REPERTORIO N° 5768 DEL 26/6/2015

ACCORDO LOCALE E CONTRATTUALE

RELATIVO A PRESTAZIONI DA EROGARE IN FAVORE DI PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE DI ABUSO ASSISTITE DALL'AZIENDA USL DI PARMA NEL TRIENNIO 2014/2016

TRA

l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma legalmente rappresentata dal Direttore Generale dott. Elena Saccenti, domiciliata per la carica presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale con sede in Strada del Quartiere, 2/A – Parma;

Il Consorzio Gruppo CEIS Cooperativa Sociale – C.F. e P. IVA 03228620369, nella persona del vice presidente dott. Roberto Berselli, domiciliato per funzione presso la sede di Via Toniolo n. 125 Modena;

la Comunità "Betania" – ONLUS C.F. 92015970343, nella persona del Presidente Don Luigi Valentini, domiciliato per funzione, presso la Comunità Betania in via del Lazzaretto n. 26 – Marore – Parma.

L'Associazione Gruppo Amici - ONLUS C.F. e P. IVA 91002510344 nella persona del Direttore dott. Marco Begarani domiciliato presso la sede di via Cabriolo n. 75 Fidenza (Pr).

Premesso che:

- con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma n. 681 del 28 ottobre 2009 è stato approvato l'*"Accordo Enti Ausiliari – servizi Pubblici per le Dipendenze Parma"* valevole per il triennio 2009/2011 e contenente, tra l'altro, la disciplina di progettualità terapeutiche innovative e di organismi collegiali;
- la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 246 del 8 febbraio 2010, ha provveduto all'approvazione dell'*"Accordo Generale per il triennio 2010-2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Emilia-Romagna in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica"*;
- anche in applicazione degli atti ai superiori punti, con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma n. 597 del 9 settembre 2010 è stato approvato l'Accordo di Fornitura per l'anno 2010 relativo alle prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'Azienda USL di Parma;
- la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 999 del 11 luglio 2011, ha provveduto all'approvazione del *"Programma Regionale Dipendenze Patologiche – Obiettivi per il triennio 2011/2013"* nel quale sono, tra l'altro, indicate le modalità di definizione degli accordi contrattuali aziendali con speciale riferimento:
  - ai fabbisogni di prestazioni;
  - ai contenuti minimi;
  - al monitoraggio;
  - ai progetti innovativi;

- con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma n. 324 del 28 maggio 2012 è stato approvato l'Accordo di Fornitura per il biennio 2011/2012 relativo alle prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'Azienda USL di Parma;
- la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 1718 del 25 novembre 2013, ha provveduto all'approvazione dell'*"Accordo Generale per il triennio 2014-2016 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Emilia-Romagna in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica"*, di seguito semplicemente *"Accordo Generale"*;
- nel presente atto, per *utenti con "prospettiva di reinserimento a breve-medio termine"* si intendono quelli in fase di progressiva autonomizzazione dopo conclusione di percorsi strutturati in CT riabilitativa o specialistica, mentre per *utenti con "prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine"* si intendono utenti con scarso livello di autonomia, anche in trattamento farmacologico, con risorse personali e progettuali carenti;
- l'Accordo indicato al punto che precede ha rilevato la *«... necessità di incentivare e monitorare le esperienze avviate dagli Enti e dalle Aziende USL per offrire progetti personalizzati che rispondono a nuovi bisogni sanitari e sociosanitari delle persone con dipendenza patologica, in alternativa o ad integrazione dei trattamenti già oggetto di accreditamento compresi nella DGR n. 26/2005.»* demandando agli accordi locali ed ai relativi accordi contrattuali la regolamentazione di tali attività quali *«prestazioni integrative»* realizzate dagli Enti Ausiliari sottoscrittori;
- nella seduta del 3 febbraio 2015 la Commissione Locale di Monitoraggio ha assunto determinazioni conclusive in ordine alla definizione del pertinente fabbisogno.

Ai sensi dell'articolo 8 *quinquies* del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

art. 1
Analisi dei dati

1. Nell'anno 2014, le prestazioni erogate dagli enti ausiliari accreditati firmatari del presente Accordo in favore degli assistiti con problemi di dipendenza patologica sono state le seguenti:

strutture/progetti speciali	utenti	gg
terapeutico/riabilitativa semiresidenziale	0	0
terapeutico/riabilitativa residenziale	50	7.900
supporto in caso di ricovero ospedaliero	0	0
modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	15	838
programma residenziale "Albatros" per alcolisti	12	1.229

articolo, tali prestazioni sono ora incluse tra quelle definite *"integrative"*, e, nell'ambito di classificazioni il più possibile riconducibili ai livelli essenziali di assistenza indicati nel *"Piano Attuativo Salute Mentale 2009/2011"* approvato con DGR n. 313 del 23 marzo 2009, organicamente disciplinate nel medesimo articolo.

art. 2

Le Prestazioni cd. *"Integrative"*

1. In Applicazione dell'art. 2 dell'Accordo Generale, oltre alle prestazioni già oggetto d'accreditamento ai sensi della DGR 26/2005, sono qui descritti interventi, in parte già sperimentati nell'ambito dei cd. *"Progetti Innovativi"*, finalizzati all'erogazione di prestazioni personalizzate in grado di soddisfare nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica e la cui *"intensità assistenziale"*, menzionata nell'Accordo Generale, è declinata in termini di grado di *"protezione"*. I trattamenti in argomento possono essere erogati in alternativa o ad integrazione di quelli accreditati, assumono la denominazione di *"Prestazioni Integrative"* e sono così classificati:

A. **INTERVENTI SANITARI RIABILITATIVI RESIDENZIALI AD ALTA E MEDIA PROTEZIONE.** La caratteristica che accomuna tali interventi è quella della *valenza sanitaria*, e, in generale, quella del completamento o integrazione di trattamenti residenziali già oggetto d'accreditamento. Essi, dunque, offrono un'opportunità di programma terapeutico–riabilitativo a persone non eligibili per un programma residenziale tradizionale di lunga durata, come, ad esempio, persone giovani e adulte, anche inserite in una rete familiare, sociale e lavorativa. In essi sono compresi:

A.1 il ***"Modulo Residenziale Minori "Maggiolino"***.

- **target**: minori maschi d'età di norma superiore ai sedici anni con problematiche di uso/abuso di sostanze il cui inserimento nel modulo sia disposto dalla competente Autorità Giudiziaria;
- **obiettivi**:
  - interruzione precoce dell'eventuale progressione nell'uso di sostanze verso forme di dipendenza più gravi;
  - ritorno alle attività quotidiane quali frequenza scolastica, pratica sportiva, ecc.;
- **strumenti**:
  - assistenza medico-psichiatrica e/o di disintossicazione in ambito residenziale;
  - psicodiagnosi con test appropriati e sostegno psicologico;
  - attività di sostegno e/o terapeutiche rivolte alla famiglia (colloqui e gruppi, terapia ad orientamento sistemico);
  - orientamento verso il mondo della scuola e quello del lavoro;
  - attività socializzanti quali laboratori creativi, ludico sportivi, uscite di gruppo, ecc.;
- **tempi**: di norma, un mese e comunque secondo quanto indicato nel *"Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna relativo alla definizione della collaborazione tra l'ordinamento sanitario ed il sistema della giustizia minorile per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti*

programma di sostegno al reinserimento post-comunità	15	1.569
programma di supporto integrato educativo-terapeutico anche alternativo all'inserimento in C.T.	15	2.378
Programma "Casa di Elia"/"Francobollo"	65	12.188
programma "Prevenzione Ricadute"		
modulo/struttura specifico/a per giovani adulti		
accoglienza transitoria notturna	6	2.190

