

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2010, n. 556.

Lotta alla droga. Approvazione bando per l'assegnazione di progetti di carattere sanitario e di innovazione per il recupero degli stati di tossicodipendenza nella Regione Lazio. Istituzione di una Commissione per la valutazione dei progetti. Proroga dei progetti di cui alla deliberazione Giunta regionale n. 487/2008.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA della Presidente della Regione Lazio,

- VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;
- VISTA** la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale" e successive modificazioni;
- VISTO** il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni e integrazioni;
- VISTA** la Legge Regionale n. 31 del 24 Dicembre 2009 recante "Legge Finanziaria Regionale per l'esercizio 2010"
- VISTA** la Legge Regionale n. 32 del 24 Dicembre 2009 recante "Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2010";
- VISTA** la Legge Regionale n. 3 del 10 agosto 2010 recante "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio";
- VISTO** il Decreto del Presidente n. T0229 del 25.04.2010 che riserva al Presidente della Regione Lazio le competenze inerenti al settore organico di materie relative alla salute;
- VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" che individua, in accordo con le Regioni, nell'allegato n.1 i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria da garantire a tutti i cittadini e nell'allegato n. 4 – nel definire il ruolo delle Regioni in materia di Lea – l'impegno delle regioni stesse a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, per contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per

Per i motivi su esposti,

DELIBERA

- 1) di approvare una proroga di 5 mesi e 10 giorni (dal 21 novembre 2010 al 30 aprile 2011) ai progetti di cui alla DGR 274 del 01.06.2010 e della Determinazione n 4085 del 05.10.2010
 - 2) di approvare il Bando Lotta alla Droga , comprensivo dei 7 Allegati, parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione:
 - Allegato 1: Programmazione regionale: definizione linee progettuali,
 - Allegato 2: Linee di progetto: obiettivi, azioni, allocazioni territoriali, finanziamenti
 - Allegato 3: Procedure per la presentazione delle domande;
 - Allegato 4: Criteri di selezione, valutazione e ammissibilità dei progetti
 - Allegato 5: Formulario e modulistica
 - Allegato 6: Rendicontazione delle spese
 - Allegato 7: Progetti Azioni di sistema, assegnazione diretta;
 - 3) di istituire una Commissione per la valutazione e la selezione dei progetti che verranno presentati a seguito del presente bando, composta come di seguito specificato:
 - 2 rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità, Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale, di cui uno dell' Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli;
 - 2 esperti nel campo delle tossicodipendenze su proposta dell'Assessorato alla Sanità;
 - 1 rappresentante su proposta del Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. della ASL RME

Con Decreto della Presidente della Regione verranno nominati i componenti della Commissione di cui sopra, con Atto successivo alla scadenza del termine per la presentazione delle domande;
- La Direzione Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale provvederà con successivo Atto Dirigenziale ad approvare il "Vademecum per la gestione e rendicontazione dei progetti approvati di Lotta alla Droga della Regione Lazio – esercizio finanziario 2010-2012"
- 4) di affidare i progetti "Azioni di sistema" ai seguenti Enti pubblici:
 - *"monitoraggio e valutazione dei progetti di cui al presente bando"* al Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. della ASL RME (in continuità con

- quanto previsto dalla DGR 186 del 21.03.2008), per un importo pari a € 50.000,00 per un periodo di 26 mesi;
- *“prosecuzione dell’implementazione del Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze”* all’Agenzia Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP) in partenariato con il Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R della ASL RME (in continuità con quanto previsto dalla DGR n. 136 del 2007), per un importo pari a € 90.000,00 per un periodo di 24 mesi;
 - *“azione formativa rivolta agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale impegnati in ambito di Patologie delle Dipendenze”*, alla ASL RMA, U.Org. Formazione, in qualità di capofila del partenariato già costituito (in continuità con quanto previsto dalla Determina Regionale D4061 del 28 novembre 2008), per un importo pari a € 80.000,00 per un periodo di 18 mesi
 - *“azione formativa rivolta agli operatori impegnati nell’assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti”*, alla ASL RMB, in virtù della quantità di popolazione detenuta, insistente sul territorio, in qualità di capofila di partenariato da costituire, per un importo pari a € 35.000,00 per un periodo di 18 mesi
 - *“monitoraggio e miglioramento della qualità dei laboratori di tossicologia in ambito regionale”*, all’Istituto Superiore di Sanità, all’Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco, Reparto Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping, in virtù del compito istituzionale e della competenza ad esso riconosciuti, per un importo pari a € 70.000,00 per un periodo di 18 mesi

5) di ripartire il finanziamento in:

- **€ 2.954.288,91** per la proroga di 5 mesi e 10 giorni (dal 21 novembre 2010 al 30 aprile 2011) per i progetti di cui alla DGR 274 del 01.06.2010 e Determinazione n. 4085 del 05.10.2010 sui Capitoli di Bilancio:
 - H11709 (bilancio 2010) per un importo pari a € 1.066.410,84
 - H13535 (bilancio 2010) per un importo pari a € 33.000,00
 - H13112 (bilancio 2010) per un importo pari a € 40.000,00
 - H11709 (bilancio 2011) per un importo pari a € 1.814.878,07
- **€ 325.000,00** per le Azioni di sistema sui Capitoli di Bilancio:
 - H13535(Bilancio 2010) per un importo pari a € 325.000,00
 - **€ 11.870.000,00** per il finanziamento dei progetti di cui al presente bando per gli anni 2011- 2012 (20 mesi)

Gli impegni relativi all’esercizio finanziario 2011-2012 graveranno sull’apposito capitolo relativo al servizio sanitario nazionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

ALLEGATO 1.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE: DEFINIZIONE LINEE PROGETTUALI

L'attuale normativa in materia di interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle patologie da dipendenza prevede che siano offerti alcuni servizi ed erogate prestazioni in ottemperanza ai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 2001).

Negli anni, le diverse Regioni hanno garantito generalmente i servizi e le prestazioni previste dalla normativa, attraverso i servizi ordinari. In alcune Regioni si è determinata una grave carenza di offerta di alcuni dei servizi previsti dalle indicazioni nazionali (Accordi Stato Regioni gennaio, agosto 1999). La Regione Lazio, nella impossibilità di assicurare tutte le misure e le azioni previste alla popolazione residente tramite servizi pubblici o servizi provvisoriamente accreditati, per circa quattordici anni ha comunque garantito la maggioranza dei servizi dovuti, ricorrendo alla modalità operativa centrata sul lavoro per progetti, definiti e selezionati attraverso periodici bandi pubblici, secondo le indicazioni previste dalla L. 45/99.

Tale scelta ha determinato da un lato un buon adeguamento della regione ai migliori standard nazionali, dall'altro ha reso possibile una periodica e positiva modulazione della programmazione in linea con l'evoluzione del fenomeno e con i diversificati fabbisogni che si andavano via via delineando. La ricaduta negativa della scelta di lavoro per progetti è stata ed è tuttora ovviamente la "precarietà" della continuità assistenziale che determina anche un continuo turn over degli operatori e dei professionisti, con conseguente perdita delle competenze professionali acquisite.

Va inoltre sottolineato che la Regione Lazio dal 2006, anno in cui il Fondo Nazionale Lotta alla Droga è confluito nel Fondo Sociale Unico, ha stabilito di impegnare un finanziamento proprio dedicato alla realizzazione di tutti gli interventi e le misure dovute in ambito sanitario e non altrimenti erogabili dalla ordinaria programmazione. In altri termini, pur con i vincoli del Piano di Rientro dai Disavanzi della Regione Lazio, l'Assessorato alla Sanità ha riservato dal 2007 circa 6 milioni di euro l'anno, per garantire la continuità delle linee progettuali indispensabili per rispondere alla domanda di salute della popolazione locale.

Alla luce dell'esperienza pluridecennale acquisita, della attuale programmazione sanitaria regionale, delle indicazioni strategiche provenienti dagli organismi centrali dello Stato (Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero della Salute), delle conoscenze scientifiche e delle indicazioni delle Istituzioni internazionali (EMCDDA, OMS) si rende necessaria una riformulazione generale dell'impianto della programmazione per linee progettuali.

Tale riformulazione si basa su:

- a) analisi delle indicazioni normative e delle linee di indirizzo per la definizione dei servizi e delle prestazioni dovuti
- b) analisi della domanda di salute
- c) selezione degli obiettivi prioritari della programmazione regionale in ambito delle patologie della dipendenza
- d) analisi dell'attuale offerta di servizi (ordinari e per progetti) erogati sia direttamente dalla Regione, sia dagli Enti Locali attraverso i Piani di Zona o attraverso i propri servizi ordinari
- e) definizione del fabbisogno erogabile per linee progettuali.

