

Allegato A

Linee d'indirizzo per la realizzazione di interventi innovativi terapeutici residenziali e semi-residenziali a carattere sperimentale nel Lazio per persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

INDICE

Premessa

Razionale

- 1. Trattamento terapeutico intensivo in regime residenziale**
 - 1.1.** Target
 - 1.2.** Obiettivi
 - 1.3.** Metodologia
 - 1.4.** Tempi trattamentali
 - 1.5.** Struttura
 - 1.6.** Risorse professionali
 - 1.7.** Modello gestionale
 - 1.8.** Soggetti attuatori
 - 1.9.** Rapporto con i SerD territoriali
- 2. Trattamento residenziale Intensivo Modulare**
 - 2.1.** Target
 - 2.2.** Obiettivi
 - 2.3.** Metodologia
 - 2.4.** Tempi trattamentali
 - 2.5.** Struttura
 - 2.6.** Risorse professionali
 - 2.7.** Modello gestionale
 - 2.8.** Soggetti attuatori
 - 2.9.** Rapporto con i SerD territoriali
- 3. Trattamento terapeutico intensivo in regime semiresidenziale**
 - 3.1.** Target
 - 3.2.** Obiettivi
 - 3.3.** Metodologia
 - 3.4.** Tempi trattamentali
 - 3.5.** Struttura
 - 3.6.** Risorse professionali
 - 3.7.** Modello gestionale
 - 3.8.** Soggetti attuatori
 - 3.9.** Rapporto con i SerD territoriali
- 4. Risorse economiche**
- 5. Spese ammissibili e rendicontazione**
 - 5.1** Spese ammissibili

5.2 Rendicontazione

6. **Tempi di attuazione**

7. **Monitoraggio degli interventi e verifica dei risultati**

8. **Valutazione**

9. **Schema organizzativo Interventi innovativi residenziali e semi-residenziali per DGA**

Copia

Premessa

Con il presente intervento la Regione intende realizzare quanto previsto nel Piano regionale biennale sul gioco d'azzardo patologico 2018-2019, all'Obiettivo generale: "Cura e Riabilitazione", Obiettivo specifico 2 "Adeguate trattamento dei cittadini problematici e delle loro famiglie".

La Regione Lazio, con tale programmazione ha previsto di aumentare l'offerta di adeguati trattamenti di cura e riabilitazione presso le strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali, specificatamente dedicate ai cittadini affetti da patologie da gioco d'azzardo che necessitano del trattamento di cura e riabilitazione, stanziando, per queste azioni, un budget pari ad euro 3.076.000,00 dal Fondo GAP;

Razionale

Negli ultimi due decenni è andato aumentando vistosamente il numero delle persone dedite al gioco d'azzardo come conseguenza dell'aumento progressivo dell'offerta sia in termini di numero di esercizi che di varietà di giochi d'azzardo.

Ciò ha determinato un impatto significativo su persone più vulnerabili dal punto di vista biologico-temperamentale e psicologico-motivazionale. La ricerca più recente dell'ISS evidenzia come su circa 18 milioni di giocatori circa un milione e mezzo (3%) hanno caratteristiche di problematicità di tipo clinico (mentre 2 milioni hanno un profilo a basso rischio e 1 milione e quattrocentomila a rischio moderato).

Ma a fronte di un milione e mezzo di giocatori problematici, solo circa 15.000 persone sono in carico ai servizi (2018) e nel Lazio solo circa 718 unità (2020). Se si applica al Lazio la stima dei giocatori problematici effettuata a livello nazionale emerge che approssimativamente 15.000 persone avrebbero bisogno di assistenza e/o trattamento. Anche se si tratta di stime approssimative è evidente l'enorme divario esistente tra il sommerso, il fabbisogno di assistenza e l'effettiva richiesta di presa in carico. Ne consegue la necessità di un potenziamento dell'offerta sia in termini quantitativi (tutti i servizi devono poter offrire una risposta) che qualitativi (percorsi integrati e differenziati, lavoro di rete).

