



Aggiornamento ed integrazione delle
Linee d'indirizzo per la politica sulle Dipendenze
in Alto Adige (D.G.P. dell'08.09.2003, n. 3043)

Indicazioni per la riscrittura
fondata sugli attuali indirizzi ed evidenze scientifiche

A cura dell'Ufficio Assistenza Sanitaria (Ripartizione Salute) e dell'Ufficio Persone con disabilità (Ripartizione Politiche sociali) in collaborazione e sotto la guida scientifica degli esperti dell'Unità di Coordinamento per le Dipendenze in Provincia autonoma di Bolzano (ex art. 7 L.P. n. 3/2006).

assistenzasanitaria@provincia.bz.it – tel. 0471-418070

persone.disabilita@provincia.bz.it – tel. 0471-418270

Sommario

Introduzione	4
Premessa: Uno sguardo sui cambiamenti degli ultimi 20 anni	7
Ambito operativo: Prevenzione delle Dipendenze	7
Ambito operativo: Terapia e Riabilitazione.....	10
Ambiti operativi: Integrazione Professionale e Sociale e Riduzione del danno e soddisfacimento dei bisogni primari.....	11
I dati epidemiologici nazionali e locali: 20 anni a confronto	13
Rilevazione del fabbisogno: una fotografia da una rilevazione con la Rete	18
Ambito operativo: Prevenzione	18
Ambito operativo: Terapia e Riabilitazione.....	23
Ambito operativo: Integrazione Professionale e Sociale	24
La normativa provinciale nel settore delle Dipendenze	25
Struttura della Governance per le dipendenze	27
Servizi pubblici per le dipendenze del Servizio sanitario	27
Servizi pubblici per le dipendenze dei Servizi sociali.....	28
La rete: principali attori nell'ambito delle dipendenze in Alto Adige	29
La futura evoluzione del Sistema dei servizi in Provincia Autonoma di Bolzano	30
Revisione delle linee d'indirizzo per la politica delle dipendenze.....	30
Collegamento del Sistema dei Servizi nel settore delle dipendenze con la rinnovata Assistenza territoriale	31

Introduzione

Le "Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze" sono state approvate dalla Giunta provinciale nel 2003. Questo documento generale raccoglie le linee guida strategiche e le visioni all'interno del lavoro sulle dipendenze altoatesine e fornisce un orientamento di base per tutti i servizi e le strutture attivi sul campo (ma in generale per tutti coloro che entrano in contatto con questi temi) così come per tutti i responsabili in politica, pianificazione e amministrazione in Alto-Adige. Le linee d'indirizzo servono a tutti i servizi e alle strutture che operano in Alto Adige nel campo delle dipendenze come base per gli obiettivi della propria istituzione, tenendo conto della promozione dell'integrazione socio-sanitaria.

Il documento contiene 9 linee guida, di cui 5 campi di azione (prevenzione delle dipendenze, terapia e riabilitazione, integrazione professionale e sociale, minimizzazione del danno e assistenza alla sopravvivenza, sicurezza) e 4 strategie di qualità (strumenti per raggiungere in modo affidabile gli obiettivi nei campi di azione ma trasversali per l'intero territorio: lavoro in rete, professionalità, progettazione e coordinamento, documentazione e scienza).

A causa del cambiamento delle priorità operative dei campi di azione, delle nuove normative nazionali ed europee e delle scoperte scientifiche degli ultimi anni, le linee d'indirizzo del 2003 non possono più essere considerate aggiornate.

Già nel 2007 era iniziata una prima valutazione dell'attuazione delle linee guida (vedi convegno "*Linee guida per la politica delle dipendenze in Alto Adige - Stato attuale di attuazione e prospettive per il futuro*" del 26 novembre 2007).

Un primo tentativo concreto di revisione e aggiornamento delle linee guida è stato compiuto nel 2009-2010 dall'allora **Unità di coordinamento nel settore delle dipendenze**¹.

All'epoca, tuttavia, i servizi specializzati coinvolti avevano sostenuto l'elaborazione di un Piano specialistico a livello provinciale anziché una revisione delle linee guida.

¹ È l'art. 7 della L.P. del 18.05.2006, n. 3 "Disposizioni in materia di dipendenze" che prevede tale organo. All'interno degli Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali è istituito l'Unità di Coordinamento nel settore delle dipendenze, che è nominata dalla Giunta Provinciale (attuale designazione con DGP n. 728/2020). I compiti dell'Unità di coordinamento sono la redazione di linee guida, piani di azione e progetti, il monitoraggio del fenomeno e la redazione di rapporti periodici sui disturbi da dipendenza, assicurando infine il coordinamento e l'integrazione tra uffici, Servizi e Istituzioni.



Nell'immagine: Copertine delle Linee d'indirizzo politico 2003 (DGP n. 3043/2003) e del Piano di settore Dipendenze 2013-2018 (DGP n. 106/2013 – Obiettivi del Piano di settore erano l'analisi della normativa vigente e delle attuali offerte disponibili, la rilevazione del fabbisogno, la definizione di priorità per le azioni da intraprendere e la pianificazione delle risorse).

Con il presente documento, l'Ufficio Assistenza sanitaria e l'Ufficio Persone con disabilità, in qualità di membri dell'Unità di coordinamento, insieme a tre esperte ed esperti in prevenzione delle dipendenze/terapia/affari sociali, vogliono aggiornare i punti più urgenti e allo stesso tempo fornire un modello per la futura revisione delle linee guida. La revisione va pianificata con l'aiuto di un monitoraggio scientifico esterno negli anni 2023-2024.

Il motivo è che solo il monitoraggio scientifico esterno può garantire alcuni criteri di qualità che sono riconosciuti da tutti coloro che sono coinvolti nel campo delle dipendenze. La consulenza scientifica e la moderazione si sono rivelate decisive già nella elaborazione del 2003.

La situazione è simile all'estero: il **"Piano delle dipendenze del Tirolo 2022-2032"** è stato recentemente pubblicato in Austria. Il documento ha impiegato circa un anno e mezzo per essere elaborato ed è stato supervisionato e supportato scientificamente dall'Istituto GÖG (<https://goeg.at/>).

Anche in Italia, a seguito della VI Conferenza Nazionale sulla Droga (dicembre 2021), sono stati fatti i primi passi verso la redazione del "Nuovo Piano di Azione Nazionale sulle Dipendenze" (PAND). Il piano consente di adeguare l'Italia al quadro europeo (vedi Piano d'azione europeo 2021-2025) e di stabilire strategie, obiettivi, priorità e azioni per contrastare le diverse forme di dipendenza a livello nazionale. L'elaborazione del piano è iniziata sotto la supervisione dell'Istituto CNR (Centro per la Ricerca Nazionale - <https://www.cnr.it/>).

Questo documento è stato redatto dall'Unità di coordinamento. Seguendo la struttura delle linee guida del 2003, sono stati esaminati alcuni punti della situazione attuale nell'area delle dipendenze e mostrati così i primi passi per la revisione completa delle linee guida.

Negli ultimi anni è diventato sempre più chiaro l'assenza di una visione globale e il necessario allineamento per le parti interessate in questo settore. Le linee guida del 2003 non sono più in grado di riconoscere le mutevoli esigenze delle persone a rischio dipendenza e dei pazienti, del contesto sociale dove vivono e dei loro familiari e allo stesso tempo di sostenere il lavoro dei Servizi e delle Istituzioni private convenzionate, negli ambiti della prevenzione, della terapia, della integrazione sociale e della riduzione del danno.

Da un lato sono profondamente cambiati gli stili di vita e le modalità di consumo, dall'altro sono avvenuti nuovi sviluppi tecnologici che permettono di avere maggiori strumenti di contrasto e gestione al fenomeno. Devono quindi essere impiegati nuovi metodi per definire il contesto di lavoro per l'ambito delle dipendenze e nuove modalità di cooperazione con tutti gli attori, che dovrebbero valere anche per i prossimi anni.

I primi lavori in questa direzione sono iniziati già nella primavera del 2021, in pieno periodo pandemico, e sono stati innanzitutto predisposti e distribuiti alla Rete dei questionari sui campi di azione "prevenzione delle dipendenze", "terapia" e "riabilitazione/integrazione professionale e sociale". Questi risultati sono fondamentali per fotografare e documentare il primo fabbisogno.

Questo documento si concentra anche sul confronto degli ultimi 20 anni, sulla base di dati epidemiologici. Questi raffronti evidenziano la necessità di un cambiamento in questo ambito e forniscono anche spunti di riflessione per il futuro.

Altri capitoli del documento forniscono grafici sulla governance del settore e la situazione normativa aggiornata.

L'obiettivo finale è quello di gettare le basi per la riscrittura delle Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze nella Provincia Autonoma di Bolzano, a guida dell'intero settore.

Premessa: Uno sguardo sui cambiamenti degli ultimi 20 anni

Ambito operativo: Prevenzione delle Dipendenze

La prevenzione delle dipendenze è stata professionalizzata come disciplina a sé stante da più di tre decenni. La moderna prevenzione delle dipendenze si basa ora sui risultati della ricerca scientifica in medicina, psicologia, sociologia, educazione e altre discipline. I modelli esplicativi condivisi a livello internazionale per l'emergere della dipendenza, così come le strategie di prevenzione riconosciute per diversi gruppi target e contesti di cura, sono componenti centrali della moderna prevenzione della dipendenza.