- a) analisi delle indicazioni normative e delle linee di indirizzo per la definizione dei servizi e delle prestazioni dovuti**

Dalle indicazioni provenienti dagli attuali LEA si evince che debbano essere garantite tutte le prestazioni previste dall'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni del 21.01.1999 e dal Provvedimento della Conferenza Unificata Stato Regioni del 05.08.1999.

Inoltre la Regione Lazio, nell'ambito della normativa sui requisiti per l'autorizzazione per l'esercizio ed il funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari (DGR 424/2006) ha ulteriormente declinato alcune tipologie di servizi.

Pertanto le tipologie dovute sono:

- accoglienza,
- terapeutica riabilitativa,
- specialistica,
- pedagogico riabilitativa,
- multidisciplinare.

Il regime attraverso cui si esplicano tali servizi è di tipo:

- ambulatoriale,
- residenziale,
- semiresidenziale,
- domiciliare e/o sul campo.

In ambito di strutture specialistiche sono già state individuate le tipologie: comorbidità psichiatrica, dipendenza da cocaina, dipendenza da alcool, comunità madre bambino (Decreto Commissario ad Acta n. 17/2010).

Pertanto la declinazione dei **servizi minimi** previsti in ambito regionale è la seguente:

Ambulatoriali							
accoglienza	terapeutico riabilitativa	specialistica 1: dipendenza da alcol	specialistica 2: dipendenza da cocaina	specialistica 3: comorbidità psichiatrica	specialistica 4: madre bambino	pedagogico riabilitativa	multidisciplinare integrata

Residenziali						
accoglienza	terapeutico riabilitativa	specialistica 1: dipendenza da alcol	specialistica 2: dipendenza da cocaina	specialistica 3: comorbidità psichiatrica	specialistica 4: madre bambino	pedagogico riabilitativa

Semiresidenziali						
accoglienza	terapeutico riabilitativa	specialistica 1: dipendenza da alcol	specialistica 2: dipendenza da cocaina	specialistica 3: comorbidità psichiatrica	specialistica 4: madre bambino	pedagogico riabilitativa

Sul campo		
accoglienza	terapeutica	pedagogica

Le prestazioni e le attività che i servizi suddetti devono erogare sono in gran parte contenute nella normativa già citata.

Una attenzione specifica deve però essere dedicata ai servizi (in qualsiasi regime essi siano erogati) finalizzati alla Prevenzione di Patologie Correlate. Secondo quanto emerge dal documento di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) e dal documento approvato in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni si evincono alcune azioni specifiche che le

Regioni sarebbe opportuno assicurassero, per rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione e dal contesto di riferimento. Pertanto, i servizi previsti da garantire nell'ambito di azioni di Prevenzione delle Patologie Correlate sono: Drop-in, Centri di Prima Accoglienza, Unità Mobili. Tutte queste tipologie sono comprese nelle tabelle sopra riportate.

Le azioni essenziali da realizzare nell'ambito della Prevenzione Patologie Correlate sono sintetizzabili in:

- Informazione della popolazione a maggior rischio sui danni e sui rischi derivati dall'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive
- Informazione delle persone dipendenti da sostanze e dei consumatori sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze (soprattutto in relazione al poliabuso e alle condizioni di aumentato rischio durante i periodi di sospensione) e sulla presenza sul territorio di strutture presenti, al fine di agevolare l'accesso
- Promozione del contatto con le persone dipendenti da sostanze ed i consumatori anche occasionali, mediante interventi a bassa soglia (unità mobili, drop-in, orientamento ed accompagnamento alla rete dei servizi).
- Promozione di formazione sul campo rivolta al personale delle Forze dell'Ordine (anche Polizia Penitenziaria), finalizzata alla facilitazione di un invio mirato e precoce alla rete dei servizi.
- Distribuzione e scambio di siringhe usate, kit di materiali sterili, di farmaci salvavita e di profilattici (prevenzione HIV, HCV, HBV e altre malattie infettive)
- Educazione sanitaria alle persone tossicodipendenti anche attraverso training, che sviluppino abilità preventive e di tutela della salute
- Promozione della continuità terapeutica soprattutto nei casi di aumento del rischio di overdose (persone in transito dal carcere alla libertà, dalla comunità al territorio, in custodia attenuata in carcere)
- Interventi finalizzati al primo soccorso tra cui la formazione di tossicodipendenti per far attivare primi interventi in caso di overdose di un compagno e la distribuzione informata di fiale di naloxone cloridrato
- Programmi per la riduzione della mortalità e della invalidità correlata alla guida sotto l'effetto di alcool o droga
- Informazione ed educazione preventiva nei luoghi del consumo/intrattenimento, con particolare attenzione alla prevenzione dell'incidentalità stradale
- Specifici percorsi e programmi per target vulnerabili (immigrati, minori ecc...)

b) analisi della domanda di salute

Per quanto riguarda l'analisi della domanda di salute si è fatto riferimento al documento redatto dall'ASP – Laziosanità, *Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio*, maggio 2010, ma soprattutto ai bisogni locali emersi da un approfondito dialogo con gli stakeholder interessati nel processo e che operano sul territorio regionale (organismi rappresentativi degli enti ausiliari, delle Organizzazioni di volontariato e delle coop. sociali). Questo processo di ascolto del territorio e della domanda di salute della popolazione si è svolto nel contesto di riferimento rappresentato dalla necessità di garantire, ai sensi del DPCM 29 novembre 2001, i livelli essenziali di assistenza individuati. Si è fatto inoltre riferimento agli Atti e alle Relazioni ufficiali di organismi internazionali, nazionali e regionali di settore.

- Utenza Ser.T. nel Lazio

L'utenza dei SerT del Lazio si rileva stabile nel tempo, con circa 14.500 utenti l'anno che accedono ai servizi per l'uso o dipendenza da sostanze stupefacenti illegali; di questi ogni anno circa 2.500 sono nuovi utenti. La maggior parte delle persone in carico ai servizi è rappresentato tuttora dai consumatori di eroina che costituiscono circa il 90% delle persone già in carico o "rientrate. (Fonte dati: Piano Sanitario Regione Lazio 2010-2012)

- Consumatori di cocaina e domanda di trattamento nel Lazio

La richiesta di intervento presso i Ser.T. del Lazio per uso primario di cocaina avviene nel 27 % dei casi tra i nuovi utenti e nell'11,4 % dei vecchi utenti, che corrisponde ad una percentuale generale pari al 10,2 % di tutta l'utenza in carico. A livello nazionale i consumatori di cocaina, che richiedono interventi sono pari al 16% dell'utenza generale (Fonti dati: Sistema di Sorveglianza Tossicodipendenze – anno 2008; Relazione annuale al Parlamento – anno 2010).

- **Consumi tra la popolazione giovanile**

Nella relazione annuale 2009 l'OEDT registra 7,5 milioni di giovani europei (fascia d'età 15-34 anni) che hanno usato cocaina di cui tre milioni nell'ultimo anno (Italia tra i paesi a più alta prevalenza insieme a Danimarca, Spagna, Irlanda e Regno Unito), in questa fascia d'età esiste la tendenza alla stabilizzazione o all'aumento dell'uso nell'ultimo anno; conferma la cannabis come droga illecita più comunemente usata in Europa tendente tuttavia alla stabilizzazione o alla diminuzione del consumo nell'ultimo anno tra i giovani (15-34 anni) (meno incoraggiante il numero dei consumatori regolari e intensivi di cannabis in Europa poiché è possibile che sino al 2,5 % di tutti i giovani europei faccia uso di cannabis con frequenza quotidiana); indica una modesta tendenza all'aumento di consumatori di eroina; sottolinea la diffusione del comportamento di poliassunzione, tra gli studenti (15-16 anni) ed i giovani adulti (15-34 anni), indicandola come sintomatica di modalità più radicate di consumo di sostanze ed associabile a maggiori rischi; evidenzia la diffusione della poliassunzione tra i consumatori problematici di stupefacenti ed il maggior rischio e possibilità di gravi conseguenze; rileva la presenza dell'alcol in quasi tutte le modalità poliassuntive, ed in generale un forte aumento dell'assunzione di alcol (più di cinque drink in unica assunzione per il 43% del campione di studenti) in particolare tra le ragazze con un aumento della prevalenza dal 35% al 42%(ESPAD 2007), spesso associato al consumo di stupefacenti ad uso ricreativo. I dati nazionali (2010) indicano una diminuzione del consumo di cannabis nella popolazione generale, minor consumo tra gli studenti ad eccezione delle sostanze stimolanti, in particolare, gli studenti consumano più cocaina rispetto alla popolazione generale (l'1,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni contro lo 0,4%) e molta più cannabis (12,3% contro 3%). Il consumo di spinelli cresce con l'età dai 15 ai 19 anni. Popolazione generale e giovani confermano la forte tendenza al policonsumo (più droghe o droga insieme ad alcol). Aumenta fortemente il consumo di alcol (più 18,2 % assunzione quotidiana). Nella popolazione generale cala il consumo occasionale di eroina e cocaina ma rimane stabile il consumo frequente o quotidiano (dal 2008 al 2009 incremento dei ricoveri per consumo di cocaina (più 4,2%) e di cannabinoidi (più 5%)). La relazione annuale dell'Agenzia per le Tossicodipendenze offre uno spaccato dell'evoluzione dei consumi nella città di Roma: un aumento del consumo di eroina (66,4% nel 2009 a fronte del 43% del 2008) e di alcol (dal 7% nel 2008 ad un 19% nel 2009), sottolinea come dato allarmante l'aumento del consumo di cocaina che nel corso dell'ultimo anno, incrementato del 30%, è arrivato a coinvolgere il 70% dei consumatori. La relazione evidenzia la relazione tra sostanza consumata ed età dei consumatori indicando nei soggetti più giovani (fasce d'età 21-25, 26-30, 31-35) l'uso massiccio di cocaina come sostanza elettiva ed i soggetti adulti come principali consumatori di eroina. (Fonte dei dati: Relazione annuale 2009 Osservatorio Europeo EMCDDA, Relazione annuale al parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2010, Relazione annuale dell'Agenzia Comunale delle Tossicodipendenze del Comune di Roma 2009)