2. Comparando i dati su riportati con quelli registrati nel corso del 2013 (v. tabella sottostante), emerge una compressione degli inserimenti in strutture terapeutico riabilitative residenziali accreditate - sebbene accompagnate da un non trascurabile e non negativo incremento delle giornate di presenza - ed un sensibile incremento della domanda di prestazioni di accompagnamento protetto verso l'ambiente esterno da parte di soggetti che hanno già compiuto il proprio percorso in Comunità Terapeutica. Tale compressione e tale incremento, peraltro, costituiscono una costante della domanda degli ultimi anni:

strutture/progetti speciali	**2013** **utenti/gg** (comprensivi di arresti)	**2014** **utenti/gg** (comprensivi di arresti)	**variazione giornate** (percentuale)
terapeutico/riabilitativa semiresidenziale	0/0	0/0	-
terapeutico/riabilitativa residenziale	53/6.606	50/7.900	19,6
supporto in caso di ricovero ospedaliero	n.d.	n.d.	-
modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	16/1.261	15/838	-33,5
programma residenziale "Albatros" per alcolisti	13/1.584	12/1.229	-22,4
programma di sostegno al reinserimento post-comunità	5/609	15/1.569	157,6
programma di supporto integrato educativo-terapeutico anche alternativo all'inserimento in C.T.	12/2.731	15/2.378	-12,9
Programma "Casa di Elia"/"Francobollo"	56/10.730	65/12.188	13,6
programma "Prevenzione Ricadute"			
modulo/struttura specifico/a per giovani adulti			
accoglienza transitoria notturna	6/2.190	6/2.190	

3. Come evidenziato negli anni passati, nel caso di soggetti con forte connotazione di debolezza e marginalità, la domanda di trattamenti non strettamente riconducibili alla Comunità Terapeutica, è, in taluni casi, priva di possibilità di risposta appropriata tra le prestazioni oggetto d'accreditamento. Per essi, le progettualità da tempo sperimentate ed oggi consolidate nell'ambito di quelli che sono stati finora denominati *"progetti innovativi"*, hanno consentito ed ancora consentono, inserimenti in programmi le cui caratteristiche assumono la fisionomia dei progetti di tipo residenziale a bassa protezione e ad alta integrazione. In ragione di quanto specificatamente descritto nel successivo

in carico ai servizi della giustizia minorile ed indicazioni per la definizione di protocolli-accordi locali" approvato con DGR n. 1788 del 2 dicembre 2013".

A.2 il ***"Trattamento Residenziale cd. "Avanzato""***. Costituisce la fase conclusiva del percorso terapeutico/riabilitativo residenziale (definito e monitorato attraverso il Progetto REX) e si caratterizza per l'attivazione di esperienze all'esterno della struttura (inizio attività lavorativa, tirocinio formativo, percorso scolastico, ecc.), propedeutiche al passaggio alla successiva eventuale fase di supporto al reinserimento post-comunità;

- **target**: utenti stabilizzati e provenienti dal percorso terapeutico/riabilitativo residenziale con progetto definito di graduale distacco dalla comunità;
- **obiettivi**:
  - distacco progressivo dalla struttura;
  - riconoscimento del disagio e della frustrazione nel "dentro/fuori" dalla comunità (cd. *"porte girevoli"*);
  - graduale reinserimento nel mondo del lavoro, anche attraverso l'eventuale attivazione di stages e tirocini formativi;
  - realizzazione e concretizzazione di un progetto di vita realistico;
  - capacità di attivazione della rete esterna;
  - capacità di organizzazione del proprio tempo libero.
- **strumenti**:
  - gruppi settimanali condotti dall'operatore di riferimento;
  - colloqui individuali;
  - incontri di verifica con il nucleo familiare di origine e/o acquisito;
  - incontri di coppia (ove esistente un partner);
  - controlli tossicologi periodici, random o programmati, ove concordati con il SerT di riferimento;
  - verifiche periodiche con il SerT (Progetto REX) ed eventuali altri Servizi coinvolti nel progetto (Servizio minori, UEPE, CSM, ecc.);
- **tempi**: 3 mesi.

A.3 il ***"Trattamento Residenziale cd. "Intensivo Breve"***. Si riferisce a pazienti per i quali è possibile prevedere, comunque successivamente ad una fase di stabilizzazione psicofisica effettuata nel Modulo COD o in regime di ricovero ospedaliero, la rapida attivazione di attività esterna alla comunità (es. ripresa dell'attività lavorativa), pur garantendo le offerte e i servizi previsti nel percorso terapeutico/riabilitativo, con il rientro in struttura la sera e/o in altre fasce diurne. Anche in questo caso è possibile prevedere un successivo passaggio alla fase di "Supporto e sostegno al reinserimento post–comunità";

- **target:** utenti stabilizzati a livello psico-fisico, che abbiano mantenuto o riacquisito le proprie risorse personali interne/esterne nei diversi contesti (lavoro, rete familiare e sociale, sufficiente stabilità economica, ecc.) ed utenti per i quali vi sia un riconoscimento condiviso di

consapevolezza e capacità operative tale da orientare ad una rapida riattivazione delle risorse personali;

- **obiettivi**:
  - sostegno protezione e accompagnamento, finalizzati al mantenimento delle residue risorse personali;
  - coniugazione all'interno d'un percorso terapeutico breve ed intensivo, del bisogno di contenimento e della necessità di stimolare l'autonomia.
- **strumenti**:
  - gruppi settimanali condotti dall'operatore di riferimento;
  - colloqui individuali;
  - incontri di verifica con il nucleo familiare di origine e/o acquisito;
  - incontri di coppia (ove esistente un partner);
  - controlli tossicologi periodici (random), o programmati ove concordato con il SerT di riferimento;
  - verifiche periodiche con il SerT (Progetto REX) ed eventuali altri Servizi coinvolti nel progetto (Servizio minori, UEPE, CSM);
- **tempi**: 3/6 mesi.

A.4 la ***"Residenzialità flessibile per la disintossicazione da terapie sostitutive a mantenimento"***. Il percorso è rivolto ad utenti che necessitano di protezione durante la fase di scalaggio della terapia sostitutiva da tempo in atto, salvaguardando la conservazione dell'attività lavorativa, allo scopo di evitare la sospensione o l'interruzione della medesima. In considerazione dell'intensità specialistica e sanitaria della presa in carico nonché degli oneri organizzativi richiesti dalla personalizzazione del programma, ne è prevista la realizzazione all'interno delle Comunità Terapeutiche accreditate per l'erogazione del "Modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica";

- **target:** utenti stabilizzati da terapia sostitutiva prolungata (maggiore di sei mesi) a base di metadone o buprenorfina, con un dosaggio al momento dell'ingresso indicativamente non superiore a 60 mg/die per il metadone, 6 mg/die per buprenorfina, astinenti da comportamenti di abuso per un periodo di tempo valutato congruo dal personale del SerT inviante.
  Per le caratteristiche di flessibilità del programma, sono considerati inappropriati gli inserimenti di pazienti a cosiddetta "doppia diagnosi" nei quali la dipendenza patologica si accompagni ad un disturbo di natura psicopatologica secondo il DSM V° (gravi disturbi d'ansia, del tono dell'umore, disturbi psicotici e dello spettro bipolare). Per tale tipologia di pazienti, infatti, nei quali lo scalaggio della terapia sostitutiva comporta la necessità di aggiustamento e ridefinzione della terapia psicofarmacologica in atto, viene ritenuto appropriato il regime di ricovero in modulo COD o il ricovero ospedaliero.
- **obiettivi**:
  - contenimento in un contesto ambientale e relazionale, strutturato ma flessibile, in grado di adattarsi alle esigenze della persona;
  - sostegno ed accompagnamento alla disintossicazione;

- monitoraggio del protocollo di disintossicazione secondo il piano terapeutico individualizzato definito dal medico referente del Ser.T inviante in fase di inserimento.

- **strumenti**:
  - colloqui clinici e di monitoraggio delle condizioni psicofisiche da parte del medico psichiatra consulente del Modulo COD (viene prevista la presenza del medico in fasce orarie serali, compatibili con l'attività lavorativa in atto);
  - stretto raccordo tra il medico referente del SerT e il medico consulente del Modulo COD;
  - supporto e assistenza infermieristica;
  - somministrazione di eventuale testistica ed elaborazione del profilo diagnostico (ove richiesto) da parte dello psicologo abilitato;
  - gruppi settimanali condotti dall'operatore di riferimento;
  - colloqui individuali;
  - controlli tossicologi programmati (almeno due volte la settimana);
  - possibilità di intensificare il livello di contenimento residenziale: in particolare nell'ultima fase dello scalaggio della terapia sostitutiva può essere prevista, in accordo col paziente ed il medico referente del SerT, la possibilità di residenzialità completa, prevedendo un periodo di sospensione dell'attività lavorativa (ferie/malattia/aspettativa).