Il lavoro di prevenzione professionale tenta di raggruppare diverse misure in un concetto generale. Ciò include l'ampia area che ha lo scopo di fornire informazioni sugli effetti e sui rischi di diverse sostanze e/o comportamenti, ma va anche molto oltre: è indiscusso che il sano sviluppo di un bambino e l'affrontare in modo costruttivo la vita negli adolescenti e negli adulti sono fattori importanti, per ridurre la probabilità di comportamenti problematici e (auto)dannosi. L'importanza della promozione delle abilità di vita, che include strategie di apprendimento per affrontare i momenti difficili della vita (coping), la conseguente resilienza personale e la fornitura di opzioni di supporto esterno senza giudizio sulla persona sono parti imprescindibili della moderna prevenzione della dipendenza.

Con la professionalizzazione della prevenzione delle dipendenze, la pratica basata sull'evidenza è diventata una questione importante, anche se ci sono ancora difficoltà nel realizzarla nella pratica quotidiana. “Il lavoro di prevenzione delle dipendenze è basato sull'evidenza quando si basa su un'analisi sistematica della letteratura specialistica pertinente (ad esempio riviste scientifiche), utilizzando le prove di tale letteratura e garantendo la coerenza con le prove. L'utilizzo di un approccio basato sull'evidenza impedisce alle operatrici e agli operatori di perseguire attività e approcci che si sono già dimostrati inefficaci o addirittura hanno effetti negativi; allo stesso tempo riduce le duplicazioni (cioè non c'è bisogno di “reinventare la ruota”). La prova dell'efficacia è solitamente derivata da studi di ricerca scientifica, valutazione dei risultati, esperienza pratica, ecc. Esistono diversi livelli di evidenza a seconda di come vengono presentate le prove a suo sostegno. [...] Pertanto, quando si esamina l'efficacia, la priorità dovrebbe essere data agli studi che hanno il più alto livello di evidenza disponibile.”²

La prevenzione della dipendenza basata sull'evidenza corrisponde all'uso coscienzioso, ragionevole e sistematico delle conoscenze scientifiche attualmente migliori possibili determinate teoricamente ed empiricamente, nonché delle conoscenze pratiche e della conoscenza dei gruppi target per la pianificazione, l'attuazione, la valutazione, la diffusione e l'ulteriore sviluppo di misure relazionali e comportamentali. La generazione di nuove

² Si veda pag. 102, Standard di qualità europei per la prevenzione delle dipendenze - European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)

conoscenze per la prevenzione della dipendenza basata sull'evidenza avviene nel contesto della ricerca e della pratica.³

La prevenzione delle dipendenze ha certamente il compito di affrontare i pericoli e pensare a come proteggere i bambini e i giovani dall'esporsi a rischi troppo grandi. Ma è anche loro dovere promuovere misure per una crescita sana, sia per l'individuo stesso, per il suo ambiente sociale o in relazione alle condizioni generali di vita. E a questo proposito, la prevenzione delle dipendenze non è una questione per poche persone esperte, ma un compito per la società nel suo insieme, che ha a che fare con l'empowerment e l'integrazione delle persone potenzialmente vulnerabili.

Da un lato, il settore della prevenzione delle dipendenze è stato caratterizzato dalla professionalizzazione negli ultimi 20 anni - ad esempio, dal 2001 è stato istituito in Alto Adige un Servizio specializzato per la prevenzione delle dipendenze - dall'altro, questo settore ha anche sperimentato espansioni significative sotto diversi aspetti:

Il contenuto

Nell'ambito delle dipendenze da sostanze, rispetto al passato, viene prestata molta attenzione alle sostanze legali alcol e nicotina. Queste ultime rappresentano attualmente un problema maggiore rispetto alle droghe illegali. L'uso improprio di farmaci psicoattivi, invece, è ancora poco discusso.

Tra le sostanze illecite se ne sono aggiunte molte nuove (le cosiddette droghe della festa, Ketamina, oppiacei sintetici). Altre si sono differenziate, in particolare la cannabis (CBD, edibels, THC ad alto dosaggio e sintetico), mentre altre come la cocaina e il crack si sono diffuse con forza. Gli allucinogeni hanno recentemente ricevuto nuova attenzione, anche per il fatto che ci sono nuovi studi al riguardo.

Nell'ambito delle dipendenze comportamentali, al classico gioco d'azzardo si sono aggiunte nuove forme di comportamento rischioso o problematico in ambito digitale, come la gestione problematica di PC e videogiochi, media digitali e smartphone.

Il metodo

Nel campo della gestione delle informazioni, si stanno aggiungendo nuovi canali di comunicazione come Internet in generale, i social media e le applicazioni per smartphone, che in alcuni casi sostituiscono i tradizionali supporti informativi (ad es. materiali stampati, eventi informativi in loco).

Alcune misure sono già state attuate per un lungo periodo di tempo, come le campagne sull'alcol. I progetti di lavoro di strada e il lavoro mobile di prossimità, invece, sono diventati nel tempo parte integrante del lavoro preventivo. Maggiore attenzione è riservata anche agli interventi di prevenzione strutturale.

³ Hoff, T.; Schlömer, H. (2020). Garantire un'efficace prevenzione della dipendenza a lungo termine: Raccomandazioni per i responsabili del processo decisionale. Colonia, Amburgo: Università cattolica della Renania settentrionale-Vestfalia e Istituto per la dipendenza interdisciplinare e la ricerca sulla droga di Amburgo (ISD Amburgo)

Nel complesso, vengono poste maggiori esigenze al lavoro di prevenzione e misure e progetti vengono esaminati più attentamente per la loro evidenza. Inoltre, molto utile risulta anche il lavoro in rete nella programmazione, sia come scambio di informazioni tra intervento clinico, sociale e di prevenzione, sia nella raccolta del fabbisogno.

Gli approcci

I classici approcci orientati all'astinenza/senza sostanze sono ancora rilevanti - recentemente sembrano persino essere maggiormente focalizzati ("natural high", approcci di consapevolezza, bevande analcoliche).

D'altro canto, l'approccio dell'uso più sicuro e della competenza in materia di rischio è ormai saldamente consolidato.

I risultati della ricerca sui traumi hanno avuto un impatto notevole sul campo della prevenzione negli ultimi 10 anni. Nel campo della promozione della salute, l'approccio salutogenetico è di importanza centrale.

I gruppi destinatari

La suddivisione in prevenzione primaria, secondaria e terziaria è stata ora sostituita dalla suddivisione in prevenzione universale, selettiva e indicata. La nuova terminologia offre un contenuto più preciso, soprattutto in relazione ai gruppi target.

La prevenzione universale è rivolta all'intera popolazione o a segmenti della popolazione (ad esempio tutte le persone in età pensionabile). Questa categoria comprende, ad esempio, le campagne sui mass-media, le misure a livello di comunità o il lavoro con le classi scolastiche.

La prevenzione selettiva è rivolta a gruppi definiti a rischio. Le persone in questi gruppi a rischio sono generalmente sane e poco appariscenti, ma la loro probabilità di sviluppare una dipendenza è aumentata a causa di fattori di rischio confermati empiricamente (ad esempio nei bambini provenienti da famiglie con alti livelli di abuso di alcol). Le misure di prevenzione indicate sono rivolte a persone con comportamenti a rischio manifesto ma che non soddisfano (ancora) i criteri diagnostici per la dipendenza. Esempi di tale gruppo target sono adolescenti e giovani adulti che bevono eccessivamente nei fine settimana.

Anche se i classici gruppi target della prevenzione delle dipendenze sono rimasti gli stessi, sono diventati altrettanto diversi gli ambiti pratici in cui è possibile raggiungere giovani, specialisti, moltiplicatori e genitori: ad esempio nell'ambito dell'aiuto precoce, della pedagogia sociale scolastica e nel contesto della vita notturna e dei festival.

La politica sulle droghe

Negli ultimi 20 anni ci sono stati anche cambiamenti significativi nella politica in materia di droga, che hanno avuto un impatto anche sul lavoro nel campo della prevenzione della dipendenza. L'alcol è ora regolamentato in modo più severo per quanto riguarda la circolazione stradale e la protezione dei minori (età minima aumentata da 16 a 18 anni). Al tabacco si applica una protezione completa per i non fumatori. Ci sono cambiamenti normativi nell'uso medico della cannabis. Inoltre, c'è un discorso sociale sulla regolamentazione del

consumo privato. Sulla base dei nuovi risultati della ricerca, l'uso di allucinogeni in un contesto terapeutico viene nuovamente discusso.

Ambito operativo: Terapia e Riabilitazione

Il modello tridimensionale, teorizzato da vari autrici e autori, è spesso utilizzato per spiegare lo sviluppo delle dipendenze: il potenziale di dipendenza della sostanza o del comportamento individuale, nonché le caratteristiche dell'individuo e il contesto situazionale giocano un ruolo-chiave. Tutti e tre i fattori insieme contribuiscono sia allo sviluppo che al mantenimento di una dipendenza e devono quindi essere presi in considerazione anche nel suo trattamento.

Quando si parla di dipendenza sviluppata, si intende una malattia cronicamente ricorrente che colpisce l'essere umano in tutte le sue dimensioni, sia sul piano fisico che su quello psicologico e sociale.

