

Spedizione in abbonamento postale  
Art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Fil di Perugia

REPUBBLICA ITALIANA

**BOLLETTINO UFFICIALE**

DELLA

**REGIONE DELL'UMBRIA**

---

PARTI PRIMA e SECONDA

PERUGIA - 18 settembre 2002

Prezzo € 1,03  
(IVA compresa)

---

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - PERUGIA

---

PARTE PRIMA

Sezione II

**ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

29 luglio 2002, n. **1057**.

**Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999** (*così come corretta con D.G.R. 2 settembre 2002, n. 1162*).

## S O M M A R I O

### PARTE PRIMA

#### Sezione II

#### ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 luglio 2002, n. **1057**.

<p><b>Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999 (così come corretta con D.G.R. 2 settembre 2002, n. 1162)</b> .....</p>	Pag. 3
---	--------

ALLEGATO:

<p>— Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze .....</p>	» 9
<p>— Requisiti strutturali minimi e funzionali comuni a tutte le aree e servizi compresi nel «Nuovo sistema di interventi e di servizi nel campo delle dipendente» (artt. 4-5 Atto d'intesa del 5 agosto 1999) .....</p>	» 9
<p>— Area pedagogica-riabilitativa (regime residenziale e semiresidenziale) .....</p>	» 10
<p>— Area terapeutica-riabilitativa (regime residenziale e semiresidenziale) .....</p>	» 10
<p>— Area specialistica residenziale:</p>	
<p style="padding-left: 20px;">Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica .....</p>	» 11
<p style="padding-left: 20px;">Servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori .....</p>	» 12
<p style="padding-left: 20px;">Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati ...</p>	» 13
<p>— Area intermedia a bassa soglia:</p>	
<p style="padding-left: 20px;">Servizio intermedio a bassa soglia di accesso (regime residenziale e semiresidenziale) .....</p>	» 13
<p style="padding-left: 20px;">Unità di strada .....</p>	» 15
<p>— Area di accoglienza:</p>	
<p style="padding-left: 20px;">Servizio di accoglienza diagnostica residenziale-semiresidenziale .....</p>	» 15

## PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
29 luglio 2002, n. 1057.

**Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999** (Così come corretta con D.G.R. 2 settembre 2002, n. 1162).

## LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del direttore regionale alla sanità e servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal dirigente di Servizio competente, ai sensi dell'art. 21, c. 3 e 4 del regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997: «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento ed Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;

Visto il decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994: «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera»;

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre, n. 421»;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419»;

Visto il DPCM del 20 novembre 2001: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visto il DPCM 14 febbraio 2001: «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria» a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Vista la L.R. 23 gennaio 1997, n. 3: «Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali»;

Vista la L.R. 20 gennaio 1998, n. 3: «Ordinamento del sistema sanitario regionale»;

Vista la L.R. 27 marzo 2000, n. 29: «Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;

Visto il piano sociale regionale 2000/2002 (deliberazione del Consiglio regionale 20 dicembre 1999, n. 759);

Visto il piano sanitario regionale 1999-2001;

Visto il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 390: «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»;

Visto l'Atto d'intesa del 23 marzo 1993 concernente: «Approvazione dello schema tipo di convenzione tra USL ed enti, società e cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope»;

Vista la legge 18 febbraio 1999, n. 45, recante: «Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale per i servizi per le tossicodipendenze»;

Visto l'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999: «Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso»;

Visto l'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999: «Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti»;

Vista la D.G.R. 19 maggio 1994, n. 3422: «Tossicodipendenze-cessazione regime transitorio iscrizione Albo Enti ausiliari ex art. 116, D.P.R. 309/90. Rinnovo convenzioni, determinazione nuove rette»;

Vista la D.G.R. 23 dicembre 1993, n. 9624: «Comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Proroga scadenza iscrizioni Albo Enti ausiliari e convenzioni con ULSS»;

Vista la D.G.R. del 7 luglio 1993, n. 3951: «Recepimento dello schema-tipo di atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e inserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi cui all'art. 116 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309»;

Vista la D.G.R. 20 febbraio 1996, n. 844: «Verifica requisiti strutturali comunità terapeutiche per tossicodipendenti»;

Vista la D.G.R. 30 dicembre 1998, n. 6475: «Regolamentazione provvisoria dei rapporti fra il S.S.R. e le strutture sanitarie private per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni residenziali presso centri o istituti privati di riabilitazione funzionale, presso strutture private psichiatriche, presso strutture private di riabilitazione per tossicodipendenti e presso residenze sanitarie assistenziali private (R.S.A.)»;

Vista la D.G.R. 4 agosto 1999, n. 1115: «Riorganizzazione servizi assistenza a tossicodipendenti»;

Visto atto di indirizzo programmatico «Riduzione del danno da dipendenze» (DCR 10 gennaio 2000, n. 767) - Piano sanitario regionale 1999/2001;

Visto il regolamento regionale 25 febbraio 2000, n. 2:

«Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie»;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

delibera:

1) di fare proprio il documento istruttorio e l'allegato «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» che ne costituisce parte integrante con la conseguente proposta del direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare i criteri di applicazione delle tariffe regionali di riferimento nei rapporti convenzionali provvisori tra SSR e sedi operative residenziali e semiresidenziali previste nel «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» così come descritti nel documento istruttorio:

A) sedi operative già iscritte all'Albo regionale degli Enti ausiliari ex. art. 116, D.P.R. 309/90 e convenzionate con le Aziende USL della regione: è previsto un periodo di due anni durante il quale le rette giornaliere pro capite per l'assistenza residenziale e semiresidenziale nelle diverse tipologie di servizi previsti nel «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze», dovute dalle Aziende sanitarie convenzionate, verranno gradualmente adeguate alle tariffe regionali di riferimento.

Nello specifico:

— dalla data di pubblicazione della presente deliberazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione, le rette giornaliere pro capite onnicomprensive dovute dalle Aziende sanitarie convenzionate, differenziate per tipologia dei servizi offerti e lì dove indicato, anche per numero di utenti, previa presentazione da parte degli Enti ausiliari di un progetto di adeguamento ai requisiti strutturali, funzionali e di personale, indicati nell'allegato documento inerente il «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze», progetto che preveda le azioni da intraprendere ed i tempi di realizzazione, sono così definite:

- Area pedagogica-riabilitativa: retta pro-die pro capite  
Regime residenziale: 10 utenti: euro 46,64 (lire 90.300)  
20-30 utenti: euro 36,77 (lire 71.200)  
Regime semiresidenziale: 10 utenti: euro 30,99 (lire 60.000 )  
20-30 utenti: euro 24,27 (lire 47.000)
- Area terapeutica-riabilitativa: retta pro-die pro capite  
Regime residenziale: 10 utenti: euro 53,97 (lire 104.500)  
20-30 utenti: euro 44,21 (lire 85.600)  
Regime semiresidenziale: 10 utenti: euro 35,64 (lire 69.000)  
20-30 utenti: euro 29,18 (lire 56.500)
- Area specialistica residenziale:  
Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica:  
retta pro-die pro capite:  
euro 79,69 (lire 154.300)

Servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori:

retta pro-die pro capite:  
euro 50,87 (lire 98.500)

Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati:

retta pro-die pro capite:  
euro 47,26 (lire 91.500)

- Area intermedia a bassa soglia di accesso:

Regime residenziale: euro 41,83 (lire 81.000)  
Regime semiresidenziale: euro 27,63 (lire 53.500)

- Area di accoglienza:

Servizio di accoglienza diagnostica residenziale:  
10 utenti: euro 52,90 (lire 102.575)  
20-30 utenti: euro 42,97 (lire 83.200)

Durante la fase di realizzazione dei progetti di adeguamento per i quali è previsto un periodo di due anni a far data dalla pubblicazione della presente deliberazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione dell'Umbria, le Aziende USL competenti per territorio provvederanno ad effettuare il monitoraggio ed il controllo sull'attuazione degli stessi nei tempi da essi previsti. In caso di esito negativo dei controlli la ASL provvederà alla revoca degli aumenti tariffari sopraindicati.