- **tempi**: 3/4 mesi.

A.5. la ***"Residenzialità a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a breve-medio termine[1]"***. È una progettualità che può essere attivata in favore di persone con diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive, legali o illegali e/o da comportamenti compulsivi *che presentano un quadro di progressiva risoluzione delle problematiche di compromissione sanitaria e sociale e buoni livelli di abilità personali*:

- **target:** utenti stabilizzati e provenienti dalla fase di trattamento residenziale in comunità terapeutica esitata in livelli di autonomia medio/alti e con progetto definito di graduale distacco verso l'ulteriore incremento di tali livelli;

- **obiettivi**:
  - distacco graduale e protetto dalla struttura;
  - sperimentazione della propria autonomia all'esterno della comunità ma in ambiente ancora protetto;

- **struttura**: capienza non superiore a 4 posti;

- **strumenti**:
  - gruppi settimanali condotti dall'operatore di riferimento presso la Comunità;
  - incontri di verifica in loco svolti dall'operatore referente;
  - colloqui individuali;
  - controlli tossicologi random o programmati come da accordi col SerT di riferimento;
  - verifiche periodiche con il SerT (Progetto REX) ed eventuali altri servizi coinvolti nel progetto (Servizio Minori, UEPE, CSM);

1 si tratta di utenti in fase di progressiva autonomizzazione dopo conclusione di percorsi strutturati in CT Riabilitativa o Specialistica.

- **tempi**: 6 mesi.

E. INTERVENTI SOCIO–SANITARI RESIDENZIALI A MEDIA E BASSA PROTEZIONE. La caratteristica che accomuna tali interventi è quella della *valenza socio-sanitaria.* Essi comprendono tipologie differenti per grado di protezione (media e bassa) presentando tuttavia le seguenti caratteristiche che ne costituiscono le peculiarità:

- offerta di assistenza nei confronti di persone con diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive, legali o illegali, e/o da comportamenti compulsivi *che presentano un quadro di compromissione sociale e sanitaria e bassi livelli di abilità personali residue* e che possono avere in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze e le patologie correlate;
- elevate personalizzazione e flessibilità dell'assistenza allo scopo di adeguare rapidamente i progetti alle diverse fasi della storia clinica e delle condizioni sociali dell'utente. È pertanto insita nella natura di tali interventi la possibilità di sospendere e contestualmente attivare altre progettualità comprese nelle tipologie A e C e la successiva possibilità di riattivare l'intervento originario (es. trattamento delle situazioni di crisi e di emergenza, anche attraverso l'attivazione di progetti terapeutici residenziali di cui alla superiore lettera "A", allo scopo di prevenire la necessità di ricoveri ospedalieri e TSO);
- garanzia di *continuità assistenziale* con le prestazioni del SerT, del CSM, delle Cure Primarie;
- articolazione, sotto il *profilo strutturale*, in unico servizio o in insieme di due o più nuclei abitativi dotati di servizi in comune, quali: cucina, dispensa, ecc.. In riferimento al profilo in argomento, anche in applicazione dell'art. 2 dell'Accordo Generale, i requisiti di seguito riportati costituiscono un avvicinamento a quanto riportato nella nota del Responsabile del Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna prot. 299999 del 20 dicembre 2012:

E.1. la ***"Residenzialità socio-sanitaria a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine"***. È una progettualità che si estrinseca nell'accoglienza di persone con problemi di dipendenza patologica in un "contesto di vita" temporaneo, anche se non a breve termine, caratterizzato da un'organizzazione della vita quotidiana di tipo familiare, una gestione delle problematiche sanitarie in raccordo coi livelli specialistici e da attività di risocializzazione comunque orientate a favorire livelli di autonomia più elevati in un'ottica di gradualità e senza rinunciare all'obiettivo finale del reinserimento:

- **target:**
  - assenza di abuso/dipendenza da sostanze in atto (sono però eligibili soggetti che presentino una remissione parziale, protratta o completa e soggetti in terapia agonista);
  - condizione psicologica e sociale a forte rischio di ricaduta in comportamenti di dipendenza per incapacità di gestire i bisogni della quotidianità;
  - situazioni di devianza o disadattamento, di privazione e difficoltà nel recuperare o mantenere l'autonomia, senza, tuttavia, perdita di autosufficienza;
  - assenza di rete parentale di supporto, o, per converso, presenza di rete parentale sfavorevole;
  - necessità di assistenza/accompagnamento a lungo termine all'interno di contesto protetto;
  - difficili condizioni economiche;
- **obiettivi.** Gli obiettivi da perseguire sono articolati nelle seguenti aree di intervento:

- *abitazione*: identificazione dell'ambiente di vita temporaneo come un luogo caratterizzato da un clima di disponibilità e condivisione, in un contesto percepito come idoneo al soddisfacimento dei bisogni primari di protezione ed accoglienza;
- *socialità/affettività*: sviluppo di relazioni sociali, della maturazione affettiva e degli interessi culturali con facilitazione dell'accesso e della frequenza a/di reti strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali);
- *formazione/lavoro*: azioni per il recupero o il consolidamento di abilità lavorative con finalità sia socializzanti, per fruizione di ambienti operosi con valenza relazionale, sia economiche, per la costruzione di forme reddituali attive orientate ad autonomia ed emancipazione;
- *apprendimento/espressività*: acquisizione o potenziamento di abilità non possedute o residuali, identificando ciò che la persona è capace di fare e utilizzando come mediatori gli opportuni strumenti terapeutici;
- *clinica/tossicologica*: tutela della salute e monitoraggio dei quadri morbosi correlati alla dipendenza patologica tramite accompagnamento della persona nell'utilizzo dei sistemi e delle opportunità di cura e nello svolgimento d'una funzione di prevenzione della ricaduta nel contesto sociale e dei servizi;

- **struttura:** la Residenza dev'essere almeno ad uso di civile abitazione, accogliente e con buone finiture e deve altresì rispettare i seguenti requisiti strutturali generali:
  - organizzazione degli spazi interni (camere, sale, servizi igienici, ecc.) tale da garantire agli ospiti fruibilità e privacy con particolare riferimento al mantenimento ed allo sviluppo dei livelli di autonomia individuale;
  - almeno un locale per attività di socializzazione (relax, lettura, ascolto musica) avente dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima della struttura;
  - una zona cucina ed una zona lavanderia complete di idonee apparecchiature/attrezzature;
  - un servizio igienico ogni 5 ospiti;
  - camere da letto singole e doppie con superfici conformi a quanto previsto dagli standard per le civili abitazioni;
  - una zona deposito chiusa per attrezzature, materiale di consumo, ecc.;
  - almeno una luce di sicurezza;
  - impianto TV;
  - se richiesta, rete wi-fi;
  - ubicazione di norma in luoghi abitati o comunque facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, al fine di permettere agli utenti di partecipare facilmente alla vita sociale del territorio ed ai visitatori di raggiungere la struttura. Allorquando sia necessaria una maggiore protezione, l'ubicazione può essere in contesto più isolato ed i collegamenti possono essere garantiti tramite idonei mezzi privati a disposizione del gestore;
- **servizi accessori**:
  - dotazione di alimenti per il confezionamento di tutti i pasti quotidiani;
  - dotazione di biancheria piana, anche secondo il sistema del cd. *"lavanolo"*, da sostituire secondo le cadenze richieste ai fini d'una adeguata igiene;

- dotazione di materiale di pulizia per l'adeguata igiene degli ambienti;

- **prestazioni professionali**: l'attività dell'Equipe, composta da psicologo/psicoterapeuta, educatore, assistente sociale ed operatore privo di specifico titolo di studio e/o professionale ma con adeguate competenze ed esperienze specifiche, è così articolata:
  a) almeno 15 ore settimanali svolte da psicologo/psicoterapeuta e/o educatore e/o assistente sociale;
  b) almeno 15 ore settimanali da parte di operatore generico.

