

**ACCORDO GENERALE TRIENNALE TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E IL COORDINAMENTO ENTI AUSILIARI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (CEA) IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE A FAVORE DELLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE PER GLI ANNI 2019-2021**

Tra

La Regione Emilia-Romagna, con sede in Bologna, Viale Aldo Moro 52, rappresentata dall'Assessore alle Politiche per la Salute Sergio Venturi, ai sensi della Delibera di Giunta n. 1378 del 5 agosto 2019

e

il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA) dell'Emilia-Romagna, rappresentato dal suo Presidente pro-tempore Matteo Iori

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 1378 del 5 agosto 2019

Premesso che:

Le parti prendono atto del positivo impatto che i precedenti Accordi generali (deliberazioni della Giunta regionale n. 2360/2002, 1424/2004, 1005/2007, 246/2010 e 1718/2013) hanno ottenuto nella regolamentazione dei rapporti reciproci a livello regionale e locale. In particolare vengono positivamente valutati, rispetto alle previsioni del precedente accordo:

- il rispetto della spesa programmata
- la messa a regime del sistema informativo per la raccolta dei dati sui soggetti inseriti annualmente a livello regionale e locale
- la programmazione regionale e la definizione degli accordi locali, basate sulle informazioni che annualmente gli enti privati accreditati e le Aziende USL forniscono alle Commissioni locali e regionale;
- la collaborazione pubblico-privato che viene perseguita in tutte le Aziende USL, seppur con differenti modalità, per migliorare l'organizzazione dei servizi di cura e la formazione del personale
- il consolidamento dei sistemi di gestione della qualità, verificato in fase di accreditamento (e rinnovo) e le buone pratiche per la gestione dell'interfaccia SerDP / strutture residenziali (DGR 1718/2013)
- le sperimentazioni avviate con i Progetti innovativi previsti dal precedente accordo.

I dati regionali, discussi nel corso della Conferenza regionale su consumi e dipendenze svoltasi nel 2017, evidenziano le seguenti tendenze:

- Una stabilizzazione del numero degli assistiti dei SerDP nel corso degli ultimi anni e un aumento nel corso del 2017 e l'incremento degli assistiti con problematiche connesse con il gioco d'azzardo patologico

- L'accesso ai servizi di una quota consistente di assistiti non residenti sul territorio emiliano-romagnolo
- Importanti cambiamenti nelle caratteristiche anagrafiche delle persone in trattamento. Da un lato si conferma il progressivo e marcato invecchiamento degli assistiti, soprattutto per le problematiche connesse con alcol, tabacco e GAP, dall'altro lato si conferma la presenza di un numero importante di pazienti giovani con problemi complessi e con uso primario di cannabis e cocaina
- Una stabilizzazione degli inserimenti nelle strutture residenziali terapeutico-riabilitative e pedagogiche e un aumento dei percorsi socio-sanitari e degli interventi territoriali non compresi nell'accreditamento sanitario
- Un aumento delle spese complessive per gli inserimenti in residenza, soprattutto per le strutture specialistiche per le dipendenze, per gli arresti domiciliari e per strutture non accreditate per le dipendenze. Una sensibile diminuzione delle spese per gli inserimenti in strutture di altre regioni
- Una positiva valutazione degli esiti dei trattamenti, soprattutto per l'aumento della ritenzione in trattamento.

I dati hanno supportato la stesura del "Programma Regionale Dipendenze Patologiche – Obiettivi 2017-2019" (DGR 2307/2016) cui hanno partecipato anche rappresentanti del CEA. Il citato Programma regionale e la Conferenza regionale hanno evidenziato la necessità di rispondere ai cambiamenti con un'offerta di trattamento adeguata, in particolare alle esigenze dei più giovani e dei più anziani, per i quali è necessario organizzare una rete ampia di collaborazioni (con altri servizi sanitari e con i servizi sociali degli Enti Locali). Si conferma quindi la necessità di strutturare programmi riabilitativi brevi, flessibili, personalizzati, in grado di accogliere anche persone che lavorano e con una rete sociale stabile; programmi socio-sanitari a bassa intensità, finalizzati a fornire supporto abitativo, assistenza domiciliare, accompagnamento sociale a persone non più con dipendenza patologica, ma con bisogni sociali e di assistenza primaria; programmi di trattamento dedicati ai più giovani.

Le parti concordano sull'opportunità di integrare l'Accordo attualmente vigente, considerato che, dall'approvazione dell'Accordo di cui alla DGR 915/2018 sono intervenuti alcuni cambiamenti e precisamente: è cambiato il fabbisogno regionale di posti, come indicato dalla DGR 973/2019; sono ulteriormente cambiati i bisogni delle persone con dipendenze patologiche e ciò ha reso necessarie ulteriori precisazioni circa i percorsi non compresi nell'accreditamento sanitario e la previsione di un budget aggiuntivo da destinare ai percorsi innovativi non sanitari; si è reso necessario, stante l'aumento dei casi di overdose che si è verificato nel corso dell'anno 2018, rafforzare gli interventi di prevenzione, anche nel corso dei percorsi comunitari, con indicazioni di interventi e buone prassi da utilizzare da parte degli Enti e da svolgere in collaborazione con i SerDP delle AUSL; ed è pertanto necessario introdurre nuove precisazioni e previsioni che si focalizzano prevalentemente sugli aspetti sopra esposti, riapprovare l'intero Accordo che sostituirà il precedente di cui alla DGR 915/2018 e far data dall'approvazione.

Le parti concordano di confermare le tariffe attualmente vigenti per gli inserimenti nelle strutture degli Enti accreditati, come definite dalla DGR 915/2018 e riportate nell'Allegato 1. al presente Accordo.

Le parti, infine, convengono sulla necessità di confermare i percorsi sperimentali già avviati nei territori per rispondere a nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica e di sperimentare nuovi percorsi in risposta ai bisogni identificati nel Programma Regionale Dipendenze e condivisi nella Conferenza Regionale del 2017, con riferimento anche a quanto previsto dal “Piano Sociale e Sanitario regionale 2017-2019” (DAL 120/2017) e dalle “Schede attuative d’intervento” (DGR 1423/2017).

