Assessore alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali

A handwritten signature in blue ink that reads "Richard Theiner".

Richard Theiner

Premessa

Il presente Piano di settore è stato elaborato nel periodo compreso fra agosto e dicembre 2011. Data la ristrettezza delle risorse e le conseguenti modalità operative razionalizzate, questo documento non può proporre una visione d'insieme del settore dipendenze. L'obiettivo è piuttosto quello di richiamare l'attenzione su alcuni elementi ritenuti d'importanza fondamentale e il fabbisogno di pianificazione e di intervento per il prossimo quinquennio emerso nei diversi ambiti operativi.

Inoltre, il Piano di settore fa riferimento alle tematiche che necessitano di un più approfondito dibattito da parte dei Servizi specialistici coinvolti, per trovare un consenso sul percorso da affrontare.

Il documento che qui presentiamo non va quindi letto come una „road map“, ma quale punto di partenza e di riferimento per l'elaborazione, nei prossimi cinque anni, di una visione d'insieme integrata del settore dipendenze, al fine di avviare gli sviluppi futuri.

In tal senso, nel capitolo 4 “Ulteriori attività previste per il periodo di validità del Piano di settore” sono messe in rilievo le tematiche che vanno ulteriormente approfondite in un impegno coordinato e strutturato.

I principi ispiratori del Piano di settore:

- **La persona al centro dell'attenzione.** Il Piano di settore vuol essere in primo luogo un documento che pone il focus sulle condizioni di vita, sulle esigenze e sulle risorse delle persone con problemi di dipendenza e dei loro familiari. Di conseguenza, il relativo trattamento terapeutico implica anche il lavoro sul piano relazionale e sociale. Inoltre, l'impegno dedicato al settore delle dipendenze mira a contrastare la stigmatizzazione, i pregiudizi, l'emarginazione, la criminalizzazione. Pertanto, gli interventi elaborati sono tesi a rilevare il fabbisogno di risorse in termini di professionalità e di tempo, ad accrescere la qualità dei servizi e a intensificare la loro messa in rete, per predisporre un'offerta quanto più consona possibile ai bisogni delle persone interessate.
- **Partecipazione e messa in rete.** A redigere il Piano di settore ha contribuito un'ampia rete di servizi pubblici e privati, di istituzioni e strutture direttamente operanti nel settore delle dipendenze o che lavorano in stretto contatto con esso.
- **Valorizzazione e qualificazione degli operatori/delle operatrici all'interno del sistema dei servizi.** In sede di attuazione degli interventi un ruolo centrale è attribuito alle figure professionali e alla loro interazione. Tale scelta nasce dalla convinzione che la qualità dei servizi prestati sia determinata dalle possibilità di stimolare la motivazione e di promuovere le competenze degli operatori. Il rapido evolversi della società e della ricerca scientifica cui stiamo assistendo comporta costanti cambiamenti proprio nel settore delle dipendenze, imponendo quindi un impegno sistematico di qualificazione e di aggiornamento degli operatori/delle operatrici nonché periodici incontri di supervisione.
- **Specializzazione ed autonomia tecnico-professionale dei servizi operanti nel settore delle dipendenze.** I servizi sociali promuovono la specializzazione mirata in materia di dipendenze e sostengono un approccio condiviso dai vari servizi, integrato riguardo all'individuazione, alla valutazione, alla definizione e pianificazione di progetti d'intervento socio-pedagogici e socio-assistenziali destinati alle persone con problemi di dipendenza, ai loro familiari e al loro contesto sociale. Sul piano funzionale, il lavoro sociale specifico svolto all'interno dei servizi sociali dovrà concretizzarsi nella messa a punto di progetti sociali integrati ed individualizzati, nel quadro di una pianificazione e di un coordinamento per l'intero territorio provinciale.

All'interno del settore sanitario, i SerD e i servizi privati convenzionati con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, quali quelli della Caritas, di "Hands" e de "La Strada – Der Weg" costituiscono, in sinergia con la struttura riabilitativa "Bad Bachgart" il sistema provinciale dei servizi per le dipendenze; esso garantisce un elevato livello di professionalità specifica ed opera in un regime di autonomia organizzativa.

Tutta una serie di strutture dei settori sanitario, sociale, formativo, del servizio giovani e della cultura opera per la prevenzione delle dipendenze. L'associazione "Forum Prevenzione" convenzionata con l'Amministrazione provinciale fornisce i suoi servizi a quanti intendono attuare interventi di prevenzione e di promozione della salute, fungendo inoltre come piattaforma per portare avanti progetti condivisi sul piano concettuale e progettuale.

Oltre al coordinamento a livello provinciale, il settore delle dipendenze necessita dell'integrazione e del coordinamento a livello locale fra servizi socio-sanitari e prevenzione.

- **Impiego sostenibile delle risorse.** L'insorgere di nuovi fenomeni di dipendenza, la crescente complessità dei disturbi, l'elevato rischio di ricadute e la necessità di adottare interventi assistenziali a lungo termine esigono il potenziamento delle risorse finanziarie e personali ed un loro impiego consapevole e sostenibile.

1. Obiettivi del Piano di settore, metodologie di stesura, target e definizioni

1.1 Obiettivi del Piano di settore

La pianificazione settoriale strutturata ed equilibrata costituisce un elemento di centrale importanza per lo sviluppo e per la garanzia della qualità dei servizi e delle prestazioni offerte dal sistema sanitario e sociale in tema di dipendenze; non va peraltro sottovalutato il ruolo del coinvolgimento di ulteriori componenti della società, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione.

In tal senso, il presente Piano di settore che si riferisce alle dipendenze legate e non legate al consumo di sostanze, persegue l'obiettivo di focalizzare i compiti e le sfide centrali da affrontare, di fornire le relative motivazioni in termini contenutistici e tecnico-professionali e di proporre i relativi piani d'intervento:

1.1.1 Situazione attuale e rilevamento del fabbisogno operativo:

Va fatto il punto della situazione sulle condizioni di vita, sulle problematiche della categoria destinataria, sulle risorse disponibili e sulle condizioni-quadro giuridiche ed istituzionali. Una rassegna degli interventi e delle offerte di aiuto sinora attuati e la descrizione dei punti di forza e delle criticità offre una panoramica sintetica del settore e degli sviluppi intercorsi in questi ultimi anni, che consente di individuare l'attuale fabbisogno operativo in materia.

Tale percorso è stato compiuto con l'aggiornamento delle "Linee guida per la politica sulle dipendenze in Provincia di Bolzano". L'esito del rilevamento della situazione attuale ivi esposto è riportato in allegato al presente Piano di settore.

1.1.2 Definizione degli obiettivi e delle priorità:

In questo scenario, il Piano di settore illustra le impostazioni in termini di politiche sanitarie e sociali e i principali compiti incentrati sulla prevenzione, individuando gli obiettivi e le priorità su cui puntare nei singoli ambiti operativi.

È compito del Piano di settore fornire *inputs* ed argomentazioni tecnico-professionali che formino la base per scelte politiche chiare e precise. Una cooperazione così impostata e caratterizzata da ambiti di competenza ben definiti fra livelli tecnico-professionale e politico, sta a garantire la costante crescita di un sistema di servizi per le dipendenze orientato sull'efficienza e sulla sostenibilità.

1.2 Revisione delle Linee guida e stesura del Piano di settore

Nel corso del 2010, sono state aggiornate le „Linee guida per la politica sulle dipendenze in Provincia di Bolzano“, approvate con deliberazione della Giunta provinciale n. 3043/2003.

Capofila in tale impegno sono stati l'Ufficio portatori di handicap e l'Ufficio Distretti sanitari della Ripartizione Famiglia, sanità e politiche sociali, appoggiati dal fattivo contributo dei servizi specialistici. Del gruppo di lavoro ristretto era composto di rappresentanti delle seguenti istituzioni:

- SerD di Bolzano e di Merano
- Azienda sociale di Bolzano e Comunità comprensoriale del Burggraviato
- Comune di Bolzano
- Associazione “Forum Prevenzione”
- Associazione “Hands”
- Associazione “La Stada – Der Weg”

Inoltre, nello spirito di un approccio di lavoro in rete partecipativo, ha cooperato un gruppo di lavoro allargato ed un gruppo di lettorato, per cui in definitiva, a dare il loro prezioso contributo sono stati circa 60 fra uffici e servizi dei settori sanitario, sociale, giovani, scuola, formazione professionale, inserimento lavorativo, casa, sicurezza e istituti penitenziari.

Le Linee guida aggiornate evidenziano gli obiettivi centrali realizzati nel periodo compreso fra il 2003 ed il 2011, gli ambiti nei quali persiste un fabbisogno operativo e le nuove sfide cui si vede di fronte il sistema dei servizi, ma anche la società nel suo complesso.

È su questa base che è stato redatto il presente Piano di settore. I lavori erano coordinati dall'Ufficio Distretti sanitari e dall'Ufficio portatori di handicap e sono stati portati avanti in stretta collaborazione con l'Unità di coordinamento operante a livello provinciale nel settore delle dipendenze.

Infine sono stati costituiti tre gruppi di lavoro preposti rispettivamente alle tematiche prevenzione, terapia e riabilitazione ed interventi sociali; essi hanno avuto modo di fornire proposte in termini di contenuti, formulandole per iscritto e sottoponendole alla valutazione degli altri operatori. Al fine di fondare il dibattito su una piattaforma quanto più ampia possibile, è stato coinvolto ancora lo stesso gruppo preposto al lettorato che aveva già collaborato nella revisione delle Linee guida per la politica sulle dipendenze.

La supervisione scientifica è stata curata dal Rettore prof. Walter Lorenz.

1.3 Target e definizioni

1.3.1 Target

Nel target del presente Piano di settore rientrano persone in varie condizioni di vita:

- persone affette da dipendenza legata o non legata al consumo di sostanze;
- persone che consumano sostanze in maniera poco rischiosa oppure in maniera rischiosa e problematica;
- congiunti e famiglie;
- operatori/operatrici qualificati dei servizi competenti;
- la popolazione in genere, che va informata e sensibilizzata.

1.3.2 Definizioni

Al fine di agevolare la comprensione dei concetti usati, qui di seguito sono riportate le definizioni di alcuni termini:

1.3.2.1 Uso di sostanze

Riguardo all'uso di sostanze si possono distinguere le seguenti categorie:

- **consumo poco rischioso:** il termine si riferisce al consumo che non genera danni fisici, psichici e sociali;
- **consumo rischioso:** un comportamento di consumo che provoca un danno effettivo alla salute psichica o fisica ai sensi dell'ICD 10 oppure il consumo patologico che si configura come malattia (Fonte: www.fosumos.ch).

Il consumo rischioso è definito anche abusivo, eccessivo, pericoloso, dannoso o problematico.

La standardizzazione terminologica risulta difficile, date le divergenze fra la definizione del consumo problematico fornita dall'Organizzazione mondiale della salute OMS e dai manuali di diagnostica correnti (ICD-10, DSM-IV). Tutti i sistemi concordano invece nel distinguere nettamente fra consumo problematico e dipendenza. Secondo gli standard internazionali, si parla ad esempio di "consumo problematico di alcol" allorché il consumo mette in pericolo la salute propria e quella altrui e il consumatore corre consciamente il rischio dei relativi danni (Fonte: www.fosumos.ch).

L'abuso di sostanze secondo i criteri DSM IV è definito quale modalità di consumo di sostanze che si manifesta sotto forma di effetti reiterati e palesemente negativi generati dal ripetuto consumo di sostanze. Per rientrare nei criteri di abuso, il problema legato alla sostanza deve essere emerso a più riprese nel corso di un periodo di 12 mesi, oppure essersi manifestato in maniera permanente. Esso può concretizzarsi in ripetuti fallimenti in importanti impegni, nel reiterato consumo anche in condizioni in cui ne può conseguire un danno fisico, nelle più svariate conflittualità con la legge e in problemi sociali e relazionali che nel tempo si ripetono. A differenza dei criteri della dipendenza da sostanze, i criteri dell'abuso di sostanze non implicano l'insorgere di tolleranza, né sintomi di astensione o comportamento di consumo patologico.

1.3.2.2 Dipendenza

La dipendenza è una grave malattia psichica cronico-ricidivante caratterizzata essenzialmente dalla perdita del controllo comportamentale e dal *craving*, e che spesso genera ulteriori patologie fisiche e/o psichiche.

Non sempre la dipendenza è reversibile, essa può tuttavia essere trattata. Fattori che generano o mantengono in atto una dipendenza possono riscontrarsi sia nella persona stessa

sia nel suo tessuto sociale. Un ruolo fondamentale rivestono inoltre la disponibilità della sostanza e le relative valutazioni culturali, aspetti di cui va tenuto conto nella prevenzione e nella terapia.

Secondo la classificazione internazionale dei disturbi psichici ICD 10, la diagnosi di “sindrome da dipendenza” è formulata nel caso in cui una persona abbia manifestato contemporaneamente, negli ultimi dodici mesi, fenomeni rispondenti ad almeno tre fra i seguenti criteri:

- un forte desiderio oppure una sorta di compulsione al consumo di una sostanza psicotropa (*craving*)
- la ridotta capacità di controllo sull’inizio, sul termine e sulla quantità del consumo della sostanza
- una sindrome da astinenza a seguito della sospensione o riduzione del consumo
- la tolleranza comprovata: per generare gli effetti originariamente ottenuti con quantitativi minori della sostanza, servono quantità via via più consistenti
- la persona trascura progressivamente interessi e svaghi alternativi al consumo della sostanza e passa sempre più tempo al reperimento e al consumo o per riprendersi dai relativi effetti
- la persona persiste nel consumare la sostanza nonostante risultino innegabilmente comprovate le conseguenze dannose (di natura fisica, psichica o sociale).

2. Quadro teorico e principi etici

2.1 Quadro teorico¹

2.1.1 Prevenzione

La prevenzione contro le dipendenze è considerata parte integrante della prevenzione in senso lato. Gli esperti/le esperte in materia di prevenzione operano in ambiti legati alla promozione della salute e dell'educazione alla salute, alle tematiche specifiche delle dipendenze nonché per il sostegno dei consumatori/delle consumatrici in condizioni di rischio. La prevenzione delle dipendenze è un compito che investe tutte le forze della società intenzionate a promuovere il benessere psicofisico della popolazione ed orientate su un concetto olistico di salute (l'approccio salutogenesi). I relativi interventi vanno messi in atto il più vicino possibile alla dimensione comunale, non trascurando l'indispensabile coinvolgimento dei partners locali più svariati. L'impostazione dev'essere in funzione delle condizioni individuali, sociali e strutturali riscontrate.

La prevenzione va intesa come processo da portare avanti nel lungo periodo e che va ben al di là di una serie di interventi puntuali. Un impegno per la prevenzione che voglia essere all'altezza dei tempi implica quindi progetti di lungo respiro.

Tradizionalmente, la prevenzione si articola in tre dimensioni: prevenzione universale, selettiva e indicata.