  Tali attività si estrinsecano in:
  - una riunione di équipe settimanale con supervisione;
  - gruppi psico-educativi settimanali;
  - colloqui settimanali.

  È ammessa la presenza di personale volontario al quale possono essere demandati compiti di accompagnamento negli aspetti materiali della vita quotidiana e nelle attività sociali (ad esempio: lavoro, amicizie, monitoraggio dell'autosomministrazione delle terapie farmacologiche);

- **strumenti**:
  - riunioni settimanali d'Equipe;
  - gruppi settimanali condotti dall'operatore referente;
  - colloqui individuali;
  - incontri di verifica in loco svolti dall'operatore referente;
  - griglie di valutazione del funzionamento;
  - collaborazione nei controlli tossicologi random o programmati come da accordi col Ser.T di riferimento;
  - verifiche periodiche con il Ser.T (es. Progetto REX) ed eventuali altri servizi coinvolti nel progetto (Servizio Minori, UEPE, CSM);

- **tempi**: il tempo di permanenza è variabile. La durata media è di 12/24 mesi.

B.2. il ***"Accoglienza transitoria notturna"***. È una progettualità che consiste in interventi socio-sanitari di riduzione del danno in favore di tossicodipendenti in fase attiva di consumo.

- **target:** persone adulte, maschi e femmine, *non drug-free*, che presentano condizioni di precarietà economica, assenza o indisponibilità di risorse personali e di una rete familiare e/o amicale adatta all'accoglienza, in condizioni sanitarie problematiche. L'invio d'essi, con rilascio di appositi "buono d'accoglienza", è effettuato dagli operatori dell'unità di strada (specie nell'ambito dell'attività del *"drop-in"*) anche su segnalazione dei SerT;

- **obiettivi.** Gli obiettivi da perseguire sono articolati nelle seguenti aree di intervento:
  - supporto alle diverse aree di problematicità di soggetti che vivono situazioni di dipendenza in fase conclamata;
  - accoglienza transitoria notturna di persone bisognose di un aiuto materiale, finalizzata a stimolare momenti di riflessione propedeutici alla presa di contatto con i Servizi ed eventualmente all'avvio di progetti terapeutici socio-sanitari individualizzati;
  - collaborazione propositiva e attiva alla funzione di "controllo sociale" del territorio.

- **struttura:** la Residenza dev'essere quantomeno ad uso di civile abitazione e con buone finiture nonché attrezzata per l'accoglienza notturna di sei persone adulte d'ambedue i sessi; deve altresì rispettare i seguenti requisiti strutturali generali:
  - organizzazione degli spazi interni adibiti alla funzione "dormitorio" tale da garantire agli ospiti la separazione maschi/femmine;
  - almeno un locale adibito ad interazione con gli operatori;
  - servizi di cucina e lavanderia;
  - un servizio igienico ogni 3 o 4 utenti;
- **servizi accessori:**
  - servizio di trasporto tramite apposito ed idoneo mezzo per accompagnamento degli utenti in specie da e per il servizio di *"drop-in"* dell'Azienda USL;
  - somministrazione della cena;
  - spazio di ascolto e confronto con gli operatori;
  - predisposizione di effetti letterecci;
  - somministrazione della colazione;
  - pulizia dei locali;
- **figure professionali**
  - operatori professionali (Educatori, Operatori Socio-Sanitari);
  - operatori non professionali ma con esperienza di almeno due anni nel settore delle Dipendenze Patologiche;
- **strumenti**
  - verbale quotidiano di valutazione dell'intervento notturno;
  - colloqui individuali di orientamento degli utenti verso le opportunità del sistema di cura dell'Area Dipendenze Patologiche;
  - distribuzione agli utenti di materiali della prevenzione terziaria (siringhe monouso sterili, profilattici, opuscoli informativi, etc.);
- **tempi**: il tempo massimo di accoglienza è di 15 giorni; tale termine può essere ampliato, specie in relazione all'eventuale trattamento/reinserimento ed alla disponibilità dei posti.

C. INTERVENTI SANITARI E SOCIO–SANITARI TERRITORIALI A PROTEZIONE VARIABILE TRAMITE LO STRUMENTO DEL CD. *"BUDGET DI SALUTE"*. La caratteristica che accomuna tali interventi è quella della *valenza socio-sanitaria*. Si tratta di progetti terapeutico–riabilitativi individuali a varia protezione, costruiti secondo la metodologia del cd. "Budget di Salute" (BdS). Si collocano, dunque, all'interno del terzo ambito di sostegno che completa il cd. *"welfare comunitario"* dell'Area delle Dipendenze Patologiche. Più in particolare, sono il risultato, come di seguito specificato, di una co-progettazione partecipata dall'AUSL, dagli Enti Ausiliari, dagli Enti Locali, dall'utente e dai familiari. Infatti, specie nella presa in carico dell'utenza in argomento, l'ambito socio-sanitario impone la definizione di processi decisionali ed operativi chiari in grado di fornire risposte adeguate a bisogni per il soddisfacimento dei quali risulta spesso sproporzionata l'offerta residenziale e non sufficiente quella fondata sulle consuete progettualità riconducibili all'ambito strettamente sanitario. Questa nuova tipologia d'offerta,

privilegiata dalla politica di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna, è, peraltro, quella che consente ai soggetti del Sistema di Comunità la più ampia possibilità di interpretare le istanze collettive di salute, e, conseguentemente, di progettare percorsi innovativi, flessibili, destigmatizzanti e qualificati.

Il *Budget di Salute* (BdS) delinea modalità integrate di gestione dei sistemi e di costruzione dei percorsi individualizzati dell'utenza privilegiando lo sviluppo di esperienze attive sul territorio, costituendo, così, uno strumento a sostegno del progetto abilitativo/riabilitativo/assistenziale personalizzato per l'integrazione socio-sanitaria di persone con problemi di dipendenza patologica; esso rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali ed umane necessarie per innescare un processo volto a ridare un funzionamento sociale accettabile ad una persona con esiti dovuti a dipendenza patologica. È quindi strettamente legato al progetto riabilitativo individualizzato, alla cui produzione, come sopra accennato, partecipano il paziente, la sua famiglia e la sua comunità.

Il BdS è quindi costituito da risorse finalizzate al miglioramento della salute (nell'ottica della *recovery*, guarigione), del benessere, del funzionamento psico-sociale, dell'inclusione della persona e della sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi. Al contempo, tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma. Esso è altresì finalizzato a creare un legame tra il *Sistema di Cura* ed il *Sistema di Comunità* e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi. È uno strumento ad *altissime personalizzazione* e *flessibilità* ed è altresì caratterizzato dall'attuazione in un arco di tempo che è, di norma, *definito*.

La *"protezione"* del progetto abilitativo/riabilitativo/assistenziale è determinata dalla UVM sulla base della proposta del Servizio inviante - o solo da parte di questo in caso d'intervento esclusivamente sanitario - e viene stabilita tenendo conto dell'obiettivo da raggiungere, del livello di disabilità della persona e dei bisogni di tipo assistenziale.

Il passaggio di un progetto da una tipologia di maggiore protezione ad una di minore protezione, connota il raggiungimento di obiettivi emancipativi e di autonomizzazione ed è previsto anche in corso di attuazione dello stesso. Analoga permeabilità sussiste in ordine alla possibilità di transitare da un'area di intervento all'altra (dall'assistenza domiciliare agli inserimenti socio terapeutico riabilitativi e viceversa).

La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di progetti abilitativi/riabilitativi/assistenziali individualizzati nelle aree di intervento indicate all'interno della parte dedicata agli "Obiettivi" e nei seguenti ambiti:

- *clinico*: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- *abilitativo/riabilitativo/assistenziale*: attività strutturate finalizzate al recupero ed al mantenimento di autonomia;
- del *coordinamento*: sono previsti contatti periodici col SerT (come da progetto REX), secondo le cadenze stabilite nel progetto individualizzato.