Tutto ciò considerato e premesso  
si conviene

di regolamentare i rapporti tra le parti in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo.  
L’Accordo avrà validità fino al 31 dicembre 2021.

Le parti concordano sui seguenti punti

#### 1. Accordi contrattuali

Le parti confermano le previsioni contenute nel precedente Accordo regionale (DGR n. 1718/2013) circa la necessità di stipulare a livello aziendale, o a livello di area sovraziendale ove ritenuto indicato, Accordi locali valevoli solo tra le parti, ai sensi del D.Lgs. 502/93, attuativi della programmazione e degli indirizzi adottati nelle singole realtà aziendali o nell’area sovraziendale di riferimento. Tali accordi locali, che hanno carattere di obbligatorietà, identificano il fabbisogno, con analisi documentata nello stesso accordo/allegato, previsto per singola struttura o Ente (DGR n. 999/2011) e sono conseguenti alla definizione di nuovi accordi contrattuali con l’Ente coerenti con il presente Accordo, concertati in sede di Commissione locale di monitoraggio.

Le Aziende USL possono avvalersi di tutte le strutture accreditate sul territorio regionale. Il “Sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria integrata del DSM-DP” agevolerà la condivisione dei percorsi di cura tra i SerDP delle diverse AUSL e le strutture accreditate collocate sul territorio regionale.

Negli accordi contrattuali le Aziende Usl si impegnano a definire un budget per ogni Ente, prevedendo almeno una quota minima di prestazioni acquistabili nel corso dell’anno, corrispondenti a giornate residenziali, semi-residenziali e/o interventi di assistenza territoriale alternativi o integrativi alla residenzialità.

Gli accordi devono inoltre prendere in considerazione i seguenti parametri:

- Valutazione quali/quantitativa dei percorsi attivati sul territorio: strutture accreditate e altri servizi sanitari e socio-sanitari;
- Valutazione della eventuale necessità di disporre di tipologie diverse di offerta, sulla base dei bisogni territoriali;
- Definizione della spesa per i progetti di assistenza territoriale, anche attraverso la metodologia del budget di salute (di cui al punto 2), per l’accompagnamento sociale, educativo, in alternativa o a integrazione di un percorso di assistenza residenziale.

- Definizione della spesa da destinare all'acquisto di servizi e prestazioni socio-sanitarie (tra quelli indicati al punto 2, nei limiti del 20% della spesa programmata complessiva per le strutture accreditate, fatta salva la spesa storica e concordata nei precedenti accordi locali
- Definizione delle tariffe relative alle diverse voci di costo, sia per gli interventi residenziali, sia per quelli territoriali, sanitari e socio-sanitari, non compresi nelle tipologie di struttura accreditate (di cui al punto 2)

L'accordo locale sancisce la piena corresponsabilizzazione delle parti in merito alla utilizzazione e al rispetto della spesa programmata.

L'Azienda sanitaria, o l'area sovraziendale, può prevedere una quota aggiuntiva (extra budget) da utilizzare per far fronte a necessità impreviste e non preventivabili di inserimenti in strutture. Tale quota deve essere concordata nell'ambito degli accordi locali, prevedendo misure idonee a consentirne il controllo.

All'interno degli accordi locali deve essere prevista una commissione mista Aziende USL ed Enti coinvolti, per il monitoraggio degli accordi (di cui al punto 13).

Per pianificare più agevolmente le attività, si concorda sulla necessità di prevedere una programmazione economica di tipo triennale. In sede di verifica annuale, saranno analizzate puntualmente:

- le ragioni di eventuali sforamenti rispetto alla spesa programmata, adottando misure idonee a garantire il rispetto dei livelli prefissati, come pure le ragioni di eventuali importanti riduzioni della spesa.
- come previsto al punto 8, l'effettivo rispetto dei debiti informativi degli Enti nei confronti della Regione.

## 2. Interventi non compresi nelle tipologie oggetto di accreditamento sanitario (DGR n. 26/2005)

Considerati gli esiti positivi delle esperienze, avviate dagli Enti e dalle Aziende USL, di progetti personalizzati che rispondono a nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica, in alternativa o ad integrazione dei trattamenti già oggetto di accreditamento compresi nella DGR n. 26/2005, le parti convengono di incentivare ed estendere tali progettazioni. Ciò anche in relazione a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ed, in particolare, all'art. 28 e dalla DGR 2307/2016 "Programma regionale dipendenze patologiche – Obiettivi 2017-2019". Per gli interventi di prevenzione e contrasto delle dipendenze e di promozione del benessere psicofisico e della salute mentale si fa riferimento anche a quanto previsto dalla L.R. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria", in particolare agli artt. 19 e 21.

Le attività saranno regolamentate negli accordi locali e nei relativi accordi contrattuali sottoscritti dalle Aziende USL e dagli Enti gestori di strutture accreditate, quali prestazioni integrative realizzate dagli Enti gestori che sottoscrivono gli accordi. Nell'accordo locale saranno definite le tariffe relative alle diverse voci di costo, sia per gli interventi residenziali, sia per quelli territoriali, sanitari e socio-sanitari, al fine di valutare le spese sostenute per questi interventi e consentire successivamente la determinazione di un range omogeneo per le tariffe a livello regionale. Le Commissioni locali e la Commissione regionale valuteranno i dati di attività e di spesa sulla base del monitoraggio del sistema informativo.

Ai sensi dell'art. 55 comma 1. del D.Lgs. n. 117/2017 "Codice del terzo settore" le Aziende USL potranno coinvolgere gli Enti accreditati, in quanto enti del Terzo settore, nella programmazione e organizzazione di tali interventi anche attraverso lo strumento della co-progettazione, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 50/2016 e s.m. "Codice dei contratti pubblici" e dalle Delibere ANAC in materia di affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali.