Quali sono i criteri di differenziazione?

Il criterio principale di distinzione fra prevenzione universale, selettiva e indicata consiste nella valutazione del rischio per un successivo insorgere della dipendenza. Sotto questo aspetto, il consumo o meno di sostanze come pure le modalità di consumo hanno un significato relativo. Per la prevenzione universale si presume un rischio (moderato) più o meno omogeneo per l'intera popolazione, ben sapendo che vi possano essere soggetti a rischio. Nella prevenzione selettiva si applicano indicatori sociali e demografici atti ad individuare, a titolo indicativo, alcuni gruppi maggiormente esposti a condizioni di rischio, quali ad esempio determinate minoranze etniche marcatamente emarginate, giovani in condizioni di disagio sociale, giovani coinvolti in delitti legati a sostanze stupefacenti, famiglie che presentano particolari problematiche oppure frequentatori di discoteche. Da un lato, tali indicatori istituzionali facilmente rilevabili risultano utili per focalizzare l'attenzione su gruppi in cui il consumo a rischio di sostanze ricorre con maggiore frequenza, d'altro canto, essi non sono significativi per quanto riguarda il pericolo cui sono esposti singoli individui all'interno dei gruppi individuati. Nella prevenzione indicata invece, una persona classificata a rischio dovrebbe essere sottoposta ad uno screening che consente di accertare l'eventuale disturbo ("*attention deficit disorder*", "*conduct disorder*" ecc.).

2.1.1.1 Prevenzione relazionale – Influire sulla società (e sui suoi sistemi)

L'obiettivo della prevenzione relazionale è quello di cambiare il contesto culturale, sociale, geografico ed economico che influisce sulla scelta delle persone riguardo al consumo di alcool e di sostanze stupefacenti. Tale approccio tiene in conto il fatto che ad indurre un individuo al consumo di sostanze non è esclusivamente la sua personalità. È una complessa interazione tra fattori pertinenti al contesto sociale che si ripercuotono: i comportamenti ritenuti normali,

¹ Fonte: Linee guida per la politica sulle dipendenze 2003

attesi o accettati dal tessuto sociale di riferimento, le normative e il regime fiscale vigenti, i messaggi pubblicitari cui è esposto, la disponibilità di alcol, tabacco e sostanze illegali. Le strategie di prevenzione relazionale comprendono di regola interventi quali il divieto di fumare, l'imposizione di prezzi ed altre norme inerenti al consumo di alcol, la restrizione della pubblicità oppure la promozione di un clima positivo nelle scuole.

2.1.1.2 Prevenzione universale – Influire sulla popolazione

La prevenzione universale ha per oggetto interi gruppi di popolazione, in prevalenza quella scolastica e le collettività. Essa mira ad impedire il primo consumo e a prevenire o ritardare la comparsa di problemi legati alle sostanze psicotrope, rendendo i giovani capaci di evitare il consumo di sostanze ed i problemi correlati. La prevenzione universale si rivolge a consistenti segmenti demografici senza valutarne l'esposizione al rischio di dipendenza (ad esempio attraverso uno screening).

L'obiettivo è spesso quello di rafforzare le competenze di vita e di salvaguardare la salute di bambini e giovani, ma anche degli adulti. Importanti targets della prevenzione sono quindi non solo genitori ed insegnanti, ma anche sacerdoti, operatori del Servizio giovani, datori di lavoro, politici ecc.

2.1.1.3 Prevenzione selettiva – Influire su gruppi (a rischio)

La prevenzione selettiva si rivolge a determinati gruppi, famiglie o comunità in cui persone con legami sociali deboli e risorse sociali carenti corrono maggiormente il rischio di consumare sostanze o di sviluppare una dipendenza. Tale maggiore predisposizione al consumo rischioso trae spesso origine dall'emarginazione sociale, come è il caso di giovani che si trovano a vivere in condizioni di disagio, delle famiglie con particolari problematiche (psicopatologiche o di dipendenza) oppure di giovani che abbandonano la scuola.

Obiettivo prioritario è quello di raggiungere i gruppi in cui compaiono in maniera concentrata i fattori di rischio, per fornire loro un supporto, anche sotto forma di un approccio psicopedagogico e/o di lavoro sociale (ad esempio nell'ambito di progetti per giovani che abbiano abbandonato la scuola e di programmi per giovani segnalati per consumo di sostanze).

2.1.1.4 Prevenzione indicata – influire sugli individui (a rischio)

La prevenzione indicata mira ad individuare persone con disturbi comportamentali o problemi psichici tali che potrebbero portarle, in fasi successive della loro vita, al consumo rischioso o alla dipendenza, con l'obiettivo di offrire loro interventi individuali e specifici. Quale sottocategoria di questo tipo di interventi, la prevenzione precoce si rivolge a persone che presentano comportamenti di consumo rischioso, pur in assenza di indicatori clinici di dipendenza. Un maggiorato rischio individuale potrebbe manifestarsi in uno scarso rendimento scolastico, in precoci comportamenti aggressivi e antisociali e nell'estraniamento dai genitori, dalla scuola, dal gruppo dei pari. L'obiettivo della prevenzione indicata non è necessariamente quello di prevenire l'insorgere di qualsiasi consumo di sostanze, bensì di impedire in primo luogo il rapido instaurarsi di comportamenti da dipendenza o di ridurre per lo meno la frequenza e la pericolosità del consumo di sostanze.

2.1.2. Terapia e riabilitazione

La complessità delle dipendenze con il loro strascico di disturbi fisici, psichici e sociali esige la messa a punto di un'offerta d'aiuto e riabilitativa differenziata, debitamente equilibrata fra le

sue componenti e attuata a livello intercomprensoriale, sulla base di strategie e modelli condivisi.

Al riguardo va sottolineato come l'elevato livello di specializzazione e l'autonomia dei SerD rispetto ai servizi psichiatrici siano giustificati sotto il profilo tecnico-professionale e che vi sono quindi buone ragioni, anche sul piano della politica sanitaria, per mantenere e potenziare le attuali condizioni operative in termini organizzazione, di risorse e di standards d'organico dei SerD.

In linea di principio, l'obiettivo terapeutico è quello di raggiungere l'astinenza e di mantenerla nel tempo, con una terapia di sostituzione (ove disponibile) oppure senza, di creare o di ripristinare condizioni di salute psichica e fisica ovvero la funzionalità e l'accrescimento delle risorse disponibili (ad esempio di competenze professionali e sociali).

Essendo tuttavia la dipendenza una grave patologia cronica con sintomatologia di natura psichiatrica ed internistica, talvolta anche differenziata per gradi di gravità, non sempre è possibile conseguire la guarigione completa ovvero l'astinenza. In questi casi, gli interventi mirano ad una migliore qualità di vita, ad un consumo meno rischioso e alla gestione consapevole della malattia, puntando su una terapia farmacologica atta a contenerne i danni, sull'assistenza e sull'accompagnamento.

La genesi multifattoriale delle dipendenze fa sì che le strategie terapeutiche ipotizzabili siano molteplici. Pertanto, i singoli servizi ambulatoriali e residenziali adottano differenti modelli operativi, in funzione delle finalità perseguite: dal raggiungimento e mantenimento dell'astinenza alla riduzione dei danni e alla messa in sicurezza della vita, gli obiettivi terapeutici prioritari perseguiti lungo un percorso articolato in varie fasi, possono alternarsi in funzione della situazione personale e sociale del momento. Passa ad esempio in primo piano l'assistenza a lungo termine soprattutto nel caso delle persone con problemi di dipendenza cronica e di quelle con comorbidità fisiche e psichiche (disturbi post-traumatici, depressioni, stati d'ansia, gravi disturbi della personalità, psicosi ecc.) nonché nelle persone con scarse risorse personali e sociali.

Il sistema di cura e di assistenza terapeutica e riabilitativa deve:

- essere dotato di un'ampia gamma di figure professionali da inserire attraverso accurate procedure di assunzione e bandi di concorso specifici per il settore delle dipendenze
- consentire la libera scelta del medico curante e del luogo dove farsi curare
- essere flessibile ed operare in rete
- mirare ad evitare la cronicizzazione
- perseguire sempre l'obiettivo di uno stile di vita sana ovvero astinente
- tenere conto delle risorse personali e delle difficoltà della persona
- considerare anche la situazione del contesto familiare e sociale
- operare incentrandosi sul problema, ma puntando sulle soluzioni
- definire chiaramente gli obiettivi dell'intervento, d'intesa con il paziente
- rispettare quanto più possibile il diritto all'autodeterminazione
- stimolare la cooperazione del paziente corresponsabilizzandolo
- promuovere cooperazioni e sinergie con altri servizi sanitari (psichiatria, reparto malattie infettive, reparto di medicina interna per la disintossicazione, neuropsichiatria pediatrica, pronto soccorso, medicina legale ed altri)

La terapia è un processo che si sviluppa su diversi livelli e che implica la cooperazione attiva dell'interessato e la sua disponibilità al cambiamento. Il lavoro terapeutico è caratterizzato dalla costante attenzione rivolta non solo alle problematicità, ma anche agli altri molteplici aspetti della vita e della personalità dell'interessato. Infatti, non si tratta semplicemente di cambiare comportamenti malsani, bensì di sviluppare o stimolare comportamenti favorevoli alla salute, nuovi atteggiamenti e modi di vedere e di migliorare le capacità relazionali. Le persone con problemi di dipendenza spesso vivono in famiglia, con una compagna/un

compagno, con i genitori, con figli - persone sulle quali la dipendenza produce un impatto gravoso, ma che possono contribuire in misura determinante alla persistenza della malattia oppure al successo del trattamento. Persone di cui va tenuto conto e che vanno coinvolte, per quanto possibile, nel trattamento/nell'assistenza. Dal canto loro, i familiari stessi hanno diritto ad un sostegno, alla consulenza e al trattamento.

Nei casi di pazienti con dipendenze gravi e con pesanti effetti collaterali sociali, psichici e sanitari che non consentono di seguire una terapia tesa all'astinenza, è indicata una forma di assistenza/accompagnamento orientata sulla riduzione dei danni e sulla sussistenza.

Principi fondamentali del trattamento e dell'assistenza in genere:

Nell'ulteriore sviluppo degli aiuti, i principi cui deve ispirarsi l'azione degli operatori/delle operatrici (DHS 1999) sono i seguenti:

- orientarsi sul caso individuale: va tenuto conto di esigenze individuali e diversità
- dare la precedenza all'autoaiuto rispetto all'aiuto esterno: mettere a frutto e promuovere le risorse personali
- dare la precedenza all'ambulatoriale rispetto al residenziale
- offrire assistenza vicino al luogo di residenza, ad eccezione dei casi in cui cambiare il luogo di residenza può aiutare a uscire dalla dipendenza
- prendere accordi vincolanti sul percorso assistenziale
- offrire aiuto adeguato in qualsiasi fase della malattia
- evitare di applicare una terapia uguale per tutti.

Inoltre, dovrebbe essere garantito il diritto alla stessa offerta di trattamento e alle stesse opportunità terapeutiche in tutto il territorio provinciale.

2.1.3. Interventi sociali

Parliamo di interventi sociali per la natura "multifattoriale" delle risposte dei Servizi sociali al sostegno delle persone. Questi infatti si innescano all'interno di quelle misure che la collettività utilizza per superare momenti di difficoltà personali, familiari e collettivi.

Gli interventi sociali non sono divisi per "patologie specifiche" ma da "risposte specifiche", e sono interventi mirati a sostenere il cittadino che vi si rivolge per chiedere sostegno economico, accompagnamento socioeducativo, assistenza sociosanitaria o accoglienza.

I servizi sociali infatti non hanno una funzione di cura ma sono sempre più uno strumento che la comunità di cittadini ha a disposizione per migliorare e mantenere la coesione sociale e fare in modo che varie forme di sostegno arrivino alle persone in forma uguale e paritetica.

Nel nostro territorio ci sono due grandi forme di intervento sociale, quello più "territoriale", e che si può individuare nei distretti e in tutte le forme consulenziali e di intervento sociopedagogico e di supporto e quello più "istituzionale" che si ritrova negli interventi (diurni e residenziali) dove l'accoglienza e l'accompagnamento al reinserimento sono gli elementi principali dell'intervento.

Con questa organizzazione, si entra in contatto con moltissime persone, che si caratterizzano, non per qualche forma di dipendenza, ma per problemi di varia natura (problemi relazionali, assenza alloggio, assenza di risorse economiche, trascuratezza ecc.) in cui, la dipendenza (qualunque essa sia) si inserisce in una situazione di per sé già problematica.

Tra i principi del lavoro sociale si ritiene importante ricordare in questo contesto, il principio di advocacy, il principio di sussidiarietà, il principio di pari opportunità, il principio di pari trattamento.

Questi principi che regolano il lavoro sociale ne determinano anche la modalità di rapporto con l'utente/cittadino che si rivolge ai servizi sociali e anche con gli altri servizi che possono essere coinvolti nell'azione di aiuto (servizi sanitari, servizi dell'IPES, del lavoro etc.).

Quattro sono le possibili forme di intervento, per le quali i servizi sociali si assumono la piena responsabilità:

- l'accompagnamento sociopedagogico, con la presa in carico, la progettualità sociale e il sostegno all'inserimento lavorativo;
- il sostegno economico attraverso la legislazione vigente in materia (assistenza economica sociale, invalidità civile, assegno per la non autosufficienza);
- l'assistenza e la cura attraverso interventi delle prestazioni a domicilio;
- l'accoglienza nelle strutture diurne e residenziali.

All'interno quindi dei valori che determinano una deontologia professionale e con gli strumenti professionali a disposizione, gli interventi si adattano alle varie situazioni e vi entrano più o meno profondamente in base all'autonomia e alla capacità di autorealizzarsi e di indipendentizzarsi delle persone, e delle famiglie, ai vincoli che possono emergere per interventi di protezione e di tutela nei confronti di singoli e decisi dall'autorità competente, al contesto socioambientale in cui le problematiche emergono e alla più o meno forte motivazione delle persone a seguire i percorsi indicati.

In questo modo, gli interventi di supporto per persone che, a vario titolo, entrano in difficoltà con la problematica delle dipendenze si possono espletare attraverso varie modalità e con varie tipologie di risposta tenendo sempre presente che gli interventi multiistituzionali raggiungono maggiormente lo scopo e l'obiettivo del reinserimento e del vivere autonomo.

2.2 Principi per il lavoro nel settore delle dipendenze – principi etici

- **La prevenzione sostiene la salute delle persone e consente di individuare tempestivamente i rischi.**

La prevenzione delle dipendenze rientra nella prevenzione sanitaria in senso lato. Obiettivo degli tesi alla prevenzione delle dipendenze e alla promozione della salute è quello di promuovere la salute ed il benessere nei vari ambiti di vita, di individuare il consumo a rischio, di evitare sofferenze psichiche e l'insorgere di comportamenti di dipendenza o vicini alla dipendenza.