Indicazioni orarie per gli interventi:

a) ***bassa protezione***: la presenza degli operatori sarà organizzata, di norma, per 2 ore su base settimanale;

b) ***media protezione***: la presenza degli operatori sarà organizzata, di norma, per 5 ore su base

settimanale;

c) ***alta protezione***: la presenza degli operatori sarà organizzata, di norma, per 8 ore su base settimanale;

In generale, le articolazioni orarie escludono i giorni festivi.

- **target**:
  - persone in percorsi riabilitativi presso strutture sanitarie o socio–sanitarie per le quali si ritenga opportuno sperimentare un maggiore livello di autonomia in modo graduale anche per evitare la permanenza nelle strutture medesime quando il programma sia sostanzialmente ultimato e quando non vi siano ulteriori spinte evolutive col conseguente rischio di aggravare la cronicità, le sindromi istituzionali ed i processi regressivi;
  - persone anche non più giovani e non in possesso delle abilità necessarie per vivere in modo autonomo, sole o in famiglia ed in fase di avanzata cronicizzazione del quadro e delle sequele della dipendenza patologica con alto rischio di abbandono o istituzionalizzazione, suscettibili di un peggioramento dello stato generale di salute e del funzionamento sociale anche in ragione di eventi di vita (solitudine, povertà, perdita dei familiari);
  - persone che dopo avere effettuato adeguati percorsi riabilitativi, non riescano a vivere in modo completamente autonomo, ma che, con supporti leggeri e continuativi nel tempo, siano in grado di vivere in ambiente esterno, sole o con altri utenti;
  - persone con livelli di autonomia più soddisfacenti, in terapia con agonisti a lungo termine, in remissione temporanea, parziale o protratta da comportamenti di abuso, per i quali sia impraticabile l'ambiente familiare di appartenenza e che necessitino di supporto psicologico, di assistenza educativa e di accompagnamento sociale.

  È altresì necessaria la carenza di abilità o di autonomia in alcune o in tutte le aree sotto indicate:
  - igiene personale e cura di sé;
  - cura della salute fisica e psichica;
  - cura dello spazio di vita ed attività domestiche;
  - partecipazione alla vita comunitaria;
  - adeguamento alle regole di convivenza e controllo dell'aggressività;
  - gestione del danaro e spese;
  - mobilità e uso dei mezzi di trasporto;
  - capacità nello svolgere pratiche burocratiche;
  - attività produttive e di tempo libero;
  - capacità di affrontare situazioni di emergenza.
- **obiettivi**:
  - il *budget di salute individuale*, come suaccennato, è formalizzato tramite sottoscrizione della Scheda di Progetto REX ed include azioni specifiche nella sfera della affettività/socialità e si sviluppa, anche contemporaneamente, nelle seguenti aree d'intervento:
    - *assistenza domiciliare*, nel presente documento anche detta *"domiciliarità"*, intesa quale supporto al mantenimento d'una buona condizione abitativa e famigliare attraverso l'integrazione di interventi clinici e riabilitativi forniti dall'Azienda USL e competenze

sociali ed educative fornite dall'Ente Locale finalizzate al recupero delle autonomie delle persone o famiglie nella loro capacità di vivere in modo autonomo;

- *inserimenti socio-terapeutico-riabilitativi* consistenti, appunto, nell'"inserimento socioterapeutico" di cui alla Parte II, par. 2.a. p.to 3, del *"PASM 2009/2011"*. Tali progetti, dunque, offrono alla persona la possibilità di frequentare, in modo continuativo ed assistito, luoghi idonei all'acquisizione di competenze e capacità canalizzabili nel tempo. Le attività da svolgere hanno quindi valenza riabilitativa e socializzante;

- **prestazioni professionali**: le prestazioni sono erogate, secondo quanto in dettaglio specificato nella tabella in calce a questo paragrafo, tramite personale avente qualifica di psicologo/psicoterapeuta, educatore, assistente sociale ed operatore privo di specifico titolo di studio e/o professionale ma con adeguate competenze ed esperienze specifiche.

  È ammessa la presenza di personale volontario al quale possono essere demandati compiti di accompagnamento negli aspetti materiali della vita quotidiana e nelle attività sociali;

- **strumenti**: nell'ambito della già descritta attività di coprogettazione secondo la metodologia "REX", eventualmente integrata in seno all'UVM ove prevedibile il coinvolgimento dell'ente locale, si provvede alla compilazione dell'apposita ***"Scheda di Progetto Terapeutico"*** nella quale sono indicati gli obiettivi, le verifiche periodiche, l'area d'intervento, il grado di protezione ed è definito il *budget di salute individuale* così composto:

  - *budget di salute aziendale* costituito dalle risorse complessivamente messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso l'Ente Ausilisario. Queste ultime sono l'oggetto del presente paragrafo;
  - *budget dell'ente locale* costituito dalle risorse d'integrazione ed inclusione sociale complessivamente messe a disposizione dall'ente locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, trasporti, sostegni economici, ecc.);
  - *budget dell'assistito* costituito dalle risorse economiche (beni e servizi) ed affettive (familiari) messe a disposizione dall'assistito. Tali risorse, s'intendono ulteriori rispetto a quelle comunque dovute dall'Azienda USL e dal Comune nell'ambito dei livelli d'assistenza di pertinenza.

  Gli strumenti ricomprensibili nell'Area della ***domiciliarità*** (indicata nella superiore parte dedicata agli "Obiettivi") possono anche essere contemporaneamente destinati a più utenti ed implicano le seguenti azioni specifiche:

  - messa in atto di strategie volte a garantire la cura, il decoro ed il rispetto della persona, dei suoi effetti personali e dell'ambiente in cui vive;
  - sostegno ed accompagnamento nei contatti con la realtà circostante, col sistema di cura e, in particolare, coi MMG;
  - informazione/facilitazione nei confronti della rete di relazioni significative per l'utente;
  - accompagnamento all'acquisizione/riacquisizione di abilità domestiche;
  - supporto alla acquisizione/riacquisizione di autonomia nella gestione del proprio denaro;
  - supporto alla corretta gestione della terapia farmacologica;
  - supporto alla riacquisizione di autonomia nell'igiene personale e nella cura di sé;

– educazione a corretti stili di vita.

Gli strumenti ricomprensibili nell'Area dell'***inserimento socio terapeutico riabilitativo*** (ISTR) (anch'essa indicata nella superiore parte dedicata agli "Obiettivi") implicano le seguenti azioni specifiche:

– sviluppo delle abilità socio/relazionali;

– sviluppo e potenziamento dell'autonomia;

– acquisizione e sviluppo della capacità di comprensione e adeguamento ai contesti.

Tali strumenti, caratterizzati da protezione bassa o media nonché alta, implicano l'erogazione di prestazioni che consistono principalmente:

– in azioni finalizzate a favorire l'acquisizione di abilità individuali e il potenziamento di quelle residue;

– in incontri di programmazione e verifica con gli operatori dei SerT e con l'utente ed eventualmente, qualora opportuno, con i familiari;

– in azioni di informazione/facilitazione nei confronti della rete di relazioni significative per l'utente;

– in azioni finalizzate a motivare e facilitare l'approccio verso momenti formativi, ricreativi, espressivi e socializzanti nei contesti normali di vita;

– in azioni finalizzate al controllo ed al monitoraggio della compliance nell'assuzione della terapia farmacologica;

– nell'attivazione dei presidi sanitari in eventuali situazioni di emergenza;

e sono elaborati secondo quanto dettagliato nel presente Accordo. Sulla base delle esigenze rilevate, essi possono assumere connotazioni di tipo maggiormente abilitativo/riabilitativo o assistenziale e sono altresì caratterizzati, come detto, da protezione bassa, media o alta, secondo gli impegni orari suindicati. La gestione di ciascun progetto implica lo svolgimento di attività di coordinamento qualitativamente e quantitativamente adeguate alle specifiche esigenze.