Le Aziende USL potranno avvalersi di tutti i progetti e servizi sul territorio regionale, in analogia con quanto avviene per i servizi accreditati, previa adesione dell'Azienda USL agli impegni e alle tariffe determinate dall'accordo locale precedentemente sottoscritto dall'Ente gestore con l'Azienda Usi competente per territorio, o con le Aziende USL, nel caso l'accordo locale avvenga su base sovraziendale.

Tali interventi, da attuare in strutture fino a 6 posti letto, in strutture a bassa soglia d'accesso o con interventi svolti in strada o a domicilio possono essere così sintetizzati:

**INTERVENTI SANITARI RIABILITATIVI A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE, RESIDENZIALI E TERRITORIALI CHE NON RIENTRANO NELLE TIPOLOGIE DELL'ACCREDITAMENTO**

Interventi di residenzialità leggera e flessibile, attività diurne, gruppi terapeutici, interventi domiciliari e prestazioni ambulatoriali. La caratteristica che accomuna tali interventi è quella di offrire un'opportunità di programma terapeutico-riabilitativo a persone, giovani e adulte, anche inserite in una rete familiare, sociale e lavorativa, che difficilmente avrebbero accesso a un programma residenziale tradizionale e/o di lunga durata

**INTERVENTI SOCIO-SANITARI RESIDENZIALI E TERRITORIALI A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE**

Interventi di promozione della salute, prevenzione dei rischi e riduzione del danno; di supporto e accompagnamento, finalizzati all'autonomia personale, sociale e lavorativa; di sostegno alle famiglie; interventi socio-educativi e riabilitativi. Gli interventi possono differire per tipologia (residenziale, diurna, domiciliare, di strada, accompagnamento sociale e lavorativo) e per intensità assistenziale (h 24, fasce orarie, singole prestazioni) presentando tuttavia alcune caratteristiche comuni:

- rispondere a bisogni multifattoriali (sanitari, sociali, educativi) con interventi a bassa soglia d'accesso per persone che non seguono programmi di trattamento
- facilitare l'accesso ai servizi e alle offerte con percorsi differenziati per tipologia ed età
- facilitare l'accesso degli stranieri
- favorire la continuità assistenziale tra SerDP, CSM e Cure primarie
- supportare le situazioni di crisi e di emergenza e prevenire la necessità di ricoveri ospedalieri e T.S.O, anche con invio a servizi terapeutici residenziali e presenze in Pronto Soccorso
- offrire interventi caratterizzati da diverse prestazioni e modulate in modo flessibile, con percorsi di assistenza finalizzati a migliorare la vita della persona, sempre e comunque nelle condizioni date, anche con l'attivazione delle risorse individuali e relazionali e la partecipazione attiva dell'utente.

L'attività dell'Unità di valutazione multiprofessionale (UVM), quale strumento di garanzia dell'equità dell'accesso alle prestazioni (DGR n. 313/2009), va estesa ai soggetti con dipendenza patologica che necessitano di interventi socio-sanitari.

Per l'organizzazione degli interventi di tutela della salute e riduzione del danno rivolti a consumatori di sostanze non in carico ai Servizi Dipendenze patologiche e attuati nelle strutture a bassa soglia d'accesso o tramite Unità di Strada, si fa riferimento a quanto contenuto nella DGR 1184/2017 "Approvazione indirizzi per l'attuazione di interventi di riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d'accesso per persone con problemi di abuso/dipendenza e requisiti organizzativi

delle Unità di strada”, in particolare per quanto riguarda i requisiti del personale. La programmazione e le risorse finanziarie da destinare a tali interventi sono definite nei Piani distrettuali per la salute e il benessere, che individuano anche il soggetto pubblico che svolge il ruolo di committenza e le collaborazioni interistituzionali.

In riferimento alle risorse da destinare agli interventi socio-sanitari le parti concordano sui seguenti punti:

- I costi degli interventi socio-sanitari, residenziali e territoriali, possono essere coperti anche con le risorse finalizzate per l’attuazione della L.R. 19/2018, che la Regione si impegna ad assegnare annualmente alle AUSL, fatta salva la possibilità di applicare per gli interventi residenziali la compartecipazione alla spesa da parte dell’utente e in subordine del Comune, in analogia con quanto previsto per l’area della salute mentale adulti;
- I costi degli interventi di prevenzione dei rischi e riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d’accesso, possono essere coperti con le risorse finalizzate del Fondo Sanitario regionale che la Regione assegna annualmente alle AUSL.

#### **PROMOZIONE DEGLI INTERVENTI CON BUDGET DI SALUTE**

Le parti concordano di incentivare lo sviluppo di interventi territoriali e facilitare percorsi di inclusione sociale delle persone con dipendenza patologica, anche attraverso la metodologia del budget di salute, destinando una quota della spesa programmata per gli inserimenti residenziali, a progetti individualizzati, per l’accompagnamento sociale, educativo, in alternativa o a integrazione di un percorso di assistenza residenziale.

Per l’attuazione degli interventi si fa riferimento a quanto previsto dalla DGR 1554/2015 “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute”, dal Piano Sociale e sanitario regionale 2017-2019 (Delibera Assemblea Legislativa 120/2017) e dalla scheda attuativa del PSSR n. 4 “Budget di salute” (DGR 1423/2017).

Gli interventi che utilizzano i budget di salute si svolgono in strutture o in percorsi gestiti dagli Enti accreditati.