- **Consumi e dipendenza da Alcol e patologie alcolcorrelate**

Il consumo di bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi. In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco. In particolare l'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. Il rischio di danni sanitari e sociali cresce generalmente con la quantità di alcol consumata. La prevalenza dei consumatori a rischio in Italia, elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità, riguarda nel 2008 il 15,9% della popolazione, con una evidente differenza in relazione al sesso, interessando il 25,4% della popolazione maschile e il 7,0% della popolazione femminile, per un totale di più di 9 milioni di persone.

Il binge drinking, ossia l'abitudine di consumare eccessive quantità di alcol (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione, è un comportamento mutuato recentemente dai Paesi del Nord Europa, diffuso nel nostro Paese prevalentemente tra i giovani ma sempre più anche tra gli adulti e gli anziani, soprattutto tra i maschi. I valori massimi di prevalenza si raggiungono nella classe di età 18-24 anni per entrambi i sessi. Infine è da notare che è cresciuta nel

tempo la prevalenza dei giovani consumatori, passati dal 68,5% al 70,7% tra i giovani di 18-24 anni e dal 40,6% al 42,0% tra i giovani di 14-17 anni. Gli incrementi sono stati particolarmente significativi tra le ragazze di 14-17 anni (2,1 punti percentuali) e di 18-24 anni (4,6 punti percentuali). Nell'anno 2008, nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni, la prevalenza dei consumatori di entrambi i sessi (70,7%) supera quella della popolazione generale (69,9%). (Fonte dei dati: Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi Alcolcorrelati", anno 2009 relativa agli anni 2007-2008)

- **Minori coinvolti nel circuito penale**

Nel 2009 i Centri di Prima Accoglienza per Minori hanno registrato 2.422 ingressi – di cui 391 a Roma –, prevalentemente maschi, di età compresa tra i 14 ed i 17 anni. Il 62% degli ingressi riguarda ragazzi di nazionalità italiana. Il 25% dei reati è connesso alle violazioni delle norme in materia di sostanze stupefacenti. L'85% dei minori che transitano nei CPA viene dimessa con una misura cautelare, che corrisponde per circa un terzo dei casi in una entrata in comunità. Negli Istituti Penali Minori sono presenti mediamente al giorno 503 giovani, prevalentemente di nazionalità italiana. Anche in questo caso i reati connessi alla violazione delle norme in materia di sostanze stupefacenti sono tra i più frequenti (circa il 20% dei reati). Il 70% dei soggetti in attesa di giudizio esce in misura cautelale ed il 32% dei soggetti con sentenza definitiva esce grazie ad una misura alternativa alla detenzione. Sempre nell'anno 2009 sono stati segnalati agli Uffici del Servizio Sociale per i Minori 22.139 (circa un decimo nel Lazio) soggetti autori di reato. Le misure cautelari derivanti dalla segnalazione riguardano il 14% dei soggetti, la quasi totalità dei quali coincide con l'applicazione di misure alternative. Sono stati collocati in Comunità per disposizione dell'Autorità Giudiziaria 2.100 minori, nel 2009 (Fonte dei dati: Dipartimento Giustizia Minorile, luglio 2010)

- **Comorbidità psichiatrica**

La comorbidità per disturbi correlati all'uso di alcool e sostanze è un problema sempre più rilevante nei soggetti affetti da SMI ("Doppia Diagnosi", DD): ciò sia per l'aumento della prevalenza che per l'associazione con esiti clinici (Margolese et al, 2006) e psicosociali peggiori (Hunt et al, 20023). Si stima che 17% della popolazione generale presenta un disturbo da uso di sostanze, il 29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità (Regier et al, 1990), ed il 47% dei soggetti con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità (Regier et al, 1998). I tassi di comorbidità variano considerevolmente tra setting e aree geografiche. In particolare è stato suggerito che la prevalenza sia inferiore nelle aree rurali rispetto a quelle urbane. (Fonte dei dati: Conferenza nazionale sulle Politiche Antidroga, 2009, Prof. M. Clerici)

- **Tossicodipendenza e marginalità sociale**

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze rileva che in numerosi Stati sono stati realizzati studi e ricerche sul rapporto tra la condizione abitativa ed il consumo di stupefacenti, anche se i dati sono ancora non comparabili. Risultano stimati il 17,9% di persone con problemi di alloggio tra la popolazione tossicodipendente. I dati più stabili parlano dell'80% di consumatori di sostanze psicoattive tra i senza fissa dimora della Danimarca, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito. In Italia i dati più aggiornati provengono dalla Caritas e stimano oltre 17 mila senza fissa dimora, con oltre 6000 a Roma. Tra questi il 20% sono alcolisti, il 15% sono TD ed il 15% con problematiche psichiatriche. (Fonte dati: OEDT 2009, Caritas 2009)

c) selezione degli obiettivi prioritari della programmazione regionale in ambito di patologie da dipendenza

In sintonia con quanto previsto dalla strategia europea sulle droghe (2005-2012) e con quanto indicato nel Piano Sanitario Regionale 2010, gli obiettivi prioritari in ambito sanitario in materia di droghe e alcol sono: a) riduzione della domanda; b) ricerca e valutazione dei trattamenti.

Il primo obiettivo si declina soprattutto in misure ed azioni locali direttamente rivolte all'utenza finale, il secondo principalmente in misure ed azioni di sistema.

Gli obiettivi che la Regione Lazio si pone, relativamente all'ambito della riduzione della domanda sono:

1. Promuovere la consapevolezza dei rischi connessi all'uso di sostanze, soprattutto nella popolazione giovanile, anche potenziando programmi e misure di intervento precoce
2. Promuovere l'accesso ai servizi e la ritenzione in trattamento della popolazione dipendente da sostanze, anche se non motivata alla cura, finalizzando l'intervento ad una efficace presa in carico e altresì garantendo tutte le prestazioni necessarie alla prevenzione delle patologie correlate
3. Garantire risposte adeguate e competenti alla domanda di salute specifica di alcuni sottogruppi di popolazione, in base a particolari condizioni sociali e di contesto e/ o a determinati quadri patologici. In particolare rispetto a:
 - a. Pazienti con uso problematico di alcol
 - b. Pazienti con uso problematico di cocaina
 - c. Tossicodipendenti immigrati
 - d. Minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza
 - e. Pazienti con associata psicopatologia e/o disturbi mentali
 - f. Dipendenze senza sostanza (da gioco d'azzardo, da internet, ecc)

Gli obiettivi specifici in ambito regionale, quali azioni di sistema finalizzati al governo e al miglioramento dei servizi e degli interventi sono:

1. Garantire la stabilità e la crescita del sistema informativo regionale, indispensabile per il monitoraggio della domanda di trattamento e dell'offerta dei servizi
2. Garantire il monitoraggio e la valutazione dei progetti assegnati con il presente bando
3. Promuovere la competenza professionale degli addetti al sistema di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze nel settore della valutazione di outcome
4. Promuovere la competenza del personale dedicato all'Assistenza Sanitaria ai detenuti tossicodipendenti
5. Promuovere il monitoraggio ed il miglioramento della qualità degli accertamenti di laboratorio nel campo della tossicologia

d) analisi dell'attuale offerta di servizi (ordinari e per progetti)

La Regione eroga in regime ordinario:

- i servizi ambulatoriali multidisciplinari integrati attraverso i Ser.T.. Sono presenti in ambito regionali 48 presidi pubblici articolati in 46 Strutture. L'utenza media annua dei servizi pubblici ambulatoriali è di circa 14.000 persone.
- i servizi residenziali terapeutico riabilitativi e pedagogico riabilitativi, attraverso gli Enti del privato. Sono disponibili un totale di circa 780 Posti Letto, con un tasso di occupazione pari all'85%.
- i servizi semiresidenziali terapeutico riabilitativi, e pedagogico riabilitativi, attraverso Enti del privato sociale. Dei 550 posti autorizzati, solo il 40% sono provvisoriamente accreditati.