AREA	SUB-AREA	PRESTAZIONI		PROFESSIONISTI PREPOSTI ALL'EROGAZIONE *
		TIPOLOGIA	CARATTERISTICHE SPECIFICHE	
ISTR	APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ	GRUPPI	skills training - psico-educativi; - prevenzione ricadute; - espressivi;	OQ
		COLLOQUI (individuali e non)	psicoeducativi	OQ
ISTR	SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ/LAVORO	INSERIMENTI SOCIALIZZANTI	presso reti strutturate (formali) e non strutturate (informali)	OQ/OPQ
			presso la CT ad alta protezione o residenze socio-sanitarie	OQ/OPQ
		INSERIMENTI ASSISTITI	presso enti del III settore	OQ/OPQ
DOMICILIARITÀ	CASA/HABITAT SOCIALE	PRESTAZIONI DELL'OPERATORE in BdS Aziendale	- educatore a domicilio; - gestione denaro con AdS; - gestione denaro senza AdS; - accompagnamento spesa;	OQ/OPQ
		PRESTAZIONI DELL'OPERATORE in BdS Ente Locale	- buoni pasto; - servizio lavanderia; - servizio pulizia ambienti; - taxi sociale;	

ISTR	CLINICO/ TOSSICOLOGICA	PRESTAZIONI DELL'OPERATORE in BdS Aziendale	- accompagnamento al SerT; - accompagnamento a visite mediche; - controllo assunzione terapia anche a domicilio;	OPQ

* Operatore Qualificato (OQ) psicologo/psicoterapeuta, educatore, assistente sociale;
Operatore Privo di Specifico Titolo di Studio e/o Professionale (OPQ) ma con adeguate competenze ed esperienze specifiche.

- **tempi**: non è previsto un limite temporale, ma sono stabilite verifiche periodiche anche presso l'UVM.

2. In ordine alla compartecipazione alla spesa, si provvede come riportato nel successivo articolo 8.

art. 3
Stima dei fabbisogni e volumi di spesa

1. Fermo restando quanto indicato al successivo articolo 14 relativamente all'anno 2014, per il periodo decorrente dal 1 gennaio 2015 al 31 dicembre 2016, il fabbisogno stimato, con specificazione di quello minimo, è il seguente e s'intende comprensivo di inserimenti in regime di "arresti domiciliari":

strutture/progetti integrativi	**2015 utenti/gg**	**2016 utenti/gg**
terapeutico/riabilitativa semiresidenziale	0	0
terapeutico/riabilitativa residenziale	45/6.700	45/6.250
supporto in caso di ricovero ospedaliero	1/10	1/10
modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	15/1.000	14/900
programma residenziale "Albatros" per alcolisti	10/1.100	10/1.100
modulo residenziale minori *"maggiolino"*	1/30	1/30
trattamento residenziale cd. *"avanzato"*	3/270	3/270
trattamento residenziale cd. *"intensivo breve"*	3/405	3/405
residenzialità flessibile per la disintossicazione da terapie sostitutive a mantenimento	3/315	3/315
residenzialità a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a breve-medio termine	5/450	6/650
residenzialità socio-sanitaria a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine	82/15.000	80/14.600
accoglienza transitoria notturna	6/2.190	6/2.190
interventi sanitari e socio–sanitari territoriali a protezione variabile tramite lo strumento del cd. *"budget di salute"*	16/4.210	15/6.315

2. Per quanto sopra indicato, salvo restando ogni adeguamento alle assegnazioni di risorse e ad eventuali atti normativi di revisione della spesa, è destinato agl'invii sul territorio provinciale, per ciascun anno indicato nella soprastante tabella, l'importo di € 1.253.200,00

unmilioneduecentocinquantatremiladuecento). In ragione del maggiore fabbisogno di "progetti integrativi", le quote ad essi riservate sono definite in € 538.000,00 *(cinquecentotrentottomila)* per l'anno 2015 ed in € 578.000,00 *(cinquecentosettantottomila)* per l'anno 2016; tali quote sono comprensive, tra l'altro, del costo annuale stimato in € 74.000,00 relativo al progetto *"Accoglienza transitoria notturna"* ora erogato dalla sola Comunità "Betania" in attuazione della convenzione indicata al secondo comma del successivo articolo 13. In ragione della fase di introduzione della disciplina contenuta in questo Accordo, è definito l'obiettivo dell'impiego, specie in ordine ai progetti territoriali di nuova attivazione, d'una quota di risorse pari ad € 80.000,00 *(ottantamila)* per l'anno 2015 e pari ad € 120.000,00 *(centoventimila)* per l'anno 2016 da reperire, per una metà, tramite decurtazione del dato storico di costi rilevati nell'anno 2014 per progetti residenziali accreditati, e, per l'altra, metà tramite decurtazione del dato storico di costi rilevati nell'anno 2014 per progetti residenziali denominati "Casa di Elia" e "Francobollo" (ora ricondotti nella *"Residenzialità socio-sanitaria a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine"*).

3. La quota di € 189.000,00 *(centottantanovemila)* è riservata, sia nel 2015 sia nel 2016, anche ai costi per tipologie di struttura non presenti sul territorio provinciale, e, in particolare:

- "doppia diagnosi";
- "modulo madre/bambino";
- "pedagogico-riabilitativa residenziale";
- il programma ***"La Tregua"*** erogato all'interno di struttura residenziale per accoglienze brevi (al massimo un mese o due) rinnovabili per non più di due volte nell'arco di dodici mesi. Ha carattere "salvavita" per situazioni di grave deriva sociale e personale che necessitano di un periodo di uscita dai circuiti patologici.

4. Il valore del volume minimo di spesa è pari al settanta percento dell'importo complessivo indicato al secondo comma.

5. I *"Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche"*, allegati all'Accordo Generale, integrano quelli contemplati nella DGR n. 26/2005 e costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo; l'applicazione d'essi è obbligatoria.

art. 4
Volumi di spesa per ente ausiliario

1. Le parti concordano di individuare la seguente ripartizione di massima delle suddette assegnazioni annuali su base provinciale:

- Consorzio Gruppo CEIS via Toniolo n. 125 41122 Modena: 31,00%;
- Associazione Gruppo Amici via Cabriolo n. 75 43036 Fidenza (Pr): 39,00%;
- Comunità "Betania" strada del Lazzaretto n. 26 43123 Parma: 30,00%;

comprendenti, quindi, anche i progetti specificatamente assegnati al "Consorzio Gruppo CEIS" ed alla "Comunità Betania" a seguito della stipulazione delle convenzioni richiamate al secondo comma dell'art. 13. Le parti concordano di rivedere periodicamente la ripartizione del budget

provinciale fra gli enti ausiliari durante il periodo di vigenza del presente accordo in relazione all'andamento dell'attività ed in base alle necessità emergenti riservando particolare attenzione alla ripartizione della percentuale precedentemente non attribuita e fermo restando il limite, per singolo ente, del quarantacinque percento. L'obbligo d'acquisto da parte dell'Azienda USL è relativo al volume complessivo indicato al quarto comma del precedente articolo.

2 Ai sensi di quanto contemplato nell'articolo 1 dell'Accordo Generale, le parti sono pienamente corresponsabili dell'utilizzazione e del rispetto della spesa programmata.

art. 5
Disciplina degli Inserimenti

1 Sino alla definizione di criteri condivisi in sede di Commissione Locale di Monitoraggio, gli enti firmatari si impegnano ad erogare prestazioni - sia ordinarie sia innovative - solo su invio del SerT, e conseguentemente, a non accettare accessi diretti. Essi s'impegnano altresì ad attivare e/o promuovere iniziative terapeutiche innovative solo previa approvazione da parte della Commissione Locale di Monitoraggio. Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, l'Azienda USL ha definito i criteri di funzionamento di apposito *"Cruscotto"* al quale sono demandati compiti di monitoraggio degli inserimenti ai fini del rispetto delle quote minime contrattuali indicate al primo comma del superiore articolo 4.