Le risorse erogate in questi ultimi anni, conseguenti all'inserimento del DGA nei LEA, hanno consentito indubbiamente la sopravvivenza dei Ser.D. (altrimenti destinati alla chiusura) e in diversi casi anche la possibilità di prendere in carico persone con DGA. Ma la situazione attuale nella nostra regione è lungi dall'essere soddisfacente in quanto ad offerta di assistenza e presa in carico poiché questa non può esaurirsi in un intervento standard per tutti i pazienti con DGA, molto spesso limitato, per mancanza di personale, all'inserimento in gruppi di terapia insieme a pazienti con DUS.

Le linee d'indirizzo sul DGA emanate dal Ministero della Salute (DM n. 136 del 16.07.2021), basate sulle evidenze e sul consenso della comunità scientifica nazionale ed internazionale, sottolineano l'importanza di un approccio multidisciplinare, integrato e in un'ottica di rete.

Le medesime linee d'azione evidenziano in particolare come l'estrema eterogeneità della popolazione di giocatori con DGA necessiti di offerte di percorsi di trattamento differenziati sia in base alle specificità della persona e/o della condizione familiare e socio-ambientale che al livello di gravità del disturbo.

È noto, peraltro, come un terzo (circa) della popolazione di giocatori con DGA non risponda al trattamento ambulatoriale (Blaszczynski & Nower, 2002; Craparo, Gori e Iraci Sareri, 2015; Nower & Blaszczynski, 2017; Nower, Blaszczynski & Anthony, 2021) ed in genere ha una prognosi incerta se non negativa. Si tratta di persone con DGA di livello grave (da 6 a nove criteri del DSM 5), con punteggi elevati ad alcune sottoscale del GPQ (elevata impulsività, tendenza al rischio, sensation

seeking, storia di vissuti traumatici, Disturbo di Personalità Antisociale, comorbidità con DUS e/o DUA).

Le linee d'azione sottolineano la necessità di predisporre, per questi casi complessi, programmi in residenzialità breve (3/6 mesi) presso strutture specialistiche per il DGA, all'interno di un percorso articolato in diversi momenti (in base agli obiettivi) di cui uno può essere rappresentato dalla esperienza residenziale o da altri programmi alternativi a quello ambulatoriale o con esso integrati. Oggi le Comunità Terapeutiche sono realtà del tutto legittimate in quanto sia l'esperienza e i risultati dei trattamenti, sia gli studi effettuati nel corso degli ultimi 30 – 40 anni hanno dimostrato la loro validità ed efficacia riabilitativa. Esistono attualmente diversi programmi specialistici per il trattamento del DGA che costituiscono dei modelli riproducibili: Progetto "Orthos" (Siena); Progetto "Drive" (Pistoia); CT "Lucignolo" (Rivoli); Progetto "Pluto" (Reggio Emilia).

Queste esperienze rappresentano peraltro modalità differenti di declinare la residenzialità in base alle specificità del paziente per rispondere nel modo più appropriato possibile alle diverse tipologie di giocatori con DGA e alla ampia gamma di situazioni di disagio: strutture tradizionali con soggiorni di 12 mesi; soggiorni brevi mirati ad obiettivi specifici (3-6 mesi), residenzialità intensiva modulare (fine settimana oppure brevi soggiorni intensivi di una o due settimane).

Anche i centri semiresidenziali, al pari delle Comunità Terapeutiche, presentano una storia, anche se relativamente breve, che rivela la loro efficacia terapeutica e riabilitativa soprattutto per quelle persone che non possono accedere alla struttura residenziale per diverse ragioni (famiglia, lavoro, ecc) o che per caratteristiche individuali e situazionali rispondono bene ad un trattamento in un contesto relativamente protetto ma inserito nel contesto sociale di provenienza.

Grazie alla notevole mole di esperienze e agli studi sopracitati oggi è del tutto chiaro quali debbano essere gli elementi costitutivi necessari che rendono "terapeutico" un contesto residenziale e di gruppo (Carli, 1985; Kaneklin, 1985; Whiteley e Collis, 1987; Cagossi, 1988; Gatti, 1992).

1. Trattamento terapeutico intensivo in regime residenziale

1.1. Target

Persone con DGA grave con scarsa *compliance* al trattamento ambulatoriale; comorbidità con DUS o DUA; comorbidità psichiatrica (disturbo non prevalente); famiglia disfunzionale; scarsa autonomia personale; rete sociale carente o assente.