La Regione ha erogato finora, attraverso il ricorso ai progetti:

- servizi semiresidenziali di accoglienza di bassa soglia (Centri di Prima Accoglienza Diurni, Centri di Prima Accoglienza Notturni)
- servizi semiresidenziali per Pazienti a media-alta evolutività (Centro Diurno)
- servizi sul campo di prevenzione (Unità Mobili prevenzione giovani)
- servizi sul campo pedagogico riabilitativi/ emergenza (Unità Mobili riduzione del danno, Unità Mobile Farmacologica, Unità Mobile 118)
- servizi specialistici con riferimento a:
 - centri ambulatoriali per alcolisti
 - centri ambulatoriali per cocainomani
 - centri ambulatoriali per tossicodipendenti immigrati
 - servizi residenziali per pazienti in comorbilità psichiatrica

Gli altri Enti Locali (Comuni e Distretti socio sanitari) assicurano prioritariamente:

- servizi ambulatoriali di accoglienza - sportelli sociali e di primo ascolto
- servizi di accoglienza semiresidenziali di bassa soglia – Centri di Prima Accoglienza
- servizi ambulatoriali e residenziali specialistici per genitori tossicodipendenti / madre-bambino
- servizi ambulatoriali e semiresidenziali pedagogico riabilitativi di inserimento lavorativo
- servizi sul campo di prevenzione territoriale
- un servizio residenziale per tossicodipendenti (del Comune di Roma)

Non è possibile definire l'utenza totale afferente alle diverse tipologie di servizi, poiché non tutti rispondono al medesimo sistema informativo di rilevamento dati ed, inoltre, non è previsto per tutti i servizi fornire dati individuali piuttosto che aggregati. Pertanto, nella consapevolezza della fruizione di molti pazienti a diversi servizi nel medesimo arco temporale, vi è la certezza che l'utenza totale non corrisponde alla somma dell'utenza dei singoli presidi.

Da questa analisi emerge che la Regione, anche facendo ricorso alle linee progettuali attivate negli ultimi anni, non ricopre la totalità dell'offerta di servizi che sarebbe teoricamente prevista.

Tale analisi determina la necessità, dopo oltre dieci anni, di una revisione dell'impianto di programmazione per progetti.

e) definizione del fabbisogno erogabile per linee progettuali.

Scopo dei progetti, nel loro insieme, è di garantire i servizi attualmente non erogabili per le vie ordinarie e dovuti nel rispetto delle normative e indicazioni nazionali e regionali.

I servizi, pertanto, che dovrebbero essere offerti, perché non assicurati dai servizi pubblici e/o dai privati provvisoriamente accreditati sono:

- **ambulatoriali**
 - accoglienza (centri di ascolto e primo orientamento, call center,)
 - specialistici in relazione alle particolari popolazioni target ritenute bisognose di trattamenti specifici e differenziati dall'ordinaria offerta
- **residenziali**
 - accoglienza (programmi residenziali a breve termine di osservazione e diagnosi)
 - specialistici in relazione alle particolari popolazioni target ritenute bisognose di trattamenti specifici e differenziati dall'ordinaria offerta
- **semiresidenziali**
 - accoglienza (Centri diurni/ notturni di Prima Accoglienza)
 - specialistici in relazione alle particolari popolazioni target ritenute bisognose di trattamenti specifici e differenziati dall'ordinaria offerta
- **sul campo**
 - accoglienza (Unità mobili per utenza tossicodipendente, Unità mobili per emergenze)
 - pedagogiche educative (Unità mobili di prevenzione e interventi preventivi).

Considerati gli obiettivi stabiliti dalla Regione, sopra riportati, le particolari problematiche di salute emerse nel territorio di competenza e le risorse disponibili, si elencano di seguito le linee progettuali che saranno attivate:

Ambulatoriale	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol
	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina
	Centro Specialistico Ambulatoriale per Tossicodipendenti Immigrati
	Centro Specialistico Ambulatoriale per la prevenzione e cura delle dipendenze senza sostanza
	Centro Specialistico Ambulatoriale e Semiresidenziale per Alcolisti

Semires	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale (Centro di prima Accoglienza bassa soglia , Drop in)
	Centro di Accoglienza Notturna Semiresidenziale
Residenziale	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Cocaina
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Alcolisti
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento pazienti con comorbidità psichiatrica
	Centro Specialistico Residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza
Sul campo	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili
	Unità Mobile di riduzione dei rischi in contesti di esplicito e diffuso consumo
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna
	Unità Mobile Prevenzione dei Rischi e Prevenzione Patologie Correlate
	Unità Mobile Farmacologica
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate (h24)

Considerati gli ulteriori obiettivi regionali che determinano la necessità di azioni di sistema e valutate le risorse disponibili sono programmate le ulteriori linee progettuali:

Monitoraggio e Valutazione dei progetti di cui al presente bando
Prosecuzione dell'implementazione Sistema Informativo Regionale Dipendenze Patologiche
Azione formativa rivolta agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale impegnati in ambito di Patologie delle Dipendenze
Azione formativa rivolta agli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti
Monitoraggio e miglioramento della qualità dei laboratori di tossicologia in ambito regionale

Fonti normative e documenti

- D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevenzione e cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”
- Legge 18 febbraio 1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le dipendenze"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 settembre 1999 “Atto d’indirizzo e coordinamento alle regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze”
- Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”
- Atto di Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 “Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d’abuso”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”
- L.R. 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”
- Deliberazione della Giunta Regionale 14 luglio 2006, n. 424 “Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie”
- Decreto Commissario ad acta n. 17/2010 “Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003”
- Strategia dell’Unione europea in materia di droga (2005-2012)
- Piano d’azione dell’Unione Europea in materia di lotta contro la droga (2009-2012)
- ISTAT, *L’uso e l’abuso di alcol in Italia*, Anno 2009
- DPA – Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Misure ed azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all’uso di sostanze stupefacenti*, Giugno 2009
- DCA 96/2009 - Regione Lazio, Piano Sanitario regionale 2010-2012
- DPA – Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione annuale al Parlamento sull’uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, Anno 2010
- ASP – Laziosanità, *Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio*, maggio 2010
- ISTAT, Sistema informativo territoriale su Sanità e Salute “Health for All – Italia”, Indicatori del Gruppo 6. Disabilità e Dipendenze
- DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA SSR – Bollettino annuale del Sistema di Sorveglianza Tossicodipendenze – anno 2008
- EMCDDA - Relazione annuale 2009 dell’Osservatorio Europeo
- DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE, Relazione del Ministero luglio 2010
- AGENZIA COMUNALE TOSSICODIPENDENZE DEL Comune di Roma – Relazione annuale 2009 sullo stato delle tossicodipendenze nei servizi erogati dalla ACT
- MINISTERO DELLA SALUTE - Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi Alcolcorrelati”, anno 2009 relativa agli anni 2007-2008

ALLEGATO 2.

DESCRIZIONE LINEE DI PROGETTO

Definizione degli obiettivi generali

La Regione Lazio individua due obiettivi generali in ambito di lotta alla droga, in sintonia a quanto previsto dalle indicazioni della strategia europea 2005-2012.

Gli obiettivi generali sono:

- la riduzione della domanda
 - lo sviluppo della ricerca e della valutazione
1. Promuovere la consapevolezza dei rischi connessi all'uso di sostanze, soprattutto nella popolazione giovanile, anche potenziando programmi e misure di intervento precoce
 2. Promuovere l'accesso ai servizi e la ritenzione in trattamento della popolazione dipendente da sostanze, anche se non motivata alla cura, finalizzando l'intervento ad una efficace presa in carico e altresì garantendo tutte le prestazioni necessarie alla prevenzione delle patologie correlate
 3. Garantire risposte adeguate e competenti alla domanda di salute specifica di alcuni sottogruppi di popolazione, in base a particolari condizioni sociali e di contesto e/ o a determinati quadri patologici. In particolare rispetto a:
 - a. Pazienti con uso problematico di alcol
 - b. Pazienti con uso problematico di cocaina
 - c. Tossicodipendenti immigrati
 - d. Minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza
 - e. Pazienti con associata psicopatologia e/o disturbi mentali
 - f. Dipendenze senza sostanza (da gioco d'azzardo, da internet, ecc)

Gli obiettivi specifici in ambito regionale, quali azioni di sistema finalizzati al governo e al miglioramento dei servizi e degli interventi sono:

1. Garantire la stabilità e la crescita del sistema informativo regionale, indispensabile per il monitoraggio della domanda di trattamento e dell'offerta dei servizi
2. Garantire il monitoraggio e la valutazione dei progetti assegnati con il presente bando
3. Promuovere la competenza professionale degli addetti al sistema di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze nel settore della valutazione di outcome
4. Promuovere la competenza del personale dedicato all'Assistenza Sanitaria ai detenuti tossicodipendenti
5. Promuovere il monitoraggio ed il miglioramento della qualità degli accertamenti di laboratorio nel campo della tossicologia

Sono state conseguentemente identificate le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, anche tenendo conto delle azioni e/o tipologie di servizi indicati dalla normativa di settore.