— Al termine del periodo sopraindicato, le rette pro capite giornaliere onnicomprensive dovute dalle Aziende sanitarie convenzionate, differenziate per tipologia dei servizi offerti e lì dove richiesto, anche per numero di utenti, in caso di verifica positiva da parte della ASL competente per territorio del pieno possesso di tutti i requisiti previsti nonché del rispetto della convenzione stipulata, sono così definite:

- Area pedagogica-riabilitativa: retta pro-die pro capite  
Regime residenziale: 10 utenti: euro 57,12 (lire 110.600)  
20-30 utenti: euro 45,34 (lire 87.800)  
Regime semiresidenziale: 10 utenti: euro 37,70 (lire 73.000)  
20-30 utenti: euro 29,95 (lire 58.000)
- Area terapeutica-riabilitativa:  
Regime residenziale: 10 utenti: euro 61,87 (lire 119.800)  
20-30 utenti: euro 47,51 (lire 92.000)  
Regime semiresidenziale: 10 utenti: euro 40,80 (lire 79.000 )  
20-30 utenti: euro 31,35 (lire 60.700)
- Area specialistica residenziale:  
Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica:  
retta pro-die pro capite:  
euro 88,57 (lire 171.500)  
Servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori:  
retta pro-die pro capite:  
euro 57,33 (lire 110.000)  
Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati:  
retta pro-die pro capite:  
euro 53,20 (lire 103.000)

- Area intermedia a bassa soglia di accesso:  
Regime residenziale: euro 56,81 (lire 110.000)  
Regime semiresidenziale: euro 37,49 (lire 72.600)
- Area di accoglienza:  
Servizio di accoglienza diagnostica residenziale:  
10 utenti: euro 70,81 (lire 137.105);  
20-30 utenti: euro 48,65 (lire 94.200)

Le ASL competenti in caso di verifica negativa del raggiungimento dei requisiti e del rispetto delle clausole contrattuali provvedono alla risoluzione della stipula della convenzione.

B) Realizzazione di nuovi servizi (nonché per il loro adattamento, ampliamento, trasformazione e trasferimento) nelle cinque aree previste dal «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» con conseguente apertura di nuove sedi operative non ancora autorizzate dal competente Servizio della Direzione regionale sanità e servizi sociali: immediata applicazione dei requisiti minimi standard, strutturali, funzionali e di personale, differenziati per tipologia di servizio, indicati nella presente deliberazione nell'ambito dell'iter procedurale di richiesta di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio definito nel regolamento regionale 25 febbraio 2000.

In caso di esito positivo dei controlli da parte delle Aziende USL competenti per territorio rispetto ai requisiti richiesti e al momento del rilascio dell'autorizzazione da parte del competente Servizio della Direzione regionale sanità e servizi sociali la retta giornaliera pro capite onnicomprensiva per l'assistenza residenziale e semiresidenziale nelle diverse tipologie di servizi previsti nel «Nuovo sistema di interventi e servizi nel campo delle dipendenze» sarà fissata nell'importo in quel momento vigente in base a quanto stabilito al precedente punto A).

— Si dispone pertanto:

a) di approvare i criteri di applicazione delle tariffe regionali di riferimento nei rapporti convenzionali provvisori tra SSR e sedi operative residenziali e semiresidenziali previste nel «Nuovo sistema di intervento e di servizi nell'area delle dipendenze» così come descritti nei precedenti punti A) e B);

b) di dare mandato alle ASL competenti per territorio di effettuare in qualunque momento il controllo sul possesso dei requisiti indicati nel documento allegato inerente «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» e sul rispetto delle convenzioni stipulate collegando all'esito negativo dei controlli la risoluzione dei medesimi;

c) di stabilire che i suddetti importi sono annualmente incrementati del tasso programmato di inflazione così come già indicato nella D.G.R. del 19 maggio 1994, n. 3422;

d) di applicare per l'invio degli utenti in Enti ausiliari ubicati fuori dal territorio regionale le tariffe regionali di riferimento stabilite dalla Regione dove l'ente ausiliare ha la propria sede operativa;

e) di invitare le Aziende USL regionali ad avviare ogni utile iniziativa affinché le tariffe di cui ai precedenti punti A) e B) entrino in vigore a partire dalla data di pubblicazione della presente deliberazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione dell'Umbria;

f) di rivedere il sistema della stipula provvisoria di rapporti convenzionali tra SSR e strutture private di cui alle D.G.R. n. 6475 del 30 dicembre 1998 e n. 263 del 1°

marzo 2000 al momento in cui la Giunta regionale avrà approvato l'atto contenente i requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private;

g) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione dell'Umbria.

Il Relatore

Rosi

La Presidente  
LORENZETTI

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

**Oggetto: Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze. Determinazione in via sperimentale e transitoria delle tariffe regionali di riferimento per gli inserimenti di utenti tossicodipendenti nelle diverse tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali ai sensi della legge 18 febbraio 1999, n. 45 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999.**

Complesso ed articolato, pur se ancora incompleto, è il quadro di riferimento normativo nazionale generale in materia di procedure che consentono a strutture pubbliche e private l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie a carico del SSN. È il decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni a prevedere all'art. 8-bis che le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali nonché di soggetti accreditati nel rispetto di appositi accordi contrattuali. Di fatto le procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale si articola in tre fasi: l'autorizzazione, l'accREDITAMENTO, la stipula dell'accordo contrattuale. Quindi l'attuazione delle procedure che consentono a strutture pubbliche e private l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie a carico del SSN comporta nelle varie fasi l'emanazione di atti di indirizzo da parte del livello nazionale e successivamente la determinazione di requisiti, criteri e procedure da parte delle regione. L'art. 8-ter del D.Lgs. n. 229/99 che disciplina le autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie prevede al comma 4 che «l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici ed organizzativi». Per quanto riguarda il livello nazionale è stato emanato il D.P.R. 14 gennaio 1997 contenente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private. Sempre nel D.P.R. citato si sottolinea che «i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti sono definiti dall'Atto d'intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993 in riferimento al modello assistenziale adottato dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale approvato con D.P.R del 1° marzo 1994».

Allo stato attuale della normativa è quindi possibile dare corso alle procedure per il rilascio da parte della Regione delle autorizzazioni all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, mentre il procedimento per l'accREDITAMENTO delle strutture, nell'assenza di una norma legislativa che disciplini anche un regime di accREDITAMENTO provvisorio, non è ancora attivabile. La Regione ha ritenuto neces-

sario, in questa fase transitoria, con il D.G.R. n. 6475 del 30 dicembre 1998 emanare disposizioni per l'instaurazione di rapporti convenzionali provvisori tra Aziende ASL e strutture sanitarie e socio-sanitarie private, laddove ritenuto necessario nell'ambito della programmazione annuale di ogni azienda. Tali rapporti sono validi fino alla entrata in vigore di tutti gli atti nazionali previsti dal decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni per attivare la procedura dell'accreditamento delle strutture e della successiva stipula degli accordi contrattuali nonché dell'Atto regionale di definizione dei requisiti previsti dal decreto legislativo 502/99 e successive modifiche ed integrazioni e dall'art. 25 della L.R. n. 3 del 20 gennaio 1998 sull'ordinamento del Sistema sanitario regionale. Gli ambiti in cui tali rapporti provvisori possono esplicarsi includono anche le prestazioni residenziali a ciclo diurno e/o continuativo per tossicodipendenti. La D.G.R. del 1° marzo 2000, n. 263, stabilisce che in via provvisoria ed in attesa dell'attuazione del regime dell'accreditamento istituzionale vanno considerate valide le autorizzazioni per il funzionamento comunque rilasciate a suo tempo dalle strutture interessate dalla Regione, dai Comuni, ecc. purché provviste di parere favorevole della ASL.

Rispetto all'area di integrazione socio-sanitaria sia il D.L.vo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni che la normativa regionale (Piano sanitario regionale 1999-2001, Piano sociale regionale 2000-2002, L.R. n. 3/98) stabiliscono una chiara separazione tra il Comune e l'Azienda sanitaria per quanto riguarda il finanziamento ed i criteri di partecipazione alla spesa anche se alla diversa competenza istituzionale non corrisponde necessariamente una diversa competenza gestionale.

Su tali aspetti è intervenuto l'Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni sanitarie del 14 febbraio 2001 che ha stabilito che le Regioni, nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari, determinano gli obiettivi, le funzioni ed i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ivi compresi i criteri di finanziamento tenendo conto di quanto stabilito nell'atto di indirizzo stesso. L'area delle dipendenze si colloca nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, prestazioni erogate, in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali, dalle aziende sanitarie e quindi a carico per il 100 per cento del fondo sanitario.