I disturbi da dipendenza non sono sempre curabili, ma di solito possono essere trattati, e prima si può iniziare il trattamento, migliore è la prognosi.

Gli obiettivi del trattamento sono un miglioramento della qualità della vita, la prevenzione o la riduzione delle complicazioni fisiche, la stabilizzazione psicologica, il rafforzamento e la costruzione di risorse, l'integrazione sociale ed altro, a seconda della costellazione individuale. A seconda della fase della malattia, gli obiettivi terapeutici individuali vengono negoziati e adattati con la persona interessata.

Nella maggior parte dei casi sono da ipotizzare percorsi terapeutici di medio-lungo periodo, che prevedono sia elementi ambulatoriali che di ricovero, sempre in un contesto multiprofessionale. **Lo scopo di queste misure non è necessariamente l'astinenza, ma principalmente un miglioramento della qualità della vita e un aumento del tempo di sopravvivenza, nonché una riduzione delle restrizioni legate al consumo in vari ambiti della vita. Deve essere considerata non solo la persona interessata, ma anche il suo contesto sociale.**

In tal senso, le singole aree di prevenzione, terapia, riabilitazione, inclusione sociale e riduzione del danno **non vanno viste come aree distinte e autonome, ma come possibili fasi di processi non necessariamente lineari ma molto spesso ciclici.**

Ciò richiede uno stretto coordinamento e una rete per rendere giustizia alla complessità e alla variabilità dei fenomeni potenzialmente di dipendenza.

Da quando sono state pubblicate le ultime linee guida sulla politica delle dipendenze, ci sono stati cambiamenti in molte aree. **La situazione legale** relativa alle sostanze psicoattive legali è cambiata quando la protezione dei minori è stata rafforzata; d'altra parte, **l'accettazione sociale** di alcune sostanze illecite è aumentata e la legalizzazione, la regolamentazione o la depenalizzazione dei prodotti a base di cannabis è in discussione in alcuni Paesi europei. I

Livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal SSN sono stati ampliati e l'area della **dipendenza dal gioco e della riduzione del danno** è stata introdotta come obbligatoria.

Purtroppo, **lo spettro delle sostanze psicoattive** è in continua espansione, da un lato attraverso lo sviluppo di nuove sostanze che creano dipendenza, dall'altro attraverso strategie di mercato e politiche di prezzo sul mercato nero. Ma le forme di consumo delle già note sostanze che creano dipendenza sono anche in mutazione e ciò comporta un dilatarsi delle fasce di età dei soggetti colpiti sia verso l'alto che verso il basso, nonché un uso misto sempre più diffuso di più sostanze o comportamenti psicoattivi, con la necessità di riconsiderare e ampliare costantemente l'offerta terapeutica e sociale.

Ma anche **le dipendenze comportamentali** occupano sempre più spazio. La collaborazione con altri dipartimenti, sia nel campo della medicina degli organi che nel campo della psichiatria e della psichiatria infantile e dell'adolescenza, diventa sempre più necessaria e deve essere regolamentata.

Ambiti operativi: [Integrazione Professionale e Sociale e Riduzione del danno e soddisfacimento dei bisogni primari](#)

Con la legge provinciale del 14 luglio 2015, n. 7 “Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità”, sono stati previsti principi, servizi e prestazioni **anche per il target delle persone con dipendenza patologica**, se risulti necessario e se la loro piena, effettiva e equa partecipazione alla società sia compromessa.

Il termine **disabilità** include quindi anche persone con dipendenza patologica e persone con malattie psichiche.

La legge provinciale è chiaramente orientata alla partecipazione e all'inclusione, supera l'atteggiamento di cura e adotta l'atteggiamento di **autodeterminazione**.

Gli obiettivi sono il rispetto della dignità umana, l'autonomia e la libertà di scelta, la non discriminazione, la piena partecipazione e inclusione, le pari opportunità e l'accessibilità.

I principi generali sono l'autodeterminazione, la responsabilità personale, l'inclusione e la pianificazione della vita centrata sulla persona.

Questi principi sono ripresi anche Piano sociale provinciale, approvato di recente, nel quale l'inclusione rimane il concetto di base. Contrariamente all'integrazione, **il concetto di inclusione richiede il superamento delle condizioni sociali che escludono**. L'inclusione mira a creare le condizioni affinché le differenze siano percepite come arricchimento e affinché ogni persona possa svilupparsi come membro paritario della società nella propria individualità e quindi indipendentemente dall'esistenza di una disabilità.

Sulla base di un modello bio-psico-sociale, che, partendo dalle diverse menomazioni, pone l'attenzione sulle barriere ambientali e attitudinali che impediscono l'equa partecipazione delle persone alla società, l'attenzione non dovrebbe essere posta sui deficit ma sulle capacità.

Il sostegno è finalizzato a valorizzare le potenzialità delle persone, abbattendo le barriere e favorendo così lo sviluppo della loro personalità e autonomia di cittadine e cittadini.

Il **principio della deistituzionalizzazione**, recepito anche dalla succitata legge provinciale n. 7/2015, e il conseguente sviluppo di **modelli abitativi inclusivi** che consentano uno stile di vita autodeterminato, sono descritti anche nel nuovo Piano sociale provinciale. La collocazione in luoghi isolati dalla comunità, praticata in passato, deve quindi essere superata a favore di un'assistenza individuale all'interno della comunità. È quindi importante promuovere ulteriormente il processo di deistituzionalizzazione degli utenti che si trovano già in servizi residenziali e semiresidenziali esistenti secondo i loro desideri e le esigenze individuali di supporto, cura e assistenza.

Negli ultimi anni ci sono stati drastici cambiamenti nel lavoro sociale con persone con disturbi da dipendenza. Concetti a sostegno di un **consumo responsabile e autocontrollato** vengono applicati sempre più frequentemente e il paradigma dell'astinenza passa sempre più in secondo piano. Mentre solo pochi anni fa le persone con dipendenze sperimentavano cure e riabilitazione abbastanza semplici, cioè passavano da uno stadio all'altro, attualmente si osserva che le persone con dipendenze **hanno bisogno di ricevere una vasta gamma di offerte**, di provarle e poi decidere se l'azione è appropriata.

La principale difficoltà per i Servizi sociali è la **gestione delle comunità alloggio** quando gli utenti consumano in maniera autocontrollata. La convivenza, con un accompagnamento solo parziale in questi servizi, rappresenta una grande sfida per tutti i soggetti coinvolti.

A causa di questo cambio di paradigma, è necessaria una **stretta collaborazione con i servizi sanitari** per sostenere in particolare le persone con un comportamento di consumo attivo. **Solo attraverso un approccio olistico terapeutico-riabilitativo, che tenga conto sia degli aspetti medici sia di quelli sociali, è possibile sostenere efficacemente le persone con dipendenza patologica. È quindi essenziale un'intensa cooperazione tecnica tra i servizi sociali e sanitari.**

I dati epidemiologici nazionali e locali: 20 anni a confronto

1. EVOLUZIONE DEL MERCATO

Tra il 2003 ed il 2021, la quantità di sostanze sequestrate è quasi triplicata a livello provinciale e raddoppiata a livello nazionale. Tra le sostanze sequestrate è diminuita la percentuale di eroina mentre è aumentata quella di cocaina e cannabinoidi.

QUANTITATIVI SEQUESTRATI DI SOSTANZE	Kg		Kg	
	2003		2021	
	TAA*	ITALIA	PROV. BOLZANO*	ITALIA
Eroina	16,1	2582,6	0,66	567,52
Cocaina	29,5	3521,3	115,64	20075,39
Haschisch und Marihuana	17,9	40470,9	65,89	67712,43
Altre	0,1	293,1	0,77	2797,08
Totale	63,6	46867,9	182,96	91152,42

	%		%	
	2003		2021	
	TAA*	ITALIA	PROV. BOLZANO*	ITALIA
Eroina	25,3%	5,5%	0,4%	0,6%
Cocaina	46,4%	7,5%	63,2%	22,0%
Hashish e Marijuana	28,1%	86,4%	36,0%	74,3%
Altre	0,2%	0,6%	0,4%	3,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Nota bene: Nel 2003 i dati erano su base regionale, mentre nel 2021 i dati sono su base provinciale. Un confronto effettivo, quindi, è possibile solo a livello nazionale.

2. CARCERE

In termini assoluti sono diminuiti in Provincia i detenuti in carcere, mentre sono rimasti costanti a livello nazionale. Per i detenuti ex art. 73 del DPR 309/90 che sono per la maggior parte di cittadinanza straniera, è diminuita la percentuale rispetto al totale dei detenuti, mentre è aumentata la percentuale tra gli ingressi dalla libertà.

DETENUTI PRESENTI AL 31/12	2003		2021	
	PROV. BOLZANO	ITALIA	PROV. BOLZANO	ITALIA
Complessivi	157	54237	117	54134
- persone straniere	79	17007		
Art. 73	65	21107	35	17856
- persone straniere art. 73	46	9247	29	5911
Ingressi in carcere	353	40861	267	36539
- persone straniere	202	16020		
Art. 73	51	10846	61	10350

- persone straniere art. 73	27	4090	43	4335
% detenuti art. 73	41,4%	38,9%	29,9%	33,0%
% detenuti stranieri art. 73	70,8%	43,8%	82,9%	33,1%
% ingressi art. 73	14,4%	26,5%	22,8%	28,3%
% ingressi di persone straniere art. 73	52,9%	37,7%	70,5%	41,9%

3. PERCENTUALE CONSUMO DI SOSTANZE DELLA POPOLAZIONE

La recente indagine ISPAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) sul consumo di sostanze tra i giovani (15-19 anni) evidenzia una diminuzione del consumo di sostanze, con un leggero aumento solo per stimolanti ed allucinogeni.