Elenco progetti per tipologia

	Descrizione	co d.	n. progetti	Finanziamento (20 mesi)	Totale Finanziamento (20 mesi)
Ambulatoriale	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol	A. A.	2	€ 170.000,00	€ 340.000,00
	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina	A. C.	3	€ 170.000,00	€ 510.000,00
	Centro Specialistico Ambulatoriale per Tossicodipendenti Immigrati	A. I.	1	€ 170.000,00	€ 170.000,00
	Centro Specialistico Ambulatoriale per la prevenzione e cura delle dipendenze senza sostanza	A. S. S.	1	€ 170.000,00	€ 170.000,00
Semires	Centro Specialistico Ambulatoriale e Semiresidenziale per Alcolisti	A/S A.	1	€ 370.000,00	€ 370.000,00
	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	S. P.	6	€ 260.000,00	€ 1.560.000,00
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale (Centro di prima Accoglienza bassa soglia , Drop in)	S. P. A.	8	€ 260.000,00	€ 2.080.000,00
	Centro di Accoglienza Notturna Semiresidenziale	S. N.	2	€ 500.000,00	€ 1.000.000,00
Residenziale	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Cocaina	R. C.	1	€ 585.000,00	€ 585.000,00
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Alcolisti		1	€ 300.000,00	€ 300.000,00
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento pazienti con comorbidità psichiatrica	R. P.	1	€ 585.000,00	€ 585.000,00
	Centro Specialistico Residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza	R. M.	1	€ 585.000,00	€ 585.000,00
Sul campo	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili	U. G.	3	€ 125.000,00	€ 375.000,00
	Unità Mobile di riduzione dei rischi in contesti di esplicito e diffuso consumo	U. R.	1	€ 440.000,00	€ 440.000,00
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	U. P. P.	10	€ 175.000,00	€ 1.750.000,00
	U. M. Prevenzione rischi e prevenzione patologie Correlate	U. R. P.	1	€ 335.000,00	€ 335.000,00
	Unità Mobile farmacologica	U. F.	1	€ 215.000,00	€ 215.000,00
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate (h24)	U. P. 24	1	€ 500.000,00	€ 500.000,00
Totale			45		€ 11.670.000,00

Elenco progetti per territorio

territorio	tipologia	Finanziamento	totale territorio
RMA	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol	€ 170.000,00	€ 605.000,00
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RMB	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	€ 1.060.000,00
	Centro di Accoglienza Notturna Semiresidenziale	€ 500.000,00	
	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili	€ 125.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RMC	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina	€ 170.000,00	€ 605.000,00
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RMD	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	€ 1.195.000,00
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	
	Centro di Accoglienza Notturna Semiresidenziale	€ 500.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RME	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina	€ 170.000,00	€ 1.035.000,00
	Centro Specialistico Ambulatoriale per Tossicodipendenti Immigrati	€ 170.000,00	
	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RMF	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	€ 520.000,00
	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	
RMG	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	€ 560.000,00
	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili	€ 125.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
RMH	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	€ 435.000,00
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
VITERBO	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	€ 845.000,00
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento pazienti con comorbidità psichiatrica	€ 585.000,00	
RIETI	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol	€ 170.000,00	€ 430.000,00
	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	€ 260.000,00	
LATINA	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale - bassa soglia	€ 260.000,00	€ 560.000,00
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	€ 175.000,00	
	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili	€ 125.000,00	
FROSINONE	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina	€ 170.000,00	€ 505.000,00
	U.M. Prevenzione rischi e prevenzione patologie Correlate	€ 335.000,00	
REGIONE	Centro Specialistico Ambulatoriale per la prevenzione e cura delle dipendenze senza sostanza	€ 170.000,00	€ 3.515.000,00
	Centro Specialistico Ambulatoriale e Semiresidenziale per Alcolisti	€ 370.000,00	
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Cocaina	€ 585.000,00	
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Alcolisti	€ 300.000,00	
	Centro Specialistico Residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza	€ 585.000,00	
	Unità Mobile di riduzione dei rischi in contesti di esplicito e diffuso consumo	€ 440.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna - Stazione Termini	€ 175.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna - Stazione Tiburtina	€ 175.000,00	
	Unità Mobile Farmacologica	€ 215.000,00	
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate (h24)	€ 500.000,00	

€ 11.870.000,00

1. Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol

L'attuale offerta di servizi per Alcolisti, assicurata in larga misura dai Ser.T. territoriali e da alcune unità ospedaliere tra cui il Centro di Riferimento Alcologico Regionale, determina la necessità di potenziare servizi specialistici, che adottino metodologie e tecniche di comprovata efficacia per la presa in carico e la cura di pazienti alcolisti e delle loro famiglie.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Informazione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati, con particolare attenzione ai target costituiti da:
 - Medici di Medicina Generale
 - Insegnanti e studenti di scuole secondarie
 - Centri di aggregazione giovanile
 - Strutture ricreative
 - Autoscuole
- b. Promozione delle sinergie e del lavoro di rete tra le diverse agenzie territoriali, con particolare attenzione a:
 - Gruppi di auto mutuo aiuto
 - Enti Locali
 - Medici di Medicina Generale
 - Altri Centri pubblici e/o del Privato Sociale che operano a favore di pazienti alcolisti
- c. Erogazione di trattamenti multidisciplinari per pazienti alcolisti, comprensivi di:
 - Valutazione dello stato di salute (area fisica con valutazione di eventuale danno d'organo, area sociale, area dipendenza sostanza, area psichica, area lavorativa, area familiare, area legale/penale), anche con l'ausilio di unità ospedaliere/ambulatoriali per accertamenti diagnostici, strumentali e internistici
 - Definizione e realizzazione del piano terapeutico, con azioni finalizzate a motivare al cambiamento dello stile di vita e alla maggiore consapevolezza dei danni provocati dall'uso di alcol
 - Gruppi di auto aiuto
 - Eventuale prescrizione e somministrazione di farmaci
 - Controlli di follow up anche a lungo termine
 - Consulenza familiare
- d. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- e. Formazione e supervisione del personale

I Centri di Consulenza Specialistica per Alcolisti dovranno raccordarsi con il Centro di Riferimento Alcologico Regionale, per favorire la realizzazione della rete regionale.

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 4 giorni a settimana, per 4 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: almeno 40 pazienti annui, di cui almeno 30 con trattamenti anche familiari

Indiretti: Programmi di informazione attivati in almeno 6 scuole superiori, 4 scuole guida, 3 centri ricreative /strutture di aggregazione

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

2. Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina

La richiesta di intervento presso i Ser.T. del Lazio per uso primario di cocaina avviene nel 27 % dei casi tra i nuovi utenti e nell'11,4 % dei vecchi utenti, che corrisponde ad una percentuale generale pari al 10,2 % di tutta l'utenza in carico. Al livello nazionale i consumatori di cocaina che richiedono interventi sono pari al 16% dell'utenza generale (Fonti dati: Sistema di Sorveglianza Tossicodipendenze – anno 2008; Relazione annuale al Parlamento – anno 2010).