Il 20% dei posti è a disposizione per pazienti in Misura Alternativa alla Detenzione.

Numero massimo di utenti in carico: 12

1.2. Obiettivi

Informare/sensibilizzare sia il paziente che la famiglia sulle caratteristiche e i meccanismi cognitivi tipici del gioco d'azzardo; individuare e ristrutturare le distorsioni cognitive; analizzare/individuare il ruolo svolto dal comportamento di gioco d'azzardo all'interno delle dinamiche relazionali; sviluppare le risorse personali, relazionali e sociali; sviluppare strategie e tecniche di coping e di autoregolazione emotiva; sviluppare l'autocontrollo; analizzare la situazione debitoria; elaborare progetti di inclusione sociale con il Ser.D. di riferimento.

1.3. Metodologia

L'approccio terapeutico è centrato su una residenzialità che si caratterizza primariamente per l'offerta di un contesto protetto e contenitivo relativamente al comportamento problematico

La residenzialità agevola infatti il ri-apprendimento o lo sviluppo di abilità personali e relazionali attraverso le funzioni e le regole della convivenza e della quotidianità (e relative elaborazioni)

Il percorso è personalizzato e si delinea in funzione degli obiettivi concordati.

Per il perseguimento degli obiettivi ci si avvale della psicoeducazione individuale e di gruppo, della psicoterapia individuale e di gruppo, di laboratori esperienziali sul gioco e sugli aspetti emozionali, di interventi sulla famiglia, del tutoraggio economico, della consulenza legale e/o finanziaria, della condivisione costante con il Ser.D. di riferimento, del raccordo con i servizi della rete territoriale.

Nella struttura residenziale devono essere espliciti e coerenti i ruoli dell'équipe e all'interno della stessa e corretta ed adeguata la comunicazione i professionisti che vi operano devono essere consapevoli sia del loro potenziale terapeutico (e quindi dei significati del loro agire, anche nella quotidianità informale) che dei loro limiti. Il contesto deve poter consentire l'espressione, anche agita dei sintomi, mentre l'équipe interviene, consapevolmente, sulla elaborazione delle esperienze del "qui ed ora" e sulla rielaborazione di quelle pregresse. L'organizzazione deve poter prevedere il monitoraggio costante del percorso di cura e la verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi, in accordo ed in collaborazione con il Servizio Territoriale (Ser.D.).

1.4. Tempi trattamentali

La durata del percorso residenziale può essere di 3 o 6 mesi in base agli obiettivi concordati, con possibilità di prosecuzione in seguito a valutazione congiunta CT - Ser.D.

1.5. Struttura

Si rimanda al DCA U214 del 28.05.2014 e s.m.i. per i requisiti autorizzativi

La struttura deve essere indipendente preferibilmente situata in una zona non ad alta densità abitativa.

1.6. Personale

Considerato il carattere sperimentale, che comporta la fase di individuazione di un modello operativo, del suo monitoraggio e della costante valutazione dei risultati per addivenire alla definizione di un modello operativo a regime, le risorse professionali risultano essere superiori a quanto previsto dai requisiti minimi autorizzativi.

Pertanto, il servizio necessita di una équipe multiprofessionale costituita da:

- N. 4 educatori professionali (36 ore sett. ciascuno)
- N. 3 psicologi psicoterapeuti (36 ore sett. ciascuno)
- N. 1 medico psichiatra (4 ore settimanali)
- N. 1 Assistente Sociale (36 ore settimanali)
- N. 1 Responsabile con la qualifica di psicologo psicoterapeuta (36 ore sett.)
- Personale dedicato alle attività esperienziali

Tutti gli operatori dovranno essere formati sia nel trattamento delle dipendenze patologiche ed in particolare nel trattamento del DGA, che nella gestione dei gruppi e della residenzialità.

1.7. Modello gestionale

Il modello gestionale di riferimento è quello misto Pubblico/Privato in cui la direzione degli interventi è di competenza dei servizi sanitari pubblici che, attraverso un'ASL con funzioni di coordinamento, l'affidano a professionisti dipendenti ASL con indubbia competenza in materia sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che gestionali. Anche la Supervisione clinica è di competenza dei servizi sanitari pubblici che l'affidano ad un dipendente ASL sulla base di criteri di competenza ed esperienza specifica.