Per quanto riguarda il quadro di riferimento normativo nazionale generale in materia di procedure che consentono a strutture pubbliche e private l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie a carico del SSN nel settore delle dipendenze, occorre far riferimento in primis al D.P.R. 309/90 (testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) che prevede, art. 116, che le Regioni e Province autonome istituiscano un Albo degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti. La Regione Umbria si era già dotata di una propria normativa per il riconoscimento d'idoneità e per la classificazione di dette strutture con i seguenti atti consequenziali: D.G.R. 13 maggio 1986, n. 2748, D.G.R. del 12 luglio 1988, n. 515, atti adottati ancor prima della emanazione della L. 162/1990. Con successiva D.G.R. del 31 luglio 1990, n. 6589, la Regione ha provveduto a formalizzare l'istituzione dell'Albo degli Enti ausiliari con iscrizione di tutti gli Enti ausiliari presenti sul territorio ed operanti a fini non di lucro, tutti convenzionati con le ASL ove ha sede la/e struttura/e operativa/e.

L'Atto d'intesa (D.M. del 19 febbraio 1993 (G.U. n. 67 del 23 marzo 1993) concernente «Approvazione dello schema tipo di convenzione tra USL ed enti, società e cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotro-

pe dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope» nonché lo schema di Atto d'intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi d'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (G.U. n. 55 dell'8 marzo 1993) ha costituito prima normativa nazionale di riferimento nella regolamentazione dei rapporti tra pubblico e privato sociale impegnato nell'area del recupero e del reinserimento sociale. Tale Atto d'intesa è stato recepito con D.G.R. del 7 luglio 1993, n. 3951, con la quale la Giunta regionale ha previsto già allora norme transitorie per la regolamentazione dei rapporti pubblico e privato sociale operante nel settore a fini non di lucro per la gestione di strutture residenziali e semiresidenziali atte alla riabilitazione di soggetti tossicodipendenti. Con successiva deliberazione del 23 dicembre 1993, n. 9624, si prorogava la data di scadenza delle iscrizioni e delle relative convenzioni degli enti in precedenza già iscritti al 1° maggio 1994. La D.G.R. 19 maggio 1994, n. 3422, rappresenta l'ultimo atto emanato nel tempo in materia di rinnovo convenzioni e proposta di adozione di rette per le strutture residenziali e semiresidenziali relativamente all'area pedagogica-riabilitativa e l'area terapeutica-riabilitativa nel settore, rette che hanno avuto dal 1995 solamente un incremento annuale relativo al tasso programmato d'inflazione.

Con l'Atto d'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999: «Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso» ed in riferimento al comma 2, art. 4 della legge 18 febbraio 1999, n. 45 cessano di avere efficacia sia l'Atto di intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome dell'8 marzo 1993 approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 febbraio 1993 relativo alla definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del D.P.R. n. 309 del 1990 sia l'Atto di indirizzo e coordinamento approvato con il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativamente alla parte riguardante le strutture di riabilitazione ed educativa-assistenziale per i tossicodipendenti.

L'Atto d'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 rappresenta una tappa significativa del lavoro congiunto tra Ministri, Regioni e privato sociale nella direzione del riconoscimento delle pluralità delle esperienze, delle attività e dei servizi attivati dal privato in questi anni. L'Atto facendo proprie le disposizioni della L. 45/99 e sulla base di quanto emerso dalla Conferenza nazionale sulla droga di Napoli (1997) ribadito peraltro anche nel documento finale prodotto nel corso della «Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope» (Genova 28, 29, 30 novembre 2000) si propone di porre al centro dell'interesse la persona dipendente da sostanze stupefacenti e psicotrope e di qualificare al meglio le risposte in riferimento ai bisogni specifici territoriali nell'ottica di una più completa promozione dei diritti di cittadinanza e di salute pubblica.

Il presente Atto rappresenta un chiaro quadro di riferimento per le Regioni alle quali compete la definizione di dettaglio con appositi provvedimenti delle modalità e procedure che regoleranno a livello locale il settore delle dipendenze. L'art. 1 indica i soggetti destinatari delle disposizioni ivi contenute: enti ed associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicotrope, enti ed associazioni che cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle regioni e in particolare del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della integrazione socio-sanitaria e interistituzionale dei servizi,

della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità di intervento delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell'auto-aiuto. Un privato sociale che ha le stesse finalità di altri soggetti pubblici operanti e che non può essere considerato più come un soggetto a cui affidare interventi ma come soggetto partecipante ai diversi momenti della programmazione e gestione dei servizi. L'art. 2 specifica che riguarda enti e associazioni che erogano servizi sia a valenza socio-sanitaria che socio-assistenziale.

Rispetto al precedente Atto d'intesa vengono apportate importanti innovazioni nell'ottica della completezza dei servizi e della garanzia della loro qualità attraverso indicazioni per la realizzazione di due passaggi propedeutici: l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. Rispetto all'autorizzazione al funzionamento (art. 2-8) quale atto indispensabile per poter erogare i servizi e per l'accesso a qualunque finanziamento pubblico, l'Atto d'intesa indica i requisiti soggettivi (art. 3) strutturali (art. 4) funzionali (art. 5) e di personale (art. 6). Nell'art. 8 si attribuiscono alle Regioni le competenze di stabilire le modalità e le procedure che le associazioni o enti richiedenti l'autorizzazione devono perfezionare ai fini del suo conseguimento nonché gli adempimenti richiesti per il mantenimento della medesima. Rispetto al processo di accreditamento (art. 9-20) l'Atto di intesa attribuisce alle Regioni, ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992, art. 2 e sulla base delle linee di indirizzo ivi contenute, la definizione dei criteri e standard di qualità per l'accreditamento degli enti o associazioni gestori delle attività di cui all'art. 1. L'accreditamento è riservato agli Enti gestori già preventivamente autorizzati al funzionamento per il settore socio-sanitario. «L'accreditamento costituisce requisito preliminare per l'instaurazione di rapporti contrattuali ed economici fra gli enti e le associazioni e le aziende del S.S.N. relativamente all'acquisto di prestazioni» (art. 9). Aspetto non secondario del presente Atto d'intesa è riscontrabile nella nuova classificazione delle strutture con ampliamento di nuove tipologie. Alle due aree (pedagogico-riabilitativa e terapeutico-riabilitativa) identificate nella precedente normativa se ne aggiungono altre tre con il tentativo di descrivere un sistema di interventi più articolato ed aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza che all'evoluzione degli approcci operativi. Per ciascuna delle aree indicate l'Atto d'intesa definisce la tipologia di prestazioni erogate, il relativo target, i tempi di realizzazione. Nello specifico si sottolinea la presenza di personale qualificato individuando specifici profili professionali differenziati in base alle tipologie delle strutture. Più in particolare l'art. 17 definisce i requisiti del personale che le strutture accreditate «devono possedere a seconda delle aree di intervento, requisiti idonei a garantire le specifiche prestazioni che l'ente o la struttura intendono rendere disponibili». Rispetto al sistema tariffario l'art. 24 così recita «il sistema tariffario dovrà rispecchiare la qualità e la quantità dei fattori produttivi disponibili come pure le prestazioni effettivamente erogate e la tipologia delle strutture che le eroga». Spetta alle Regioni sulla base del tariffario minimo stabilito dal Ministero della sanità, rapportato alla specificità del proprio territorio quantificare le tariffe per servizio le quali «sono normalmente stabilite sulla base di direttive giornaliere per singolo utente ovvero per servizi ad utenza non quantificabile sulla base delle ore effettive di erogazione oppure ove possibile sulla base delle prestazioni effettivamente erogate».

L'Atto di intesa quale accordo quadro per essere applicato ha bisogno di provvedimenti attuativi che le Regioni sono chiamate a emanare. La Regione Umbria ha avviato il processo di recepimento attraverso la costituzione, nell'aprile 2001, di gruppo di lavoro misto pubblico-privato sociale composto dai responsabili dei Dipartimenti per le dipendenze da sostanze d'abuso (DDSA), dai responsabili dei Ser.T delle ASL della Regione e dai responsabili degli

Enti ausiliari operanti a livello regionale, dal referente del coordinamento regionale dell'Umbria per la politica socio-sanitaria di riduzione del danno, dal referente del Servizio VII e da un referente del Servizio VI - Sistema informativo sanitario, osservatorio epidemiologico e controllo di gestione della Direzione regionale sanità e servizi sociali. Il gruppo di lavoro, che ha concluso la fase di ideazione e di progettazione nel marzo 2002, ha inteso il recepimento del nuovo Atto di intesa non come semplice emanazione di un provvedimento ma quale importante occasione per riprogettare un sistema di interventi e di servizi, nel settore delle dipendenze, più articolato ed aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta completa di prestazioni dalla «bassa» alla «alta soglia»: un'occasione storica, nell'area delle dipendenze per ripensare la qualità dei servizi alla persona.