% CONSUMO DI SOSTANZE POPOLAZIONE 15-19 ANNI	ITALIA	
	2003	2021
THC	25,6%	17,7%
Cocaina	3,5%	1,4%
Stimolanti	1,4%	1,9%
Allucinogeni	0,7%	2,2%
Opiacei	1,7%	0,5%
Tutte le sostanze	26,3%	17,8%

Le indagini HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), svolte a livello provinciale, sullo stato di salute e stili di vita dei giovani in fase pre-Covid (rilevazione 2018) e quella di PASSI ovvero il sistema di sorveglianza popolazione sul consumo di sostanze tra le quali alcool e tabacco, hanno evidenziato una diminuzione del consumo di sostanze, con un leggero aumento solo per la cannabis.

COMPORTAMENTI A RISCHIO TRA I QUINDICENNI (HBSC)	PROV. BOLZANO	
	2006	2018
Fumo giornaliero di tabacco	21,1%	4,1%
Ubbriachezza due o più volte nel corso della vita	48,7%	25,9%
Consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni	14,6%	19,2%

COMPORTAMENTI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE 18-64 ANNI (PASSI)	PROV. BOLZANO		
	2005	2020-21	
Fumatori	23,3%	24,6%	
Consumo di alcool a rischio	49%	34,6%	almeno uno tra i comportamenti a rischio
Consumo alcool prevalente fuori pasto	27%	28,4%	almeno una volta durante la settimana
Consumo binge-drinking	21%	14,1%	sei o più unità alcoliche in una unica occasione
Consumo elevato di alcool	8%	3,5%	più di tre unità al giorno per gli uomini o due per le donne

Nella tabella seguente sono evidenziati i dati sul consumo di sostanze legali e illegalizzate (se non specificato diversamente, *lifetime* - ossia la percentuale di popolazione che ha consumato almeno una volta nel corso della vita) emersi dalle indagini sui giovani rilevate nel periodo 2004-2021 dall'Istituto provinciale di statistica - ASTAT.

COMPORAMENTI A RISCHIO TRA I GIOVANI DI 14-25 ANNI - SÜDTIROL - ASTAT JUGENDSTUDIE	2004	2009	2016	2021
	%	%	%	%
Fumo sigarette	37,0	38,4	22,3	17,5
Fumo giornaliero sigarette	-	-	-	12,2
Consumo di alcool	89,0	84,7	76,1	76,2
Consumo di alcol più volte a settimana	-	19,7	8,1	8,6
Ubriachezza negli ultimi 12 mesi almeno 1 volta al mese	20,7	20,9	21,4	21,3
Consumo di cannabis tuttora (2004 e 2009), negli ultimi 30 giorni (2016 e 2021)	7,9	6,3	6,0	8,6
Consumo di cocaina tuttora (2004 e 2009), negli ultimi 30 giorni (2016 e 2021)	1,1	1,1	***	0,8
Consumo di cannabis legale negli ultimi 30 giorni	-	-	-	3,7
Consumo di alcol e droghe insieme negli ultimi 30 giorni	-	-	2,4	4,4
- : non esiste il dato				
***: livello di accuratezza della stima non sufficiente				

4. DOMANDA DI TRATTAMENTO

Sono aumentati tra il 2002 ed il 2021 i pazienti in carico presso i 4 Servizi per le Dipendenze provinciali, da circa 200 a circa 250 ogni 100.000 abitanti. Circa un quinto dei pazienti sono nuovi utenti dei Servizi (sono considerate nuovi pazienti le persone che accedono per la prima volta ad un servizio, verificando anche che l'anno di prima apertura di una cartella coincida con l'anno di valutazione). Ciò in controtendenza rispetto al resto d'Italia (abbiamo una percentuale di pazienti più alta ed è aumentata negli anni la percentuale dei pazienti). **Ciò potrebbe essere dovuto a una migliore individuazione territoriale precoce e alla sensibilizzazione che facilita il contatto con i servizi pertinenti.**

	2002		2021	
	PROV. BOLZANO	ITALIA	PROV. BOLZANO	ITALIA
Pazienti in carico	916	155096	1352	123871
Pazienti in carico/100.000 ab.	197,9	272,1	252,3	209,0
Pazienti i già in carico	745	123320	1068	108218
Nuovi pazienti in carico	171	31776	284	15663
% nuovi pazienti	18,7%	20,5%	21,0%	12,6%

Sia a livello nazionale che locale è cambiata la composizione per età dei pazienti. È diminuita la quota dei più giovani ed è aumentata considerevolmente la quota degli ultraquarantenni. A livello qualitativo in Provincia Autonoma di Bolzano si riesce ad intercettare prima i pazienti rispetto alla media nazionale.

pazienti per fascia di età	2002				2021			
	PROV. BOLZANO		ITALIA		PROV. BOLZANO		ITALIA	
<19	73	8,0%	4794	3,1%	93	6,9%	2354	1,9%
20-24	135	14,7%	20888	13,5%	174	12,9%	6441	5,2%
25-29	115	12,6%	33298	21,5%	192	14,2%	9910	8,0%
30-34	168	18,3%	38816	25,0%	178	13,2%	13502	10,9%
35-39	190	20,7%	31939	20,6%	147	10,9%	15979	12,9%
40 e più	235	25,7%	25361	16,4%	568	42,0%	75685	61,1%
	916	100,0%	155096	100,0%	1353	100,1%	123871	100,0%

Tra le sostanze primarie è diminuita la quota di assistiti per oppiacei mentre sono aumentati i dipendenti da cocaina e cannabinoidi.

% pazienti per sostanza primaria	2002		2021	
	PROV. BOLZANO	ITALIA	PROV. BOLZANO	ITALIA
Oppiacei	70,5%	79,5%	53,2%	63,8%
Cocaina	2,6%	7,0%	18,6%	23,3%
Cannabinoidi	16,7%	9,1%	24,2%	11,5%

Relativamente alle sostanze legali (alcol e nicotina) sono stati raccolti a livello provinciale i seguenti numeri dei pazienti in trattamento:

	2004	2010	2021
Alcol	2111	n.d.	2557
Nicotina	n.d.	51	138

Nel 2021, circa tre quarti delle prestazioni erogate sono di tipo farmacologico (principalmente somministrazione di terapia sostitutiva).

% prestazioni erogate per tipologia di trattamento	2021	
	PROV. BOLZANO	ITALIA
Psicosociali	4,6%	7,6%
Farmacologico	74,1%	74,3%
Sanitario	17,7%	11,6%
Inserimento in comunità terapeutica	0,0%	0,1%
Altro	3,6%	6,3%
	100,0%	99,9%

La percentuale di ingressi dalla libertà di tossicodipendenti⁴ è cresciuta sia a livello nazionale che locale, arrivando quasi al 40% del totale degli ingressi.

⁴ Il termine "tossicodipendenti" è per il carcere un termine che ha una definizione specifica e risulta nelle statistiche e nelle leggi e per questo in questa sede non può essere sostituito dalla preferibile espressione "persone dipendenti da sostanze illegali".

In provincia di Bolzano è diminuita la percentuale di ingressi di stranieri tra i tossicodipendenti. La quota di detenuti tossicodipendenti nel 2020 in Provincia di Bolzano era più del doppio rispetto alla media nazionale fino a sfiorare il 60% del totale dei detenuti a causa della diminuzione del numero di detenuti. Il 56% dei detenuti tossicodipendenti era di nazionalità straniera, quota molto superiore alla media italiana.

TOSSICODIPENDENTI IN CARCERE	2003		2020	
	PROV. BOLZANO	ITALIA	PROV. BOLZANO	ITALIA
Totale ingressi dalla libertà	353	40861	n.d.	35280
Tossicodipendenti entrati dalla libertà	108	11867	59	14092
% sul totale ingressi	30,6%	29,0%	38,6%	39,9%
di cui stranieri tossicodipendenti entrati dalla libertà	59	3106	14	4779
% ingressi di stranieri sul totale ingressi dalla libertà di tossicodipendenti	54,6%	26,2%	23,7%	33,9%
Totale detenuti	157	54237	n.d.	53364
Totale detenuti tossicodipendenti	61	14332	57	14148
% detenuti tossicodipendenti	38,9%	26,4%	58,2%	26,5%
Detenuti tossicodipendenti stranieri	32	3190	n.d.	4620
% detenuti tossicodipendenti stranieri	52,5%	22,3%	56,3%	32,7%

5. DANNI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE

Non ci sono state evidenti variazioni nel tasso di ospedalizzazione per cause droga correlata in diagnosi principale mentre c'è stato un aumento considerando anche le diagnosi di ricovero secondarie. La diminuzione del 2020/2021 è da interpretare anche agli occhi dell'epidemia di covid.