Questo modello gestionale misto offre la garanzia di un controllo da parte dei servizi pubblici sia sulla gestione amministrativa che sulle attività cliniche, ottenendo contemporaneamente, attraverso il ruolo del privato sociale, il vantaggio della maggiore facilità di selezione e gestione delle risorse umane, nonché una più agevole operatività.

1.8. Soggetti attuatori

La conduzione ed il coordinamento delle attività previste dal programma sarà affidata a soggetti pubblici e/o privati accreditati (o in attesa di accreditamento quali Enti autorizzati che gestiscono attualmente servizi ex Fondo alla Droga), anche prevedendo eventuale costituzione in partenariati, ATS o similari, individuati con apposito Bando dall' ASL assegnataria. I partecipanti al Bando possono costituirsi anche in ATS composte da più enti del privato sociale e da enti pubblici.

I soggetti che possono partecipare al Bando devono già possedere accreditamento per strutture per trattamento dipendenza, ovvero essere in possesso dei requisiti autorizzativi ed in attesa di accreditamento dalla Regione Lazio in qualità di attuatori dei servizi ex Fondo Lotta alla Droga.

1.9. Rapporto con i SerD territoriali

L'inquadramento diagnostico, l'assessment, l'individuazione delle aree critiche e i relativi obiettivi sono di competenza del Ser.D.

È inoltre compito del Ser.D:

- Valutare congiuntamente alla struttura residenziale l'ipotesi di inserimento del pz. nella medesima sulla base degli obiettivi precedentemente concordati
- Lavorare preventivamente con il pz sia sulla motivazione al cambiamento che sul significato del percorso residenziale
- Valutare congiuntamente alla struttura residenziale l'effettivo raggiungimento degli obiettivi
- Effettuare il monitoraggio del programma
- Effettuare il Follow – up congiuntamente alla struttura residenziale

L'utente con DGA può individuare un SerD di riferimento diverso da quello competente territorialmente solo se autorizzato da quest'ultimo.

1.10 Monitoraggio e verifica dei risultati

Il Servizio deve rispondere al sistema informativo Regionale SIRD.

La verifica dei risultati è effettuata secondo quanto indicato nella determina regionale B02807 – 04.07.2013 “Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici”.

2. Trattamento Residenziale Intensivo Modulare

2.1. Target

Persone con DGA medio-grave con buona *compliance* afferenti al secondo e terzo sottotipo del *Pathways Model*, scarsamente rispondenti all'esclusivo percorso ambulatoriale, con elevata impulsività e compulsività, con comorbidità con DUS o DUA ma con DGA prevalente, inseriti nel contesto socio-economico del loro territorio.

Numero massimo di utenti in residenzialità: n. 8 per ogni gruppo; n. 40 in carico nell'anno (i gruppi si alternano nelle giornate di residenzialità).

2.2. Obiettivi

Informare/sensibilizzare sia il paziente che la famiglia sulle caratteristiche e i meccanismi tipici del gioco d'azzardo; individuare e ristrutturare le distorsioni cognitive; analizzare/individuare il ruolo svolto dal comportamento di gioco d'azzardo all'interno delle dinamiche relazionali; sviluppare le risorse personali, relazionali e sociali; sviluppare strategie e tecniche di coping e di autoregolazione emotiva; sviluppare l'autocontrollo; analizzare la situazione debitoria; elaborare progetti di interventi "after care" con il Ser.D. di riferimento

2.3. Metodologia

Il Progetto G.A.RE. (Gambling Addiction Rehabilitation Enforcement), si caratterizza quale residenzialità modulare intensiva e garantisce un Programma terapeutico riabilitativo articolato in:

- moduli residenziali di 48/72 ore, cui partecipano gruppi precostituiti di pazienti
- intervento ambulatoriale individuale di psicoterapia e counseling supportivo
- tutoring telefonico
- gruppo terapeutico per familiari

I moduli residenziale intensivi si articolano in:

- Moduli di accoglienza (2 moduli, cui partecipano le persone che hanno effettuato i primi colloqui di valutazione) finalizzati all'approfondimento diagnostico, alla osservazione e alla sperimentazione diretta del servizio
- Moduli di trattamento: il trattamento si articola in 12 moduli a cadenza bimensile; l'intero programma si effettua in un massimo di tre trattamenti consecutivi, per un massimo di 18 mesi. Per ogni trattamento sono fissati gli specifici obiettivi terapeutici

I moduli residenziali intensivi prevedono:

- Terapia di gruppo focale con utilizzo di tecniche specifiche, con focus su aree problematiche selezionate
- Terapia di gruppo ad orientamento psicodinamico
- Attività esperienziale
- Training per autocontrollo degli impulsi e regolazione emotiva
- Autovalutazione e monitoraggio del craving
- Raccordo costante con il Ser.D. di riferimento

Il Programma si caratterizza con definizione di obiettivi terapeutici (concordati con paziente e servizio inviante e sottoscritti nel contratto terapeutico) e successiva valutazione di outcome.

Il Trattamento residenziale intensivo modulare, in contesto protetto, permette una costante alternanza tra setting di cura e ambiente naturale di vita; tale alternanza è finalizzata a:

- sperimentare continuativamente quanto acquisito durante il trattamento nella quotidianità lavorativa, sociale e familiare.
- sperimentare periodi di time out dal comportamento compulsivo.
- mantenere la continuità degli impegni familiari sociali e familiari.

2.4. Tempi trattamentali

Ogni programma prevede un tempo massimo di 6 mesi (12 moduli residenziali); tali programmi possono essere replicati per un massimo di 18 mesi.

2.5. Struttura

La sede residenziale appartiene alla tipologia delle civili abitazioni, ubicata tendenzialmente in una zona di facile raggiungibilità (come da Decreto criteri autorizzativi).

Anche la sede destinata invece alle attività ambulatoriali individuali e di terapia familiare può essere collocata in un ambito urbano, facilmente raggiungibile con i mezzi di trasporto pubblico.

2.6 Risorse Personale

Considerato il carattere sperimentale, che comporta la fase individuazione di un modello operativo, del suo monitoraggio e della costante valutazione dei risultati per addivenire alla definizione di un modello operativo a regime, le risorse professionali risultano essere superiori a quanto previsto dai requisiti minimi autorizzativi.

n. 1 Responsabile medico o psicologo (Laurea Magistrale o vecchio ordinamento) (36 ore settimanali);

n. 1 Psichiatra (almeno 12 ore mensili);

n. 3 Psicologi (Laurea Magistrale o vecchio ordinamento) (per almeno 25 ore settimanali ciascuno);

n. 4 Psicoterapeuta (per almeno 36 ore settimanali ciascuno)

n. 1 assistente sociale (per almeno 36 ore settimanali).

Personale dedicato alle attività esperienziali

La figura di psicologo e di psicoterapeuta può essere assolta dalla medesima persona, qualora in possesso dei titoli idonei.

2.7 Modello gestionale

Il modello gestionale di riferimento è quello misto Pubblico/Privato in cui la direzione degli interventi è di competenza dei servizi sanitari pubblici che, attraverso un'ASL con funzioni di coordinamento, l'affidano a professionisti dipendenti ASL con indubbia competenza in materia sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che gestionali. Anche la Supervisione clinica è di competenza dei servizi sanitari pubblici che l'affidano ad un dipendente ASL sulla base di criteri di competenza ed esperienza specifica.

Questo modello gestionale misto offre la garanzia di un controllo da parte dei servizi pubblici sia sulla gestione amministrativa che sulle attività cliniche, ottenendo contemporaneamente, attraverso il ruolo del privato sociale, il vantaggio della maggiore facilità di selezione e gestione delle risorse umane, nonché una più agevole operatività.

2.8 Soggetti attuatori

La conduzione ed il coordinamento delle attività previste dal programma è affidata a soggetti pubblici e/o privati accreditati (accreditati o in corso di accreditamento), individuati con apposito Bando dell'ASL assegnataria. I partecipanti al Bando possono costituirsi anche in ATS composte da più enti del privato sociale e da enti pubblici.