Nell'ambito della promozione della salute, la prevenzione delle dipendenze si concretizza in un pacchetto di strategie incentrate sulle cause, tese ad innescare un processo che attivi le risorse dell'individuo, dei sistemi e delle strutture, per favorire un regime di vita autodeterminata. Occorre adoperarsi fin dall'età infantile per rafforzare le competenze personali, gettando le basi per una vita autogestitata. La prevenzione deve quindi partire dai genitori. I loro modelli comportamentali dei genitori giocano, infatti, un ruolo decisivo. Prevenire le dipendenze è un compito quindi, che non deve limitarsi al target degli adolescenti, ma rivolgersi a tutti i gruppi di età.

Oltre ad intervenire sugli aspetti incentrati sulla persona, la prevenzione deve considerare la ben più ampia realtà degli interventi di politica socio-culturale quali le regole in materia di politiche economiche e del mercato, le politiche della formazione, sociale, per le famiglie, per i giovani, per la salute, il lavoro con i media e le pubbliche relazioni.

Un ruolo sempre più importante rivestono la diagnosi precoce delle criticità e gli interventi a favore dei gruppi a rischio.

- **Un'offerta differenziata di assistenza e di trattamento, integrata fra gli ambiti sociale e sanitario, offre l'opportunità di rispondere in maniera consona alla situazione.**

L'offerta terapeutica e riabilitativa deve prendere in considerazione tutte le forme di dipendenza, in un contesto organizzativo differenziato e vicino ai cittadini. Alle persone con problemi di dipendenza vanno offerti sostegni adeguati alle loro esigenze e che seguano la patologia nel suo decorso per fasi. Inoltre occorre provvedere all'assistenza e al trattamento per i familiari. In qualsiasi fase ed iniziativa è d'obbligo rispettare il diritto all'autodeterminazione e alla sfera privata. È inoltre importante fornire opportune garanzie per un accesso diretto a strutture e consultori ed un'assistenza che non sia appesantito da adempimenti burocratiche e che rispetti nel modo più assoluto il segreto professionale e l'anonimato dei pazienti.

I vari interventi di trattamento sanitario e sociale tesi al conseguimento e al mantenimento dell'astinenza, alla riduzione dei danni e alla sussistenza, devono orientarsi sulla condizione personale e sociale dell'individuo assistito e sugli obiettivi concordati.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità di vita e le competenze personali dei/delle pazienti, di ridurre i danni per la salute e sociali e di aumentare il numero di coloro che riescono ad uscire dalla dipendenza.

- **L'integrazione professionale e sociale delle persone dipendenti previene la loro emarginazione sociale.**

Qualsiasi approccio di trattamento e assistenziali deve aiutare le persone con problemi di dipendenza a conservare o a riacquistare condizioni di integrazione professionale e sociale.

È importante che le persone interessate proseguano nel loro percorso formativo o lo completino, che mantengano o riconquistino la propria capacità lavorativa e che abbiano la certezza di un alloggio.

Per le persone non più in grado di lavorare oppure con capacità lavorativa ridotta, l'accesso ad opportunità occupazionali alternative rappresenta un aspetto essenziale.

- **Gli interventi di riduzione dei danni limitano i rischi e i danni per le persone dipendenti e per il loro contesto sociale.**

I progetti di riduzione dei danni e i sostegni alla sussistenza devono considerarsi le colonne portanti di un impegno in questo settore che voglia essere all'altezza dei tempi. L'esperienza insegna che per entrare in contatto con persone dipendenti che non aspirino all'astinenza è molto utile offrire aiuti informali e a bassa soglia. A tale scopo occorre adottare modalità personalizzate e adeguate alla situazione, integrando opportunamente il lavoro sociale con la riduzione dei danni sul piano sanitario. Nei limiti del possibile, parallelamente vanno sempre attivate le risorse di auto-aiuto, di partecipazione e di responsabilizzazione degli interessati.

- **La sicurezza della popolazione è un impegno centrale e condiviso da tutte le forze coinvolte.**

Accanto alle modalità convenzionali d'intervento seguite dalle forze di polizia per contenere i problemi legati all'uso di sostanze, un adeguato concetto di sicurezza implica anche misure di politica sanitaria e sociale. Oltre a combattere la criminalità, occorre garantire la sicurezza sulle strade traffico, sul lavoro, nei luoghi pubblici, sulle piste da sci e durante le manifestazioni.

L'obiettivo è quello di tutelare il contesto familiare e sociale e la società in genere da quelle che possono essere le ricadute dei problemi legati alle droghe legali ed illegali. Il focus dell'attenzione va posto sulla tutela dei giovani, con particolare riguardo alla protezione dei figli delle persone con problemi di dipendenza.

- **La collaborazione attiva e la messa in rete migliorano la qualità degli interventi.**

Le esigenze delle persone con problemi di dipendenza sono molteplici. È quindi di fondamentale importanza la collaborazione costruttiva fra gli esperti all'interno delle strutture nonché il lavoro in rete ed integrato fra le istituzioni. La cooperazione interdisciplinare risulta proficua solo laddove da un lato siano ben definite e puntualmente assolte le competenze e le mansioni dei vari attori e dall'altro risultino condivisi gli obiettivi e le linee guida.

L'intento è quello di coordinare e di integrare gli interventi e di definire con precisione le interfacce tra strutture e servizi sociali, sanitari, pubblici e privati. In tale prospettiva va tenuto conto in particolar modo anche del ruolo delle associazioni di auto aiuto.

- **Operatori/operatrici altamente qualificati garantiscono elevati standards qualitativi.**

Il lavoro nel settore delle dipendenze e della prevenzione necessita di una molteplicità di risposte professionali. Pertanto ci si impegna per potenziare le opportunità di formazione e di aggiornamento per medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, educatori/educatrici di istituto o di portatori di handicap, per il personale addetto ai compiti di cura ed altre figure professionali ancora, operanti in questo settore impegnativo. Percorsi di aggiornamento e supervisioni intersettoriali ed interdisciplinari rappresentano un momento opportuno per incentivare la necessaria messa in rete.

- **Il coordinamento nel settore delle dipendenze crea i presupposti per una pianificazione e documentazione mirata.**

La complessità delle dipendenze e le sintomatologie soggette a costanti mutamenti fanno sì che i servizi per le dipendenze si presentino come un ambito a sé stante, altamente qualificato all'interno del settore della salute psichica; pur tuttavia, essi esigono una stretta sinergia fra

diverse discipline affini. Per trasformare il sistema dei servizi per le dipendenze in un insieme omogeneo operante su tutto il territorio provinciale, occorre un coordinamento su scala provinciale che consentirà di realizzare un'offerta di assistenza equilibrata ed equivalente in tutti i distretti sanitari e presso tutti i servizi sociali.

- **Scienza e ricerca forniscono dati su cui fondare la messa a punto di interventi efficienti**

Vanno attentamente seguiti gli sviluppi, le tendenze ed i trends più recenti registrati in tema di dipendenze (ivi comprese le dipendenze da modelli comportamentali), di consumo di sostanze legali ed illegali e di cultura dei giovani. In questo modo sarà possibile mettere a punto ed aggiornare gli interventi del sistema dei servizi per le dipendenze. È importante che i risultati della ricerca nei settori della medicina, della psicologia e delle scienze sociali confluiscono nel lavoro sulle dipendenze. Un ruolo significativo compete inoltre alla gestione della qualità e all'evaluazione. L'obiettivo è quello di promuovere la ricerca scientifica e l'epidemiologia.

- **Privacy e protezione dei dati**

I SerD e le strutture convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige operanti nel settore delle dipendenze sono tenuti a rispettare le norme sulla privacy, sulla protezione dei dati e sull'anonimato. È obbligatorio chiedere l'assenso all'elaborazione dei dati ed informarne adeguatamente le persone assistite. L'anonimato è garantito su richiesta anche riguardo alle procedure amministrative a tutte le persone che si rivolgono ai SerD e alle strutture convenzionate. I SerD garantiscono la messa a disposizione dei dati sulle persone assistite, in forma sintetica e cifrata, al fine di escludere ogni possibilità di identificazione. Gli iter amministrativi ed organizzativi inerenti alle persone che si rivolgono ai servizi dovranno essere semplificati ed unificati per l'intero territorio provinciale (delibera della Giunta provinciale n. 3191 del 24-09-2007).

3. Priorità operative e obiettivi nel settore delle dipendenze

3.1 Priorità operative e obiettivi nel settore della prevenzione

3.1.1 Portare avanti i progetti-modello sperimentali nel lavoro per le scuole, con i giovani e sociale, per garantire l'innovazione e l'adeguamento alle nuove sfide emergenti.

Sarà opportuno portare avanti anche in futuro determinati progetti-modello prescelti. Essi garantiranno l'innovazione e consentiranno di affrontare nuove sfide e di mettere a punto misure efficienti. Occorre ridurre le adempienze burocratiche in sede di attuazione.

Un ulteriore obiettivo dovrà essere quello di predisporre un'offerta di prevenzione interculturale e interlinguistica.

3.1.2 Proseguire negli incentivi alla prevenzione selettiva

- Maggiore coinvolgimento nei progetti di giovani e di giovani adulti
- Sensibilizzazione della collettività ad una maggiore apertura verso il mondo dei giovani.

3.1.3 Sviluppare ulteriormente i modelli in tema di feste giovanili.

Per il mondo locale delle feste giovanili e dei „balli di maturità“ occorre mettere a punto una nuova proposta che metta in rete singole iniziative attivate in maniera isolata.

Le iniziative in atto difficilmente raggiungono la vita notturna dei giovani e il loro modo di festeggiare. Anche per questa realtà occorrono approcci organici ed innovativi.

3.1.4 Predisporre un'offerta capillare di streetwork per i giovani ed elaborare un relativo piano organico

3.1.5 Perfezionare le procedure di diagnosi precoce e l'intervento precoce nei vari settori e nelle varie classi di età

- Intensificare la cooperazione fra gli attori operanti nella prevenzione, nella consulenza e nella terapia, nei reparti di pronto soccorso e presso il Commissariato del Governo.
- Mettere a punto forme d'intervento specifiche per la prevenzione di situazioni di crisi e dei rischi psico-sociali a favore di persone singole e famiglie.
- Attivare dei percorsi su cannabis ed altre sostanze psicotrope (sulla falsariga del progetto *free your mind*) nell'ambito di un setting interdisciplinare
- Estendere il progetto *al-cool* in collaborazione con gli operatori del servizio giovani a bassa soglia e con le scuole.
- Avviare progetti per la diagnosi precoce (senza stigmatizzazione) della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), di disturbi e problemi affettivi nonché per la sensibilizzazione dei genitori e dei familiari all'accertamento precoce di problemi legati al consumo di sostanze, al gioco d'azzardo e all'uso dei media.
- Attivare percorsi formativi destinati agli operatori e vertenti sulla diagnosi precoce nei giovani.
- Procedere ai test per il rilevamento del consumo di sostanze esclusivamente in sede di setting di consultazione professionale.

3.1.6 Incentivare iniziative tese ad evitare l'abbandono scolastico

- Incentivare l'individuazione precoce dei problemi nelle scuole.
- Incentivare l'attuazione di progetti di prevenzione dell'abbandono e della dispersione scolastica; potenziare l'offerta di iniziative a sostegno dell'apprendimento.
- Verificare il ruolo del contesto extrascolastico riguardo all'abbandono scolastico.

3.1.7 Mantenere attiva l'offerta di prima consulenza per giovani consumatori di sostanze e loro genitori

3.1.8 Elaborare strategie di prevenzione e d'intervento adeguate a favore dei figli di persone con problemi di dipendenza, all'interno delle strutture operanti nel settore delle dipendenze e nel servizio sociale minorile

- Mettere a punto modelli operativi mirati al coinvolgimento precoce dei bambini, ad esempio attraverso i boy scout, la *Jungschar*, le associazioni sportive.
- Rafforzare la tutela dei neonati e dei bambini in età prescolare.
- Migliorare la collaborazione con i servizi sociali e con il Tribunale per i minori.
- Rivolgere maggiore attenzione ai figli di genitori in fase di trattamento residenziale o ambulatoriale
- Potenziare l'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica pediatrica e minorile.
- Realizzare offerte di assistenza specifica per donne in gravidanza e genitori con problemi di dipendenza.

3.1.9 Portare avanti e perfezionare le iniziative di sensibilizzazione sull'uso di alcol e tabacco

- Portare avanti la campagna contro l'abuso di alcol, ivi compresi gli interventi incentrati sulle persone
- Attuare iniziative di sensibilizzazione sulla problematica dell'abuso di alcol nelle aziende e sui posti di lavoro a rischio di abuso.
- Intensificare le campagne sul tabacco, estendendole al target adulti.
- Promuovere la diagnosi precoce di problemi alcolcorrelati negli ospedali e potenziare l'offerta di consulenza post-intossicazione etilica, ricorrendo al sostegno del personale specialistico del pronto soccorso (progetti a cura delle organizzazioni giovanili attuati presso la Croce Rossa e la Croce Bianca e a cura del reparto di pronto soccorso, implementazione in tutti gli ospedali del progetto di screening Alkik sviluppato dai SerD).
- Abolire il contributo spese per l'intervento dell'ambulanza in caso di problemi alcolcorrelati.
- Attivare percorsi di aggiornamento per medici generici e pediatri di fiducia.

3.1.10 Proseguire nella messa a punto di strategie d'intervento, in particolare riguardo alle dipendenze meno problematiche

- Focalizzare meglio l'attenzione sull'uso problematico di farmaci (benzodiazepine, anfetamine ecc.) e di cocaina e sul dopaggio.
- Mettere a punto strategie di prevenzione sull'uso compulsivo di internet e media.

3.1.11 Ristrutturare l'offerta tesa al rafforzamento delle competenze educative dei genitori

- Predisporre accessi a bassa soglia nel lavoro con i genitori.

3.1.12 Estendere alle strutture sanitarie e sociali l'obiettivo prioritario „Educazione alla salute e prevenzione“

- Provvedere all'aggiornamento periodico degli operatori/delle operatrici nei servizi e nelle strutture nei settori della prevenzione selettiva, della prevenzione indicata e della diagnosi precoce.

3.1.13 Rivolgere l'attenzione alla sicurezza sulle strade e sulle piste da sci

3.1.14 Potenziare la prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Nella nostra provincia è ormai impellente la necessità di intervenire con misure qualificate di prevenzione del gioco d'azzardo patologico e tutelare meglio i giocatori. Occorre elaborare un piano di massima sostenibile per l'intero settore, che dovrà trovare sbocco in un piano d'azione vincolante. Il piano di massima e il piano d'azione dovranno essere elaborati e messi in atto, in una prospettiva di lungo respiro, dalla Rete contro il gioco d'azzardo patologico, coinvolgendo esperti locali.