In accordo con i presupposti indicati il gruppo di lavoro ha quindi avviato un percorso operativo che ha visto quali tappe significative una prima fase centrata sull'analisi della domanda attraverso una ricognizione dettagliata, nei diversi ambiti territoriali, delle problematiche di salute, «storiche» ed emergenti, correlate all'uso-abuso-dipendenza da sostanze. Dagli elementi emersi dal primo step il gruppo di lavoro ha individuato e concordato le principali strutture ed aree di attività necessarie a ridisegnare un nuovo sistema di interventi regionale nel campo delle dipendenze congruo con i bisogni di salute evidenziati, in linea con l'evoluzione dei trattamenti nel settore ed in grado di includere risposte specifiche a tipologie di utenza con caratteristiche e bisogni differenziati che non trovano adeguata collocazione nella pratica terapeutica assistenziale corrente. È comunque importante segnalare che negli anni, nel territorio regionale, gli Enti ausiliari hanno attivato in via sperimentale programmi specialistici per rispondere a tipologie di utenza con problematiche complesse. Il gruppo ha quindi dato mandato alla Sezione fasce deboli (Servizio II della Direzione regionale sanità e servizi sociali) di redigere una prima proposta. A tal fine sono stati presi in visione lavori similari condotti a livello nazionale che, se pur non ancora formalizzati, rappresentano tappe significative di analoghi processi di recepimento dell'Atto di intesa avviati in altri contesti regionali. La prima stesura è quindi stata modificata ed integrata in base ai contributi offerti dai partecipanti al gruppo di lavoro. Il percorso di condivisione ha quindi portato alla proposizione e definizione del «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» - documento allegato che integra il documento istruttorio - più articolato ed aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con prestazioni e risposte a bassa soglia che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi ed articolati percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione sia per l'integrazione, la pari dignità e sussidiarietà dei servizi pubblici e privati con promozione di un sistema di rete in cui entrambi concorrono al raggiungimento di finalità comuni secondo le proprie specifiche vocazioni istituzionali e competenze. Oltre alle aree (con regime residenziale e semiresidenziale) pedagogico-riabilitativo e terapeutico-riabilitativo già «storicamente» normate, il «nuovo sistema di interventi e servizi» prevede l'offerta di tre nuove aree di servizi: area specialistica residenziale che comprende il servizio specialistico comorbilità psichiatrica, il servizio per persone dipendenti con figli minori, il servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati; l'area intermedia a bassa soglia di accesso con il servizio intermedio a bassa soglia (regime residenziale e semiresidenziale) e l'unità di strada; l'area di accoglienza con il servizio di accoglienza diagnostica residenziale. Per ogni tipologia di servizio sono indicati i seguenti elementi: definizione, finalità, durata del programma, soglia, capacità ricettiva, requisiti strutturali minimi, prestazioni, requisiti funzionali,

requisiti di personale, tipologie, rette. Il sistema proposto prevede accanto alla proposizione di unità d'offerta a forte strutturazione, altre «unità di offerta» più «leggere», spesso prive di strutture murarie, come le unità di strada a «bassa soglia» che si differenziano dalle prime sia per il contesto di erogazione delle prestazioni, che per il target di riferimento, sia per le modalità di erogazione delle stesse.

Il «nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» si caratterizza, rispetto all'offerta storica, per i seguenti elementi:

- diversificazione delle tipologie di servizi ed interventi proposti con definizione di specifici requisiti;

- per ogni servizio e/o intervento è prevista una o più tipologie di offerte fermo restando il possesso per ciascuna tipologia dei requisiti specifici richiesti;

- ogni servizio e/o intervento può offrire specifiche prestazioni ad utenti che presentano problematiche diverse, anche non legate a problemi di abuso di sostanze;

- forte integrazione tra pubblico e privato sociale sia nella fase di valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare, sia in quella di monitoraggio delle condizioni psico-fisiche dell'utente, sia in quella di follow-up sugli esiti del trattamento, sia infine nell'impegno di personale del servizio pubblico nell'équipe dei servizi residenziali e/o semiresidenziali;

- per servizi che prevedono una capacità ricettiva superiore a 30 utenti, l'offerta deve essere organizzata in moduli che garantiscono i medesimi requisiti strutturali minimi;

- ogni servizio e/o intervento può offrire una o più fasi o moduli del complessivo programma terapeutico (accoglienza-programma terapeutico-reinserimento) anche ad integrazione di fasi o moduli offerti da altre strutture e/o servizi;

- nelle realtà caratterizzate dalla presenza di diverse strutture logistiche, i responsabili di struttura devono comunque garantire la presenza in ogni sede operativa.

Il nuovo sistema prevede, in base ai nuovi requisiti, anche l'adeguamento delle rette al fine di garantire la qualità dell'offerta. I Servizi della Direzione regionale sanità e servizi sociali in base ai requisiti concordati dal gruppo hanno provveduto alla ridefinizione delle nuove rette regionali di riferimento per le diverse tipologie di servizi proposti. La ridefinizione delle tariffe è partita dal calcolo preventivo degli specifici fattori di costo per ogni tipologia di servizio e quindi di prestazioni erogate, del relativo target e tempi di realizzazione, dei requisiti di personale, delle caratteristiche e del numero delle professionalità impiegate. Nello specifico, il sistema delle tariffe regionali di riferimento per tipologia di servizio è stato stabilito sulla base di rette giornaliera per singolo utente, in base al calcolo dei fattori di costo per ogni tipologia di servizio a partire dai costi di gestione (vitto, utenze, manutenzione ordinarie e straordinarie, mezzi di trasporto, ecc...) e dai costi del personale (tipologie e numero delle professionalità impiegate). Da una analisi dei costi delle strutture consultate si è evidenziato che mediamente i costi di gestione e del personale sono rispettivamente del 40 per cento e 60 per cento. Al fine della definizione di un sistema tariffario che «dovrà rispecchiare la qualità e quantità dei fattori produttivi disponibili, come pure le prestazioni effettivamente erogate e la tipologia della struttura che eroga» (art. 24 dell'Atto d'intesa) il gruppo di lavoro ha quindi approntato una serie di elementi utili all'uso:

- la necessità di definire un range per il calcolo della retta giornaliera, range calcolato in base ai fattori di costo per ogni tipologia di servizio a partire dai requisiti minimali (dotazione minimale di personale e presenza media di utenti) e da quelli sovraminimali, entrambi definiti e validati dal gruppo di lavoro;

- nel calcolo della retta giornaliera occorre anche prevedere la definizione di tariffe che contemplino la possibilità di poter operare, qualificandone l'offerta, con un numero limitato di utenti, di conseguenza le rette sono differenziate per numero di utenti (rette per 10 utenti, rette per 20-30 utenti);

- verificare la possibilità di poter prevedere che il nuovo sistema di tariffe sia in grado di coprire anche quella parte dei costi non direttamente attribuibili ai servizi resi in regime residenziale, ma inerenti comunque a servizi compresi nel programma complessivo di riabilitazione (es.: reinserimento non residenziale; supporto alle famiglie).

Al termine dell'iter di validazione della proposta elaborata dal gruppo di lavoro presso la Direzione regionale sanità e servizi sociali è stato avviato il processo di recepimento del D.P.C.M. 14 febbraio 2001: «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie». È stato costituito un tavolo di confronto per l'elaborazione delle «Linee di indirizzo regionale per la programmazione ed organizzazione delle prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziali e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale». Al fine di evitare sovrapposizioni di percorsi operativi e di aree tematiche, la proposta del «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» ha rappresentato l'elaborato di riferimento per l'elaborazione delle «linee di indirizzo» da parte del nuovo gruppo di lavoro.

L'iter di recepimento dell'Atto d'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999: «Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso» ha quindi rappresentato una importante occasione per la proposizione del «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» con conseguente ridefinizione delle nuove tariffe di riferimento per tutte le tipologie di servizi indicati. La presente direttiva definisce requisiti minimi standard, strutturali, funzionali e di personale, che trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuovi servizi (nonché per il loro adattamento, ampliamento, trasformazione e trasferimento) compresi sia nelle aree di intervento già operanti e precedentemente normate (area pedagogico-riabilitativa e area terapeutica-riabilitativa) sia nelle nuove aree di intervento (specialistico-residenziale: a bassa soglia d'accesso; accoglienza) mentre per le strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate ed in esercizio la Regione con la presente deliberazione detta disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento agli stessi requisiti. In attesa della definizione dei criteri delle procedure per l'accreditamento si ritiene comunque doveroso sostenere il processo di applicazione del nuovo sistema di tariffe di riferimento pur se ancora a carattere transitorio e sperimentale. Occorre prevedere modalità e tempi di adeguamento alla nuova regolamentazione allo scopo di poter meglio qualificare gli interventi, di poter dar seguito alle esperienze operative sin qui condotte conciliandole con l'acquisizione e rispetto dei nuovi requisiti richiesti e di poter mantenere e valorizzare lo stretto legame tra la tradizione solidaristica con il tessuto sociale, culturale e democratico del territorio che tali servizi hanno favorito ed in molti casi consolidato. Si vuole quindi attivare un processo regionale verso l'accreditamento da effettuare per tappe assicurando a tutti i tempi e risorse per adeguarsi ai nuovi standard.