I soggetti che possono partecipare al Bando devono già possedere accreditamento per strutture per trattamento dipendenza, ovvero essere in possesso dei requisiti autorizzativi ed in attesa di accreditamento dalla Regione Lazio in qualità di attuatori dei servizi ex Fondo Lotta alla Droga.

2.9 Rapporto con i Ser.D territoriali

L'inquadramento diagnostico, l'assessment, l'individuazione delle aree critiche e i relativi obiettivi sono di competenza del Ser.D. (se il servizio è in partenariato con ASL ovvero se l'ASL svolge un ruolo di coordinamento e supervisione, la diagnosi è attribuibile al servizio stesso, con validazione da parte della stessa ASL).

È compito del Ser.D. di competenza territoriale:

- Valutare congiuntamente al progetto G.A.R.E. (Gambling, Addiction, Rehabilitation, Enforcement) l'ipotesi di inserimento del paziente nel programma intensivo sulla base degli obiettivi precedentemente concordati
 - Lavorare preventivamente con il pz sia sulla motivazione al cambiamento che sul significato del percorso proposto
 - Valutare congiuntamente al progetto G.A.R.E. l'effettivo raggiungimento degli obiettivi
 - Effettuare il monitoraggio del programma
 - Effettuare il Follow – up congiuntamente al Progetto G.A.R.E.
- L'utente con DGA può individuare un SerD di riferimento diverso da quello competente territorialmente solo se autorizzato da quest'ultimo.

2.10 Monitoraggio e verifica dei risultati

Il Servizio deve rispondere al sistema informativo Regionale SIRD.

La verifica dei risultati è effettuata secondo quanto indicato nella determina regionale B02807 – 04.07.2013 “Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici”

3. Trattamento terapeutico intensivo in regime semiresidenziale

3.1 Target

Persone con DGA medio-grave con buona *compliance* afferenti al secondo e terzo sottotipo del *Pathways Model*, scarsamente rispondenti all'esclusivo percorso ambulatoriale, con comorbidità con DUS o DUA ma con DGA prevalente, inseriti nel contesto socio-economico del loro territorio e parziale controllo dello stimolo.

Numero massimo di utenti in carico: 8

3.2 Obiettivi

Informare/sensibilizzare sia il paziente che la famiglia sulle caratteristiche e i meccanismi tipici del gioco d'azzardo; individuare e ristrutturare le distorsioni cognitive; analizzare/individuare il ruolo svolto dal comportamento di gioco d'azzardo all'interno delle dinamiche relazionali; sviluppare le risorse personali, relazionali e sociali; sviluppare strategie e tecniche di coping e di autoregolazione emotiva; sviluppare l'autocontrollo; analizzare la situazione debitoria; elaborare progetti di interventi “after care” con il Ser.D. di riferimento.

3.3 Metodologia

Il contesto semiresidenziale si caratterizza per l'offerta di un ambiente protetto ma permeabile esterno in quanto parte del tempo continua ad essere vissuto nella famiglia e nel contesto sociale dell'ospite. Il contatto quotidiano con il contesto “non protetto” costituisce una costante verifica degli eventuali progressi nel controllo dello stimolo e rappresenta una parte importante del lavoro svolto nel centro.

Per il perseguimento degli obiettivi terapeutici ci si avvale della psicoeducazione individuale e di gruppo, della psicoterapia individuale e di gruppo, di laboratori esperienziali sul gioco e sugli aspetti emozionali, di interventi sulla famiglia, del tutoraggio economico, della consulenza legale e/o finanziaria, della condivisione costante con il Ser.D. di riferimento, del raccordo con i servizi della rete territoriale.

Nel Centro semiresidenziale devono essere espliciti e coerenti i ruoli dell'équipe e all'interno della stessa e corretta e adeguata la comunicazione e i professionisti che vi operano devono essere consapevoli sia del loro potenziale terapeutico (e quindi dei significati del loro agire, anche nella quotidianità informale) che dei loro limiti. Il contesto deve poter consentire l'espressione,

anche agita, dei sintomi, mentre l'équipe interviene consapevolmente sulla elaborazione delle esperienze del "qui ed ora" e sulla rielaborazione di quelle pregresse. L'organizzazione deve poter prevedere il monitoraggio costante del percorso di cura e la verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi, in accordo ed in collaborazione con il Servizio Territoriale (Ser.D.).