Il minor numero percentuale di consumatori di cocaina richiedenti interventi deriva, almeno in parte, da una ancor non capillare offerta specifica presso i servizi per le dipendenze. Infatti laddove si siano strutturati programmi diagnostico terapeutici dedicati, aumenta la percentuale di cocainomani in trattamento.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Informazione e sensibilizzazione sui problemi del consumo di cocaina, con particolare attenzione ai target costituiti da:
 - Medici di Medicina Generale e di Pronto Soccorso
 - Insegnanti e studenti di scuole secondarie
 - Centri di aggregazione giovanile
 - Strutture ricreative
 - Organizzazioni datoriali e di rappresentanza dei lavoratori
- b. Promozione delle sinergie e del lavoro di rete tra le diverse agenzie territoriali, con particolare attenzione a:
 - Enti Locali
 - Medici di Medicina Generale e di pronto Soccorso
 - Altri Centri pubblici e/o del Privato Sociale che operano a favore di pazienti consumatori di cocaina, anche in ambito penitenziario
- c. Erogazione di trattamenti multidisciplinari per pazienti consumatori di cocaina, comprensivi di:
 - Valutazione dello stato di salute (area fisica con valutazione di eventuale danno d'organo, area sociale, area dipendenza sostanza, area psichica, area lavorativa, area familiare, area legale/penale), anche con l'ausilio di unità ospedaliere/ambulatoriali per accertamenti diagnostici, strumentali e internistici
 - Definizione e realizzazione del piano terapeutico
 - Eventuale prescrizione e somministrazione di farmaci
 - Controlli di follow up anche a lungo termine
 - Consulenza familiare
- d. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- e. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 4 giorni a settimana, per 4 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: almeno 40 pazienti annui

Indiretti: Programmi di informazione attivati in almeno 6 scuole superiori, 3 centri ricreativi /strutture di aggregazione, 3 strutture lavorative (a rischio per consumo di cocaina)

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

3. Centro Specialistico Ambulatoriale per Tossicodipendenti Immigrati

Il trend in costante aumento di presenza di immigrati ha determinato una presenza stabile di pazienti stranieri temporaneamente presenti con problemi di dipendenza che, spesso, presentano problemi associati di marginalità sociale. Per tali pazienti, che possono in ogni caso rivolgersi a qualsiasi Servizio regionale, si è ravvisata nel tempo la necessità di garantire un servizio dedicato, in grado di gestire le problematiche specifiche riportate dalle diverse etnie.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento operativo e funzionale con un Ser.T., che possa erogare le ordinarie prestazioni previste dalla normativa di riferimento (prevenzione, cura e riabilitazione):
 - Prevenzione di comportamenti di abuso presso comunità identificate di stranieri
 - Screening patologie infettive prevalenti tra singole etnie
 - Cura della dipendenza, con trattamenti psicologiche, sociali e farmacologici
 - Inserimento in programmi di riabilitazione
- b. Mediazione culturale in ambito di:
 - Comprensione ed analisi della domanda
 - Invio e accompagnamento verso altri servizi specialistici occorrenti per patologie correlate e/o concomitanti
 - Assistenza per pratiche sanitarie
- c. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- d. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

Il Centro dovrà assicurare una apertura al pubblico per 5 giorni a settimana, almeno per 3 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: almeno 80 pazienti annui,

Indiretti: Ser.T. e Enti del privato sociale, comunità di riferimento della popolazione straniera

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

4. Centro Specialistico Ambulatoriale per la prevenzione e cura delle dipendenze senza sostanza

Sono in costante aumento i comportamenti di addiction, anche senza uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Tali comportamenti, tra i quali il gambling e la dipendenza da internet, si connotano per la presenza di particolari stili cognitivi ed affettivi, compulsione, tendenza all'isolamento e ritiro sociale. La patologia riguarda sempre più soggetti appartenenti a diverse fasce di età e a diverse condizioni sociali. Alcuni Ser.T. hanno attivato programmi di intervento a favore di soggetti con tale tipologie di dipendenza, anche in collegamento di analoghi progetti nazionali. Si rende necessario dare avvio a un servizio specialistico dedicato a tale forma di patologia, che possa promuovere anche una maggiore competenza nell'offerta di programmi territoriali.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Informazione e sensibilizzazione sui problemi delle dipendenze senza sostanza, con particolare attenzione ai target costituiti da:
 - Insegnanti e studenti di scuole secondarie
 - Strutture ricreative e locali destinati al gioco d'azzardo
- b. Erogazione di trattamenti multidisciplinari per pazienti con dipendenze senza sostanza, comprensivi di:
 - Valutazione dello stato di salute, con particolare attenzione al quadro psicodiagnostico e valutazione del craving
 - Definizione e realizzazione del piano terapeutico
 - Eventuale prescrizione e somministrazione di farmaci
 - Controlli di follow up anche a lungo termine
 - Consulenza familiare
- c. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- d. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 4 giorni a settimana, per 4 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: almeno 40 pazienti annui, di cui almeno 10 con trattamenti anche familiari

Indiretti: Programmi di informazione attivati in almeno 3 scuole superiori, 10 strutture ricreative e locali destinati al gioco d'azzardo

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

5. Centro Specialistico Ambulatoriale e Semiresidenziale per Alcolisti

Per i pazienti alcolisti si rende necessario l'offerta di un servizio che eroghi nello stesso spazio/tempo consulenza ambulatoriale e accoglienza diurna. La concomitanza dell'offerta ambulatoriale e semiresidenziale è rivolta primariamente a pazienti con una parziale compromissione delle autonomie individuali, in termini di relazioni familiari, sociali e lavorative, che necessitano di periodi o giorni di accoglienza prolungata durante la giornata. Una attenzione specifica deve essere dedicata alle famiglie degli alcolisti, al fine di migliorare la gestione della problematica nell'intero sistema affettivo di riferimento del paziente. La permanenza al Centro diurno si configura anche quale spazio di osservazione clinica del paziente da parte dell'equipe dei curanti. Devono essere assicurati raccordi funzionali con i Ser.T. di competenza territoriale e con il Centro di Riferimento regionale per l'Alcolismo.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Tutte le linee già indicate per il Centro Specialistico Ambulatoriale per Alcolisti
- b. Erogazione vitto e accoglienza di prime necessità
- c. Trattamento terapeutico riabilitativo
 - Attività educativa riabilitativa, anche di tipo culturale (attivazione laboratori)
 - Orientamento ed invio verso programmi per l'inserimento lavorativo

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 5 giorni a settimana, per 8 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: 10/12 pazienti al giorno nell'ambito dell'attività semiresidenziale e almeno 50 pazienti annui per trattamento ambulatoriale, di cui almeno 35 con trattamenti anche familiari

Indiretti: Programmi di informazione attivati in almeno 6 scuole superiori, 4 scuole guida, 3 centri ricreative /strutture di aggregazione

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

6. Centro Specialistico Semi Residenziale per trattamento pazienti con psicopatologia

Si stima che circa il 40% dei soggetti con dipendenza da sostanze presenti un concomitante disturbo di personalità (Asse II del DSM IV), quindi il trattamento della psicopatologia è da considerare focus dell'intervento, al fine di favorire lo sviluppo degli aspetti evolutivi della persona. Pertanto il Centro Semiresidenziale accoglierà prevalentemente soggetti, per i quali sia stata formulata una prima ipotesi che determini l'appropriatezza del trattamento diurno. Nella Regione Lazio, sono stati attivati negli anni Centri Diurni a media e alta soglia, deputati all'offerta di servizi a valenza terapeutica per pazienti con adeguata motivazione ad intraprendere programmi di cura e riabilitazione. E' di fondamentale importanza che il Centro Semiresidenziale sia in collegamento con i servizi territoriali ambulatoriali, che manterranno comunque la presa in carico complessiva del paziente.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali SerT ed eventualmente DSM di presa in carico
 - Definizione di protocolli di collaborazione per la gestione comune di pazienti
- b. Approfondimento diagnostico valutativo ed orientamento
 - Osservazione clinica
 - Somministrazione di test e reattivi non già utilizzati precedentemente all'ingresso
- c. Trattamento terapeutico riabilitativo
 - Psicoterapie individuali e/o di gruppo, anche di tipo supportivo
 - Attività educativa riabilitativa, anche di tipo culturale
 - Orientamento ed invio verso programmi per l'inserimento lavorativo
- d. Erogazione vitto ed erogazione generi di accoglienza
- e. After care
 - Definizione e organizzazione del successivo trattamento ambulatoriale presso SerT e DSM
 - Predisposizione del piano di follow up
- f. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- g. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 5 giorni a settimana, per 8 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: gruppi composti da 10/12 persone, maggiorenni, sia uomini che donne.

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

7. Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale (Centro di prima Accoglienza bassa soglia , Drop in)

Il Centro di Prima Accoglienza è finalizzato ad offrire una risposta ai bisogni primari dei tossicodipendenti ed alcol dipendenti che non abbiano una definita motivazione al cambiamento e/o le cui risorse individuali e familiari non permettano, in un determinato periodo di tempo, una adeguata organizzazione della giornata e/o una adeguata dimora. IL CPA deve fornire ausili e informazioni necessarie per la riduzione dei rischi e dei danni conseguenti alla tossicodipendenza. Deve inoltre garantire interventi di orientamento, tesi all'avvio di programmi di cambiamento e di presa in carico da parte dei servizi terapeutico riabilitativi.