Il costo come sopra determinato rappresenta la tariffa regionale di riferimento che verrà applicata nei rapporti convenzionali provvisori tra SSR e le diverse tipologie di offerta del «Nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze» in base ai seguenti criteri:

*omissis*  
(Vedasi dispositivo deliberazione)



Allegato al documento istruttorio

## NUOVO SISTEMA DI INTERVENTI E DI SERVIZI NELL'AREA DELLE DIPENDENZE

Il nuovo sistema di interventi e di servizi nell'area delle dipendenze si prefigge i seguenti obiettivi di salute:

- aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto;
- potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti;
- ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti;
- garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutico-riabilitativa a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

Si propone quale nuovo sistema di interventi e di servizi più articolato ed aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta completa di prestazioni che vanno dalla bassa alla alta soglia.

Si articola in:

- *Area pedagogica-riabilitativa:*
  - Servizio pedagogico riabilitativo residenziale;
  - Servizio pedagogico-riabilitativo semiresidenziale.
- *Area terapeutica-riabilitativa:*
  - Servizio terapeutico riabilitativo residenziale;
  - Servizio terapeutico riabilitativo semiresidenziale.
- *Area specialistica residenziale:*
  - Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica;
  - Servizio specialistico per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori;
  - Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati.
- *Area intermedia a bassa soglia di accesso:*
  - Servizio intermedio residenziale a bassa soglia d'accesso;
  - Servizio intermedio semiresidenziale a bassa soglia d'accesso;
  - Unità di strada.
- *Area di accoglienza:*
  - Servizio di accoglienza diagnostica residenziale.

La prima parte del testo presenta i requisiti strutturali e funzionali comuni a tutti i servizi. I requisiti specifici e differenziati per servizio vengono indicati all'interno della presentazione dei singoli servizi.

Nella seconda parte per ogni tipologia di servizio sono indicati i seguenti elementi: definizione, finalità, durata del programma, soglia, capacità ricettiva, prestazioni, requisiti di personale, range retta per tipologia (residenziale o semiresidenziale).

### REQUISITI STRUTTURALI MINIMI E FUNZIONALI COMUNI A TUTTE LE AREE E SERVIZI COMPRESI NEL «NUOVO SISTEMA DI INTERVENTI E DI SERVIZI NEL CAMPO DELLE DIPENDENZE» (artt. 4-5 Atto d'intesa del 5 agosto 1999)

REQUISITI STRUTTURALI MINIMI (art. 4 Atto d'intesa).

I servizi residenziali e semiresidenziali devono garantire i seguenti requisiti minimi:

- locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti;
  - locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti della sede operativa, con relativi servizi igienici;
  - locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti della sede operativa;
  - locali e servizi per il responsabile delle strutture e per gli operatori;
  - locali per attività adeguate al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.
- Le strutture residenziali devono inoltre garantire i seguenti requisiti:
- camere da letto con non più di 6 posti;
  - lavanderia e guardaroba adeguati al numero degli ospiti.

Tutti i locali devono essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

REQUISITI FUNZIONALI (art. 5 Atto d'intesa).

L'organizzazione interna del servizio deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

La struttura:

- è autorizzata al funzionamento;
- per ogni attività prevista e proposta è previsto il consenso libero ed informato;
- garantisce il rispetto della legge sulla privacy n. 675 del 1996;
- lavora in rete con le strutture del territorio;
- prevede l'apertura e l'aggiornamento di una cartella individuale che riporta tutte le informazioni utili e significative riguardanti l'utente;
- prevede un follow-up sugli esiti del trattamento a tempi ed intervalli congrui con la storia ed il percorso soggettivo della persona;
- presenta una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio;
- prevede un regolamento interno in cui sono descritti i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole di vita comunitaria con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane e nella tutela degli aspetti igienico-sanitari;
- tiene ed aggiorna un registro giornaliero degli utenti;
- descrive il programma offerto in un documento scritto che esplicita i principi ispiratori, la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, la descrizione delle prestazioni svolte, la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti coinvolti, le modalità di relazione con i familiari, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti, le modalità di valutazione e verifica degli interventi;

rende il programma, consegnato all'utente ed al committente, disponibile a chi ne fosse interessato;

rispetto al programma di trattamento individualizzato assicura: la verifica periodica, il coinvolgimento dell'utente e di tutti i componenti dell'équipe sia nella fase di definizione sia di verifica, la sua modifica in base all'emergere in itinere di nuovi elementi, la supervisione esterna con una specifica figura professionale, la sintesi scritta degli esiti della verifica da rendere disponibile ai diversi soggetti coinvolti.

I servizi semiresidenziali, a differenza di quelli residenziali, non offrono l'assistenza notturna. Garantiscono la permanenza di almeno 8 h/die e per non meno di 5 giorni a settimana.

### **AREA PEDAGOGICA-RIABILITATIVA (regime residenziale e semiresidenziale)**

#### DEFINIZIONE.

Il servizio pedagogico-riabilitativo è una struttura che offre, ad utenti italiani e stranieri che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, metodologie di tipo pedagogico con finalità esplicitamente descritte nel programma, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

Il servizio pedagogico-riabilitativo, previo accordo con il Ser.T, può prevedere anche l'offerta di moduli di accoglienza per utenti in trattamento farmacologico sostitutivo in via di risoluzione.

#### FINALITÀ.

Il servizio pedagogico-riabilitativo si pone come obiettivo centrale di recuperare l'autonomia, di ripristinare la capacità di integrazione sociale (\*), di favorire la socializzazione e di migliorare la vita di relazione dell'utente anche attraverso la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

#### DURATA DEL PROGRAMMA.

Il programma pedagogico/riabilitativo personalizzato ha una durata non superiore a 30 mesi.

#### SOGLIA.

Il servizio pedagogico-riabilitativo ha una soglia di accesso medio-alta.

#### CAPACITÀ RICETTIVA.

Il servizio pedagogico-riabilitativo ospita di norma da 8 ad un massimo di 30 utenti.

#### PRESTAZIONI.

Il servizio pedagogico-riabilitativo deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale del Ser.T con gli operatori della struttura, secondo le procedure di qualità indicate dalla Regione;

attuazione di un programma pedagogico-riabilitativo (\*\*) predefinito e personalizzato di durata definita dall'Ente gestore, concordato con l'utente ed in accordo con il Ser.T di riferimento;

monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma pedagogico-riabilitativo, ove necessario sempre in accordo con il Ser.T di riferimento;

supporto psicologico, individuale e/o di gruppo, solo se indicato;

(\*) per integrazione sociale si intendono aspetti non solo relazionali, ma anche lavorativi, abitativi, di autonomia economica.

(\*\*) la metodologia di tipo pedagogico-educativo può comprendere: auto-aiuto/attività espressivo-ricreativa/coinvolgimento sfera familiare/esplorazione del sé/acquisizione abilità relazionali ecc.

assistenza medica di base per le problematiche sanitarie che si possono manifestare nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche (es: patologie tipo HIV o HCV ecc.);

somministrazione pasti;

assistenza notturna (se residenziale).

REQUISITI DI PERSONALE (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).

Il servizio pedagogico-riabilitativo deve garantire la presenza di un responsabile di programma (impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali) e delle seguenti figure professionali:

DOTAZIONE MINIMALE - tipologia figure professionali:

educatore di comunità (dipendente);

operatore di comunità (dipendente);

+ (se ritenuto necessario)

mastro d'arte (6 ore a settimana);

psicologo (ad ore: assicurare almeno 1 ora a persona a settimana);

medico (ad ore: 3 ore a settimana);

amministrativo (ad ore: 3 ore a settimana);

assistente sociale (1 ora a settimana a persona);

operatore di rete (1 ora a settimana a persona).