2 In applicazione dell'art. 2, comma 3 quater, del *"Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda USL di Parma"*, approvato con deliberazione n. 893 del 31 dicembre 2013, il personale che ciascun ente ausiliario adibisce al servizio oggetto del presente Accordo, inclusi i collaboratori non ad esso legati da rapporto di lavoro subordinato, è tenuto alla puntuale osservanza del Codice medesimo la cui violazione comporta la risoluzione del contratto. Gli Enti Ausiliari comunicano all'Azienda USL i nominativi delle persone preposte allo svolgimento dei compiti di natura dirigenziale di cui agli articoli 13 e 15, primo comma, del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 *"Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165"*.

art. 6
Tariffe

1. In relazione ai costi definiti nell'allegato sub 1 all'Accordo Generale ed a quanto indicato nella nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna prot. PG/2012/294006 del 13 dicembre 2012, sono di seguito riportate le tariffe pro/die e pro/capite oltre iva se dovuta:

strutture/progetti integrativi	Tariffa 2015 die/h	Tariffa 2016 die/h
terapeutico/riabilitativa semiresidenziale	53,56[1]	53,56[1]
terapeutico/riabilitativa residenziale	70,11[1]	70,11[1]
supporto in caso di ricovero ospedaliero	28,92[1]	28,92[1]
modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione	80,41[1]	80,41[1]

diagnostica		
programma residenziale "Albatros" per alcolisti	80,41[1]	80,41[1]
modulo residenziale minori *"maggiolino"*	124,24	124,24
trattamento residenziale cd. *"avanzato"*	70,11	70,11
trattamento residenziale cd. *"intensivo breve"*	70,11	70,11
residenzialità flessibile per la disintossicazione da terapie sostitutive a mantenimento	80,41	80,41
residenzialità a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a breve-medio termine	33,19	33,19
residenzialità socio-sanitaria a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine	33,19[2]	33,19[2]
accoglienza transitoria notturna	33,79 (quota AUSL)	33,79 (quota AUSL)
interventi sanitari e socio–sanitari territoriali a protezione variabile tramite lo strumento del cd. *"budget di salute"*	19,00/h	19,00/h

1) salvo diverso importo definito dalla RER;
2) relativamente ai progetti compresi nella *"Convenzione per l'attuazione del programma territoriale per le dipendenze finalizzato allo sviluppo di un sistema di interventi integrati, sociali e sanitari, che consentano un adeguato supporto educativo e terapeutico, anche in alternativa all'inserimento in comunità terapeutica"* di cui al secondo comma del successivo articolo 13, la quota a carico dell'Azienda USL è pari ad € 16,47.
N.B. Per la particolarità del servizio "accoglienza notturna transitoria", verranno contabilizzati gli invii e non le presenze.

2. In applicazione della nota del Direttore del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna prot. n. PG/2012/97302 del 18 aprile 2012, le corresponsioni delle tariffe avvengono nel seguente modo:

- nei periodi di assenza, rispondenti agli obiettivi dei progetti terapeutici degli utenti, è riconosciuta la retta piena per un periodo massimo di due giornate (fino a tre notti) e la retta decurtata dell'ottanta percento per un periodo non superiore ai cinque giorni successivi;
- negli altri casi (carcerazione, allontanamento volontario dell'utente non concordato con la Struttura Residenziale, etc.), nessuna retta.

art. 7
Pagamento delle Prestazioni

1. I pagamenti avverranno in base alle fatture emesse mensilmente, a seguito delle prestazioni effettivamente rese. Anche in ragione delle suaccennate distinzioni in tema di imputazione di costo nella contabilità analitica dell'Azienda USL, nelle fatture saranno distinti gli inserimenti cd. "ordinari" da quelli in regime di arresti domiciliari. In ordine a questi ultimi, in applicazione dell'art. 3 dell'Accordo Generale 2010/2012 e dell'art. 7 dell'Accordo Generale 2014/2016,

costituisce obbligo d'ogni ente ausiliario firmatario del presente atto, comunicare al SerT titolare della presa in carico qualsiasi informazione relativa alla costituzione o alla modificazione di tale misura cautelare.

2 Ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, del Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231 e s.m.i., il termine di pagamento delle fatture scadrà decorsi sessanta giorni dal ricevimento. Il termine medesimo non sarà sospeso da richieste di integrazione o modifica formali della fattura.

art. 8
Interventi Socio–Sanitari Residenziali a Media e Bassa Protezione. Valutazione Multi Professionale e Compartecipazione alla Spesa.

1 In riferimento agli interventi indicati in rubrica, anche ai fini di garanzia dell'equità d'accesso, è implementata l'attività dell'Unità di Valutazione Multi Professionale (UVM). Sino alla definizione degli specifici criteri di compartecipazione demandata al Gruppo Tecnico Regionale costituito con determinazione del Direttore della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna n. 16350 del 11 novembre 2014, nella ***"Scheda di Progetto Terapeutico"*** sono definite le quote di costo e di eventuale compartecipazione al costo dovute, rispettivamente, dall'Azienda USL, dall'Ente Locale (o dall'ASP) e dall'Utente: l'Ente Ausiliario ospitante provvede mensilmente alla successiva fatturazione nei confronti dei soggetti così individuati e conseguentemente obbligati al pagamento senza vincolo di solidarietà. In caso di mancato pagamento da parte dell'utente della quota di propria spettanza per un periodo superiore a quattro mesi, ciascun Ente Ausiliario, ferma restando ogni prerogativa di legge in ordine alla riscossione del dovuto, segnala l'inadempimento all'Azienda USL anche ai fini del sostegno nella formulazione duna proposta di graduale annullamento del debito da parte dell'inserito. Le disposizioni del presente articolo relative alla compartecipazione saranno automaticamente integrate o sostituite dalla specifica disciplina che sarà introdotta dalla Regione Emilia-Romagna anche in analogia alle corrispondenti previsioni afferenti l'Area Disciplinare della Psichiatria Adulti.

art. 9
Commissione Locale di Monitoraggio

1. Alla corretta applicazione di questo Accordo presiede la Commissione Locale di Monitoraggio (CLM) che, in applicazione dell'articolo 11 dell'Accordo Generale, è composta da:

- il direttore della "U.O. DP Parma";
- il direttore della "U.O. SMA/DP Fidenza";
- il direttore della "U.O. SMA/DP Borgotaro";
- il direttore della "U.O. SMA/DP Sud-Est";
- un rappresentante individuato da ciascun Ente Ausiliario;
- anche in relazione alle funzioni sovradistrettuali ad esso demandate in riferimento all'Osservatorio Aziendale DP, il direttore del Programma Dipendenze Patologiche eventualmente assistito da un operatore dell'Osservatorio medesimo. Il direttore del Programma DP presiede la CLM. È altresì componente della CLM il direttore della U.O.

"Alcologia, Tabagismo, Dipendenze comportamentali e Attività Medico Legali in ambito Dipendenze Patologiche".

Nell'ambito della Commissione sono nominati due *"coordinatori"*, uno per l'Azienda USL ed uno per gli Enti Ausiliari, le cui funzioni sono definite dalla Commissione stessa per l'intera durata del presente Accordo.

2 La CLM effettua il monitoraggio del presente Accordo attraverso le azioni indicate al penultimo capoverso dell'art. 11 dell'Accordo Generale. Per la verifica delle attività e del rispetto dei limiti di spesa, si avvale dei dati forniti dal *"Cruscotto"* indicato all'articolo 5 ed individua le azioni correttive necessarie.

3 In ordine al complesso dei sistemi di monitoraggio e valutazione dei trattamenti oggetto di questo Accordo è altresì fatto integrale rinvio a quanto specificato nel "Progetto REX Parma" applicativo dei principi definiti in sede regionale nell'ambito del Progetto "REX" finalizzato alla ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze.

art. 10
Erogazione Diretta di Farmaci

1 In riferimento a quanto indicato agli articoli 3.3.3 e 3.3.4 del "Manuale e Linee Operative 2011" in materia di Contabilità Analitica nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, sono rilevati separatamente i costi relativi all'erogazione diretta di farmaci in favore di pazienti inseriti in:
- assistenza di tipo residenziale accreditata (codice RER DT011.03);
- assistenza di tipo residenziale afferente i *"Progetti Integrati"* (codice RER DT011.04);
- assistenza di tipo territoriale (codice RER DT011.01).