Per il finanziamento della fase attuativa si ritiene opportuno prelevare una quota dei proventi dal gioco d'azzardo.

I passi da compiere sono i seguenti:

- pianificazione ed organizzazione su scala provinciale di una campagna sulla problematica del gioco d'azzardo: promozione di misure preventive attraverso la sensibilizzazione e l'informazione della collettività, dei Comuni, dei familiari di persone dipendenti dal gioco e creazione di un sito internet
- attivazione di un percorso formativo per i gestori delle sale gioco, in cooperazione con i Comuni interessati, per migliorare la tutela dei giocatori
- collaborazione con i rappresentanti dei Comuni o con il Consorzio dei Comuni in tema di sensibilizzazione alla problematica del gioco d'azzardo
- incoraggiamento della formazione di gruppi di auto-aiuto per giocatori patologici e loro familiari
- divieto del consumo di alcolici nelle sale da gioco e in tutti i luoghi in cui sono installati delle *slot machines*.

3.2 Priorità operative ed obiettivi nel settore della terapia e della riabilitazione

3.2.1 Ottimizzare i percorsi di trattamento:

Si prevede di ottimizzare i percorsi di trattamento attraverso i seguenti interventi ed attività:

Determinare la diagnosi secondo gli standards di classificazione correnti (ivi compresa la diagnosi differenziale abuso/dipendenza; comorbidità psichiche e fisiche; consumo sintomatico/dipendenza):

- per verificare la sfera di competenza del servizio;
- per appurare la motivazione e le aspettative del paziente ed individuare gli obiettivi terapeutici;
- per definire la modalità (residenziale o ambulatoriale) e la durata del trattamento;
- per verificare la necessità di un trattamento qualificato, ambulatoriale o residenziale di disintossicazione;
- per elaborare un piano terapeutico individualizzato;
- per migliorare la collaborazione all'interno dei servizi e fra i vari servizi dell'assistenza nel settore delle dipendenze.

Fornire informazioni al contesto familiare e sociale:

- sulla sintomatica del disturbo nella sua dimensione bio-psico-sociale;
- sulle possibilità di trattamento;
- sulle modalità e sulle fasi del trattamento.

Messa a punto e adozione di piani di trattamento da attuarsi in economia e, ove necessario, in collaborazione con altri servizi all'interno del sistema di assistenza nel settore dipendenze

- per categorie di destinatari specifiche:
 - per forme di dipendenza (legate o non a sostanze, dipendenze plurime);
 - per classi di età;
 - per sesso (uomo–donna, madre-bambino, genitori-bambino ecc.);
 - per altre forme di patologie (doppia diagnosi o diagnosi plurima, malattie infettive ecc.);
 - per interventi alternativi alla pena detentiva:
- per settings specifici:
 - trattamento/assistenza individualizzati o di gruppo;
 - trattamento/assistenza per coppie e/o famiglie;
 - trattamento/assistenza ambulatoriale, residenziale, semi-residenziale;
 - trattamento/assistenza a lungo o a breve termine;
 - terapie ad intervalli;
 - comunità-alloggio assistite;
 - visite a domicilio.

Assistenza post-terapia

- a seguito di settings specifici: assistenza post-terapeutica individualizzata, per coppie, per gruppi e famiglie;
- con varie modalità: colloquio personale, ricorrendo ad una figura di riferimento, tramite contatti telefonici, per posta elettronica (follow-up);

- in gruppi di auto aiuto (AA, AlAnon, AlAteen, Gruppi di auto aiuto guidato, Associazione dei club degli alcolisti in trattamento, Hands ecc.)

3.2.2 Distinguere fra funzioni terapeutiche e di controllo sociale

Al fine di non compromettere il mandato principale dei servizi e per una gestione oculata delle risorse terapeutiche, occorre individuare alternative o approcci organizzativi diversi di erogazione delle prestazioni di medicina legale. Per contrastare la stigmatizzazione ed incoraggiare il ricorso tempestivo ai trattamenti specifici, è importante che la pubblica opinione e la potenziale utenza non percepiscano il servizio come un'istanza di controllo.

3.2.3 Potenziare il trattamento delle persone dipendenti dal gioco d'azzardo

Nei prossimi anni, l'ampliamento dell'offerta di prevenzione e di trattamento per giocatori patologici sarà un compito di importanza primaria; esso dovrà considerare i seguenti interventi:

- Promuovere la consapevolezza della problematicità del fenomeno, in termini di connotazione patologica, e delle possibilità di trattamento:
 - sensibilizzando l'opinione pubblica, i medici generici ed altri servizi sanitari;
 - collaborando con i servizi sociali;
 - collaborando con i media.
- Mettere a punto appositi piani di valutazione, distinguere nettamente e in maniera vincolante fra diagnosi/terapia e valutazione;
- considerata la carente disponibilità di dati in merito alla realtà regionale in tema di gioco d'azzardo patologico, è indispensabile attivare progetti di ricerca epidemiologica con supervisione scientifica;
- l'indebitamento e la perdita delle risorse sociali fondamentali rendono spesso necessario il pronto intervento ed uno stretto coinvolgimento dei servizi sociali. In molti casi, la consulenza per i debitori e legale forma parte integrante del percorso terapeutico.
- rafforzare le risorse terapeutiche personali e qualificare gli operatori nei servizi ambulatoriali e residenziali di consulenza e di trattamento delle persone interessate e dei loro familiari;
- dato l'onere finanziario già elevato a carico dell'intero nucleo familiare, è necessario che l'accesso sia gratuito per ogni persona direttamente o indirettamente interessata.

3.2.4 Unificare l'offerta nel settore del trattamento di dipendenti dalla nicotina, ricorrendo a tutte le risorse disponibili

Per offrire migliori opportunità terapeutiche alle persone dipendenti dalla nicotina, appare opportuno gestire l'offerta di prestazioni specifiche in maniera omogenea nell'intero territorio provinciale, anche attraverso protocolli d'intesa fra i servizi coinvolti pubblici e privati. In questa prospettiva occorre intensificare gli sforzi compiuti per sensibilizzare i medici generici, i pediatri di fiducia e i medici specialistici con pazienti rientranti in determinati gruppi a rischio, nonché i vari reparti ospedalieri, offrendo percorsi di aggiornamento, anche in collaborazione con l'Ordine dei medici.

3.2.5 Creare un sistema differenziato di assistenza per giovani con consumo rischioso/dipendenza, diagnosi psichiatriche e comportamenti devianti.

Occorre potenziare l'offerta terapeutica ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale e le strutture residenziali assistite per minori e giovani adulti, con particolare riguardo alla pedagogia esperienziale; in tale prospettiva sarà opportuno attribuire ai SerD un ruolo centrale nella consulenza e nella diagnostica, promuovendo, nei casi di consumo sintomatico, l'invio e il trattamento precoci della patologia all'origine del fenomeno.

- Aggiornamento mirato degli operatori/delle operatrici sui temi diagnostica, trattamento ed assistenza per minori e pazienti giovani e del lavoro con i familiari;
- intensificare la cooperazione con la psichiatria dell'età evolutiva, con i servizi sociali ed i servizi sociali in ambito giudiziario;
- sensibilizzare i pediatri di fiducia, i servizi sociali ed i medici di base;
- rivolgere maggiore attenzione alle specificità del lavoro con questa categoria di pazienti, vagliando opzioni quali l'azione impostata sul lungo periodo, la terapia ad intervalli, il lavoro relazionale, il consumo tollerato, tenendo debitamente conto delle frequenti traumatizzazioni e delle condizioni di trascuratezza emotiva del contesto di provenienza.

3.2.6 Consolidare e sviluppare la rete delle offerte di riabilitazione ambulatoriale e residenziale

Il funzionamento della rete delle offerte di riabilitazione ambulatoriale e residenziale per il settore delle dipendenze è garantito dal Servizio sanitario pubblico e da soggetti privati convenzionati con la Provincia e con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Occorre ancorare e consolidare i modelli di collaborazione vincolante in atto, per garantire anche in futuro il diritto all'assistenza e aggiornare l'offerta di servizi. Va osservato che un sistema di servizi per le dipendenze altamente specializzato non solo è clinicamente efficace, ma risulta nel lungo periodo anche economicamente efficiente.

I servizi di medicina specialistica per il settore delle dipendenze devono garantire competenze psichiatriche di base e possono abbinare alla propria competenza specifica e flessibilità orientata sulle esigenze dei pazienti, l'esperienza pluriennale di cooperazione e di azione sinergica di altri servizi sanitari e sociali quali l'autorità giudiziaria, i servizi di prevenzione e strutture varie. Il trattamento va erogato prioritariamente in regime ambulatoriale, sul territorio, garantendo in primo luogo la continuità dell'intervento. L'offerta di trattamento sul territorio è garantita in maniera capillare da servizi pubblici e privati convenzionati. In materia di disintossicazione dall'alcol occorre ampliare le opportunità di trattamento creando un centro di competenza presso un ospedale di base che del resto è la struttura adeguata anche per ricoveri in caso di gravi complicanze psichiatriche. Il trattamento residenziale e la riabilitazione di pazienti con doppia diagnosi (dipendenza e patologia psichiatrica) dovrebbe essere connesso alla rete di assistenza e di riabilitazione psichiatrica. Tale scelta rappresenterebbe la soluzione più economica e clinicamente più opportuna.

La riabilitazione residenziale di pazienti con patologie primariamente legate a dipendenza, dovrebbe continuare ad essere offerta nell'ambito del settore dipendenze (centro terapeutico "Bad Bachgart", comunità terapeutica "Hands" ed altre strutture specializzate).

3.2.7 Offrire il trattamento di disintossicazione a pazienti affetti da dipendenza in tutti gli ospedali della provincia

Si ritiene opportuno disciplinare in maniera omogenea per l'intero territorio provinciale i trattamenti di disintossicazione in regime residenziale. La collaborazione fra i reparti di medicina interna e di psichiatria con i SerD garantisce un percorso di trattamento/assistenza ottimale, dato che il ricovero può essere disposto anche da altri medici.

Per i trattamenti di disintossicazione particolarmente difficoltosi e le criticità psichiatriche acute legate a dipendenza, va creato un centro di competenza cui possano rivolgersi tutti i comprensori per casi particolarmente problematici.

3.2.8 Promuovere l'assistenza sanitaria penitenziaria migliorando la collaborazione e la messa in rete fra i servizi specialistici del sistema sanitario e sociale

Per quanto riguarda i detenuti affetti da dipendenza, l'attuale livello qualitativo dell'assistenza erogata anche attraverso la terapia sostitutiva, può considerarsi elevato, tuttavia si ritiene opportuno ampliare ulteriormente la proficua collaborazione in atto fra i SerD e le case penitenziarie.

Le tematiche su cui focalizzare l'attenzione sono la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie infettive, delle malattie sessualmente trasmesse e della TBC.

In tema di pene alternative alla detenzione, rappresentano elementi cruciali la distinzione fra il trattamento, i necessari controlli di medicina legale e la collaborazione con i servizi sociali.

3.2.9 Intervenire nel settore delle farmacodipendenze

- Garantire un adeguato accesso in tutto il territorio provinciale a un trattamento di disassuefazione in regime residenziale che tenga debitamente conto della durata della disintossicazione fisica;
- occorre intensificare l'informazione ed il coinvolgimento dei medici generici, dei medici specialistici e dei farmacisti sulle specificità delle farmacodipendenze quali i modelli di consumo, i gruppi a rischio, il pericolo di recidive.

3.2.10 Integrare la tematica di genere nel settore delle dipendenze

- Istituire un gruppo di lavoro per la raccolta delle evidenze scientifiche;
- attivare percorsi di aggiornamento specifici per gli operatori/le operatrici dei servizi;
- dedicare maggiore attenzione agli aspetti specifici di genere nella predisposizione e nell'attuazione dei programmi di trattamento e di assistenza, ivi inclusa la farmacoterapia.

3.2.11 Unificare i modelli organizzativi e l'offerta di prestazioni specifiche

- Consolidare l'autonomia dei SerD e dei servizi privati convenzionati rispetto ai servizi psichiatrici, sia a livello di Azienda sanitaria sia a livello di comprensori sanitari;
- adeguare l'organizzazione dei SerD su scala provinciale riguardo alla loro strutturazione gerarchica, alla dotazione organica e ai relativi standards, al fabbisogno, al *case mix*, alle risorse;
- formalizzare, in un modello di cooperazione vincolante, la collaborazione coordinata da tempo in atto fra i servizi operanti nel settore delle dipendenze, anche per garantire l'omogeneità dell'offerta e delle procedure di rilevanza amministrativa in tutto il territorio provinciale;
- favorire l'adozione di priorità operative nel lavoro clinico, attuando il progetto "Rete per il gioco d'azzardo patologico e per le dipendenze non legate a sostanze". Tale progetto dovrebbe svolgere una funzione-modello.

3.2.12 Prevenire le malattie infettive e altre patologie correlate

La collaborazione con il reparto per le malattie infettive va ulteriormente intensificata.

Occorre dedicare particolare attenzione alle malattie sessualmente trasmesse e alla TBC.

3.3 Priorità operative e obiettivi a livello di interventi sociali

3.3.1 Coordinare i servizi sociali e le strutture operanti nel settore delle dipendenze

È necessario instaurare un tavolo di coordinamento per lo scambio di informazioni, l'elaborazione congiunta di strategie operative e lo sviluppo di una filosofia condivisa. Sarà opportuno che gli incontri non siano riservati ai dirigenti, ma vedano la partecipazione prevalente di operatori/operatrici.

Inoltre, a livello provinciale dovrebbe essere creato un momento istituzionale di coordinamento fra servizi sociali, Centri mediazione lavoro, IPES ed altri attori di rilievo per il settore delle dipendenze.

3.3.2 Ampliare l'offerta di strutture nelle aree di conurbazione, in cui sia garantito l'accesso al soddisfacimento dei bisogni primari

- Effettuare un'analisi del fabbisogno su scala provinciale per mettere a punto, in relazione ai risultati emersi, gli interventi occorrenti in sede locale (ad esempio in analogia al "Vinzidorf" di Graz).
- L'associazione "Volontarius" sta effettuando un monitoraggio sulla realtà delle persone senza fissa dimora. Si ritiene opportuno estendere tale iniziativa per poter quantificare il fenomeno ed avere informazioni capillari sui luoghi di consumo. Su questa base potranno essere adottate scelte adeguate al fabbisogno effettivo (ad es. streetwork con focus sui giovani oppure sui centri diurni).

3.3.3 Ampliare l'offerta di strutture notturne e di forme residenziali assistite per persone socialmente emarginate

- Sviluppare ulteriormente l'offerta di residenzialità assistita ed adeguarla meglio alle esigenze e alle condizioni di vita individuali delle persone socialmente emarginate e con problemi di dipendenza;
- ampliare l'offerta di residenzialità assistita su scala provinciale: riguardo a questa tipologia di aiuto si ritiene opportuno consentire una maggiore mobilità fra i singoli enti gestori, in quanto le persone con problemi di dipendenza da un cambio del contesto abitativo possono trarre preziosi stimoli per una svolta nel proprio stile di vita;
- mettere a punto offerte soprattutto per persone non astinenti;
- ampliare l'offerta di dormitori a bassa soglia e non legati ad un progetto.