### 3. Riconoscimento della retta residenziale nei periodi di assenza dell’utente

Ai fine di favorire la flessibilità dei programmi di trattamento sanitario nelle strutture residenziali accreditate, la Regione Emilia-Romagna conferma per il presente Accordo quanto già espresso con nota del Responsabile Servizio salute mentale, Dipendenze patologiche, salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna (PG 2012/97302 del 18 aprile 2012) circa i criteri e i limiti per il riconoscimento della retta nei periodi di assenza dell’utente dalla struttura residenziale:

- a) Nei periodi di assenza dell’utente può essere riconosciuta la retta piena per un periodo massimo di 2 giornate (fino a 3 notti), se queste assenze rispondono agli obiettivi del progetto di cura.
- b) Nel caso si verificano assenze per periodi più lunghi di 2 giornate, viene riconosciuta la retta piena le prime 2 giornate e la retta al 20% per massimo 5 giorni, se queste assenze rispondono agli obiettivi del progetto di cura.
- c) Nel caso si verificano assenze dettate da altre cause (carcerazione, allontanamento volontario dell’utente non concordato con la Struttura residenziale, etc..) non viene riconosciuta alcuna retta.

#### 4. Modalità di accesso alle prestazioni

Per quanto concerne l'accesso alle strutture accreditate si conferma quanto già previsto nel precedente Accordo (DGR 1718/2013).

L'inserimento dell'utente nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'Ente, potrà avvenire sia su invio del SerDP dell'Azienda USL di residenza, sia per accesso diretto dell'utente. In entrambi i casi l'ammissione sarà subordinata alla diagnosi e alla valutazione funzionale. La struttura di accoglienza che effettuerà tale valutazione dovrà essere in possesso dell'accreditamento istituzionale per la tipologia "Struttura ambulatoriale di accoglienza e diagnosi" come previsto dalle deliberazioni della Giunta regionale n. 327/2004 e 26/2005.

Qualora l'Ente non sia accreditato per effettuare la suddetta valutazione, essa deve essere effettuata dal SerDP. Di tale valutazione deve risultare evidenza nella cartella personale dell'utente, così come di ogni variazione di programma o quant'altro necessario per la costruzione della storia clinica del soggetto.

In caso di accesso diretto dall'ambulatorio a un programma residenziale o semiresidenziale l'Ente dovrà darne comunicazione al SerDP dell'Azienda USL di residenza del soggetto entro un massimo di cinque giorni dal primo contatto, e attivare le procedure per la condivisione del piano trattamentale. Il pagamento della retta decorrerà dalla data della comunicazione.

Per dare attuazione all'accesso diretto, nell'ambito degli accordi locali si dovrà preventivamente concordare un tetto di spesa per inserimenti effettuati con questa modalità. Tale tetto di spesa non potrà superare la spesa programmata per il singolo Ente nell'accordo locale.

Le Commissioni locali di monitoraggio dell'Accordo elaborano i criteri condivisi per l'accesso alle strutture, criteri che saranno adottati in maniera uniforme sia per l'accesso tramite SerDP sia per quello diretto. Per gestire correttamente le informazioni del sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria e favorire il passaggio degli assistiti tra le diverse équipe terapeutiche, pubbliche e degli Enti accreditati, il SerDP o la struttura stessa (in base agli accordi locali) valorizzerà le eventuali fasi di passaggio tra strutture dello stesso Ente nella cartella personale del paziente.

Per verificare ed implementare questa modalità devono essere previsti incontri periodici tra le parti (con riferimento a quanto previsto al punto 6).

Considerati i dati di attività relativi alle strutture e ai moduli specialistici, le parti concordano sull'opportunità che il bacino di utenza di queste ultime abbia una valenza sovraziendale. A tal fine le parti si impegnano a valutare i fabbisogni specialistici per Area vasta e Romagna coinvolgendo le AUSL.

#### 5. Programmi terapeutico-riabilitativi per soggetti caratterizzati da doppio assetto, alcol dipendenza, e programmi dedicati ad adolescenti e giovani (ragazzi e ragazze).

Le parti concordano di attivare interventi terapeutico-riabilitativi per soggetti con doppio assetto o con problemi di alcol dipendenza, senza definire nuove tipologie di trattamento specialistico. Nella progettazione e organizzazione degli interventi si fa riferimento agli esiti della Conferenza regionale del 2017, alle indicazioni del Programma regionale dipendenze patologiche (DGR 2307/2016), alle Raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" (Circolare 1/2017) e agli indirizzi regionali sui temi di cui al presente punto.

#### PERCORSI DEDICATI AD ADOLESCENTI E GIOVANI

Nella fascia d'età più giovane è fondamentale anticipare il più possibile il contatto e la presa in carico precoce, pertanto va promossa la massima collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di adolescenti e giovani, soprattutto NPIA, SerDP, Cure primarie, Servizi Sociali, Scuole e strutture del privato sociale.

I progetti e le sperimentazioni devono adattarsi il più possibile alla domanda proveniente dai giovani e dalle loro famiglie, piuttosto che chiedere ai potenziali utenti di adeguarsi agli strutturati iter di valutazione dei servizi convenzionali. Gli obiettivi generali degli interventi sono rivolti a contribuire al complessivo sviluppo della personalità dell'adolescente in una fase di vita determinante per la piena realizzazione della salute della persona. Saranno pertanto non settoriali, ma primariamente orientati a tutelare le migliori possibilità di realizzazione del diritto allo studio, alla salute e alla qualità di vita, con particolare attenzione alla continuità dei percorsi scolastici, l'orientamento professionale, la qualità delle relazioni interpersonali e affettive.

In questo quadro gli interventi devono caratterizzarsi per un alto livello di flessibilità e di informalità adottando stili comunicativi efficaci, adeguati all'età e alla cultura dell'utente.

Devono essere garantiti:

- 1) tempi molto rapidi dell'accoglienza e della lettura delle domande;
- 2) orari di apertura al pubblico non tradizionali;
- 3) ampia gamma di prestazioni offerte: tutoring individuale, counselling individuale pedagogico e/o clinico, bilancio di competenze individuale e di gruppo, gruppi tematici su sostanze e comportamenti a rischio, percorsi di life skills e peer support, laboratori espressivo relazionali;
- 4) supporto pedagogico e/o clinico alla famiglia attraverso interventi dedicati volti ad incidere sulle variabili ambientali / relazionali spesso determinanti per l'evoluzione positiva dell'adolescente

Altro punto essenziale è sicuramente la territorialità degli interventi; si tratta infatti di progetti di rete che devono costruire legami significativi con le agenzie specialistiche, ma anche non specialistiche, dei territori su cui si sono insediati.