3.4 Tempi trattamentali

Il programma prevede una durata di sei mesi, prorogabili a 12 in base agli elementi che potrebbero emergere dal monitoraggio del percorso.

3.5 Struttura

Si rimanda al DCA U214 del 28.05.2014 e s.m.i. per i requisiti autorizzativi.

La struttura deve essere indipendente e preferibilmente situata in una zona della città facilmente raggiungibile dall'utenza.

3.6 Personale

Considerato il carattere sperimentale, che comporta la fase di individuazione di un modello operativo, del suo monitoraggio e della costante valutazione dei risultati per addivenire alla definizione di un modello operativo a regime, le risorse professionali risultano essere superiori a quanto previsto dai requisiti minimi autorizzativi.

Pertanto, il servizio necessita di una équipe multiprofessionale costituita da:

- N. 2 educatore professionali (30 ore sett.)
- N. 1 psicologo (30 ore sett.)
- N. 1 medico (8 ore sett.)
- N. 1 Psichiatra (8 ore sett.)
- N. 1 Assistente Sociale (8 ore sett.)
- N. 1 infermiere (8 ore sett.)
- N. 1 Responsabile con qualifica di psicologo e psicoterapeuta (18 ore sett.)
- Personale dedicato alle attività esperienziali

Tutti gli operatori dovranno essere formati sia nel trattamento delle dipendenze patologiche, in particolare nel trattamento del DGA, sia nella gestione dei gruppi e dei centri semiresidenziali.

3.7 Modello gestionale

Il modello gestionale di riferimento è quello misto Pubblico/Privato in cui la direzione degli interventi è di competenza dei servizi sanitari pubblici che, attraverso le AASSLL assegnatarie, l'affidano a professionisti dipendenti ASL con indubbia competenza in materia sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che gestionali. Anche la Supervisione clinica è di competenza dei servizi sanitari pubblici che l'affidano ad un dipendente ASL sulla base di criteri di competenza ed esperienza specifica.

Questo modello gestionale misto offre la garanzia di un controllo da parte dei servizi pubblici sia sulla gestione amministrativa che sulle attività cliniche, ottenendo contemporaneamente, attraverso il ruolo del privato sociale, il vantaggio della maggiore facilità di selezione e gestione delle risorse umane, nonché una più agevole operatività.

3.8 Soggetti attuatori

La conduzione ed il coordinamento delle attività previste dal programma sarà affidata a soggetti pubblici e/o privati accreditati (o in attesa di accreditamento quali Enti autorizzati che gestiscono attualmente servizi ex Fondo alla Droga), anche prevedendo eventuale costituzione in

partenariati, ATS o simili, individuato con appositi Bandi dalle AASSLL assegnatarie. I partecipanti ai Bandi possono costituirsi anche in ATS composte da più enti del privato sociale e da enti pubblici.

I soggetti che possono partecipare ai Bandi devono già possedere accreditamento per strutture per trattamento dipendenza, ovvero essere in possesso dei requisiti autorizzativi ed in attesa di accreditamento dalla Regione Lazio in qualità di attuatori dei servizi ex Fondo Lotta alla Droga.

3.9 Rapporto con i SerD territoriali

L'inquadramento diagnostico, l'assessment, l'individuazione delle aree critiche e i relativi obiettivi sono di competenza del Ser.D.

È inoltre compito del Ser.D:

- Valutare congiuntamente al centro semiresidenziale l'ipotesi di inserimento del pz. nel medesimo sulla base degli obiettivi precedentemente concordati
- Lavorare preventivamente con il pz sia sulla motivazione al cambiamento che sul significato del percorso residenziale
- Valutare congiuntamente alla struttura residenziale l'effettivo raggiungimento degli obiettivi
- Effettuare il monitoraggio del programma
- Effettuare il Follow – up congiuntamente alla struttura residenziale

L'utente con DGA può individuare un SerT di riferimento diverso da quello competente territorialmente solo se autorizzato da quest'ultimo.

3.10 Monitoraggio e verifica dei risultati

Il Servizio deve rispondere al sistema informativo Regionale SIRD.