	2004	2005	2006	2019	2020	2021	
	PROV. BOLZANO					PROV. BOLZANO	ITALIA
Ricoveri con diagnosi principale droga-correlata	58	60	64	82	76	65	n.d.
Tasso per 100.000 residenti	12,3	12,6	13,6	15,4	14,2	12,1	9,1
Ricoveri droga correlati in tutte le diagnosi	130	148	159	252	217	233	n.d.
Tasso per 100.000 residenti in tutte le diagnosi	27,6	31,1	33,7	47,3	40,6	43,5	28,2

*Nota bene: Nelle relazioni annuali al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, fonte da cui abbiamo rilevato la maggior parte dei dati raccolti per l'aggiornamento delle linee d'indirizzo, oltre alle malattie infettive sono considerati tra i danni correlati anche ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità.

Rilevazione del fabbisogno: una fotografia da una rilevazione con la Rete

Tra gennaio e marzo del 2021 l'Unità di coordinamento per le dipendenze ha messo a disposizione dei questionari per la verifica dell'attuazione degli obiettivi del Piano di settore dipendenze 2013 - 2018. La compilazione dei questionari è stata sottoposta a tutta la Rete dei Servizi provinciali nel settore delle dipendenze. Il risultato di questa rilevazione è il primo passo verso la valutazione del reale fabbisogno degli stakeholder nel settore in oggetto.

Ambito operativo: Prevenzione

Le voci che seguono vanno lette più nel senso di una enumerazione, di un inventario.

In una fase successiva, le voci dovrebbero essere collegate a un modello di riferimento (ad esempio, al Curriculum europeo sulla prevenzione). Un sistema di riferimento consente di allocare le misure e di valutare dove le iniziative sono troppe, sufficienti o troppo poche e potrebbe anche essere possibile una ragionevole allocazione delle risorse nel senso di strategie generali.

Per avere una visione d'insieme delle risposte inviate dalle singole istituzioni private e pubbliche dei vari ambiti, esse sono state raccolte in un documento e codificate con il programma Maxqda. Sono stati creati dei codici, suddivisi in 5 categorie principali. Questi consentono una panoramica dei punti focali, delle offerte e degli obiettivi attuali segnalati al momento del sondaggio.

1) Temî specifici di prevenzione - approcci

Questa categoria raccoglie il maggior numero di codici. Mostrano quali approcci e quali gruppi target sono preferiti nel contesto del lavoro preventivo. Contiene le seguenti sottocategorie.

Tra le sottocategorie, **“il lavoro con i genitori”** è quella con i codici più numerosi: da un lato ci sono le offerte per i genitori nell'ambito del trasferimento di informazioni, dall'altro le consulenze.

Il fornire delle informazioni avviene attraverso vari canali. Quelli classici includono la spesso citata serata dei genitori e materiali stampati come guide e opuscoli per i genitori su come comportarsi con figli che usano sostanze, che sono offerti anche online. Lo scopo di questo approccio è quello di sensibilizzare i genitori su una varietà di argomenti di prevenzione delle dipendenze - dall'informazione sulle sostanze, ai comportamenti problematici, al gestire una segnalazione - e di aumentare le loro capacità educative nel trattare con essi. Tuttavia, alcuni servizi offrono anche informazioni ai genitori tramite colloqui diretti o formazione specifica da parte di professionisti.

L'area della **consulenza** per i genitori va dalla prima consulenza individuale su questioni generali relative all'educazione dei figli, alle offerte di gruppo e alla presa in carico specifici. Le

consulenze sono offerte per telefono, di persona e online. Alcune offerte offrono anche colloqui per i genitori insieme ai loro figli.

Anche l'**approccio dei sostegni precoci** è citato spesso in collegamento con gli incontri con i genitori.

Le famiglie con problemi di dipendenza ricevono un'attenzione speciale nell'ambito del "lavoro con i genitori".

(Prima)-consulenza

La sottocategoria di (prima-) consulenza ha ricevuto quasi lo stesso numero di codici. È offerto da un gran numero di stakeholder. Vengono menzionati alcuni luoghi (scuola, Ser.D., servizi sociali, ospedale, consultori) in cui viene offerto il counselling inteso come diagnosi precoce, primo counseling e supporto. È caratterizzato da un approccio di bassa soglia ed è destinato principalmente ai consumatori a rischio. Questo lo distingue anche dal classico setting clinico/terapeutico, anche se una transizione può essere fluida se necessario. Viene offerto per telefono e di persona. Associati al consumo problematico sono le sostanze legali e illegali, il gioco d'azzardo, il gioco e i media digitali. Oltre alla classica consulenza faccia a faccia, questa sottocategoria comprende anche conferenze di supporto (Helferkonferenzen) nel contesto scolastico con i servizi pertinenti, colloqui di collegamento (Brückengespräche), servizi di sportello, orari di consulenza, care teams e laboratori come misure di supporto. Ciò che si desidera è una maggiore cooperazione tra i singoli attori nell'ambito dei servizi di consulenza.

Diagnosi precoce

La diagnosi precoce è strettamente legata alla prima consulenza e ai luoghi specifici in cui ciò è possibile. Un luogo spesso menzionato è il reparto di pronto soccorso dell'ospedale. Per il resto, le sedi di diagnosi precoce sono praticamente identiche a quelle indicate per la prima consulenza.

Anche qui particolare attenzione è rivolta alle famiglie con problemi di dipendenza. Inoltre, in questa sottocategoria è presente l'uso dei test clinici per il rilevamento del consumo di sostanze. Anche il tema della sindrome da ADHD si pone nel contesto della diagnosi precoce.

Formazione permanente e continua

Offrire formazione è una parte importante del lavoro di prevenzione. Di volta in volta, i moltiplicatori e il personale specializzato necessitano di conoscenze specifiche sulla prevenzione nelle loro aree di lavoro. A tale scopo sono previsti seminari e corsi di formazione, nonché supervisione (individuale) e coaching. I gruppi target sono il personale addetto al lavoro per le dipendenze e la prevenzione, ma anche insegnanti, dirigenti scolastici, persone con mandato educativo, medici generici e pediatri, farmacisti.

Sostanze

Quando si parla di dipendenze da sostanze, alcol, tabacco e cannabis sono le sostanze che più frequentemente sono oggetto di lavoro di prevenzione. Le misure preventive nel settore di altre sostanze illegali come cocaina, oppiacei o allucinogeni si trovano in altre sottocategorie (vedi capitolo sotto). Sebbene i farmaci vengano menzionati nel feed-back ricevuto, tali

informazioni non risultano rilevanti perché non è stato identificato alcuna misura specifica di prevenzione. Di conseguenza, sono state create 3 sottocategorie, che consentono di trarre conclusioni sul lavoro di prevenzione sulla base della sostanza.

La sostanza più citata è l'**alcol**. Si tratta di progetti di prevenzione esistenti in questo contesto, come i parcours sull'alcol a scuola ("allcool"), "Diagnosi precoce nel primo soccorso" (Progetto Halt), la campagna "io rinuncio", l'app shuttlefinder e le campagne di prevenzione dell'alcol compresa i cartelloni stradali. Si fa riferimento anche all'educazione alla circolazione stradale. Vengono menzionate anche ulteriori misure di formazione.

Sono inoltre elencate le misure che non sono state proseguite - ad esempio nell'ambito della prevenzione delle dipendenze sul posto di lavoro - e le iniziative che finora non hanno avuto successo, come l'attuazione della diagnosi precoce nei servizi di pronto soccorso o il lavoro di sensibilizzazione nell'area dei balli e delle feste di maturità.

La sostanza **tabacco** è menzionata in relazione ai materiali informativi esistenti (materiale online e cartaceo) per tutte le età e laboratori per i giovani. Viene citata anche la realizzazione di progetti come un ospedale senza fumo e una scuola senza fumo. Nel settore del tabacco ci sono state campagne dalla metà degli anni 2000 al 2015, poi non ce ne sono state più.

I materiali informativi sono citati anche per la **cannabis**. Al momento non ci sono parcours che tematizzano la cannabis o altre sostanze illegali. Ma è in programma un autotest per valutare il proprio consumo di cannabis.

Dipendenze comportamentali (senza l'uso di sostanze)

Tra le dipendenze non legate a sostanze, il gioco d'azzardo e l'uso dei media digitali sono i più citati. Vengono menzionati il progetto scolastico "cyberbee" e il progetto di competenze mediatiche orientato alla comunità e intergenerazionale "swipe up", nonché campagne come "Genitori-connessi - consigli pratici per educare al digitale".

2) Progetti-pilota: obiettivi e settings

In questa categoria sono raccolti un'ampia varietà di obiettivi del lavoro preventivo e sono riconoscibili anche i settings. La sottocategoria (**nuove-**) **sostanze** ottiene il maggior numero di codici, che raggruppa sostanze psicoattive vecchie e nuove, legali e illegali. Subito dopo arriva la sottocategoria dei **mondi digitali**, che unisce termini come gaming, uso di internet, uso dei media digitali e nuovi media. Al terzo posto c'è la sottocategoria del **gioco d'azzardo**.

Obiettivi come "sensibilizzare per un uso consapevole dei media e delle sostanze che creano dipendenza", la prevenzione del "consumo e comportamento problematico", "aumentare la consapevolezza della diagnosi precoce" e "rafforzare la resilienza" sono collegati in modo diverso a tutte e tre le sottocategorie citate. Il tema della consapevolezza riceve un'attenzione particolare. Anche le **lifeskills** (competenze per la vita) compaiono qui nuovamente.