Fondamentale, in questo senso, risulta la collaborazione e la connessione con gli Istituti scolastici; infatti le scuole sono le principali invianti ai Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

I percorsi già esistenti dedicati alla fascia d'età giovane (Unità di Strada, Drop in, Comunità Terapeutiche), devono sperimentare nuove forme di intervento tra territorio e residenzialità (inevitabilmente più brevi che per gli adulti). Un programma residenziale per adolescenti risulta più complesso di altri proprio per la necessità di agire un costante "fuori/dentro", attraverso progetti scolastici, sportivi, associativi e ludico ricreativi.

Le parti convengono sulla necessità di favorire l'attivazione di strutture e programmi dedicati esclusivamente agli adolescenti con dipendenza da sostanze, sempre con una spiccata attenzione al rispetto delle differenze di genere e di sperimentare l'apertura di centri diurni che permettano un rientro a casa serale e percorsi specifici per un graduale accompagnamento alla residenzialità.

#### 6. Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche

Lo sviluppo del progetto regionale "Rex - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze" attivato con l'Accordo di cui alla DGR 1718/2013, ha prodotto requisiti verificabili su quattro assi: definizione del progetto



terapeutico, sistemi di codifica e documentazione clinica, criteri di appropriatezza degli inserimenti in struttura, valutazione degli esiti dei trattamenti.

Operativamente, attraverso il progetto di modernizzazione “Verso una comunità di pratica virtuale”, realizzato in partnership tra SerDP regionali e Comunità terapeutiche, sono state possibili l’acquisizione e la realizzazione operativa di nuove conoscenze sui temi della innovazione clinico-organizzativa, tradotte nel sistema informativo sulle dipendenze.

Come da indicazioni regionali e della Commissione CEA, gli Enti si impegnano a utilizzare il sistema gestionale SistER, secondo quanto concordato nel progetto di modernizzazione, finalizzato allo scambio di informazioni cliniche sugli assistiti e fino al passaggio al “Sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria integrata del DSM-DP”.

Le parti concordano inoltre sull’opportunità di estendere il modello dei “Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche” anche agli interventi sanitari e socio-sanitari che non sono oggetto di accreditamento (di cui al punto 2), per quanto applicabili. L’obiettivo è quello di evidenziare gli elementi di qualità di percorsi non ancora standardizzati, integrandoli nel sistema di gestione delle strutture accreditate.

#### 7. Inserimenti in regime di arresti domiciliari

Le parti confermano che le tariffe per gli inserimenti di persone agli arresti domiciliari nelle strutture accreditate devono coincidere con quelle previste dal presente Accordo e si impegnano affinché nelle Commissioni locali si lavori per garantire l’appropriatezza di questi percorsi. Gli Enti rinnovano l’impegno già espresso nel precedente Accordo (DGR 1718/2013) a valutare attentamente le richieste di inserimento agli arresti domiciliari e a comunicare tempestivamente tale inserimento al SerDP di residenza dell’utente. L’accordo locale definisce una quota destinata agli inserimenti di persone agli arresti domiciliari inserite nelle strutture accreditate. La quota per gli inserimenti residenziali di persone agli arresti domiciliari è superiore rispetto alla spesa programmata per gli altri inserimenti residenziali ed è oggetto di costante monitoraggio in sede di Commissione paritetica locale (vedi punto al punto 13)

#### 8. Sistema informativo, sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria integrata del DSM-DP e valutazione degli interventi

La Regione Emilia-Romagna sta realizzando un progetto che prevede la costruzione di un “Sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria integrata del DSM-DP”. Il sistema di gestione della documentazione sarà utilizzato da tutti gli attori che, a vario titolo, intervengono nel processo di cura degli assistiti. Nella sua progettazione il sistema ha previsto la centralità di cura dell’assistito e la collaborazione con tutti gli altri soggetti della cura e riabilitazione, sia pubblici che del privato accreditato.

Da una logica di “invio” delle informazioni socio-sanitarie sull’assistito, si passerà progressivamente ad un percorso di condivisione, ove possibile, delle informazioni sul medesimo sistema di gestione della documentazione e di co-progettazione dell’intervento, ridisegnando molti percorsi di cura sino ad oggi proposti.

Gli Enti si impegnano a partecipare alla co-progettazione del programma terapeutico con i SerDP e ad utilizzare il sistema informativo sopra descritto come strumento fondamentale per la corretta gestione della documentazione clinica.

La Regione fornirà gratuitamente il software per la gestione degli assistiti e provvederà alla formazione di formatori all'uso del sistema; ogni altro onere per attrezzature locali, quali ad esempio personal computer e connettività, sono a carico degli Enti. Quando il sistema diverrà operativo, saranno stilati ulteriori accordi con gli Enti sulle reciproche competenze e sui servizi forniti.

L'uso adeguato del Sistema informatizzato unico regionale per la gestione della documentazione socio-sanitaria integrata del DSM-DP assolverà pienamente i debiti informativi nei confronti della Regione. Sino a quel momento gli Enti si impegnano a rispettare i debiti informativi in essere, attraverso modalità e strumenti condivisi, come già strutturato in questi anni.

Le parti si impegnano a proseguire il confronto sulla raccolta dei dati e sulla valutazione degli interventi.

Gli Enti firmatari con la presente rilasciano formale autorizzazione alle Aziende Usl e alla Regione Emilia-Romagna per consentire l'utilizzo dei dati raccolti ai fini di elaborazioni statistiche e di studio.

## 9. Formazione

La Regione si impegna a organizzare direttamente o a sostenere iniziative di formazione coinvolgendo anche nella fase programmatoria le strutture accreditate del sistema.