3.3.4 Rendere capillare l'offerta occupazionale a bassa soglia

- Ampliare l'offerta di opportunità occupazionali a bassa soglia e creare opportunità di lavoro nelle aree svantaggiate;
- coordinare le varie tipologie d'offerta a livello locale e consentire la mobilità dei clienti/delle clienti fra i diversi enti gestori, considerato che spesso la riabilitazione risulta agevolata dal trasferimento in realtà locali e contesti sociali diversi;
- agevolare la mobilità dei clienti/delle clienti attraverso apposite norme finanziarie tra comunità comprensoriali e distretti sanitari.

3.3.5 Promuovere maggiormente l'occupazione e l'inserimento lavorativo

3.3.5.1 Laboratori

- Ampliare l'offerta di opportunità occupazionali a bassa soglia in tutto il territorio provinciale;
- la riabilitazione e l'integrazione sociale si attuano attraverso un processo dai tempi lunghi. Per utilizzare al meglio tale fase di vita, si ritiene opportuno mettere a punto offerte formative qualificate e progetti individualizzati, in cooperazione fra laboratori, ripartizione Formazione professionale e ripartizione Lavoro;
- l'obiettivo è quello di offrire percorsi formativi atti ad agevolare il passaggio da forme occupazionali protette e mercato del lavoro convenzionale;
- l'offerta di opportunità occupazionali deve essere quanto più flessibile e diversificata possibile, per consentire l'adeguamento alle varie fasi di vita ed alle condizioni di salute psicofisica dei clienti/delle clienti.

3.3.5.2 Cooperative sociali

- Incentivare e rafforzare le cooperative sociali che occupano persone con problemi di dipendenza;
- applicare in maniera più capillare l'art. 5 della Legge 381/91;
- fare in modo che sia bandito un maggior numero di gare pubbliche e che in quella sede siano privilegiate le cooperative sociali locali, pur nell'ipotesi di costi più elevati;
- mettere in rete le cooperative sociali, anche per definire criteri e linee guida condivisi per la partecipazione a gare d'appalto pubbliche;
- instaurare dei tavoli di coordinamento a livello provinciale e locale, per favorire il confronto fra le cooperative locali (associate) e gli enti ed aziende locali, avviando in tal modo nuovi contatti che sbocchino in rapporti di collaborazione e di inserimento lavorativo;
- effettuare studi sul rapporto costi-benefici: confronto fra costi e plusvalore degli inserimenti lavorativi nelle cooperative sociali (cfr. lo studio dell'Istituto di ricerca "Euricse" di Trento).

3.3.5.3 Inserimento nel mercato del lavoro libero

- Superare lo smembramento fra il sociale e l'economia, a favore del binomio „bene comune – economia“. Occorre creare i presupposti concreti per momenti di incontro e di scambio con imprese e con le loro organizzazioni. Va ad esempio incentivata la presa di contatto fra le 30 imprese altoatesine che di recente si sono aggregate nell'intento di impegnarsi per la conciliazione fra bene comune ed economia e per un'impostazione socialmente responsabile;
- realizzare "filieri formative" (un abbinamento fra training lavorativo e formazione), basate sul confronto su scala provinciale fra economia, strutture per l'inserimento lavorativo e formazione professionale: un percorso che, oltre a preparare alle sfide del mondo del lavoro, consente di professionalizzarsi; attivare percorsi di qualifica professionale accessibili per chi è in fase di riabilitazione e di reinserimento sociale;
- offrire maggiori stimoli alle imprese e piccole aziende che occupano persone svantaggiate. L'ente pubblico non deve limitarsi a coprire finanziariamente il minor rendimento dei clienti/delle clienti, ma provvedere ad una compensazione finanziaria anche a fronte dell'impegno delle persone di riferimento all'interno delle aziende. Di tale sostegno devono poter avvalersi anche le imprese soggette all'obbligo di creare posti di lavoro protetti.
- Provvedere affinché la LP 11/1986 sull'inserimento lavorativo di persone svantaggiate venga attuata in maniera più capillare ovvero modificare gli strumenti ivi forniti perché le modalità di assunzione previste risultino più appetibili per gli enti pubblici;

- sensibilizzare i datori di lavoro ed intervenire con maggiore determinazione sul piano politico. Ipotizzabile è inoltre l'introduzione di premi a quelle imprese che assumono persone con problemi di dipendenza (analogamente a quanto previsto per le persone con disabilità);
- sostenere l'impegno delle persone di riferimento sul lavoro nelle aziende;
- stringere più stretti rapporti con la psichiatria sociale: sfruttare le sinergie attivabili, anche perché le condizioni di partenza e le esigenze sono analoghe e numerosi sono i clienti con doppia diagnosi o diagnosi multipla.

3.3.6 Sviluppare ulteriormente e adeguare le offerte abitative

- Perfezionare l'offerta e adeguarla alle esigenze individuali e differenziate dei clienti/delle clienti;
- Ampliare l'offerta abitativa assistita, sia a bassa soglia sia al termine della terapia;
- Elaborare appositi piani per la residenzialità assistita di lungo periodo a persone con dipendenza cronica e ai clienti/alle clienti anziani: si registra una tendenza all'invecchiamento della clientela, con conseguente fabbisogno di progetti di residenzialità semi-assistita adatti per questa categoria. A tal riguardo è necessario seguire anche i passaggi fra fasi di vita e fra modelli abitativi;
- In questa prospettiva si ritiene opportuno effettuare un'analisi del fabbisogno che rilevi gli ambiti da affidare agli attori territoriali e quelli in cui conviene invece mettere a disposizione operatori/operatrici o servizi specializzati operanti su scala provinciale;
- Predisporre offerte di assistenza residenziale per minori sottoposti a provvedimento penale e consumatori di sostanze;
- Rilevare periodicamente il fabbisogno di posti letto/alloggi sul territorio ed elaborare i relativi criteri per la loro predisposizione ed assegnazione;
- Mettere a punto forme strutturate di cooperazione fra l'IPES ed i servizi sociali, in collaborazione con i SerD, per l'assistenza ambulatoriale a persone con problemi di dipendenza, al fine di poter intervenire preventivamente e fornire aiuto nel contesto abitativo dei pazienti.

3.3.7 Assistere ed alloggiare pazienti non autosufficienti con problemi alcolcorrelati ed altre dipendenze

Pazienti alcolodipendenti che invecchiano, ma talvolta anche persone con doppia diagnosi sviluppano patologie degenerative, anche di carattere demenziale, che incidono gravemente sull'autonomia della persona, determinando un progressivo fabbisogno di cura. Queste persone necessitano di assistenza specifica all'interno di case per anziani e di cura.

3.3.8 Assistenza economica sociale

- Occorre avviare un dibattito di principio circa il "cammino sul filo del rasoio" fra assistenza economica sociale con tutela di base o sostegno alla sussistenza da un lato e rafforzamento dell'auto-aiuto dall'altro.
- È indispensabile che gli operatori/le operatrici dei servizi sociali dispongano di informazioni precise ed aggiornate circa gli strumenti disposti dalla legislazione e dalle circolari nel settore dell'assistenza economica sociale. Occorre attivare efficienti flussi d'informazione e specifici percorsi di aggiornamento. Al riguardo, dovrà essere possibile estendere anche al personale dei servizi sanitari l'offerta di aggiornamento rivolta agli operatori/le operatrici dei servizi sociali.
- Rimuovere le barriere burocratiche laddove si tratta di disporre l'aiuto alla sussistenza per clienti con problemi di dipendenza, sulla base di scelte condivise fra i diversi settori e supportata da evidenze tecnico-professionali.

- Unificare il procedere e, di conseguenza, le modalità di pagamento in quei settori in cui l'amministrazione ha un determinato margine di discrezionalità: occorre un confronto strutturato e continuativo fra i servizi per l'assistenza economica sociale dei diversi enti gestori, con l'obiettivo di mettere a punto strategie ed approcci applicabili sull'intero territorio provinciale.

3.3.9 Promuovere progetti innovativi, tesi all'integrazione di attività per il tempo libero e l'incoraggiamento del volontariato

- Ampliare le offerte per il tempo libero, anche a bassa soglia.
- Aumentare il sostegno finanziario, anche per corsi di aggiornamento destinati agli operatori/alle operatrici dei servizi.
- Insediare un gruppo di lavoro fra servizi pubblici e privati sul tema "attività di tempo libero per persone con problemi di dipendenza". In quella sede potrebbero essere individuate le eventuali risorse attivabili all'interno della realtà di riferimento locale.
- Valorizzare il volontariato e l'impegno civico, con l'obiettivo di promuovere una società civile attiva.
- Fare in modo che anche i momenti di ritrovo non strutturati siano gestiti in maniera adeguata per le persone con problemi di dipendenza. A dare un esempio positivo potrebbero essere dei bar in cui non si servono alcolici né si trovano installate delle slot machines.
- Attraverso tali misure si potranno affrontare gli argomenti centrali della gestione del quotidiano, dei contatti sociali e della lotta contro la solitudine.

3.3.10 Attivare un maggior numero di gruppi di auto-mutuo aiuto ed offrire loro più sostegno

- Nel settore delle dipendenze scarseggiano tuttora il lobbying e i momenti di autorappresentanza. Inoltre, le opportunità offerte in tal senso rivolte ai familiari di persone con problemi di dipendenza sono ancora suscettibili di perfezionamenti.
- Occorre intensificare l'offerta anche attraverso i succitati interventi di sostegno da parte della Federazione provinciale per il sociale e la sanità.

3.3.11 Rimuovere le barriere burocratiche per evitare lo sperpero di tempo e di risorse

- Mettere a punto un pacchetto strutturato di interventi (che preveda ad es. l'unificazione a livello provinciale della modulistica per il rilevamento statistico dei clienti/delle clienti, progetti individualizzati ed valutazione, la collaborazione fra i servizi di settore).

3.3.12 Adottare in maniera capillare la metodologia del *case management*

- Proseguire nell'elaborazione di un'offerta formativa su questa metodologia.
- Istruire ed accompagnare i nuovi operatori/le nuove operatrici nell'applicazione pratica.
- Adattare la modulistica al metodo del *case management*.
- Creare un sistema di documentazione computerizzato operativo su scala provinciale.
- Affiancare al personale supervisorie competenti in materia di *case management*

3.3.13 Fornire maggiori informazioni alla collettività e garantire la trasparenza circa le opportunità ed i limiti del sistema di assistenza sociale

- Trattasi di un compito della politica, più precisamente della politica sociale. Saranno i servizi sociali a fornire gli opportuni *inputs* sul piano tecnico-professionale.

- A tal riguardo risulta utile la messa in rete con altri settori (persone con patologie psichiche o con disabilità), per dare maggiore peso agli obiettivi condivisi.

3.3.14 Stipulare accordi su opportunità di sostegno per brevi periodi ad immigrati clandestini con problemi di dipendenza, in collaborazione con il volontariato

- Attivare forme di collaborazione fra i servizi sociali onde consentire, nei limiti delle normative vigenti, l'accesso a determinate risorse per intervenire su casi eccezionali. A titolo esemplificativo si citano le offerte di assistenza sanitaria, ma anche la consulenza sul sostegno alla sussistenza da parte dell'Associazione Fanon Balint.

3.3.15 Predisporre un'offerta capillare di *streetwork*

- Gli obiettivi perseguiti sono da un lato il rilevamento delle tematiche cruciali e delle esigenze dei giovani riguardo a dipendenza, prevenzione e diagnosi precoce, dall'altro l'intervento teso a garantire la sussistenza per pazienti con grave alcoldipendenza o dipendenze di altra natura non curabili.
- Occorre definire il concetto di *streetwork* ed elaborare un piano specifico, per poter attivare interventi conformi ai vari contesti di riferimento e reagire in maniera flessibile agli sviluppi in atto.

3.3.16 Elaborare criteri operativi per i servizi sociali nel settore delle dipendenze

Con le Linee guida 2003, è stata revocata la delibera della Giunta provinciale del 30-03-1998, n. 1240 "Provvedimenti nel settore delle tossicodipendenze". Tale delibera conteneva peraltro alcuni criteri fondamentali per i servizi e le strutture (definizioni, parametri di dotazione organica, accesso, gestione ecc.), non più riportati nelle Linee guida.

Sarà quindi opportuno che in un prossimo futuro si provveda ad elaborare una base legislativa in questo senso, anche nella prospettiva dell'accreditamento e in conformità con gli standards essenziali di prestazione.

3.4 Interfacce e priorità operative interdisciplinari

3.4.1 Proseguire nel processo di definizione delle competenze e di regolamentazione delle interfacce nell'assistenza sociale e sanitaria, migliorare il lavoro in rete, consolidare l'approccio di assistenza integrata e multiprofessionale e concertare meglio i vari interventi

- Concertare tempestivamente il lavoro in rete, intensificandolo all'interno dei vari ambiti d'intervento, ma anche fra i singoli settori (prevenzione, terapia/riabilitazione e intervento sociale): studiare modalità operative e strategie unitarie, intercomprensoriali per l'intero territorio provinciale.
- Intensificare il lavoro in rete fra i servizi operanti nel settore delle dipendenze ed i servizi psichiatrici e di psichiatria dell'età evolutiva: stesura di protocolli d'intesa sulla filiera di terapia, di riabilitazione ambulatoriale e residenziale. Riguardo all'uso sintomatico di sostanze occorre prevenire le stigmatizzazioni e fare in modo che le patologie all'origine del fenomeno siano diagnosticate e curate tempestivamente.
- Potenziare il lavoro in rete fra i servizi operanti nel settore delle dipendenze e i medici generici e pediatri: regolamentazione delle interfacce, scambio di informazione e sensibilizzazione.
- Potenziare il lavoro in rete fra i servizi sociali e le istituzioni competenti nelle materie lavoro e casa.
- Potenziare il lavoro in rete fra i servizi sanitari e sociali, i servizi e le strutture operanti nella prevenzione e le forze dell'ordine: concertare meglio gli interventi riguardo alla sicurezza, in particolare nei casi di crisi acuta.

3.4.2 Portare avanti il modello di lavoro in rete ed integrato sulle dipendenze, fondato sui tre pilastri „prevenzione“ (universale, selettiva ed indicata), „terapia e riabilitazione clinica“ (servizi sanitari), “inserimento professionale e interventi sociali”

3.4.3 Offrire percorsi di aggiornamento specifici congiunti per attori ed operatori/operatrici del sistema integrato sulle forme di dipendenza conosciute e nuove, su modalità d'intervento e sulle tematiche giovanili; approfondire scientificamente i temi correlati. Impostare su criteri scientifici il sistema dei servizi per le dipendenze.