Qui compaiono anche metodi per raggiungere questi obiettivi: "formare operatori di riferimento", "fornire moltiplicatori nell'ambito di seminari, formazione continua", WS-offerte

agli scolari "consulenza personale, telefonica o online gratuita" nonché offerte psicoterapeutiche.

Il gruppo più spesso al centro dell'attenzione sono i **giovani utenti**.

Luoghi della prevenzione

Le sottocategorie più frequentemente citate sono "approcci di prossimità", lavoro di strada e contesto delle feste/party. Tutti e 3 cercano di agire là dove è possibile entrare in contatto con giovani consumatori (problematici). A Bolzano e a Merano si sono affermati progetti di lavori di strada. Ci sono piccoli progetti di lavori di strada in poche altre località: a Lana, Laives e in Alta Val Venosta. Il progetto di sensibilizzazione "streetlife" di Forum Prevenzione è attivo nella movida altoatesina dal 2012.

L'idea di nuovi approcci metodologici come lo sviluppo di un concetto per il drug-checking in Alto Adige emerge in questo contesto. Attualmente in Alto Adige non esiste la possibilità di far analizzare le sostanze per il loro contenuto.

Altri luoghi di prevenzione sono i comuni e le aziende. Anche se queste ultime praticamente non sono nel focus della prevenzione della dipendenza.

La **prevenzione strutturale** è rappresentata come sottocategoria con pochi riscontri, e solo in relazione al gioco d'azzardo. Se questo è comprensibile per il settore del tabacco, perché molto è già stato realizzato a livello strutturale, è quantomeno sorprendente in relazione al settore degli alcolici.

3) Attuali progetti-pilota

Questa categoria raccoglie le offerte preventive esistenti al momento della rilevazione.

Eventi formativi e workshop hanno ricevuto il maggior numero di menzioni come sottocategoria. Questi fanno parte dell'offerta attuale delle istituzioni o sono parte di progetti specifici.

I giovani sono chiaramente quelli per i quali ci sono (di gran lunga) più offerte. Vengono menzionati seminari anche per moltiplicatori, insegnanti e serate per genitori

Per gli insegnanti sono disponibili specifici **materiali didattici**.

L'approccio delle **competenze psicosociali (c.d. lifeskills)** è l'impulso più importante per il contenuto dei progetti in corso. Il rafforzamento della propria personalità, la capacità di collaborare con gli altri e la promozione di fattori protettivi sono obiettivi importanti dei progetti di prevenzione. Questo vale sia per le attività scolastiche che extrascolastiche.

I progetti mirano anche ad evitare l'"**esclusione sociale**". A questo si collega anche la questione dell'abbandono scolastico.

Anche i progetti con l'obiettivo di **fornire informazioni** sono citati frequentemente. Vengono menzionati opuscoli informativi, guide per i genitori, volantini, mostre, biblioteche

specializzate, siti web, post sui social network, live talk su Facebook/Instagram, video esplicativi.

Le **campagne informative** sono un'altra forma particolare di informazione e sensibilizzazione.

In questa sottocategoria sono riassunti gli "**studi e risultati di ricerca**" riferiti nella rilevazione. Nell'ambito di un progetto FSE, nel 2015 sono stati pubblicati i risultati e le raccomandazioni per l'azione di un ampio studio quantitativo e qualitativo sul tema "Consumo di droghe a scopo ricreativo e abbandono scolastico". Nel 2016 è stato pubblicato uno studio qualitativo sulla necessità e l'attuazione degli aiuti familiari precoce. Nel 2019 è stata condotta un'indagine sulle macchine da gioco (slot) e sulle misure preventive nei comuni altoatesini.

L'aiuto precoce è spesso menzionato nel feed-back ed è menzionato anche in questo capitolo.

4) Lavoro di Rete

All'interno dell'area della dipendenza in vari modi si fa riferimento al ruolo del lavoro di Rete. Questo avviene con affermazioni generiche o in relazione al proprio contesto lavorativo o in relazione a progetti specifici quali il progetto europeo "make the difference", Bandi Nazionali (es. con i bambini), il progetto "Aiuti precoci", il progetto tutela giovani (servizio sociale, servizi giovanili, consultorio familiare, servizio psicologico...) e in relazione a protocolli di cooperazione esistenti o da sviluppare.

Aggiornamento e supervisione periodica

Anche l'ulteriore formazione dei propri dipendenti e le offerte di supervisione sono un argomento spesso menzionato e sono considerati importanti per il lavoro di prevenzione professionale.

5) Coordinazione

È interessante notare che il tema del coordinamento, a differenza del lavoro in rete, può rivendicare solo pochissimi codici. Quelle esistenti fanno riferimento ad un "coordinamento delle offerte, allineamento agli standard internazionali e revisione dei risultati nel lungo periodo", "assicurare standard, obiettivi e metodi di lavoro comuni, anche attraverso un perfezionamento congiunto", al fine di raggiungere un "migliore definizione dei compiti dei singoli attori".

Si ritiene opportuna la "costituzione di un tavolo di lavoro con attori di diverse aree specialistiche in Alto-Adige per l'analisi dei bisogni, la messa in rete e la progettazione". I restanti codici si concentrano sul coordinamento della creazione di protocolli di collaborazione.

Valutazione

Si affronta anche il tema della valutazione o della garanzia della qualità, ma queste tematiche sono solo descritte in generale. Pochissimi dei progetti segnalati includono una valutazione.

Aspetti critici

Giovani, genitori, consumatori a rischio e moltiplicatori sono i gruppi target citati più di frequente.

La diffusione di informazioni in un'ampia varietà di forme e la trasmissione di competenze sono spesso menzionate come metodi di prevenzione. Diventa chiaro che si sta ancora costruendo molto su singole offerte di workshop. La consulenza e la diagnosi precoce svolgono un ruolo importante.

Un coordinamento delle attività preventive è appena percettibile, d'altra parte l'idea di Rete è molto importante.

Nel campo della prevenzione strutturale, l'approccio dell'intervento precoce gioca un ruolo importante. Altrimenti la prevenzione strutturale si nota solo sporadicamente.

Non è evidente un concetto di valutazione coerente.

L'uso problematico di farmaci (benzodiazepine, anfetamine, ecc.) non viene discusso. Mancano anche approcci nel lavoro di prevenzione delle aziende e nell'area "vecchiaia e dipendenze".

Ambito operativo: Terapia e Riabilitazione

Chi ha partecipato:

- I Ser.D. (BZ, ME, BRX), BBG, Hands, Caritas, La Strada – Der Weg,
- Il Tribunale per i Minorenni,
- Forum Prevenzione,
- ASSB.

Cosa va rafforzato:

- Giovani consumatrici e consumatori: sensibilizzazione, alloggi protetti, centri diurni, progetti educativi, approcci terapeutici specifici,
- Disintossicazioni per pazienti complessi,
- Medicina di genere,
- Dipendenze da farmaci.

Quali aspetti vengono discussi che non sono tuttavia parte dell'attuale Piano di settore 2013-2018:

- Internet Gaming disorder,
- Pazienti con età avanzata con necessità assistenziale,
- Approcci terapeutici specifici per cocainismo.

Ambito operativo: Integrazione Professionale e Sociale

Negli ultimi anni si sono svolti numerosi incontri di rete con tutte le parti interessate, operanti nel campo delle dipendenze. Sono stati condotti diversi sondaggi sull'attualità delle linee guida per la politica delle dipendenze in Alto Adige e del piano di settore per le dipendenze. Il fabbisogno è stato individuato anche nell'ambito dello sviluppo del nuovo Piano sociale provinciale.

Il fabbisogno può essere suddiviso in due ambiti:

Per quanto riguarda l'ambito dell'**abitare**, c'è bisogno di offerte per le persone con una dipendenza attiva. Nel nuovo Piano sociale provinciale citati come misura concreta i servizi abitativi specifici per i giovani con dipendenze attive, privilegiando le soluzioni abitative di piccole dimensioni. Inoltre, l'"accompagnamento socio-pedagogico abitativo" dovrebbe essere ampliato e orientato verso i diversi gruppi target.

Nell'area del **lavoro, dell'occupazione e dell'accompagnamento diurno**, è necessario espandere le opportunità di occupazione a bassa soglia per le persone con dipendenze. Le offerte dovrebbero avere un carattere flessibile.

Devono essere presi in considerazione i principi di **inclusione, deistituzionalizzazione e autodeterminazione**.

È necessaria una **stretta collaborazione con i servizi sanitari** competenti nei settori della prevenzione, della terapia e della riabilitazione. Le misure devono essere coordinate e confluire in modo tale da garantire il miglior supporto possibile agli utenti, indipendentemente dal servizio che fornisce il servizio.

Il **networking** attraverso una cooperazione ben funzionante è fondamentale per il settore delle dipendenze. La messa in rete avviene attraverso il regolare scambio e la promozione della comunicazione tra gli specialisti dei singoli servizi pubblici e privati, gli uffici provinciali competenti e le altre istituzioni.