Gli Enti si impegnano a condividere con i SerDP la pianificazione della formazione e a facilitare la realizzazione di eventi formativi comuni.

## 10. Approvvigionamento dei farmaci

Le modalità di approvvigionamento e gestione dei farmaci vengono definite negli Accordi locali e possono prevedere l'erogazione diretta ai sensi dell'art. 8 della L. 405/2001, secondo le indicazioni della Regione alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori delle strutture accreditate, di cui alla lettera prot. 643892 del 23 ottobre 2018.

## 11. Prevenzione della mortalità associata ai programmi residenziali

L'overdose può intervenire in vari momenti del percorso comunitario: è pertanto indispensabile la comprensione dei differenti meccanismi e delle dinamiche che possono portare a un'overdose e predisporre gli opportuni presidi di prevenzione. Le parti si impegnano a condividere, negli Accordi locali, un protocollo per il contrasto e la prevenzione del rischio di mortalità associata ai programmi residenziali, sulla base del documento di cui all'Allegato 2. al presente Accordo. Le Commissioni locali effettueranno il monitoraggio dei Protocolli e ne riferiranno alla Commissione regionale.

## 12. Valutazione dei bisogni degli utenti

In generale è necessario adottare strumenti di valutazione dei bisogni e di monitoraggio dei risultati per definire gli obiettivi specifici, evidenziare le priorità di intervento, guidare la progettazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi e apprezzarne gli esiti. Per i casi complessi e multiproblematici, in particolare, dovranno essere introdotti strumenti di valutazione specifici, tesi ad esplorare, oltre le variabili individuali, anche quelle ambientali e relazionali. La Commissione regionale paritetica valuterà la possibilità di proporre l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali (fra quelli sviluppati e validati negli ultimi anni). Qualora si ritenga utile ed opportuna l'adozione di uno

strumento comune, verranno definiti tempi e modi per una formazione congiunta sull'uso dello strumento e per una sua iniziale sperimentazione.

### 13. Monitoraggio dell'accordo

Le parti si impegnano a monitorare l'applicazione del presente accordo. Allo scopo viene nominata una commissione paritetica, composta da rappresentanti degli Enti sottoscrittori dell'accordo, rappresentanti delle AUSL (uno per Area Vasta) e da funzionari regionali. Tale commissione tra le sue funzioni ha quella della raccolta ed elaborazione dei dati di attività e di spesa, sulla base del monitoraggio del sistema informativo, nonché dei dati di attività e di spesa sostenuta per le altre attività previste dagli accordi locali (di cui al punto 2). Queste informazioni costituiranno la base per valutare eventuali futuri adeguamenti tariffari.

La Commissione regionale prende in esame l'applicazione dell'accordo nelle diverse realtà territoriali, in particolare:

- leggendo gli accordi contrattuali aziendali sul versante della spesa e della diversificazione dell'offerta pubblica e privata
- monitorando l'effettiva diminuzione degli inserimenti fuori Regione
- monitorando l'andamento degli inserimenti nelle strutture pubbliche e private
- monitorando gli invii in regime di arresti domiciliari
- monitorando l'attività, le spese e le tariffe degli interventi di cui al punto 2), anche valutando le esperienze di co-progettazione eventualmente attuate
- verificando l'effettivo rispetto dei debiti informativi degli Enti nei confronti della Regione
- valutando le iniziative formative messe in atto
- monitorando la domanda di interventi sul piano quali/quantitativo tenendo conto dei bisogni territoriali.

Annualmente la commissione produce un rapporto sul lavoro svolto e sulle proposte conseguenti. I contenuti del rapporto vengono illustrati e discussi nella sede dell'Assemblea del Coordinamento Enti Ausiliari e con i SerDP.

A livello locale il monitoraggio dei rispettivi Accordi è garantito da analoghe Commissioni paritetiche – Aziende Usl ed Enti gestori - con i seguenti obiettivi:

- analisi dei bisogni e dell'offerta del territorio
- valutazione e pianificazione dell'offerta, compresa la necessità di riconversione dei posti o di diversificazione dei percorsi terapeutici
- verifica del rispetto della spesa preventivata, analizzando le ragioni di eventuali scostamenti e adottando misure idonee a garantire il rispetto dei livelli prefissati
- monitoraggio di attività e spese degli interventi di cui al punto 2) del presente Accordo
- valutazione del fabbisogno in relazione ai programmi di riconversione di strutture e posti letto da regime sanitario a socio-sanitario. A tal fine, sono da incentivare le collaborazioni e i confronti con gli Uffici di Piano
- redazione di un rapporto annuale, sperimentando modalità di presentazione dei dati agli utenti, ai familiari e ad altri portatori di interessi
- confronto almeno annuale con la commissione regionale.

Le Commissioni locali sono composte da: 1 rappresentante per ogni Ente sottoscrittore dell'Accordo locale, Direttore Programma Dipendenze. Gli Osservatori aziendali dipendenze patologiche forniscono il supporto tecnico al monitoraggio.

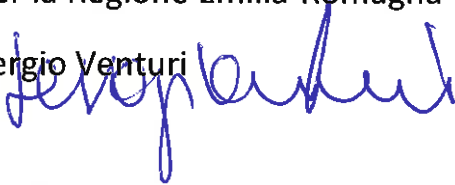
Le parti valutano positivamente l'esperienza delle Commissioni locali che hanno identificato due coordinatori rappresentanti, rispettivamente, del Pubblico e del Privato. Si ritiene pertanto che tale modello debba essere applicato in tutte le Commissioni locali.