La verifica dei risultati è effettuata secondo quanto indicato nella determina regionale B02807 del 04.07.2013 "Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici".

4 Risorse economiche

Le risorse economiche previste dalla programmazione regionale GAP 2018-2019 per gli interventi terapeutici residenziali e semi-residenziali ammontano ad euro 3.076.000,00.

L'articolazione delle risorse da attribuire in funzione delle specifiche azioni residenziali e semiresidenziali, nelle more di un Progetto Operativo che verrà concordato sulla base delle Linee di Indirizzo, e che ne prevederà il dettaglio, è oggi di massima prevista come segue: 1.876.000,00 euro per il totale degli interventi residenziali, ed 1.200.000,00 euro per il totale degli interventi semi-residenziali.

5 Spese ammissibili e rendicontazione

5.1 Spese ammissibili

A valere sulle risorse economiche regionali assegnate alle AASSLL possono essere ammesse le seguenti tipologie di spese:

- a. Spese del personale sanitario e sociosanitario effettivamente impiegato per la realizzazione degli interventi;
- b. Spese legate alla gestione degli immobili dedicati allo svolgimento del servizio (locazioni, manutenzioni e utenze);
- c. Spese funzionali all'ottenimento delle autorizzazioni all'apertura e al funzionamento del servizio;
- d. Costi per il noleggio e/o leasing di attrezzature funzionali alla realizzazione degli interventi;

Per il lavoro di coordinamento, amministrazione e progettazione operativa sarà riconosciuto a forfait un rimborso pari al 5% dell'importo a seguito di regolare rendicontazione delle suddette spese.

5.2 Rendicontazione

I soggetti attuatori dovranno relazionare semestralmente alle AASSLL assegnatarie e queste alla Regione le attività svolte unitamente ai resoconti riepilogativi delle spese sostenute.

I Resoconti semestrali che le AASSLL invieranno alla Regione dovranno essere parte integrante di atti amministrativi semestrali, corredati dalle Relazioni delle attività svolte, che certifichino le spese sostenute dai soggetti attuatori attestandone l'esistenza dei giustificativi di spesa e la congruità rispetto alle attività progettuali.

6 Tempi di attuazione

La sperimentazione degli interventi ha durata biennale a decorrere dall'effettivo avvio dei servizi con la prospettiva di una loro stabilizzazione.

7 Monitoraggio degli interventi e verifica dei risultati

Come previsto dal Piano Regionale i risultati attesi nel biennio corrispondono al raggiungimento di un incremento della popolazione cui poter garantire risposte appropriate

Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
- Numero utenti/anno accolti in struttura di accoglienza. - Numero prestazioni/anno. - Tempo medio di permanenza. - Rientri in struttura/anno	AA.SS.LL	Dati forniti dalle ASL/Ser.D e rilevati dal dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio	Accrescimento n. utenti accolti. Quantificazione del bisogno

Tenuto conto che si tratta di una realizzazione ex novo di strutture residenziali, semiresidenziali e modulari a carattere sperimentale, una prima fase sarà dedicata alla formazione dell'équipe multiprofessionale, alla organizzazione delle attività, alla pubblicizzazione dell'implementazione dell'offerta terapeutico-riabilitativa presso i servizi territoriali (Ser.D.), presso l'URP regionale e delle ASL insistenti sull'area urbana e metropolitana. Sono pertanto previsti dei momenti di verifica del raggiungimento di questi primi obiettivi, mentre successivamente la verifica riguarderà il raggiungimento o meno degli obiettivi intermedi (richieste di inserimento, utenti accolti, prestazioni effettuate, contatti con i servizi, ecc) allo scopo di poter stimare il trend, cogliere eventuali criticità ed apportare, se necessario, correttivi in tempo utile.

8 Valutazione

Per la valutazione dei risultati la Regione Lazio, Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale, si potrà avvalere dei dati forniti dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione (DEP), tramite i quali è possibile verificare il numero di utenti accolti in un dato periodo (es. un anno), il numero delle prestazioni effettuate, il tempo medio di permanenza degli utenti e gli eventuali rientri in struttura.

9 Schema organizzativo Interventi innovativi residenziali e semi-residenziali per DGA