La normativa provinciale nel settore delle Dipendenze

Pianificazione generale

- DGP 8 agosto 2003, n. 3043 “Linee guida per la politica sulle dipendenze in Provincia di Bolzano”;
- LP del 18.05.2006, n. 3 “Interventi in materia di dipendenze”;
- DGP 24 settembre 2007, n. 3191 Regolamento per l’approvazione di “Criteri e modalità degli interventi in materia di dipendenze da parte del sistema dei servizi”;
- DGP 21 gennaio 2013, n. 106 “Piano di settore Dipendenze 2013-2018”;
- DGP 16 marzo 2021, n. 263 “Approvazione del Progetto assistenziale territoriale (PAIT) per soggetti con problematiche di dipendenza”.

Fumo

- L.P. del 03.07.2006, n. 6 “Tutela della salute dei non fumatori e disposizioni in materia di personale sanitario”.

Alcol

- DPP n. 53/2007 “Disposizioni in materia di alcol” (recepisce la DGP n. 3193/2007) e Delibera n. 601 del 25 febbraio 2008 “Piano per una prevenzione organica dell’abuso di alcol in Alto Adige”.

Gioco d’azzardo

- L.P. 14 dicembre 1988, n. 58 “Norme in materia di esercizi pubblici” (in particolare, Art. 11, c. 1/bis – Giochi leciti, come introdotto dalla L.P. n. 13/2010);
- L.P. 13 maggio 1992, n. 13 “Norme in materia di pubblico spettacolo” (in particolare, Art. 5/bis – Giochi leciti, come integrato dalla L.P. n. 10/2016);
- L.P. 18 maggio 2006, n. 3 “Interventi in materia di dipendenze” (in particolare, Art. 6/bis);
- DGP 11 febbraio 2014, n. 144 (Rete contro il gioco d’azzardo patologico);
- DGP 29 maggio 2018, n. 505 “Determinazione delle strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private operanti nell’accoglienza, assistenza e consulenza che sono ai sensi delle leggi provinciali n. 13/1992 e n. 58/1988 ‘luoghi sensibili’;
- DGP 15 marzo 2022, n. 179 “Aggiornamento offerta prestazioni sanitarie per soggetti affetti da Gaming Disorder” (Dipendenza da videogiochi).

Tariffe ed accreditamenti

- Decreto assessorile n. 10470/2018 “Approvazione dei requisiti specifici per autorizzazione e accreditamento di strutture pubbliche e private di assistenza a persone dipendenti e area psichica”;
- DGP n. 268 del 26.04.2022, n. 656 del 25.08.2020 e n. 1494 del 28.12.2017 – Aggiornamento attività terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali erogate a persone affette da dipendenza patologica

Disposizioni per i servizi e le prestazioni dei servizi sociali:

- L.P. 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, “Riordino dei servizi sociali in provincia di Bolzano”;
- DPP 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, “Regolamento relativo agli interventi di assistenza economica sociale a al pagamento delle tariffe nei servizi sociali”;
- L.P. 14 luglio 2015, n. 7, e successive modifiche, “Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità”;
- DGP 20 dicembre 2016, n. 1458, e successive modifiche, “Criteri per l’inserimento lavorativo e l’occupazione lavorativa delle persone con disabilità”;

- DGP 04 settembre 2018, n. 883 “Criteri per i servizi per l’occupazione lavorativa e l’accompagnamento socio-sanitario diurno”;
- DGP 30 marzo 2021, n. 284 “Criteri sui servizi abitativi e prestazioni abitative per persone con disabilità, con malattia psichica e con dipendenza patologica”;
- DGP 21 aprile 2011, n. 683 “Accompagnamento socio-pedagogico abitativo”;
- DGP 24 luglio 2018, n. 733 “Criteri di autorizzazione e di accreditamento dei servizi sociali per persone con dipendenza patologica”.

Contributi da parte dell’Ufficio Assistenza sanitaria e dell’Ufficio Ordinamento sanitario:

- DGP 2 maggio 2007, n. 1459 “Criteri per la concessione di contributi ad istituzioni pubbliche o private e ad organizzazioni accreditate, ai sensi della LP del 18.05.2006, n. 3 “Interventi in materia di dipendenze”;
- DGP 29 gennaio 2019, n. 48 “Modifica dei criteri per la concessione di contributi in attuazione del Piano sanitario provinciale” ex art. 81 LP 7/2001 (modifica e sostituisce il testo previgente, allegato alla delibera dell’8 maggio 2018, n. 417).

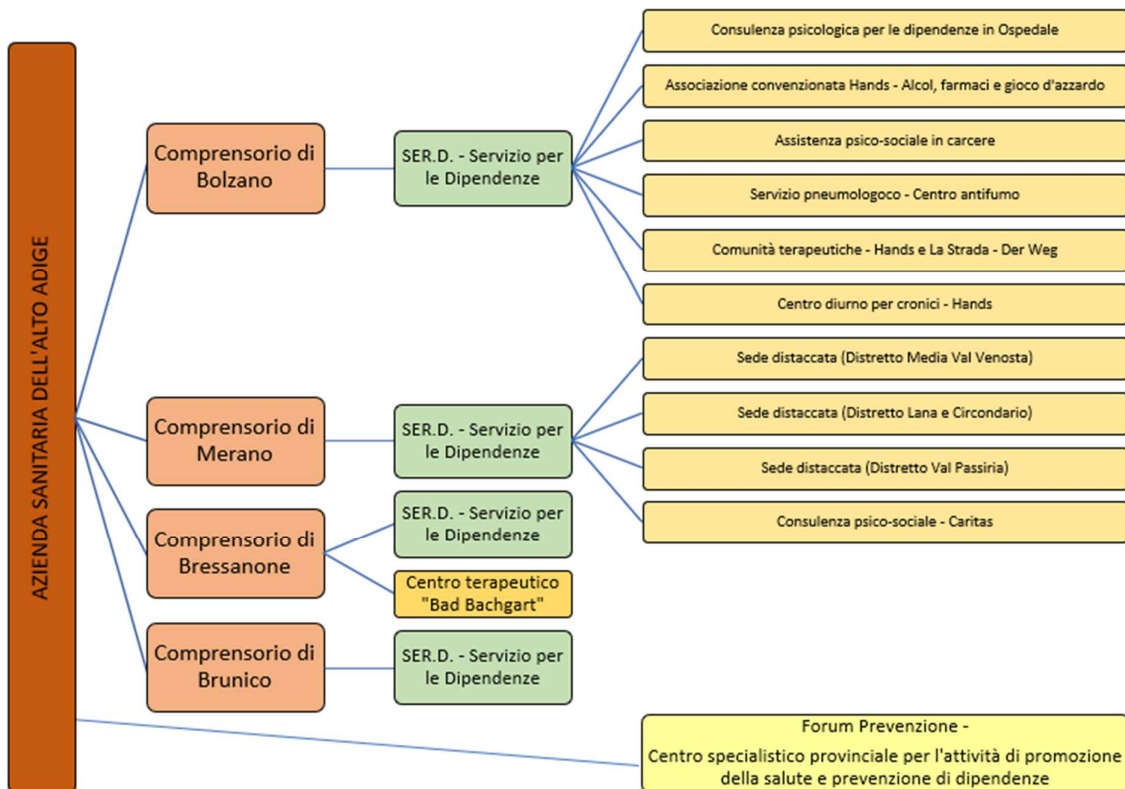
Contributi da parte dall’Ufficio Persone con disabilità:

- L.P. 21 dicembre 2011, n. 15, e successive modifiche, “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2012 e per il triennio 2012-2014 (Legge finanziaria 2012)” – Art. 4 “Lotta alla dipendenza dal gioco in ambito sociale”;
- DGP 11 febbraio 2014, n. 144, e successive modifiche, “Criteri di concessione di contributi per spese correnti ai Comuni ed alle Comunità Comprensoriali ai sensi dell’articolo 4 della L.P. del 21 dicembre 2011, n. 15 ‘lotta alla dipendenza dal gioco’”;
- DGP 10 aprile 2018, n. 332, e successive modifiche, “Criteri per la concessione di contributi ad enti pubblici e privati attivi in ambito sociale – Revoca della deliberazione della Giunta provinciale 13 giugno 2017, n. 661”.