#### RANGE RETTA PRO-DIE PRO CAPITALE

##### SERVIZIO PEDAGOGICO-RIABILITATIVO RESIDENZIALE

— 5 operatori per 10 utenti range retta:  
euro 46,64- 57,12

— 8 operatori per 20-30 utenti range retta:  
euro 36,77- 45,34

##### SERVIZIO PEDAGOGICO-RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE

— 5 operatori per 10 utenti range retta:  
euro 30,99-37,70

— 8 operatori per 20-30 utenti range retta:  
euro 24,27-29,25

### **AREA TERAPEUTICA-RIABILITATIVA (regime residenziale e semiresidenziale)**

#### DEFINIZIONE.

Il servizio terapeutico-riabilitativo è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, che non assumono sostanze d'abuso e ad utenti, se ritenuti idonei al programma, sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso (metadone o altri farmaci), programmi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo dettagliatamente descritti nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

#### FINALITÀ.

Il servizio terapeutico-riabilitativo si pone come obiettivo centrale di recuperare l'autonomia, di ripristinare la capacità di integrazione sociale (\*), di favorire la socializzazione e di migliorare la vita di relazione dell'utente attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

(\*) per integrazione sociale si intendono aspetti non solo relazionali, ma anche lavorativi, abitativi, di autonomia economica.

**DURATA DEL PROGRAMMA.**

Il programma terapeutico personalizzato ha una durata, di norma, non superiore a 18 mesi.

**SOGLIA.**

Il servizio terapeutico-riabilitativo ha una soglia di accesso medio-alta.

**CAPACITÀ RICETTIVA.**

Il servizio terapeutico-riabilitativo ospita di norma da 8 ad un massimo di 30 utenti.

**PRESTAZIONI**

Il servizio terapeutico-riabilitativo deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare eventualmente effettuata dal personale del Ser.T con gli operatori della struttura, secondo le procedure di qualità indicate dalle Regioni;

attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato di durata definita dall'Ente gestore, concordato con l'utente ed in accordo con il Ser.T di riferimento;

monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;

supporto psicologico, individuali e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa;

attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo con cadenza adeguata alle necessità;

gestione delle problematiche mediche generali adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;

somministrazione pasti;

assistenza notturna (solo nel residenziale).

**REQUISITI DI PERSONALE (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).**

Il servizio terapeutico-riabilitativo deve garantire la presenza di un responsabile di programma (impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali) e delle seguenti figure professionali:

**DOTAZIONE MINIMALE - TIPOLOGIA FIGURE PROFESSIONALI**

Psicologo (o altri profili professionali equipollenti) (dipendente);

Educatore di comunità (dipendente);

Operatori di comunità (dipendente);

Supervisore (ad ore);

+ (se ritenuto necessario)

Infermiere (6 ore a settimana);

Amministrativo (ad ore: 3 ore settimana);

Medico psichiatra psicoterapeuta (minimo 10 ore a settimana).

**RANGE RETTA PRO-DIE PRO CAPITE****SERVIZIO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO RESIDENZIALE**

— 5 operatori per 10 utenti range retta:  
euro 53,97- 61,87

— 8 operatori per 20-30 utenti range retta:  
euro 44,21- 47,51

**SERVIZIO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE**

— 5 operatori per 10 utenti range retta:  
euro 35,64- 40,80

— 8 operatori per 20-30 utenti range retta:  
euro 29,18-31,35

**AREA SPECIALISTICA RESIDENZIALE****SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE  
COMORBILITÀ PSICHIATRICA****DEFINIZIONE.**

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso e con una storia pregressa di gravi disturbi psichiatrici che si manifestano o meno al momento dell'inserimento, utenti inviati dai SerT di residenza previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio di salute mentale di residenza, proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

**FINALITÀ.**

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica ha l'obiettivo di recuperare l'autonomia, di ripristinare la capacità di integrazione sociale (\*), di favorire la socializzazione e di migliorare la vita di relazione dell'utente ed il raggiungimento di un adeguato compenso rispetto alle condizioni psicopatologiche attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

**DURATA DEL PROGRAMMA.**

La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.

**SOGLIA.**

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica ha una soglia di accesso alta.

**CAPACITÀ RICETTIVA.**

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica ospita di norma da 8 ad un massimo di 12 utenti.

**REQUISITI STRUTTURALI MINIMI.**

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio specialistico comorbilità psichiatrica deve garantire:

— camere da letto con non più di tre posti;

— un locale ambulatorio/infermeria con attrezzature idonee alla conservazione dei farmaci;

— una stanza per colloqui individuali e/o terapie di gruppo.

**PRESTAZIONI.**

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale del Ser.T, secondo le procedure di qualità indicate dalle Regioni; la persona è inviata dal SerT di residenza previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio di salute mentale di residenza. La congruenza viene valutata caso per caso congiuntamente tra il SerT, il Servizio di salute mentale (del territorio in cui insiste la struttura) e la struttura che accoglie l'utente;

(\*) per integrazione sociale si intendono aspetti non solo relazionali, ma anche lavorativi, abitativi, di autonomia economica.

attuazione di un programma terapeutico o pedagogico dettagliatamente descritto e personalizzato rispetto alle modalità di realizzazione del trattamento di durata definita dall'Ente gestore e concordata con l'utente (si possono alternare periodi in cui si opera a livello terapeutico ad altri in cui si opera più a livello pedagogico a seconda del livello di disturbo di disturbo presente);

monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;

supporto psicologico, individuali e/o di gruppo;

attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo con cadenza adeguata alle necessità, se indicata;

gestione delle problematiche mediche generali e specialistiche;

somministrazione pasti;

assistenza tutelare notturna (con operatori svegli o pronti ad intervenire).

**REQUISITI DI PERSONALE** (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).

Il servizio specialistico residenziale-comorbilità psichiatrica deve garantire la presenza di un responsabile di programma (impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali) e delle seguenti figure professionali:

**DOTAZIONE MINIMALE**

- medico psichiatra (ad ore: 18 ore a settimana);
- educatore di comunità (dipendente);
- operatore di comunità (dipendente);
  - + (se ritenuto necessario)
- psicologo-psicoterapeuta (ad ore: 15 ore a settimana);
- infermiere (ad ore: 6 ore a settimana);
- amministrativo (ad ore: 3 ore a settimana).

RANGE RETTA PRO-DIE PRO CAPITE: EURO 79,69-88,57

## AREA SPECIALISTICA RESIDENZIALE

**SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE  
PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO  
CON FIGLI MINORI**

**DEFINIZIONE.**

Il servizio specialistico residenziale madre-bambino è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in attesa di un figlio, programmi di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale.

**FINALITÀ.**

Il servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori ha l'obiettivo di recuperare l'autonomia, di ripristinare la capacità di relazione sociale, di favorire la socializzazione e la vita di relazione dell'utente attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria ed eventualmente lo svolgimento di una attività lavorativa. Inoltre ha l'obiettivo di effettuare interventi sulla genitorialità e di offrire un ambiente educativo adeguato per il minore che favorisca la socializzazione nei contesti educativi del territorio. Collabora con i servizi sociali territoriali preposti alle funzioni di tutela e vigilanza dell'infanzia e dell'età evolutiva e con le autorità giudiziarie competenti.

**DURATA DEL PROGRAMMA.**

Il programma deve avere una durata non superiore a 36 mesi.

**SOGLIA.**

Il servizio specialistico residenziale madre-bambino residenziale ha una soglia di accesso media-alta.

**CAPACITÀ RICETTIVA.**

Il servizio specialistico residenziale madre-bambino ospita di norma da 10 a 20 utenti compresi i minori.

**REQUISITI STRUTTURALI MINIMI** (art. 4 Atto d'intesa).

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori deve garantire:

— camere da letto per un massimo di 2 posti letto, compresi i minori;

— arredi ed attrezzature idonee alla cura del minore;

— locali dedicati alle attività ludiche ed educative dei minori.

**PRESTAZIONI.**

Il servizio specialistico residenziale madre-bambino deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale del Ser.T con gli operatori della struttura (secondo le procedure di qualità indicate dalla Regione);

attuazione di un programma terapeutico o pedagogico dettagliatamente descritto e personalizzato rispetto agli obiettivi e alle modalità di realizzazione del trattamento; in tale programma dovrà trovare un particolare spazio l'intervento rispetto alla funzione genitoriale, ai rapporti di coppia e con la famiglia di origine;

monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche nella madre e nel bambino;

supporto psicologico, individuali e/o di gruppo della madre e del bambino;

attività di psicoterapia strutturata per la madre, individuale e o di gruppo se indicata;

gestione delle problematiche mediche generali e specialistiche della madre e del bambino;

somministrazione pasti;

eventuale supporto farmacologico con relativo monitoraggio della madre e del bambino;

interventi volti all'apprendimento e al consolidamento del ruolo genitoriale;

interventi socio-educativi che garantiscano la presa in carico del minore favorendo la socializzazione nei contesti educativi del territorio;

attuazione degli interventi previsti in materia di tutela dei minori;

assistenza tutelare notturna (con operatori in grado di intervenire pronti al bisogno).