Letto, approvato e sottoscritto

Bologna, 3 ottobre 2019

Per la Regione Emilia-Romagna

Sergio Venturi



Per il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA)

Matteo Iori



**Allegato 1. all'Accordo generale triennale in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche, per gli anni 2019-2021**

**Previsioni di ordine economico**

In allegato 1 sono definite le tariffe pro/die pro/capite per tipologia di struttura relativamente al triennio di vigenza dell'accordo. Le tariffe elencate di seguito non comprendono l'IVA

**Tariffe pro/die pro/capite per tipologia di struttura**

<b>Tipologia</b>	<b>Tariffa</b>
Pedagogico/Riabilitativa semiresidenziale	37,84
Pedagogico/Riabilitativa residenziale	54,75
Terapeutico/Riabilitativa semiresidenziale	55,18
Terapeutico/Riabilitativa residenziale	72,30
Supporto in caso di ricovero ospedaliero *	28,92
Struttura Madre/Bambino	80,80
Modulo Madre/Bambino	79,15
Struttura Doppia diagnosi	133,71
Modulo Doppia diagnosi	111,37
Struttura per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	111,43
Modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	80,41

\* Salvo quanto previsto al punto 3) dell'Accordo

## **Allegato 2. all'Accordo generale triennale in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche per gli anni 2019-2021**

### **Overdose e trattamenti residenziali: indicazioni e buone pratiche**

#### **Premessa**

È un dato ampiamente acquisito (Barratt et al., 2017) che i trattamenti che prevedono una disintossicazione espongano, in caso di ricaduta, al rischio di *overdose* - legato alla scomparsa della tolleranza farmacologica - e che il rischio sia maggiore per i trattamenti residenziali.

Il percorso comunitario di una persona dipendente da oppiacei può dunque complicarsi con un'*overdose*, in particolare per coloro che effettuano programmi *drug-free* o che, pur in trattamento con farmaci oppioidi, per vari motivi non assumano dosaggi adeguati alla loro condizione.

Si possono riconoscere cinque tipologie da *overdose* che possono complicare un programma comunitario:

1. *Overdose* da ricaduta dopo abbandono del percorso
2. *Overdose* dopo espulsione dalla comunità
3. *Overdose* da uso di eroina all'interno della comunità
4. *Overdose* all'esterno della comunità in corso di permesso
5. *Overdose* a seguito di ricaduta dopo conclusione del programma comunitario

L'*overdose* può dunque intervenire in vari momenti del percorso comunitario: la comprensione dei differenti meccanismi e delle diverse dinamiche è indispensabile per la predisposizione degli opportuni presidi di prevenzione.

#### **INDICAZIONI E BUONE PRATICHE**

##### **1. *Overdose* da ricaduta dopo abbandono del percorso comunitario**

La maggior parte degli abbandoni del percorso comunitario, specie nei programmi *drug-free* preceduti da disintossicazione, avviene nei primi mesi dopo l'inserimento e spesso l'abbandono è seguito da una ricaduta con rischio di *overdose*, solitamente nei primissimi giorni. L'abbandono può essere favorito dalle difficoltà della persona all'adattamento alla vita comunitaria e dai sintomi dell'astinenza tardiva (o protratta) ma anche dalla scarsa appropriatezza del tipo di inserimento.

#### **INDICAZIONI**

- Prevenzione "primaria" dell'abbandono: valutazione dell'appropriatezza dell'inserimento, visita alla CT prima dell'inserimento
- Il trattamento farmacologico con oppioidi, efficace nel ritenere le persone all'interno del programma comunitario, non dovrebbe essere mai ridotto nei primi 60 giorni dopo l'ingresso. L'obiettivo primario del trattamento residenziale non è l'astensione dalla terapia farmacologica: questo principio andrebbe inserito nei colloqui motivazionali e condiviso con l'utente nel contratto terapeutico, anche perché una quota significativa di pazienti ritiene che la comunità terapeutica coincida con il luogo dove sospendere il trattamento farmacologico con metadone e, spesso, chiede di scarlo velocemente. Si ribadisce che lo scopo del programma comunitario è la riabilitazione ed il recupero ad una vita sociale e familiare normale e produttiva e non la sospensione di una terapia che magari in quel momento può risultare utile.
- *Informativa/modulo di consenso informato sull'overdose*, da consegnare prima dell'abbandono con una triplice funzione: oltre a sollevare la comunità e gli operatori da qualsiasi responsabilità rispetto all'evento, rinforza anche simbolicamente l'assunzione di

responsabilità dell'utente e consente di rammentare i meccanismi più comuni che realizzano l'*overdose* fatale e le precauzioni da adottare per prevenirla.

- In caso di abbandono, gli operatori del SerDP dovrebbero essere le prime persone che il paziente incontra, quindi: comunicazione immediata dell'abbandono al SerDP e/o accompagnamento al SerDP per la terapia farmacologica. È comunque fondamentale favorire l'immediata rivalutazione da parte del medico del SerDP nonché identificare modalità e meccanismi che rendano possibile la tempestiva ripresa dei contatti con il servizio inviante, senza soluzione di continuità.
- Nell'impossibilità di mantenere contatti col SerDP telefonare ai familiari insieme alla persona (o in ogni caso, se c'è l'autorizzazione).
- Consegna della terapia farmacologica (metadone) al paziente **prima** dell'allontanamento dell'utente, in accordo con il SerDP inviante.
- Formazione sull'*overdose* e sull'uso del naloxone (vd. punto 3).
- Consegna all'utente del naloxone con l'indicazione di non assumere oppiacei quando si è soli (dovrebbe essere una procedura routinaria e conseguente alla formazione).
- Strumenti di riconoscimento e rilevazione del *craving*, ponendo particolare attenzione al rientro nel caso di ricaduta recente.

## **2. *Overdose* dopo espulsione dalla Comunità.**

L'espulsione di un paziente da un programma comunitario configura un atto da riservare a casi estremi e comprovati di incompatibilità con la vita comunitaria e con il percorso in atto. L'espulsione dovrebbe essere fatta in modo tale da non configurare un'interruzione di trattamento ed un'esposizione a rischio, specie in quei casi in cui è stato sospeso o ridotto significativamente il trattamento farmacologico, con aumento del rischio di ricaduta.