- Incentivare la formazione e l'aggiornamento nel settore delle dipendenze, tanto più che i percorsi formativi specifici non considerano, se non in misura modesta, i vari temi delle dipendenze. È importante che vengano organizzati periodici corsi vertenti sulle dipendenze, incoraggiando l'adesione.
- Mettere a punto un'offerta di aggiornamento coordinata.
- Attribuire un ruolo di rilievo ai percorsi di formazione e di aggiornamento congiunti per diverse categorie professionali, diversi servizi e a livello intercomprensoriale, inducendo tutte le strutture e tutti i servizi (del sistema sanitario e sociale e della prevenzione) a favorire tali iniziative anche sul piano organizzativo.
- Ancorare tematiche specifiche delle dipendenze e giovanili nella formazione universitaria e coinvolgere gli operatori/le operatrici del settore delle dipendenze nella formazione dei collaboratori del servizio giovani.

- Promuovere la partecipazione congiunta di operatori/operatrici di diverse categorie professionali e servizi ad iniziative di formazione specifica sulle dipendenze che considerino anche i temi della diagnosi precoce, dell'analisi predittiva, della vulnerabilità ecc.
- Promuovere in particolare i seminari a porte chiuse per i servizi operanti nel settore delle dipendenze, organizzati presso la struttura di Bad Bachgart ed estendere tale offerta anche ad altri settori.
- Favorire le presenze di operatori/operatrici in veste di uditori/uditrici presso i diversi servizi, al fine di migliorare la conoscenza di una molteplicità di ambiti operativi (ambulatoriali e residenziali), a sostegno della qualità della collaborazione.
- Dare particolare rilievo ai percorsi congiunti di aggiornamento con il personale dei servizi psichiatrici, per migliorare la collaborazione a livello di interfacce ed aumentare la sensibilità e competenza dei collaboratori/delle collaboratrici; in particolare, si ritiene opportuno che gli operatori/le operatrici dell'Associazione „La Strada-Der Weg“ siano coinvolti, sempre in veste di uditori, nelle attività delle strutture psichiatriche.

3.4.4 Promuovere rilevamenti epidemiologici integrati, al fine di garantire l'individuazione sistematica degli sviluppi a livello provinciale e la comparabilità dei dati sia nel settore sanitario che in quello sociale

In questi ultimi anni è stato realizzato il sistema informativo „Ippocrate“, dedicato alla raccolta di dati coerenti e paragonabili, al fine di adempiere all'obbligo di documentazione epidemiologica completa e riferita alle prestazioni. „Ippocrate“ mette in rete i quattro SerD e le strutture convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

È indispensabile sostenere il progetto „Ippocrate“ e potenziarlo.

Nel contesto sanitario, la stesura della Relazione sanitaria provinciale offre l'occasione di rilevare annualmente una serie di dati sul fenomeno delle dipendenze. Inoltre, la legge impone l'obbligo ai SerD di trasmettere annualmente determinati dati al Ministero della Salute.

Quanto ai comportamenti di consumo, diversi soggetti istituzionali (ad es. il Ministero della salute, l'Osservatorio epidemiologico della Ripartizione sanità, scuole, servizio giovani) effettuano studi mirati in merito.

Tali attività di ricerca sono tuttavia eseguite in funzione di un fabbisogno specifico, non con scadenza periodica.

Nel settore sociale, i dati inerenti ai clienti/alle clienti e alle prestazioni fornite sono rilevati annualmente ed elaborati dall'Astat.

Per una visione organica degli sviluppi registrati nel territorio provinciale in tema di dipendenze, è importante che anche nei settori della prevenzione e sociale si provveda al rilevamento dati per consentirne una lettura integrata con quelli raccolti nei settori clinico e riabilitativo.

4. Attività previste per il periodo di validità del Piano di settore

Come osservato nelle premesse, il Piano di settore rappresenta una base di partenza per ulteriori lavori sulle sfide centrali e sui quesiti via via emergenti nel settore delle dipendenze. In particolare, nel corso del quinquennio di validità del Piano, si intende approfondire le seguenti tematiche, in collaborazione con tutti i servizi operanti nel settore:

- **Definire e formulare una visione d'insieme del tema dipendenze:**
Sulla base dei lavori preliminari effettuati, nei prossimi 5 anni sarà possibile elaborare un progetto per la definizione di una visione globale nonché delle Linee guida per il lavoro integrato sulle dipendenze nei tre ambiti operativi interventi sociali – terapia e riabilitazione – prevenzione.
- **Confrontarsi con i principi etici da seguire nel settore delle dipendenze**
Il Piano di settore comprende alcuni principi di riferimento per le attività future.
- **Garantire la tutela di bambini e giovani**
- **Introdurre un cambio dei paradigmi nel sistema dei servizi per le dipendenze**
È necessario che all'interno di tutti i servizi implicati si passi ad una nuova impostazione culturale: occorre diffondere la consapevolezza che nell'ambito del proprio mandato istituzionale, ognuno è responsabile in egual misura del lavoro sulle dipendenze, e che nessuno dei servizi potrà da solo ottenere risultati sostenibili. Da questa consapevolezza nascerà una nuova modalità di lavoro in rete, caratterizzata da uno spirito aperto, dalla comunicatività, dall'integrazione e dalla responsabilità condivisa.
- **Regolamentare le interfacce: SerD – psichiatria – trattamenti residenziali e riabilitazione dalle patologie di dipendenza**
- **Regolamentare le interfacce: neuropsichiatria dell'età evolutiva e SerD**
- **Creare specifiche unità di prevenzione all'interno dei SerD e dei servizi privati**
All'interno dei SerD e dei servizi privati saranno istituite apposite unità di prevenzione; i SerD svolgeranno un importante ruolo nella diagnostica; per i casi di consumo sintomatico si prevede l'incentivazione del trattamento precoce delle patologie originarie da parte dei servizi medici specialistici competenti. A tale scopo vanno garantiti adeguati presupposti strutturali (quali ad esempio l'accesso separato). Inoltre, vanno messe a disposizione le risorse personali occorrenti, proprio anche nella prospettiva dell'apertura dei servizi ai giovani che presentino comportamenti di consumo sperimentale o sintomatico (prima presa di contatto, prima consulenza ed invio, screening, diagnosi precoce, invio precoce ad altri servizi specialistici ecc.).
- **Promuovere la diagnosi precoce e l'invio precoce**
Un ruolo di crescente importanza rivestono l'analisi della vulnerabilità individuale, l'individuazione precoce di problemi e gli interventi a favore delle categorie a rischio. Il consumo di sostanze legali ed illegali deve essere tematizzato sotto l'aspetto giuridico. Il comportamento di consumo sperimentale non necessita di trattamento, un consumo a rischio va invece verificato nella sua valenza sintomatica. L'obiettivo è quello di attribuire il carattere di normalità al non-consumo anche di sostanze legali quali l'alcol e la nicotina, valorizzando uno stile di vita privo di sostanze.
- **Promuovere l'intervento sociale e l'integrazione**
Le forme di dipendenza dall'alcol e da altre sostanze sono patologie cronico-recidivanti che possono comportare problematiche sociali. Un particolare impegno va dedicato ai temi cruciali della povertà, delle carenze formative, del problema casa e della disoccupazione, con l'obiettivo di mantenere socialmente integrate le persone con problemi di dipendenza o di reintegrarle.

- **Coinvolgere sistematicamente altre istituzioni importanti**
Per il lavoro sulle dipendenze è importante, soprattutto nell'ottica della prevenzione, che al fianco dei servizi sanitari e sociali si impegnino con costanza anche il servizio giovani, la scuola, il settore della cultura e i servizi competenti in materia di casa e lavoro.
- **Coinvolgere i diretti interessati**
I motivi sopra illustrati hanno impedito di coinvolgere nella stesura del Piano di settore i/le rappresentanti delle persone direttamente interessate ovvero delle loro associazioni. In futuro si intende ovviare mettendo a frutto il loro sapere di esperti riguardo agli sviluppi in atto nel settore delle dipendenze.
- **Introduzione di un sistema di monitoraggio**
Si ravvisa la necessità di un sistema di monitoraggio sulla realizzazione degli obiettivi definiti nel Piano di settore nonché sull'andamento riguardo alle singole priorità operative. In merito compete un ruolo centrale all'Unità di coordinamento nel settore delle dipendenze operante a livello provinciale.
- Verificare la necessità di un programma di prevenzione specifico riferito alle donne (sensibilizzazione delle donne sul consumo d'alcol e sul rischio di esposizione a violenze; campagne di sensibilizzazione su temi del consumo e sui disturbi dell'alimentazione).

ALLEGATO 1

Sviluppi nell' area dipendenze 2003 - 2011 (estratto da: „linee guida per le dipendenze)

1. Priorità operative in materia di prevenzione delle dipendenze

- **Ampliare e migliorare la professionalità di educatori e animatori che lavorano coi giovani, inserendo nei loro programmi di formazione e di aggiornamento percorsi specifici – da svolgere anche insieme agli esperti di prevenzione, consulenza e terapia – in tema di prima consulenza e di colloquio motivazionale, e offrendo loro delle conoscenze approfondite sia sulle sostanze, sia sulla rete dei servizi.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

I passi in avanti compiuti in questi ultimi anni sono notevoli. L'offerta formativa destinata agli operatori/alle operatrici dell'area giovani comprende percorsi di aggiornamento permanente via via ampliati ed adeguati alle nuove esigenze emergenti.

Tutta una serie di strutture offre una gamma differenziata di percorsi di aggiornamento quali ad esempio corsi formativi per il potenziamento delle competenze (gestione dei colloqui motivazionali, gestione dei momenti di crisi e *case management*, lavoro di progetto) come pure seminari su argomenti della prevenzione di fenomeni di dipendenza.

La casa per i giovani Cassianeum riveste un ruolo centrale nella formazione degli operatori/delle operatrici dell'area giovani di lingua tedesca. Un'opportunità che ad oggi manca per il lavoro con i giovani di lingua italiana.

Periodici incontri con il Gruppo di lavoro degli Jugenddienste e la rete degli Jugenddienste garantiscono il trasferimento di sapere.

Inoltre sono stati predisposti i "LANC - Fondamenti giuridici e indicazioni operative concrete sul rapporto con alcol, nicotina e cannabis nei centri e nei luoghi d'incontro giovanili".

- **Individuare e sperimentare nuove strategie d'intervento con le fasce giovanili, con la possibilità di realizzare progetti pilota al di là di rigidi schemi burocratici.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Nel periodo in parola, i progetti modello realizzati sono stati molteplici. A titolo esemplificativo ricordiamo i seguenti: presso il SerD di Merano è stato attivato il centro di consulenza "Prevenzione secondaria". Il Forum prevenzione ha messo in atto i progetti "Free your mind", "Pit Stop", "Rausch und Risiko" ed in val Venosta il progetto destinato agli apprendisti. L'associazione "La Strada – Der Weg" ha realizzato i progetti "backstreet" e "LAB", inoltre è stata messa a punto un'offerta di prevenzione secondaria. L'Intendenza scolastica italiana ha provveduto all'attuazione di interventi mirati nelle scuole, in collaborazione con gli "sportelli psicologici". L'Azienda servizi sociali di Bolzano si è impegnata nell'individuazione precoce di nuovi fenomeni sociali, mettendo in atto diversi progetti mirati in cooperazione con diversi partners operanti sul territorio (AHA-Alternative Happy Hours, Bullidog, Backstreet, Top Cross 2G, Furgofilm, „Educativa domiciliare“, „Prescuola“ „Doposcuola“, servizio di trasporto e di accompagnamento). La Comunità comprensoriale Oltradige-Bassa Atesina ha realizzato i progetti "The Game" e "C'è chi dice no". Nella comunità comprensoriale val Pusteria è stato promosso il progetto "puls", destinato a rafforzare le competenze di vita e la prevenzione delle

dipendenze. Nel 2007, l'associazione "Volontarius" ha chiuso il "Servizio di Educativa di Strada", riattivandolo con nuove impostazioni strategiche focalizzate sulle mutate esigenze dei giovani.

- **Coinvolgere direttamente le categorie interessate nella pianificazione dei progetti di prevenzione secondaria, e acquisire familiarità col mondo giovanile.**

Sviluppi interscambiati dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Negli ultimi anni, diversi gestori di servizi ed iniziative hanno promosso progetti e programmi di prevenzione secondaria. Tuttavia, non tutti i promotori hanno provveduto a coinvolgere i diretti interessati.

Tra gli altri, a proporre nuovi servizi di consulenza e nuovi modelli d'intervento a titolo di prevenzione secondaria, sono stati l'associazione "La Strada – Der Weg" ed i SerD di Bolzano, Merano e Brunico.

Il *network* "prevenzione selettiva" coordinato dal "Forum prevenzione" si è riproposto di aggiornare gli operatori/le operatrici impegnati/e nelle strutture coinvolte sul mondo giovanile e sul consumo di sostanze, organizzando periodici incontri.

A Brunico è attiva la piattaforma "Die Gesellschaft und ihre Kinder" (la società e i suoi figli) che si impegna per approfondire le situazioni di problematicità.

- **Mettere a punto nuovi modelli per una cultura del festeggiare.**

Sviluppi interscambiati dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Nell'ambito della campagna contro l'abuso dell'alcool "bere responsabile" lanciata nel 2009, è uscita la pubblicazione "Fare feste", destinata a fornire suggerimenti per una cultura del festeggiare responsabile, orientata sul godimento. L'Intendenza scolastica tedesca si adopera per sensibilizzare all'argomento "cultura della festa e consumo d'alcool" attraverso il proprio progetto "Unser Maturaball" (il nostro ballo di maturità) promosso nelle scuole superiori.

In occasione di una serie di iniziative e feste, si trovano stands dove consumare bibite analcoliche, quali ad esempio il "Trendy Bar" oppure il "Gitschnbar" del progetto "AHA".

Il Forum prevenzione ha recentemente messo in atto il progetto "Pit Stop" rivolto ai giovani ed ai giovani adulti, ma anche agli stessi promotori delle manifestazioni.

- **Migliorare e ampliare il lavoro di strada professionale destinato ai giovani.**

Sviluppi interscambiati dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Un servizio di street work è in funzione a Merano e a Bressanone, mentre manca a Bolzano.

Nella comunità comprensoriale val Pusteria, l'introduzione dello street work è in fase di pianificazione, ma per il momento mancano le risorse finanziarie.

- **Dare un peso maggiore al rilevamento e all'intervento precoce, a tutti i livelli e nelle diverse fasce d'età.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Numerosi progetti sono già stati realizzati. Il Forum prevenzione, in collaborazione con l'Intendenza scolastica tedesca, ha messo in atto il progetto "Step by Step", mentre con l'associazione "Hands" ha lanciato il progetto "Top on job".

L'associazione "La Strada – Der Weg" ha istituito il servizio di prevenzione secondaria.