**REQUISITI DI PERSONALE** (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).

La struttura specialistica residenziale madre-bambino deve garantire la presenza di un responsabile di programma (impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali) e delle seguenti figure professionali:

**DOTAZIONE MINIMALE**

- psicologo/psicoterapeuta (dipendenti, con almeno 6 ore a settimana);

- educatore di comunità (dipendenti);
- operatore di comunità (dipendenti);
  - + (se ritenuto necessario)
- assistente sociale del servizio minori;
- assistente sociale del comune di residenza del genitore;
- neuropsichiatria infantile;
- medico di base;
- pediatra.

RANGE RETTA PRO-DIE PRO CAPITE: EURO 50,87-57,33

### AREA SPECIALISTICA RESIDENZIALE

#### SERVIZIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PER PERSONE CON PROBLEMI ALCOCORRELATI

##### DEFINIZIONE.

Il servizio terapeutico-riabilitativo per persone alcolodipendenti accoglie persone maggiorenni, italiane e straniere, con problematiche legate all'uso problematico o alla dipendenza alcolica, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Offre interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo personalizzati con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente. La struttura residenziale per alcolodipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica associati ad attività riabilitative anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni).

##### FINALITÀ.

Il programma terapeutico-riabilitativo si pone come obiettivo centrale il recupero dell'autonomia, il ripristino delle capacità di integrazione sociale (intendendo gli aspetti non solo relazionali, ma anche lavorativi, di autonomia economica), il favorire la socializzazione ed il miglioramento della vita di relazione dell'utente, attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e di gruppo e la condivisione della vita comunitaria. Questi obiettivi richiedono l'utilizzo di interventi complessi e di natura sociale sanitaria, psicologica ed educativa e dunque una gamma di servizi diversificati che si ottengono con l'alta integrazione fra pubblico e privato sociale.

##### DURATA DEL PROGRAMMA.

Il programma terapeutico riabilitativo ha una durata massima di 12 mesi.

##### SOGLIA.

Il programma terapeutico-riabilitativo per alcolisti ha una soglia di accesso media-alta.

##### CAPACITÀ RICETTIVA.

Il programma terapeutico-riabilitativo ha una capacità ricettiva di 15 posti letto e 5 posti in regime diurno.

##### REQUISITI STRUTTURALI MINIMI.

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati deve garantire:

- camere da letto con non più di quattro posti.

##### PRESTAZIONI.

Il programma terapeutico riabilitativo deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

- valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale della ASL convenzionata e dagli operatori del programma per alcolisti;

- attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'équipe terapeutica integrata (comunità e servizio di alcologia) con l'utente e con i servizi inviati;

- monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;

- supporto psicologico individuale e/o di gruppo effettuati in maniera continuativa;

- gestione delle problematiche mediche generali adeguate alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;

- gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non) anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;

- somministrazione pasti;

- reperibilità notturna degli operatori e presenza costante di un «utente anziano» con funzioni di responsabile;

- copertura del centro diurno da parte degli operatori.

##### PERSONALE.

Nel programma terapeutico riabilitativo lavora un'équipe integrata di operatori della comunità e dell'ASL in convenzione, così composta:

- personale terapeutico operante a tempo pieno nella struttura:

- una psicologa coordinatrice;

- due educatori;

- una collaboratrice esterna per le attività espressive (arti visive, musica, danzaterapia, ecc.);

- personale impiegato a tempo parziale:

- un direttore sanitario (responsabile Servizio alcologia della ASL);

- una infermiera della ASL;

- personale amministrativo;

- medico psichiatra;

- altre figure specialistiche necessarie a seconda dei programmi.

Il direttore sanitario è presente nella struttura una volta a settimana.

L'infermiere tutti i giorni per due ore.

RANGE RETTA PRO-DIE E PRO CAPITE: EURO 47,26-53,20

### AREA INTERMEDIA A BASSA SOGLIA

#### SERVIZI INTERMEDIO A BASSA SOGLIA DI ACCESSO (regime residenziale e semiresidenziale)

##### DEFINIZIONE.

Il servizio intermedio residenziale e semiresidenziale a bassa soglia d'accesso è una struttura che offre un'accoglienza non selezionata ad utenti, italiani e stranieri, consumatori attivi di sostanze illegali in condizioni di forte disagio psico-fisico-sociale, indipendentemente dalla loro

decisione di accettare nell'immediato un programma di superamento della tossicodipendenza. (\*)

#### FINALITÀ.

Il servizio intermedio a bassa soglia d'accesso per consumatori attivi di sostanze ha come obiettivo centrale quello di garantire una «sosta protetta» dai rischi della strada per evitare il progressivo deterioramento delle condizioni di vita e delle situazioni di emarginazione, per ridurre i danni e i rischi individuali e collettivi, per favorire processi di socializzazione ed il contatto con altri servizi sociali e sanitari del territorio, per migliorare le condizioni psico-fisiche-sociali.

#### DURATA DEL PROGRAMMA.

La durata della permanenza nella struttura non è quantificabile in termini temporali in quanto «sosta protetta» e quindi tempo «intermedio» necessario per la ricerca di soluzione più adeguate e congrue con la storia e le problematiche della persona accolta.

#### SOGLIA.

Il servizio intermedio è a bassa soglia d'accesso.

#### CAPACITÀ RICETTIVA.

Il servizio intermedio a bassa soglia residenziale ospita di norma da 8 ad un massimo di 20 utenti.

#### REQUISITI STRUTTURALI MINIMI.

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio intermedio a bassa soglia d'accesso riabilitativo deve garantire:

- camere da letto per un massimo di tre posti letto.

#### PRESTAZIONI.

Il servizio intermedio a bassa soglia deve garantire i seguenti servizi e prestazioni: (\*\*)

- valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare secondo le procedure di qualità indicate dalla Regione;
- counselling individuale finalizzato al rilevamento della storia delle persona, dei suoi bisogni ed alla individuazione, se necessario, di possibili percorsi di cambiamento;
- offerta di presidi sanitari di prevenzione, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, i profilattici, il narcan ed i materiali informativi;

(\*) L'atto di indirizzo programmatico «Riduzione del danno da dipendenze» (DCR 10 gennaio 2000, n. 767) indica alcune tipologie di destinatari (lista solo orientativa da adattare alla singola realtà territoriale);

— persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;

— persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;

— persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare al momento percorsi di cambiamento;

— persone tossicodipendenti italiane e stranieri che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse; persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze; extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcolodipendenza senza assistenza socio-sanitaria.

(\*\*) Le strutture intermedie a bassa soglia sono luoghi di permanenza nei quali non è obbligatorio partecipare alle attività che vi si svolgono. La modalità di accesso è facile e non necessita di appuntamento: la persona può recarsi da sola alla struttura, oppure essere accompagnato dagli operatori di strada o dagli operatori dei Ser.T. o segnalata da altre risorse sanitarie e sociali del territorio.

informazioni ed orientamento sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio, sulla possibilità di sussidi economici e/o di inserimenti lavorativi;

assistenza sociale e consulenza legale;

corsi di sopravvivenza per l'acquisizione di abilità preventive rispetto ai rischi infettivi connessi a pratiche iniettive non sterili e rischi di overdose;

spazi e momenti finalizzati alla socializzazione, all'attività ricreativa e all'organizzazione interna;

supporto medico generale per le problematiche sanitarie che si potrebbero manifestare nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche;

se necessario, assistenza medico specialistica per il trattamento dello stato di intossicazione;

eventuale consulenza e supporto psicologico individuale, familiare;

somministrazione pasti;

assistenza tutelare notturna nel residenziale (con operatori in grado di intervenire pronti al bisogno).

#### REQUISITI FUNZIONALI (art. 5 Atto d'intesa).

Oltre ai requisiti funzionali già indicati nella parte generale il servizio intermedio a bassa soglia d'accesso deve garantire

lavora in rete con le strutture del territorio: il rapporto continuo e costante con la rete naturale del territorio (risorse formali ed informali del territorio) deve essere considerato come una delle attività fondamentali della struttura;

nello specifico delle regole che possono garantire una convivenza funzionale e relazionale a vantaggio degli utenti si indica: divieto di consumare in loco e di portare sostanze stupefacenti anche per uso personale o per altri consumatori, mentre si accetta che la persona possa frequentare la struttura anche sotto l'effetto delle sostanze.