Le linee di azione che il Centro Semiresidenziale di Accoglienza residenziale dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali, con particolare riferimento a:
 - Ser.T. e Comunità residenziali
 - Enti Locali
- b. Approfondimento diagnostico valutativo ed orientamento
 - Osservazione clinica
 - Orientamento, invio ed accompagnamento per ulteriori approfondimenti diagnostici e per trattamenti sanitari
- c. Prima Accoglienza e trattamento
 - Servizi per l'igiene personale (possibilità di lavarsi e lavare indumenti)
 - Accudimento alla persona (luogo per il riposo)
 - Erogazione pasti e merende
 - Informazioni sui rischi di infezione (HIV, epatiti, TBC, MST, ecc.)
 - Distribuzione di profilattici, siringhe sterili in cambio di siringhe usate, materiale informativo
 - Consulenze legali, aiuto per il disbrigo di pratiche
 - Counseling psico-sociale on demand
 - Servizio di segreteria sociale per il collegamento con gli altri servizi territoriali
- d. Erogazione vitto ed erogazione generi di accoglienza
- e. After care
 - Definizione e organizzazione di eventuali trattamento ambulatoriale o residenziali
- f. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- g. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 6 giorni a settimana, per 6 ore al giorno

Destinatari:

Diretti: mediamente 10 persone al giorno (minimo 7 massimo 12).

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

8. Centro di Accoglienza Notturna Semi Residenziale

Soprattutto nella Città di Roma esiste una problematica di estrema marginalità sociale correlata alla tossicodipendenza, che si manifesta nei casi più gravi nella mancanza (a volte temporanea) di punti di riferimento dove la persona possa pernottare, nutrirsi, lavarsi e provvedere alle essenziali attività di cura personale. In particolare i Centri di prima accoglienza notturni a prevalenza sanitaria rispondono alla popolazione multi- problematica e sono orientati necessità di contattare precocemente le persone con dipendenza al fine di ridurre i tempi trascorsi fuori dai programmi dei Servizi socio sanitari, di prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza, di prevenire e ridurre il rischio di invalidità temporanea o permanente connessa all'uso di sostanze e alla comorbilità psichiatrica, di prevenire e ridurre i rischi sociali correlati all'uso di sostanze, in particolare in relazione al rischio di emarginazione, criminalità, carcerazione, prostituzione. I Centri Notturni si dovranno ispirare alla massima accoglienza possibili di tutte le problematiche delle persone in difficoltà per realizzare contatti precoci tra i consumatori di sostanze ed i servizi socio sanitari.

Le linee di azione che il Centro di Accoglienza notturna dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali, con particolare riferimento a:
 - Ser.T. e Comunità residenziali
 - Enti Locali
- b. Approfondimento valutativo
 - Osservazione clinica
- c. Prima Accoglienza e trattamento
 - Servizi per l'igiene personale (possibilità di lavarsi e lavare indumenti)
 - Accudimento alla persona (luogo per dormire)
 - Erogazione pasti e merende
 - Informazioni sui rischi di infezione (HIV, epatiti, TBC, MST, ecc.)
 - Distribuzione di profilattici, siringhe sterili in cambio di siringhe usate, materiale informativo
 - Counseling psico-sociale on demand
 - Orientamento, invio ed accompagnamento presso altri servizi per trattamenti sanitari
 - Servizio di segreteria sociale per il collegamento con gli altri servizi territoriali
- d. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- e. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Tempistica:

I Centri dovranno assicurare una apertura al pubblico per almeno 7 giorni a settimana, per 12 ore (dalle 20 alle 8.00 circa)

Destinatari:

Diretti: 8 persone a notte

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

9. Centro Specialistico Residenziale per trattamento Cocaina –

L'incremento di consumatori di cocaina ha fatto emergere l'esigenza di trattamenti residenziali brevi, per tutti coloro per i quali la dipendenza non ha determinato un deterioramento delle competenze sociali e personali. Sono pazienti che rispondono generalmente al tipo I della Classificazione di Cloninger.

Pertanto è necessario che sia effettuato, innanzitutto, un corretto inquadramento diagnostico in una condizione di drug free, anche per valutare la motivazione al cambiamento. D'altra parte il trattamento residenziale breve costituisce anche il setting ottimale per poter approfondire una osservazione psicodiagnostica prolungata.

Il tempo della residenzialità, può articolarsi in programmi differenziati anche a seconda della durata, fermo restando una permanenza massima di tre mesi (ad esempio: tre mesi, oppure di 15 giorni, ovvero solo sui week end)

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Approfondimento diagnostico:
 - Osservazione e valutazione del paziente
 - Somministrazione test e reattivi non già utilizzati precedentemente all'ingresso
- b. Assistenza residenziale:
 - Gestione vitto e alloggio
- c. Programma terapeutico:
 - Trattamento psicologico individuale e/o di gruppo
 - Attività ricreative/motorie a valenza terapeutica
 - Collegamento con servizi territoriali di invio e presa in carico
- d. After care
 - Definizione e organizzazione del successivo trattamento ambulatoriale
 - Predisposizione del piano di follow up
- e. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- f. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Il Centro deve ovviamente garantire alloggio ed erogazione pasti

Destinatari

Il Centro deve ospitare 8 pazienti per periodo.

Struttura

Il Centro, in considerazione del numero di utenti previsto, potrà essere realizzato in strutture di civile abitazione

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

10. Centro Specialistico Residenziale per trattamento Alcolisti –

L'attuale offerta di trattamento residenziale non prevede strutture specializzate per pazienti alcolisti, nonostante si sia riscontrata l'utilità di trattare questi pazienti anche in gruppi omogenei rispetto alla patologia.

Il trattamento residenziale specialistico può offrire un ambiente protetto di momentaneo allontanamento dall'ambiente familiare e sociale di riferimento e può interrompere il ripetersi di continui ricoveri ospedalieri talora utilizzati per fronteggiare il momento di crisi nella gestione dell'alcolista.

Il Centro deve avere offrire un trattamento multimodale ed integrato all'intero "sistema" di riferimento del paziente, ossia deve rivolgersi anche alla sua famiglia e al suo ambiente di vita (lavoro, rete amicale)

Deve essere garantito un lavoro di orientamento e di rafforzamento del livello motivazionale, attraverso una serie di interventi ed un monitoraggio dal punto di vista sanitario, psicologico, educativo e riabilitativo.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali di presa in carico
- b. Approfondimento diagnostico valutativo ed orientamento (circa 60 giorni)
 - Osservazione clinica
 - Prescrizione e invio per accertamenti specialistici e/o strumentali
 - Somministrazione di test e reattivi non già utilizzati precedentemente all'ingresso
 - Orientamento e attivazione processo motivazionale
- c. Trattamento terapeutico riabilitativo (circa 6-8 mesi)
 - Visite mediche e psichiatriche
 - Eventuale terapia farmacologica
 - Trattamento psicologico individuale e di gruppo
 - Gruppi di familiari
 - Training di prevenzione delle ricadute
 - Attività ricreativa fisica e culturale
- d. Trattamento psichiatrico specifico (per pazienti con patologia psichiatrica)
 - Visite psichiatriche
 - Trattamento farmacologico
- e. After care
 - Definizione e organizzazione del successivo trattamento ambulatoriale
 - Predisposizione del piano di follow up
- f. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- g. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Il Centro deve ovviamente garantire alloggio ed erogazione pasti

Destinatari

Diretti: 10 persone per periodo. Il programma deve essere predisposto per accogliere fino a 2 pazienti che presentino un quadro di comorbidità psichiatrica.

Struttura

Il Centro deve essere inserito in una Comunità residenziale già esistente, quale modulo dedicato per questa tipologia di pazienti.

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

11. Centro Specialistico Residenziale per trattamento pazienti con comorbidità psichiatrica

Si stima che circa il 30% dei soggetti con dipendenza da sostanze risulti affetto anche da disturbi mentali (Asse I del DSM IV); inoltre un 40% dei soggetti con dipendenza da sostanze presenta un concomitante disturbo di personalità (Asse II del DSM IV). Tali stime variano, anche in maniera considerevole, tra uno studio di settore ed un altro, ma in ogni caso è indubbio che questa la problematica rappresenti al momento una delle maggiori criticità ed emergenze del sistema di assistenza. Nella Regione Lazio, tra l'altro, non sono presenti strutture residenziali accreditate appositamente per la presa in carico di pazienti con disturbi mentali e dipendenza da sostanze, generalmente accolti da strutture psichiatriche maggiormente sensibili e competenti a trattare pazienti con pregressa o attuale dipendenza da sostanze, ovvero da Comunità Terapeutico Riabilitative fornite anche di personale con competenze formative o lavorative in ambito psichiatrico. Inoltre anche la collaborazione tra i servizi ambulatoriale per le dipendenze e quelli per la salute mentale è sporadica e regolata solo da eventuali da accordi locali.

Le linee di azione che il centro specialistico dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali SerT e DSM di presa in carico
 - Definizione di protocolli di collaborazione per la gestione comune di pazienti
- b. Approfondimento diagnostico valutativo ed orientamento
 - Osservazione clinica
 - Somministrazione di test e reattivi non già utilizzati precedentemente all'ingresso
- c. Trattamento terapeutico riabilitativo
 - Visite mediche e psichiatriche
 - Eventuale terapia farmacologica
 - Trattamento psicoterapeutico individuale e/o di gruppo
 - Attività ricreativa fisica e culturale
- d. After care
 - Definizione e organizzazione del successivo trattamento ambulatoriale presso SerT e DSM
 - Predisposizione del piano di follow up
- e. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- f. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Destinatari

Diretti: 8 persone per periodo.