### **INDICAZIONI**

- Preferire - ove possibile - passaggi in altra struttura.
- Salvaguardare la continuità terapeutica e la tempestiva ripresa dei contatti con il servizio inviante (vd. punto 1).
- Telefonare ai familiari (vd. punto 1).
- *Informativa/modulo di consenso informato* sull'*overdose* (vd. punto 1).
- Consegna all'utente del naloxone (vd. punto 1).

## **3. *Overdose* da uso di eroina all'interno della comunità**

La possibilità che l'eroina possa essere introdotta in comunità malgrado i più rigidi controlli non va mai esclusa. L'eroina può essere introdotta in comunità da un utente al rientro del permesso, da una persona appena inserita, da un familiare, da un visitatore o anche semplicemente lanciata da qualcuno al di là della rete o del muro di cinta.

### **INDICAZIONI**

- Dotazione del naloxone e degli inalatori nella farmacia di pronto intervento della comunità
- Formazione degli operatori al riconoscimento di un'*overdose* da eroina, al soccorso, alla corretta modalità di allerta dei servizi di emergenza e all'utilizzo del naloxone
- Formazione periodica interna comune: *peer-education* rivolta agli operatori e agli utenti della CT (vale anche per tutti gli altri punti).
- Garanzie di "immunità" per chi fornisca informazioni utili al soccorso rispetto alle regole che normano l'introduzione di sostanze all'interno della CT (il rischio di decesso può aumentare a

causa della resistenza da parte degli altri ospiti a fornire informazioni utili a comprendere cosa stia avvenendo).

#### **4. *Overdose* all'esterno della comunità in corso di permesso**

I permessi temporanei costituiscono un momento importante di verifica del percorso comunitario. Nella maggior parte dei casi essi vengono effettuati nella parte finale del programma, quando è più elevata la probabilità che le persone abbiano interrotto il trattamento farmacologico e come tali esposte ad un rischio maggiore. La sensibilizzazione e la responsabilizzazione dell'utente rispetto a questa eventualità devono fare parte della modalità con cui viene concesso il permesso.

##### **INDICAZIONI**

- *Informativa/modulo di consenso informato sull'overdose* (vd. punto 1) da firmare ad ogni permesso. Nel caso l'utente trascorra i giorni di permesso a casa dei familiari o di un amico, è opportuno estendere a questi ultimi la procedura.
- Consegna all'utente del naloxone (vd. punto 1).
- Evitare di proporre o aderire automaticamente a proposte di scalaggi.
- **Verifica quotidiana di chi fa rientri, urine e doppio test**

#### **5. *Overdose* a seguito di ricaduta dopo conclusione del programma comunitario**

Nella dipendenza da eroina - com'è noto - la possibilità di ricaduta non va mai esclusa, anche in quegli utenti che hanno effettuato un percorso comunitario che abbia prodotto dei cambiamenti significativi. Questa riflessione suggerisce che una valutazione delle condizioni (territorio, famiglia etc.) che possono configurare un maggior rischio di ricaduta debba in qualche modo fare parte della conclusione del programma comunitario.

##### **INDICAZIONI**

- *Informativa/modulo di consenso informato sull'overdose* (vd. punto 1).
- Consegna all'utente del naloxone (vd. punto 1).
- **Griglia di valutazione del rischio di ricaduta (realizzazione da affidare a un gruppo di lavoro *ad hoc*).**

#### **La formazione**

Nella precedente esposizione della casistica e degli interventi suggeriti, particolare rilievo acquisisce la proposta di una formazione specifica, all'interno delle comunità, sia per gli utenti sia per gli operatori. Un intervento formativo sui principi di pronto soccorso in caso di *overdose* e sull'utilizzo del naloxone porta potenzialmente con sé, "a cascata", diversi effetti positivi, dal più ovvio ad altri meno evidenti:

- la diffusione della capacità di riconoscere e di intervenire in situazioni di emergenza, competenza che può poi rivelarsi utile anche al di fuori della comunità;
- l'introduzione o il rinforzo, quale argomento di discussione all'interno del programma, della valutazione del rischio di ricaduta;
- la possibilità di "aggirare" la naturale resistenza degli utenti a prendere in considerazione il rischio di *overdose* riferito a sé, non solo in relazione alla fase di dimissione ma anche al mantenimento o alla sospensione delle terapie con agonisti, che non di rado tende a essere affrettata da parte dell'utente.

L'opportunità di rendere ancora più interessante ed efficace un intervento di questo tipo viene data dalla formulazione intranasale del naloxone, già sperimentata negli Stati Uniti, autorizzata dall'European Medicines Agency e ora disponibile anche in Italia.



## Conclusioni

Il presente documento, redatto dalla CoMAS (Commissione di Monitoraggio dell'Accordo di Sistema) dell'AUSL di Bologna, può essere utilizzato come catalogo di indicazioni e buone pratiche cui attingere, secondo necessità e opportunità, da parte dei SerDP e degli enti accreditati, con la prospettiva di integrarlo, per quanto possibile, con i programmi delle singole strutture.

E' importante sottolineare quale rilevanza abbia in tutto il processo, la **qualità della relazione**, che dovrebbe sempre affiancarsi all'**aderenza alle prove scientifiche di efficacia** e alla **ricerca dell'efficienza-efficacia organizzativa**.

Passando in rassegna le buone prassi proposte nel documento, infatti, è facile vedere come la componente "qualità della relazione" possa fare la differenza in diversi passaggi cruciali tra cui il collegamento tra operatori della comunità e del SerDP, la sensibilizzazione e la responsabilizzazione dell'utente, la valutazione congiunta del rischio di ricaduta e la formazione di operatori e utenti sull'uso di naloxone. E la differenza, in questo caso, è quella decisiva tra una procedura formale ed una che, potenzialmente, può salvare una vita umana.

## Bibliografia

Lloyd, Zahnow, Barratt, Best, Lubman, Ferris. Exploring mortality among drug treatment clients: The relationship between treatment type and mortality. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 22-28, 2017.