#### REQUISITI DI PERSONALE (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).

La struttura intermedia a bassa soglia residenziale deve garantire la presenza di un responsabile di programma e di un'équipe multidisciplinare con specifica formazione nel campo della «riduzione del danno» e composta da operatori sanitari e sociali di diversa provenienza: Ser.T, privato sociale, opinion leader (ex-tossicodipendenti, utenti Ser.T, consumatori attivi, utenti in trattamento metadonico ecc.).

Per la formazione si fa riferimento al percorso formativo realizzato in ambito regionale dal Centro sperimentale di educazione sanitaria interuniversitario e ad altri corsi similari rispetto alla durata, obiettivi, contenuti, metodologia, strumenti di verifica. Specifiche figure professionali, in risposta ai diversi bisogni devono comunque essere garantite attraverso protocolli operativi con i servizi territoriali:

assistente sociale;

operatore di comunità;

animatore;

psicologo;

medico;

amministrativo.

#### SERVIZIO INTERMEDIO RESIDENZIALE A BASSA SOGLIA

Range retta pro-die procapite: euro 41,83-56,81.

#### SERVIZIO INTERMEDIO SEMIRESIDENZIALE A BASSA SOGLIA

Range retta pro-die pro capite: euro 27,63-37,49.

**AREA INTERMEDIA A BASSA SOGLIA****UNITÀ DI STRADA****DEFINIZIONE.**

L'unità di strada si caratterizza come unità mobile che offre ad utenti, italiani e stranieri, in fase attiva di assunzione, e/o ad altri gruppi di popolazione, non afferenti ai servizi socio-sanitari, prestazioni e servizi atti a ridurre i danni ed i rischi individuali e collettivi che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sociale e sanitario.

**FINALITÀ.**

L'unità di strada ha come obiettivo centrale di raggiungere contattare ed instaurare «relazioni significative» con tossicodipendenti attivi o altri gruppi di popolazione non afferenti ai servizi socio-sanitari per offrire loro informazioni e strumenti a tutela della salute, per indurre la modifica dei comportamenti a rischio e per facilitare l'accesso ai servizi.

**SOGLIA.**

L'unità di strada ha una soglia d'accesso bassa.

**REQUISITI STRUTTURALI MINIMI.**

Se necessario (rispetto alle caratteristiche del territorio di intervento) l'unità di strada si dota di un camper attrezzato con spazi per colloqui informativi ed attività di counselling, per distribuire beni di prima necessità, per fornire materiale sanitario (siringhe sterili, preservativi, pronto intervento overdose ecc.).

**PRESTAZIONI.**

L'unità di strada deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

identificare e stabilire «relazioni significative» con gruppi di popolazione che non accedono ai servizi socio-sanitari;

informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti e sui rischi di abuso correlati all'uso di droghe legali ed illegali e/o conseguenti alle condizioni di marginalità e di disagio psico-sociale correlate all'uso di sostanze stupefacenti;

counselling individuale finalizzato al rilevamento della storia delle persone, dei suoi bisogni ed alla individuazione, se necessario, di possibili percorsi di cambiamento; accompagnamenti, dove richiesto;

offrire presidi sanitari, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, i profilattici, il narcan, i materiali informativi;

interventi tempestivi in caso di overdose;

informare ed orientare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio;

promuovere esperienze di aggregazione e di autogestione nei gruppi o tra i gruppi contattati;

stimolare offerte diversificate e differenziate a «bassa soglia» in risposta alle domande espresse dai soggetti che accedono ai servizi;

assolvere al ruolo di «osservatorio permanente sulla strada» per la mappatura del territorio, per la raccolta ed analisi delle domande e dei bisogni della popolazione target, per monitorare i cambiamenti degli stili di consumo e delle dinamiche del mercato.

**REQUISITI FUNZIONALI.**

L'unità di strada, quale intervento a bassa soglia presuppone la rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai

servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della «presa in carico» (sigla di patti terapeutici, motivazione al contatto, ecc.).

L'unità di strada:

è autorizzata al funzionamento;

per ogni attività prevista e proposta è previsto il consenso libero ed informato;

garantisce il rispetto della legge sulla privacy n. 675 del 1996;

costruisce una chiara e definita interfaccia con il sistema di servizi e con le risorse sanitarie e sociali del territorio attraverso la definizione comune di «protocolli d'intesa» o accordi atti ad ottimizzare i rapporti con gli stessi (Ser.T, GOAT, 118, reparti ospedalieri, forze dell'ordine, ecc.). La molteplicità delle partnership risponde ad uno dei caratteri specifici delle unità di strada quali interventi di comunità;

prevede riunioni periodiche con i servizi;

nello specifico i protocolli d'intesa con i Ser.T dovrebbero assicurare:

— un sistema rapido di presa in carico per i nuovi contatti;

— un sistema rapido di prescrizioni di terapie farmacologiche;

— un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza sanitaria e sociale;

— un sistema di ri-aggancio rapido e offerte differenziate per chi è in fase di ricaduta;

prevede il monitoraggio quotidiano sia quantitativa sia qualitativo dei contatti e prestazioni offerte;

presenta una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio;

supervisione dell'équipe, quale attività periodica e programmata.

**REQUISITI DI PERSONALE.**

L'unità di strada si caratterizza come unità mobile composta da équipe multidisciplinare di operatori di strada con specifica formazione nella campo della «riduzione del danno» e composta da operatori sociali e sanitari di diversa provenienza: Ser.T, privato sociale, opinion leader (ex-tossicodipendenti, utenti Ser.T, consumatori attivi; ecc.). Per la formazione si fa riferimento al percorso formativo realizzato in ambito regionale dal Centro sperimentale di educazione sanitaria interuniversitario e ad altri corsi similari rispetto alla durata, obiettivi, contenuti, metodologia, strumenti di verifica.

**AREA DI ACCOGLIENZA****SERVIZIO DI ACCOGLIENZA DIAGNOSTICA  
RESIDENZIALE-SEMIRESIDENZIALE****DEFINIZIONE.**

Il Servizio di accoglienza diagnostica residenziale (SADR) è una struttura residenziale che offre ad utenti, italiani e stranieri, che hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, attività di orientamento diagnostico propedeutiche alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

**FINALITÀ.**

Il SADR si pone come obiettivo centrale il ripristino e/o miglioramento delle condizioni psico-fisiche dell'utente

al fine della proposizione ed avvio del programma terapeutico-riabilitativo anche attraverso la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

#### DURATA DEL PROGRAMMA.

Il programma di accoglienza ha una durata di norma non superiore a 120 giorni.

#### SOGLIA.

Il SADR ha una soglia di accesso media.

#### CAPACITÀ RICETTIVA.

Il SADR ospita di norma fino ad un massimo di 30 utenti.

#### REQUISITI STRUTTURALI MINIMI (art. 4 Atto d'intesa).

Oltre ai requisiti già indicati nella parte generale comuni a tutti i servizi, il servizio SADR deve garantire:

- camere da letto per un massimo di 4 posti letto;
- locale adibito ad ambulatorio medico-infermieristico.

#### PRESTAZIONI.

valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale del Ser.T con gli operatori della struttura, secondo le procedure di qualità indicate dalle Regioni);

orientamento diagnostico propedeutico alla definizione di un programma terapeutico riabilitativo;

ove possibile impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia del centro più idoneo allo svolgimento dello stesso;

gestione degli aspetti medico generali adeguati alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;

eventuale supporto per la disintossicazione se prevista dal programma;

supporto psicologico individuale;

sostegno ed orientamento alle famiglie;

monitoraggio delle condizioni psico-fisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;

somministrazione pasti;

assistenza notturna.

REQUISITI DI PERSONALE (oltre agli elementi riportati nell'art. 6 Atto d'intesa).

Il SADR deve garantire la presenza di un responsabile di programma (impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali) e delle seguenti figure professionali:

#### DOTAZIONE MINIMALE.

educatore di comunità (dipendenti)

operatore di comunità (dipendenti)

medico tossicologo (dipendenti)

+ (se ritenuto necessario)

— psicologo (ad ore: 18 ore a settimana)

— medico di base (ad ore: 6 ore a settimana )

— assistente sociale (ad ore)

— infermiere (ad ore)

— amministrativo (ad ore: 3 ore a settimana)

#### RANGE PRO-DIE E PROCAPITE

— 5 operatori per 10 utenti

range retta:  
euro 52,98- 70,81

— 8 operatori per 20-30 utenti

range retta:  
euro 42,97- 48,65