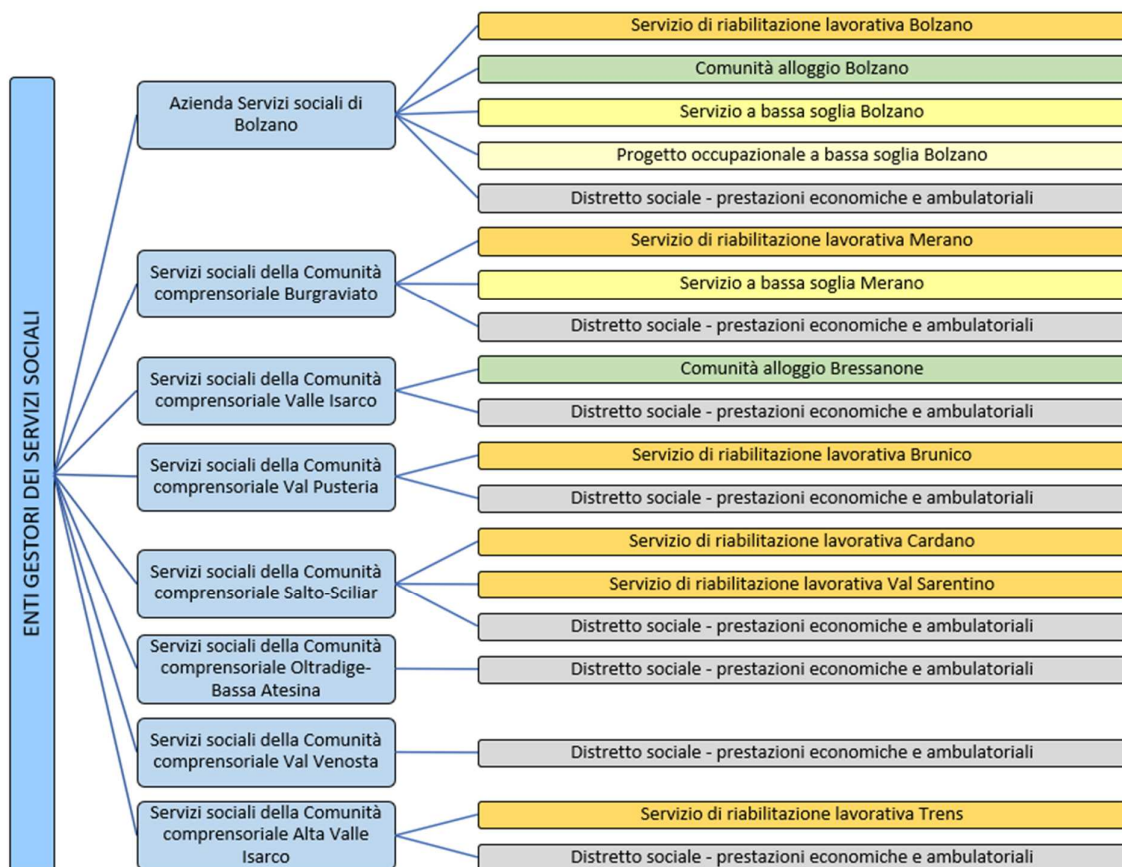
Struttura della Governance per le dipendenze



Servizi pubblici per le dipendenze del Servizio sanitario



Servizi pubblici per le dipendenze dei Servizi sociali



La rete: principali attori nell'ambito delle dipendenze in Alto Adige

Servizi sanitari	Servizi con ruolo di interfaccia	Servizi sociali
<ul style="list-style-type: none">• Servizi per le Dipendenze• Ambulatorio Hands• Centro terapeutico Bad Bachgart• Hands - comunità terapeutiche• La Strada - Der Weg - Comunità terapeutiche• Comunità terapeutiche Italia e Austria• Caritas - consulenza psicosociale• Distretti sanitari• Medici di medicina generale• Psichiatria e Neuropsichiatria infantile NPI• Centri di salute mentale• Servizio psicologico• Servizio pneumologico• Medicina legale e commissioni• Casa circondariale presidio• Altri Servizi dell'Azienda sanitaria• Uffici provinciali Ripartizione Salute	<ul style="list-style-type: none">• Forum Prevenzione• Prevenzione secondaria di altri enti convenzionati• Direzioni Istruzione e Formazione, Intendenze scolastiche• Scuole• Formazione professionale• Ufficio Mediazione al lavoro, Ufficio Integrazione lavorativa, Centri di mediazione lavoro• Istituto per edilizia sociale• Cooperative sociali• Ufficio Esecuzione penale esterna (UEPE) e Ufficio di Servizio sociale per i minorenni (USSM)• Tribunale di sorveglianza e ordinario• Tribunale e procura per minori• Commissariato del Governo• Forze dell'ordine• Ministeri e Dipartimenti nazionali• Organizzazioni giovanili• Ufficio Politiche giovanili• Federazione per il Sociale e la Sanità• Avvocatura provinciale• Varie reti	<ul style="list-style-type: none">• Distretti sociali (prima consulenza, assistenza economica sociale, servizio di assistenza domiciliare, pasti a domicilio, accompagnamento socio-pedagogico abitativo, convenzioni individuali per l'occupazione lavorativa, accompagnamento sul posto di lavoro, job-coaching ecc.)• Servizi a bassa soglia• Comunità alloggio• Servizi di riabilitazione lavorativa• Streetwork• Strutture e servizi per l'accoglienza di persone senza dimora• Organizzazioni del privato sociale• Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico• Uffici provinciali della Ripartizione Politiche sociali

La futura evoluzione del Sistema dei servizi in Provincia Autonoma di Bolzano

Revisione delle linee d'indirizzo per la politica delle dipendenze

- 1) Per quanto riguarda l'assegnazione del controllo/moderazione scientifica esterna delle attività, la prima cosa da accertare è l'esistenza di risorse all'interno dell'amministrazione provinciale in grado di svolgere questo lavoro. In caso contrario, è opportuno effettuare un'indagine di mercato in cui il peso non sia posto solo sul prezzo, ma soprattutto su alcuni criteri di qualità/esperienza professionale.
- 2) Per quanto riguarda la revisione delle Linee d'indirizzo politico, che prevedono strategie di medio-lungo periodo, viene costituito un Comitato di esperti per i lavori contenutistici, che collabora con il monitoraggio/moderazione scientifica delle attività.
- 3) Come nel 2003, sarà schierato un gruppo allargato di revisori.
- 4) La valutazione finale del documento di indirizzo rivisto sarà effettuata dai membri dell'Unità di coordinamento, che poi trasmetteranno il documento finale ai decisori politici.
- 5) In vista o parallelamente alla preparazione del suddetto incarico, dovrebbe essere organizzato un convegno, che si rivolge agli operatori socio-sanitari operanti in Alto-Adige nel campo delle dipendenze. Nell'ambito di questo convegno, un esperto nel campo delle dipendenze di un Paese di lingua tedesca e un esperto nel campo delle dipendenze di un'altra realtà italiana, proposti dall'unità di coordinamento, dovrebbero tenere una conferenza al fine di fornire preziosi input e mostrare gli sviluppi attuali e futuri in altre realtà. Le nuove "Linee guida per la politica delle dipendenze" devono essere inviate a questi esperti prima della conferenza in modo che possano valutare se sono coerenti o spiegare il loro contributo sulle priorità da definire in Alto Adige e sulle misure da implementare durante la conferenza.
- 6) Le attività connesse alla suddetta revisione delle linee d'indirizzo saranno sotto la regia della Ripartizione Salute – Ufficio Assistenza sanitaria e della Ripartizione Politiche sociali – Ufficio Persone con disabilità.

Collegamento del Sistema dei Servizi nel settore delle dipendenze con la rinnovata Assistenza territoriale

Il DM n. 77 del 23 maggio 2022 “**Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale**”, quale passaggio fondamentale prospettato nella Riforma contenuta nella Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rappresenta lo scenario all’interno del quale si debbono sviluppare le attività di assistenza primaria con particolare riferimento al ruolo del “Distretto” (che va assimilato al “Comprensorio” in PA di Bolzano) e alle strutture nelle quali ciò deve avvenire (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali). Con **DGP n. 907/2022** è avvenuto il recepimento della nuova Riforma a livello provinciale.

Nella versione finale del DM n. 77 le aree della salute mentale adulti e minori, dipendenze e sanità penitenziaria, pur costituendo ambiti di rilievo nell’ambito dell’assistenza territoriale sia in termini qualitativi che quantitativi, non sono state inserite nel modello. Poiché anche a livello nazionale si è arrivati alla conclusione che non sia possibile prescindere dalla loro inclusione nella programmazione della riforma dell’assistenza territoriale, si è aggiunto un nuovo decreto ministeriale, dedicato espressamente agli standard di queste aree a seguito dell’**Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21.12.2022 (Repertorio atti n. 267/CSR)**.

Oltre agli standard del personale, si riconosce a questi servizi, ma anche alle Associazioni che li sostengono, in particolare per i primi due livelli clinico-assistenziali (da un lato la prevenzione, consultazione e assistenza primaria; dall’altro la presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine per mezzo di équipe multidisciplinari, anche tramite **lo strumento del Budget di Salute**⁵) un loro possibile coinvolgimento nella programmazione delle attività all’interno delle Case della Comunità.

In fase attuativa e di programmazione concreta dovrà essere considerata anche questa opportunità. Andrà sperimentata sempre più l’applicabilità del suddetto Budget di Salute anche nel settore delle Dipendenze. Tale strumento, necessitando infatti di una stretta integrazione tra Sanità e Sociale, è una metodologia che offre vantaggi sia sul lato delle collaborazioni istituzionali (rinforzandole), sia sul lato della valorizzazione della centralità della persona.

⁵ Il “Budget di Salute” è stato sviluppato come uno strumento integrato sociosanitario inizialmente a sostegno del “Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato” (PTRI) di persone con disturbi mentali gravi e complessi a partire dalla pre-adolescenza (DPCM 12/1/2017), ed è costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie volte a migliorare la salute nell’ottica del possibile recupero (c.d. recovery). Inoltre, a livello nazionale è stata firmata l’Intesa in Conferenza Unificata (Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022) recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”. In termini più generali, si tratta di implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute sull’intero territorio nazionale, attraverso interventi socio-sanitari flessibili e integrati, capaci anche di sviluppare efficienti collaborazioni con il Terzo settore, per promuovere obiettivi formativi e lavorativi, legati all’abitare e all’inclusione sociale, rivolti a persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, dal mercato immobiliare e dai contesti socioculturali.