I SerD di Merano, Brunico e Bressanone hanno elaborato progetti di diagnosi precoce e di intervento precoce in tema di abuso di alcol e di farmaci, da attuarsi all'interno degli ospedali. Prima ancora che la strategia fosse implementata, il progetto è tuttavia stato accantonato a causa dello scarso interesse manifestato dall'Azienda sanitaria.

L'Intendenza scolastica italiana ha messo a disposizione del personale insegnante un kit di strumenti per l'individuazione precoce di segnali di comportamento problematico.

Presso il Commissariato del Governo (NOT – Nucleo Operativo Tossicodipendenze) è stato attivato un progetto di intervento precoce in collaborazione con il SerD di Bolzano.

- **Prestare maggiore attenzione all'assistenza sociale dei minori e adottare strategie mirate contro l'abbandono scolastico.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Accanto all'attività di consulenza scolastica, per contrastare il rischio dell'abbandono scolastico si provvede a far intervenire nelle scuole anche degli educatori professionali. Dalla fine del 2008, la Ripartizione formazione professionale in lingua tedesca e ladina promuove l'insediamento di équipes di consulenza all'interno delle scuole provinciali per la formazione professionale, sostenendo progetti specifici. Il servizio di orientamento professionale in lingua italiana invece è impegnato nell'attivazione di percorsi di riorientamento destinati a contrastare il fenomeno dell'abbandono scolastico.

Inoltre, in diverse zone della provincia sono stati lanciati progetti modello in tema di lavoro sociale minorile.

- **Ampliare l'offerta di consulenza per giovani che fanno uso di sostanze e per i loro genitori, creando un'offerta adeguata e flessibile che copra una vasta gamma di aspetti della consulenza sulle dipendenze – dall'uso problematico di sostanze al gioco d'azzardo, passando per l'uso problematico dei media e via dicendo.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

I SerD di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico hanno predisposto nuove offerte di consulenza differenziate per genitori e giovani.

L'associazione "La Strada – Der Weg" ha dato l'avvio alla prevenzione secondaria.

L'Intendenza scolastica tedesca offre attraverso i centri d'informazione e di consulenza un servizio di accompagnamento per scuole materne e scuole in condizioni particolari. Altre offerte di sostegno sono legate ai programmi "Generation E" e "Step by Step". Nelle scuole italiane sono stati istituiti gli "Sportelli di consulenza".

Anche "Young & Direct" propone delle iniziative di prevenzione secondaria. Infine vi si impegna anche il Centro di consulenza psico-sociale di Silandro.

- **Spingere le strutture che operano nel campo delle dipendenze e quelle deputate all'assistenza sociale dei minori ad elaborare strategie comuni di prevenzione ed intervento rivolte ai figli delle persone dipendenti.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Nelle città di Bolzano, Merano e Brunico, fra i SerD e i Servizi sociali competenti sono state elaborate ed avviate varie forme di cooperazione (in parte anche con protocollo d'intesa). A Bolzano sono stati coinvolti anche HANDS ed il Servizio psicologico.

In val Pusteria sono stati messi in atto "l'estate ragazzi" per bambini di famiglie con problemi di dipendenza, progetti gruppi di ragazze e di ragazzi seguiti durante il periodo estivo e il doposcuola durante l'anno scolastico.

- **Sensibilizzare maggiormente sui problemi legati al consumo di alcol e di tabacco.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

I due settori della prevenzione dell'abuso di alcol e di tabacco hanno assistito ad uno sviluppo particolarmente rapido. Per il Forum prevenzione si trattava dei settori d'intervento di maggiore impegno.

Varate le Linee d'indirizzo, sono stati elaborati e successivamente approvati con delibere della Giunta provinciale il "Piano per la prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo in Alto Adige" nel 2005 e nel 2007 il "Piano per una prevenzione organica dell'abuso di alcool in Alto Adige".

Quanto all'aspetto strutturale, la nuova stesura della Legge provinciale recante "Interventi in materia di dipendenze" (L.P. 18 maggio 2006, n. 3) comprende un articolo in materia di abuso d'alcol ed è stato emanato un relativo regolamento di esecuzione. Con ciò anche i Comuni dispongono ora di un nuovo strumento di gestione della problematica.

In materia di prevenzione del tabagismo è stata predisposta ed elaborata la Legge provinciale n. 6 "Tutela della salute dei non fumatori e disposizioni in materia di personale sanitario".

A livello provinciale vengono portate avanti una campagna contro l'abuso d'alcol (dal 2006) ed un'altra contro il tabagismo (dal 2005: "Fallo per te. Ti aiuteremo" e "Free your mind" destinato al target giovani). Contestualmente, è stata posta sempre maggiore attenzione sulla tutela dei minori (niente alcolici ai minori di 16 anni). Per la campagna contro l'abuso di alcol è stato creato un apposito marchio con logo. All'elaborazione delle campagne annuali provvede un comitato di gestione.

L'Intendenza scolastica tedesca ha lanciato i programmi di prevenzione "Diventare autonomi", "Scuola trasparente", "Free your mind" e "Step by Step".

Le scuole italiane hanno integrato nei propri piani didattici diverse iniziative sulle tematiche abuso d'alcol e tabagismo.

Nel dibattito sull'impegno in materia di prevenzione nel lavoro con i giovani il discorso sull'alcol occupa il maggior spazio in assoluto.

Negli anni 2007 e 2009 i SerD di Bolzano e di Bressanone hanno effettuato delle indagini presso i reparti di pronto soccorso ospedalieri. Inoltre è stato attuato un progetto per l'individuazione precoce di fenomeni problematici legati al consumo di alcol.

- **Diffondere, soprattutto per le forme di dipendenza meno tematizzate, una maggiore consapevolezza del problema, elaborando nuove strategie d'intervento.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

In tema di gioco d'azzardo, il Gruppo di lavoro sul gioco d'azzardo patologico - che vede coinvolti i SerD, Hands, Bad Bachgart, il Centro di consulenza psicosociale ed il Forum prevenzione – ha messo a punto specifiche iniziative e materiale informativo sui temi gioco d'azzardo ed internet. Sono stati inoltre intensificati i contatti con i media. Presso i SerD è stata attivata un'offerta di terapie individuali per persone dipendenti dal gioco d'azzardo.

Una legge provinciale di disciplina in materia di sale da gioco è stata varata nel 2009.

Il Centro per i disturbi del comportamento alimentare Infes ha potuto potenziare la propria attività di consulenza e di prevenzione, grazie ad un intervento di ristrutturazione.

Diverse strutture ed uffici hanno predisposto e divulgato materiale informativo sugli argomenti internet, giochi al computer, *mobbing* e violenza.

L'Azienda Servizi Sociali di Bolzano sta elaborando, in collaborazione con esperti operanti in materia, il "Piano di settore dipendenze". Esso prevederà tra l'altro le strategie per l'individuazione e il monitoraggio delle nuove forme di dipendenza.

- **Migliorare le competenze educative dei genitori, anche sensibilizzandoli sulla funzione di esempio e modello che gli adulti esercitano sui giovani.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

In ambito di formazione dei genitori si è assistito ad uno sviluppo altrettanto rapido. Infatti, se negli anni '90 l'esigenza di rafforzare le competenze dei genitori risultava ancora trascurata, negli anni dal 2000 a questa parte abbiamo assistito ad una crescente promozione del settore. Tutta una serie di strutture operanti nei settori sanitario, sociale, scolastico, famiglia, cultura, giovani e sicurezza pubblica hanno provveduto ad elaborare e ad attivare una molteplicità di offerte specifiche, fra conferenze, scuole per genitori, convegni, seminari, programmi, percorsi di aggiornamento, gruppi di genitori e consulenze.

Ne consegue che al momento attuale vi sono anche casi di parallelismi fra iniziative rivolte alle stesse categorie target.

Dal 2008 è inoltre in funzione il "Telefono genitori".

Il Forum prevenzione ha messo a punto una serie di dépliant per genitori, su vari argomenti del lavoro con i genitori, fra cui i materiali relativi alla campagna "Forti nell'educare". L'Ufficio giovani cura le "lettere ai genitori". Il Dipartimento famiglia, sanità e politiche sociali promuove, attraverso il Servizio famiglia, varie iniziative a sostegno della formazione continua delle famiglie (Legge provinciale 7/74, art. 16ter).

A Brunico è in fase di rodaggio un progetto intitolato "Elternsprechstunde" (udienza per i genitori) elaborato dalla piattaforma "Die Gesellschaft und ihre Kinder".

- **Indurre tutte le strutture sociali e sanitarie a riconoscere nei fatti l'importanza fondamentale dell'educazione alla salute e della prevenzione.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

In quest'ultimo periodo, in alcune comunità comprensoriali ed in singoli comuni si sono costituiti dei gruppi di lavoro che si impegnano a favore della salute e per la prevenzione delle dipendenze. Fra le iniziative attivate citiamo a titolo esemplificativo i progetti "Puls" (val Pusteria), "Out of the blue" (Bassa Atesina), "Eppan aktiv" (Oltradige), "Sturzhelm" (Terlano). La città di Bolzano ha inserito il tema della prevenzione nel proprio Piano di settore giovani.

Numerosi Comuni ed organizzazioni propongono “l'estate ragazzi” per bambini e adolescenti, iniziative concepite anche con l'obiettivo di educare al vivere sano.

Il Forum prevenzione coopera con Comunità comprensoriali, Servizi sanitari e sociali e Comuni offrendo consulenza e focalizzando l'attenzione su specifici progetti.

Nel settore scolastico è stato approfondito l'impegno mirato per la promozione della salute incentrato sulla prevenzione e sul rafforzamento delle competenze di vita, con diverse iniziative ed opportunità di aggiornamento (Natürlich sind wir stark, Mein Körper gehört mir, Durch dick und dünn, Soziale Kompetenzen. Ich-Du-Wir, Aktion Verzicht,...). La cartella “Wetterfest” uscita nel 2010, destinata ad insegnanti ed educatori/educatrici delle scuole e delle scuole materne e comprendente una ricca gamma di materiali didattici interdisciplinari vuole mettere in evidenza i denominatori comuni del lavoro svolto in materia di prevenzione.

In questi ultimi anni, il personale insegnante ha manifestato una crescente sensibilità rispetto a tali tematiche.

2. Priorità operative in materia terapeutica e riabilitativa

- **Dotare i servizi sanitari di presupposti logistici e strutturali adeguati, per esempio ingressi separati, in modo da estendere l'attuale offerta trattamentale anche ad altre forme di dipendenza**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Questa priorità operativa definita nel 2003 è stata parzialmente conseguita. Ad esempio, presso i SerD di Bolzano, di Merano e di Bressanone, sono stati realizzati accessi separati e l'offerta terapeutica si estende ora anche ad altre problematiche ovvero dipendenze. Il SerD di Brunico si trasferirà in una nuova sede nel 2011, quello di Bressanone nel 2012.

- **Promuovere iniziative specifiche di sensibilizzazione e di trattamento per consumatori/consumatrici di cocaina e ecstasy.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Nell'ambito di questa priorità operativa, negli anni passati sono state avviate varie iniziative (convegno sul consumo di cocaina, l'opuscolo informativo “Cocaine&Co” , “cocaine-user-card”) ed i SerD forniscono consulenza individuale su richiesta. Raggiungere i consumatori/le consumatrici è tuttavia difficile, non essendo il consumo di cocaina percepito come comportamento problematico, per cui gli interessati non si rivolgono ai servizi competenti.

- **Avviare una campagna di sensibilizzazione sulle farmacodipendenze rivolta ai medici di medicina generale, ai reparti ospedalieri e all'opinione pubblica.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Qualche iniziativa isolata è stata intrapresa nel corso degli ultimi anni. Nel novembre 2010 ad esempio, ha avuto luogo un convegno sulle benzodiazepine organizzato dal SerD di Bolzano. Inoltre sono state organizzate delle conferenze per medici generici. Peraltro, l'offerta risultava insufficiente sia in termini di copertura territoriale che in termini di periodicità delle iniziative.

- **Concordare, in seno a ciascuna azienda sanitaria, le modalità con cui eseguire il trattamento del tabagismo, coinvolgendo tutte le risorse disponibili.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Il Centro di consulenza per fumatori del Servizio pneumologico interaziendale, i SerD, il Centro di consulenza psico-sociale di Silandro della Caritas ed il Servizio psicologico di Bolzano offrono sostegno ambulatoriale per la disassuefazione dal fumo, sotto forma di consulenza individuale e di gruppo. Nei singoli Comprensori sanitari sono organizzati ed effettuati specifici corsi.

Il Comprensorio sanitario di Merano ha messo in atto, in collaborazione con i medici generici, un progetto che prevedeva anche un percorso formativo per medici.

- **Sviluppare un sistema integrato, ambulatoriale e residenziale, per la terapia e la riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze e comorbilità psichiatriche.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

I SerD hanno redatto protocolli d'intesa e di cooperazione con i Servizi psichiatrici e le modalità di cooperazione sono stati approfonditi.

L'associazione "La Strada/Der Weg" ha attivato il modulo di assistenza residenziale "doppia diagnosi".

Recentemente, la comunità terapeutica "Sant'Isidoro" è stata trasformata in comunità terapeutica per pazienti con doppia diagnosi e diagnosi plurima. I pazienti vi vengono indirizzati sia dalla psichiatria che dai SerD.

- **Garantire, possibilmente in tutto il territorio della provincia, la disponibilità di un trattamento di disintossicazione, senza ritardi ed ostacoli burocratici.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Per quanto riguarda questa priorità operativa, la messa in atto è riuscita. I trattamenti residenziali di disassuefazione sono effettuati in tempi relativamente brevi e senza problemi di sorta negli ospedali dei singoli Comprensori sanitari. A Merano, a parte il servizio offerto dall'ospedale, è in atto una cooperazione con la clinica Sant'Anna.

Presso la comunità terapeutica "Sant'Isidoro", d'intesa con il SerD che vi indirizza il/la paziente, si effettuano trattamenti residenziali individuali in un contesto che garantisce condizioni di sicurezza.

- **Nei centri e nelle comunità terapeutiche, dare risposte più adeguate alle nuove esigenze che stanno emergendo, rilevando le carenze assistenziali, pianificando interventi adeguati e coordinandoli con le risorse già esistenti.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Le comunità terapeutiche operanti sul territorio (Bad Bachgart, La Strada/Der Weg e Hands) si adoperano costantemente per adattarsi, nell'ambito della propria missione e delle risorse disponibili, alle esigenze in continuo mutamento, rispondendo con interventi adeguati.

In merito, è in atto una stretta collaborazione con i SerD.

- **Creare delle opportunità differenziate di terapia ed intervento assistenziale che vadano incontro alle esigenze dei familiari e dei minori con problemi di dipendenza.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

All'interno dei SerD sono state ampliate le attività dedicate ai familiari. Per quanto possibile e necessario, sono coinvolti/e nel trattamento dei pazienti anche i genitori ed i compagni/le compagne; inoltre, ai congiunti vengono proposte consulenza e terapia individuali o di gruppo. Il SerD di Bolzano ha allestito un centro di consulenza, mentre il SerD di Merano ha attivato la "prevenzione secondaria".