2 Ai fini delle pertinenti imputazioni di costo sono utilizzati specifici codici di prelievo presso l'Azienda USL.

art. 11
Sistema Comune di Dati ed alimentazione annuale del Flusso SIDER

1. Ferme restando le competenze del *"Cruscotto"* relative, come detto, al monitoraggio degli inserimenti ai fini dell'osservanza delle quote minime contrattuali, la comprensione delle problematiche di dipendenza e delle azioni conseguentemente messe in campo dai soggetti coinvolti nella prevenzione, cura e trattamento delle dipendenze può avvenire solo alla luce di un'attenta analisi del territorio e delle sue modificazioni, all'interno di un contesto più ampio di mutamenti sociali, culturali, economici e politici che aiutino a rileggere costantemente il fenomeno della tossicodipendenza. Anche nell'ottica d'un monitoraggio costante e della confrontabilità dei dati in ambito regionale, gli strumenti a disposizione dei SerT per la rilevazione delle proprie attività devono essere oggetto d'una sempre più forte condivisione con gli Enti Ausiliari. Il monitoraggio deve:

- includere i dati relativi ai *"progetti integrativi"*;
- essere fondato anche su ogni utile informazione acquisita dall'Unità di Strada, dal NarT e dall'Osservatorio Dipendenze Patologiche;
- comprendere la lettura integrata e multicentrica della domanda di prestazioni e dell'offerta terapeutica nonché l'osservazione del continuo mutamento delle dipendenze.

Gli esiti delle rilevazioni così effettuate sono sottoposti annualmente all'esame della Commissione Locale di Monitoraggio.

2. L'Azienda e gli Enti Ausiliari si impegnano a proseguire il confronto sulla raccolta dei dati e l'analisi delle dimensioni di input, processo e outcome, utilizzando gli strumenti predisposti nel Progetto Rex che ha localmente avviato percorsi di lavoro congiunti, come l'audit sull'appropriatezza degli invii, la valutazione degli abbandoni, il SEA sugli eventi avversi e altri in via di definizione. La Commissione Locale di Monitoraggio svolge su questi aspetti una funzione di raccordo e supervisione e si interfaccia per le valutazioni periodiche e per il recepimento di nuove indicazioni con la Commissione paritetica regionale. Ulteriore obiettivo comune consiste nell'integrazione dei rispettivi sistemi informativi SistER e SistER CT, e, anche grazie all'interoperabilità tra essi, nell'alimentazione annuale del flusso SIDER. Resta inteso che l'apertura di quest'ultimo agli Enti Ausiliari sarà regolato da apposita comunicazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

3. Con la sottoscrizione di questo Accordo gli Enti Ausiliari autorizzano l'Azienda USL e la Regione Emilia-Romagna all'utilizzo dei dati da essi raccolti ai fini di elaborazioni statistiche e di studio.

art. 12
Formazione

1. Il sostegno alla formazione congiunta rappresenta da anni un tassello significativo all'interno del sistema locale dei servizi. All'interno del PAF aziendale la programmazione, la realizzazione e la valutazione degli eventi formativi inerenti l'area delle Dipendenze Patologiche avviene a partire da un lavoro congiunto al Tavolo Referenti Formazione Dipartimentale (DAISM/DP), che vede anche la partecipazione di rappresentanti degli Enti Accreditati. A partire dalla valutazione dei bisogni formativi avviene la pianificazione degli eventi formativi che talvolta sono costruiti congiuntamente e talvolta rappresentano occasione di partecipazione reciproca. Negli ultimi anni sono stati realizzati e partecipati a livello congiunto eventi di carattere clinico, legale, sulla qualità (REX), di supervisione. Da gennaio 2008 è operativo il progetto INFORM@rsi è FORM@rsi che mette a disposizione un sito (www.infodipendenze.ausl.pr.it) che permette di comunicare con l'esterno e tra operatori iscritti della rete dei Servizi su eventi formativi, consente la condivisione di documenti, di pubblicazioni, newsletter, forum, link, etc. La redazione è formata da operatori del tavolo Referenti Formazione Dipartimentale e da referenti delle Comunità Terapeutiche locali, che, opportunamente formati, garantiscono l'inserimento di contenuti per la divulgazione ai servizi.

2. Una volta formalizzato il presente Accordo, le parti si impegnano a realizzare una formazione per tutti gli operatori del sistema dei servizi, il cui oggetto sarà la condivisione del nuovo Accordo triennale che promuove riflessioni sui mutamenti dei bisogni, gli indirizzi regionali, la nuova offerta di prestazioni e programmi a livello locale.

art. 13
Disposizioni Finali

1. Le parti concordano sull'esigenza di contribuire a definire indirizzi per la standardizzazione di programmi terapeutico riabilitativi per soggetti caratterizzati da doppio assetto, alcol dipendenza, adolescenti e giovani (ragazzi e ragazze), gioco d'azzardo, senza arrivare a nuove tipologie di trattamento specialistico, attraverso il contributo dei gruppi regionali attivati su queste tematiche:

Percorso gravi disturbi di personalità (Circolare del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali n. 7 del 29 maggio 2013); Alcol e cura; Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza (DGR n. 590/2013); Protocollo di intesa tra la Regione Emilia Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna relativo alla definizione della collaborazione tra l'ordinamento sanitario e il sistema della giustizia minorile per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti in carico ai servizi della giustizia minorile ed indicazioni per la definizione di protocolli – accordi locali.

2. Parte delle prestazioni relative all'*Accoglienza Notturna* ed alla *Residenzialità a media protezione per utenti con prospettiva di reinserimento a medio-lungo termine* è altresì oggetto di separate convenzioni, valevoli per il biennio 2014/2015, approvate con deliberazione n. 593/2014 e sottoscritte, rispettivamente, tra l'Azienda USL, la Comunità Betania ed il Comune di Parma e tra l'Azienda USL, la Comunità Betania, il Centro di Solidarietà l'Orizzonte (ora Consorzio Gruppo CEIS a seguito di atto di fusione rep. 22712 reg. n. 15326 1T del 12 dicembre 2014 del notaio Guido Veliani di Modena) ed il Comune di Parma in quanto previste dall'*"Accordo di Programma per l'adozione del Programma Annuale 2014 nell'ambito del Programma Attuativo 2013/2014 del Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale"* approvato dal Comitato del Distretto di Parma il 25 luglio 2014. L'inclusione d'esse nel presente Accordo è connesso alla necessità di qualificarle organicamente "prestazioni integrative"; le anzidette convenzioni si intendono qui richiamate nonché parti integranti e sostanziali del presente atto.

3. In osservanza del principio di prossimità di cura, il sistema di revisione della spesa previsto dall'art. 15, comma 14, del Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, espressamente richiamato dall'Accordo Generale, è applicato tramite riduzione della quota delle risorse assorbite dagli inserimenti presso altri enti ausiliari.

4. Salvaguardando i volumi di prestazioni definiti nel presente Accordo, ciascuna Azienda USL regionale, in applicazione dell'articolo 2 dell'Accordo Generale, può avvalersi dei progetti e servizi qui descritti previa accettazione dei termini contrattuali parimenti qui riportati. Il presente comma non si applica alla tariffa di € 124,24 prevista all'art. 6 per il "modulo residenziale minori *«maggiolino»*".

art. 14
Durata

1. Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2016. Per l'anno 2014, il volume di prestazioni oggetto di contratto coincide coi servizi effettivamente richiesti, erogati ed analiticamente indicati al primo comma del superiore articolo 1; le quote relative a ciascun Ente Ausiliario sono pertanto coincidenti coi pertinenti ordinativi d'anno.

art. 15
Obblighi di Pubblicità

1. In applicazione dell'art. 41, comma 4, del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* e dell'art. 11, comma 3, della Legge regionale 12 ottobre 1998 n. 34 *"Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997"*, il presente Accordo è pubblicato nella Sezione

"Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma.

Letto approvato e sottoscritto

Parma, il _____

Comunità Betania	Consorzio Gruppo CEIS	Associazione Gruppo Amici	Azienda USL di Parma
CF. 92015970343	C.F. P. IVA 03228620369	C.F. P. IVA 91002510344	C.F. P. IVA 01874230343
Luigi Valentini	Roberto Berselli	Marco Begarani	Elena Saccenti