Anche l'associazione "La Strada/Der Weg" ha predisposto un'offerta di prevenzione secondaria e costituito un gruppo di auto-mutuo aiuto per genitori.

Presso l'associazione "Hands" è operante un gruppo di auto-mutuo aiuto per familiari.

Nel Centro di terapia Bad Bachgart il trattamento prevede il coinvolgimento dei familiari e l'offerta di sostegno include seminari per coppie. È prevista l'assistenza residenziale anche per i familiari.

- **Coinvolgere maggiormente, negli interventi per le dipendenze, i medici di medicina generale e i distretti, promuovendo stili di vita più sani, e garantendo una diagnosi e un intervento precoce per le persone a rischio.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Sono già operanti forme di cooperazione sul caso fra SerD e Distretti.

Il SerD di Bolzano ha stilato un protocollo di collaborazione con i Distretti di Bolzano e dintorni provvedendo altresì ad organizzare ed effettuare appositi percorsi di aggiornamento sulle "nuove droghe" rivolti a medici generici.

Il SerD di Merano ha cooperato con medici di medicina generale in un progetto congiunto sul tabagismo.

Il SerD di Bressanone ha messo in atto, dal 2006 al 2008, un progetto destinato a migliorare la cooperazione con i medici generici dell'alta e della bassa val d'Isarco.

Il SerD di Brunico è impegnato in consultazioni con i medici generici nei Distretti di Brunico, di Campo Tures e della val Badia, per discutere le possibili modalità di aiuto da offrire ai soggetti a rischio. In molti casi, i medici generici collaborano fattivamente con i SerD.

Il Centro di consulenza psicosociale della Caritas ha dato vita, con effetti positivi, a diverse cooperazioni.

- **Valorizzare i SerD come servizi professionali con funzioni cliniche, e non con meri compiti di controllo sociale.**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Per legge, i SerD sono chiamati ad assolvere anche compiti di controllo sociale (ad es. a seguito di segnalazione di persone ai sensi degli artt. 75 e 121, art. 94; in cooperazione con il Tribunale per i minori e con il Tribunale di sorveglianza come pure nella stesura di pareri per la Commissione medica locale per la valutazione dell'idoneità alla guida).

Si cerca di delimitare il più nettamente possibile i due ambiti operativi, affinché i clienti associno al SerD compiti terapeutici, non la mera funzione di controllo sociale.

Tuttavia, nel settore dell'assistenza a pazienti con problemi correlati all'alcol, presso i SerD e presso l'ambulatorio dell'associazione "Hands" come struttura convenzionata, in questi ultimi anni è costantemente cresciuto il numero delle attività rientranti nell'ambito della medicina legale (valutazioni da sottoporre alla Commissione medica locale, visite di medicina del

lavoro, richieste di parere di varia natura da sottoporre al Tribunale dei minori e al Tribunale di sorveglianza ecc.). All'origine di tale andamento sono le nuove leggi varate a livello nazionale. La conseguenza è un profondo mutamento dell'offerta di intervento che originariamente rappresentava la finalità della creazione dei SerD. Si corre in tal modo il rischio che i servizi siano percepiti sempre meno nella loro funzione di fornitori di interventi clinico-terapeutici e sempre più come istanze di controllo sociale.

3. Priorità operative in materia di “integrazione professionale e sociale”

- **Chiarire con la massima trasparenza gli ambiti di competenza dei vari servizi sociali e sanitari in materia di (re)integrazione sociale e professionale.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Dal 2003, i Servizi sociali e sanitari hanno posto un'attenzione crescente sulla definizione delle sfere di competenza, delle procedure e delle modalità del proprio operato congiunto, impegno che ha consentito di conseguire parzialmente l'obiettivo. In molti casi, ne ha tratto vantaggio anche la cooperazione fra servizi pubblici e privati, caratterizzata dalla pianificazione congiunta e dalle scelte condivise.

Frutto della maggiore chiarezza nella definizione delle interfacce, sono ad esempio i protocolli d'intesa² firmati in questi ultimi anni fra vari enti e servizi per definire procedure condivise di collaborazione e per rendere più efficiente l'informazione reciproca.

In tal senso, per Bolzano città e dintorni e per il Burgraviato, sono stati formulati inoltre i Piani di settore sulle dipendenze. Si tratta di strumenti di pianificazione e di governo che mirano al miglioramento della terapia e dell'assistenza ai clienti anche attraverso la definizione condivisa delle competenze, dei compiti e delle interfacce nell'ambito della collaborazione fra gli attori del settore sociale e sanitario pubblico e privato.

- **Adottare nei confronti delle persone dipendenti con problemi d'emarginazione sociale un approccio assistenziale più integrato e interdisciplinare.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

La pianificazione ed attuazione integrata degli interventi, lo scambio continuativo fra gli attori nonché il lavoro in rete rappresentano principi riconosciuti su cui i servizi specifici orientano la propria attività, mirando all'aumento dei livelli di qualità e di efficacia degli interventi.

Numerosi servizi operano in rete seguendo i criteri della collaborazione sul caso, spesso anche con il metodo del *case management*.

Strumenti importanti di tale modalità operativa sono i gruppi di lavoro multiprofessionali e le consultazioni periodiche a livello interistituzionale ed interdisciplinare.

Complessivamente, negli ultimi anni si sono così realizzate sinergie più intense ed una messa in rete più capillare fra i servizi, benché siano ancora in molti a ravvisare un fabbisogno operativo nell'adozione dell'approccio assistenziale integrato e multiprofessionale.

² Cfr. il territorio del Burgraviato: Protocollo d'intesa riferito alla Deliberazione della Giunta provinciale n. 3145 del 30-08-2004 "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa fra i SerD delle Aziende sanitarie e le Comunità comprensoriali e l'Azienda servizi sociali della provincia di Bolzano relativo alle modalità operative per la riabilitazione socio-sanitaria integrata di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e alcoliche".

- **Scegliere come strategia operativa il cosiddetto *case management* o *case tutoring* (gestione delle problematiche caso per caso), facendone un punto di riferimento nella collaborazione fra le varie strutture.**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Negli anni passati abbiamo assistito alla crescente diffusione del metodo del *case management* sia nei Servizi sanitari e sociali pubblici che in quelli privati. Sono infatti stati messi a punto adeguati percorsi di aggiornamento tesi a consolidare questo strumento operativo che è ormai considerato strumento per una più proficua collaborazione.

- **Individuare soluzioni individuali di residenzialità**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

La tematica della casa occupa un posto centrale nell'accompagnamento e nell'assistenza offerti ai clienti e per l'integrazione sociale.

Sono diverse le tipologie di offerta d'alloggio gestite sul territorio provinciale da enti pubblici e privati, in parte anche in collaborazione con l'IPES. Quello della residenza assistita è un argomento che richiede peraltro ulteriori approfondimenti ed un'adeguata pianificazione per essere all'altezza degli sviluppi delle dipendenze e della realtà sociale.

- **Mirare all'inserimento nel regolare mercato del lavoro – utilizzare appieno e sviluppare le potenzialità dell'ufficio di collocamento, dei laboratori e delle cooperative sociali**

Sviluppi interscambi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Riguardo all'integrazione lavorativa di persone affette da dipendenza, la situazione si presenta problematica, anche considerata l'attuale situazione economica. I periodi di crisi economica comportano un peggioramento soprattutto delle condizioni delle categorie socialmente deboli. A fronte di tale situazione, i Servizi sociali si stanno adoperando per studiare e mettere a punto le possibili risorse e strategie atte a promuovere l'integrazione nel mercato del lavoro. A tal fine, sono stati attivati appositi network e gruppi di esperti.

Quanto al Servizio lavoro, gli strumenti a disposizione delle persone affette da dipendenza sono 3: i tirocini per persone socialmente deboli, i progetti ai sensi della L.P. 11/86 e le convenzioni di affidamento lavorativo.

Tuttavia, il ricorso a tali strumenti, soprattutto ai tirocini per persone socialmente deboli, spesso risulta difficoltoso, in quanto (prima di firmare il contratto di tirocinio), il datore di lavoro deve impegnarsi ad assumere il/la tirocinante in caso di valutazione positiva del tirocinio stesso. Proprio nel caso di persone affette da dipendenza, solo poche aziende sono disposte ad accollarsi tale impegno.

Anche i progetti ai sensi della L.P. 11/86 non sono numerosi, a causa delle scarse risorse finanziarie, ma non solo. Il Servizio lavoro cerca quindi di sensibilizzare i Comuni a tale strumento, pur nella consapevolezza che per far sì che esso sia più frequentemente adottato, va garantita la disponibilità dei mezzi finanziari occorrenti.

- **Definire criteri più precisi ed unificati di valutazione e di assegnazione dell'assistenza economica sociale**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Complessivamente, la collaborazione fra i Servizi riguardo all'erogazione di prestazioni economiche, è sensibilmente migliorata. Esistono ormai modalità consolidate di lavoro in rete fra i Servizi addetti al settore dipendenze ed i Distretti sociali in materia di valutazione delle situazioni su cui intervenire nonché dell'erogazione di sussidi finanziari. Con ciò sembrano essere in gran parte superate anche le divergenze fra i singoli Servizi sociali territoriali.

- **Offrire sostegno finanziario per progetti integrativi innovativi per la gestione del tempo libero, estendendo i modelli che si rivelano più efficaci all'intero territorio provinciale**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

L'obiettivo dell'ulteriore potenziamento delle offerte per il tempo libero è stato conseguito solo parzialmente. Diversi enti pubblici erogano aiuti finanziari per la realizzazione di progetti, ad esempio per iniziative tese alla promozione dell'esercizio fisico e dell'educazione ambientale. Manca tuttavia una pianificazione organica e a copertura completa del territorio in questo settore di particolare rilevanza per l'integrazione sociale ed il benessere psicofisico.

- **Ridurre il carico burocratico per evitare lo spreco di tempo e di risorse**

Sviluppi intercorsi dal 2003 e panoramica sulla situazione attuale

Complessivamente, ad oggi si registrano scarsi sviluppi in tema di riduzione del carico burocratico. Le misure attuate si riferiscono in prevalenza al reddito minimo di inserimento e ad altre prestazioni di carattere finanziario. Manca tuttavia un insieme strutturato di interventi.

ALLEGATO 2

Quadro normativo nazionale, provinciale e comunitario

a) Legislazione provinciale:

- Legge provinciale n. 13/1991: Riordino dei Servizi sociali in provincia di Bolzano
- Piano sanitario provinciale 2000-2002
- Delibera della Giunta provinciale del 28-07-2003, n. 2543: Approvazione dello schema-tipo di convenzione fra Aziende sanitarie ed associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope ed alcoliche
- Delibera della Giunta provinciale del 30-08-2004, n. 3154: Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Servizi per le dipendenze delle Aziende sanitarie e delle Comunità comprensoriali e Aziende Servizi Sociali della provincia di Bolzano relativo alle modalità operative per la riabilitazione socio-sanitaria integrata di persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcoliche
- Legge provinciale 03-07-2006, n. 6: Tutela della salute dei non fumatori e disposizioni in materia di personale sanitario
- Legge provinciale 18-05-2006, n. 3: Interventi in materia di dipendenze
- Delibera della Giunta provinciale del 02-05-2007, n. 1459: Criteri per la concessione di contributi a strutture pubbliche o private e ad organizzazioni private accreditate, ai sensi della L.P. 18 maggio 2006, n. 3 „Interventi nel settore delle dipendenze “
- Delibera della Giunta provinciale del 24-09-2007, n. 3191: Approvazione del documento „Criteri e modalità degli interventi in materia di dipendenze da parte del sistema dei servizi“
- Delibera della Giunta provinciale del 24-09-2007, n. 3193: Approvazione del regolamento di esecuzione della L.P. 18 maggio 2006, n. 3 „Interventi in materia di dipendenze “
- Delibera della Giunta provinciale del 25-02-2008, n. 601
- Approvazione del documento “Piano per un prevenzione organica dell’abuso di alcol in Alto Adige”
- Delibera della Giunta provinciale del 15.09.2008, Nr. 3359: Piano sociale provinciale 2007-2009
- Delibera della Giunta provinciale del 26 luglio 2010, n. 1305: Accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza di terzi
- Delibera della Giunta provinciale del 22-11-2010, n. 1923: Approvazione della Convenzione tra la Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige e il Ministero della Giustizia per l'applicazione del Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 “Riordino della medicina giudiziaria“
- Delibera della Giunta provinciale n. 474 del 21-03-2011: Medicina giudiziaria ai sensi del D.lgs. del 19 novembre 2010, n. 252, “Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige concernenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati negli istituti penitenziari”

b) Legislazione nazionale:

- D.P.R. 09/10/1990 n. 309 e successive modifiche: Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza
- Decreto Ministeriale 30/11/1990 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
- dei SerD.
- Decreto legislativo 22/06/1999 n. 230: Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1. aprile 2008 recepito con decreto legislativo 19 novembre 2010, n. 252, "Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige concernenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati negli istituti penitenziari": Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria
- Provvedimento 21.01.1999, pubblicato sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999: Accordo Stato-regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"
- Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 05/08/1999: Atto di intesa Stato-Regioni su "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"
- Legge 18/2/1999 n. 45: Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze
- Legge 30/3/2001, n. 125: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati
- Legge 350/2003 (Legge finanziaria 2004), Istituzione denominata con DPCM 20 giugno 2008: Istituzione Dipartimento nazionale per le politiche antidroga
- Decreto-Legge 30/12/2005, n. 272: Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi
- Provvedimento 18 settembre 2008: Accordo in materia di accertamento 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, sancito in sede di Conferenza Permanente fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome
- Decreto del Ministro della Salute 16 novembre 2007: Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento
- Ministero della Salute, 2007: Piano nazionale Alcol e Salute
- Ministero della Salute: Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Legge 15 luglio 2009, n. 94: Disposizioni in materia di sicurezza pubblica – modifiche al codice della strada
- Piano di azione nazionale antidroga 2010-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29.10.2010
- Dlgs 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali
- Legge del 08 nov. 2012, n. 189 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Art. 7 Disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica

c) Quadro normativo comunitario:

- Regolamento CEE n. 3027, anno 1993: Insediamento dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze
- Stoccolma, 19/21 febbraio 2001, OMS – Ufficio regionale per l'Europa: Dichiarazione sui giovani e l'alcol
- Consiglio dell'Unione Europea, 2004: Strategia europea antidroga 2005 – 2012
- Comitato regionale dell'OMS per l'Europa: Piano d'azione dell'UE sull'alcol 2000-2005
- Commissione Europea, 24-10-2006: Strategia comunitaria a sostegno degli Stati membri nell'impegno di ridurre i danni correlati al consumo di alcol