Struttura

Il Centro, in considerazione del numero di utenti previsto, potrà essere realizzato anche in strutture di civile abitazione

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

12. Centro Specialistico Residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza

I minori coinvolti nel circuito penale sono espressione di una problematica estremamente dedicata, vista la particolare fase di sviluppo dei singoli soggetti, che determina una necessaria presa di responsabilità della intera società civile e, ancor più, delle istituzioni direttamente coinvolte nella presa in carico di questi giovani.

A seguito del transito delle competenze sanitarie dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale, si è determinata la necessità di provvedere alla strutturazione di servizi residenziali specialistici per questa tipologia di minori, fino ad ora accolti in Comunità accreditate presso il Ministero di giustizia, con una mission tipicamente socio – educativa. La forte presenza, inoltre, di minori consumatori di sostanze stupefacenti, rende indispensabile la disponibilità di accoglienza in strutture dotate di personale idoneo a trattare la patologia da dipendenza o i rischi connessi all'uso di sostanze.

Le linee di azione che il centro specialistico residenziale dovrà assicurare sono:

- a. Collegamento con le strutture territoriali, con particolare riferimento a:
 - SerT
 - TSRMEE
 - Giustizia Minorile
 - Servizi Sociali Territoriali
- b. Approfondimento diagnostico valutativo
 - Osservazione clinica
 - Visite e accertamenti medici
- c. Trattamento pedagogico riabilitativo
 - Orientamento e sostegno alla ripresa del percorso scolastico e/o formativo
 - Attività di tutoring individuale
 - Gruppi di sostegno psicologico
 - Rinforzo dei possibili legami familiari, anche con sostegno della genitorialità
 - Attività ricreativa e fisica
 - Educazione alla legalità
- d. After care
 - Definizione e organizzazione della rete territoriale di presa in carico al termine del periodo di residenzialità
 - Predisposizione del piano di follow up
- e. Valutazione di outcome:
 - Definizione di piano di valutazione di outcome
 - Elaborazione dati di valutazione di outcome relativi ad ogni singolo paziente
- f. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Il Centro deve ovviamente garantire alloggio ed erogazione pasti

Destinatari

Il Centro deve ospitare 8 pazienti per periodo.

Struttura

Il Centro, in considerazione del numero di utenti previsto, potrà essere realizzato in strutture di civile abitazione

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

13. Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili

Il fenomeno dei consumi di sostanze illegali e legali presenta un elevato livello di complessità e interessa un numero sempre maggiore di giovani e adulti.

E' possibile rilevare da un lato una enorme facilità di reperimento e un abbassamento dei prezzi di tutte le sostanze nel mercato illegale, dall'altro lato una altrettanta accessibilità all'alcol che è socialmente accettato e se ne minimizzano i rischi.

Per quanto riguarda la popolazione giovanile, spesso, l'esposizione ad esperienze di consumo, e per tipo di sostanze utilizzate e per modalità di assunzione, è caratterizzata dalla disinformazione e dalla sottovalutazione delle conseguenze correlate.

Vista la portata del fenomeno l'obiettivo generale è la realizzazione di interventi di prevenzione e riduzione dei rischi per persone a rischio di consumo e consumatori di sostanze psicotrope e alcol.

Implementare interventi territoriali di prossimità in luoghi di aggregazione informale e formale, usufruiti in fasce orarie pomeridiane, serali e notturne, quali locali commerciali, associazioni musicali, culturali e sportive, parrocchie, centri aggregativi, tutti quei luoghi e spazi di socializzazione indispensabili per la crescita di adolescenti e di giovani adulti.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. Mappatura del territorio
- b. Promozione rete:
 - Sviluppo di partnership con gestori di locali, organizzatori di eventi, referenti di associazioni
 - collegamento e accordi con servizi territoriali
- c. Intervento di strada diurno e notturno:
 - Utilizzo di materiale informativo e di profilassi specifico, elaborazione di gadget come dispositivi di aggancio e approfondimento
 - promozione della consapevolezza dei rischi legati all'uso e abuso di sostanze
 - Consulenza informativa e di orientamento ed invio ai servizi
 - Coinvolgimento di gruppi di destinatari per approfondire il fenomeno degli abusi
 - Eventuale orientamento ed invio a servizi territoriali
- d. Informazione ed educazione dedicata
 - Informazioni telefoniche e telematiche (anche attraverso social network)
 - Informazione e orientamento dei genitori

Destinatari

Diretti:

- persone raggiunte dal progetto: minimo annuale 1500 soggetti
- persone contattate dal progetto con informazioni in gruppi di piccole e medie dimensioni: minimo annuale 800 soggetti
- persone contattate con consulenza/informazione personalizzata e individuale: minimo annuale 300 soggetti

Tempistica e localizzazione

L'Unità Mobile deve garantire almeno due uscite settimanali di 5 ore ciascuna, in luoghi di ritrovo giovanile e di realizzazione di eventi / manifestazioni rivolti a popolazione giovane.

La Unità Mobile localizzata nel territorio della ASL RMB dovrà prevedere una presenza più stabile nella zona di Tor Bella Monaca

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

14. Unità Mobile di riduzione dei rischi in contesti di esplicito e diffuso consumo

Considerevoli mutamenti ed una costante evoluzione caratterizzano da quasi due decenni il fenomeno del consumo di sostanze nella Regione Lazio: l'ingresso e la diffusione capillare di sostanze inedite con presenza di composti inconsueti alla funzione psicoattiva nei contesti giovanili di consumo (Ketamina, GHB, ecc.); l'aumento della popolazione coinvolta in termini anagrafici (genere, forbice riferita all'età anagrafica, reddito, ceto sociale...), di cultura di appartenenza e stile di vita (scolarità, professionalità, caratterizzazione sociale, ideologica o politica del gruppo di riferimento, mobilità sul territorio ecc.) e di pluralità delle forme di consumo espresse (consumo/ policonsumo, abuso/poliabuso, frequenza, modalità di assunzione ecc.); la molteplicità delle offerte di aggregazione giovanile a sfondo musicale (dalle feste territoriali o eventi in locali a capienza limitata a mega performance musicali della durata di uno o più giorni in grado di richiamare migliaia di persone, contesti legali e illegali, commerciali o autoprodotti ed organizzati, divulgati in maniera estesa o virale...). Le variabili sopraelencate, nei loro differenti modi di manifestarsi, indicano come l'azione finalizzata al contenimento ed alla riduzione dei rischi connessi al consumo di sostanze nella nostra regione debba dotarsi di strumenti specifici e mirati: in primo luogo con attività di monitoraggio volte a captare particolari e distinti cluster, quindi commisurando l'intervento preventivo, informativo e di riduzione dei rischi su parametri di volta in volta congrui e sostenibili per gli stessi.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. Mappatura:
 - Selettiva: finalizzata a individuare i luoghi e gli ambiti cui partecipano consumatori di sostanze
 - Altri enti operanti nei medesimi contesti anche in altre regioni
- b. Sensibilizzazione agli organizzatori sui temi della sicurezza e riduzione dei rischi:
 - Relazioni/Contatti/Tavoli di concertazione con organizzatori ed altri enti coinvolti
 - introduzione di buone pratiche di riduzione dei rischi nell'organizzazione degli eventi
 - organizzazione e logistica dell'intervento
 - illustrazione dell'intervento
- c. Monitoraggio:
 - evidenziare le sostanze circolanti e maggiormente utilizzate,
 - caratteristiche dei consumatori
 - eventi o contesti di consumo
- d. Intervento:
 - Informazione sui rischi psicologici, fisici e legali del consumo
 - distribuzione di strumenti di profilassi e generi di conforto
 - consulenza, sensibilizzazione e mediazione con i consumatori
 - eventuale invio alle strutture
 - intervento medico e blsd in situazioni critiche
 - allestimento di luoghi di decompressione,
 - monitoraggio clinico di quanti presentino difficoltà o criticità psicofisiche
- e. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Destinatari

Diretti:

- persone raggiunte dal progetto: minimo annuale 8000 soggetti
- persone contattate dal progetto con informazioni in gruppi di piccole e medie dimensioni: minimo annuale 4000 soggetti
- persone contattate con consulenza/informazione personalizzata e individuale: minimo annuale 2000 soggetti

Tempistica e localizzazione

L'Unità Mobile deve garantire almeno 8 uscite mensili, in concomitanza di eventi / manifestazioni musicali e aggregative rivolti a popolazione giovane

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

15. Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate

Le Unità Mobili concorrono ormai da anni alle azioni di riduzione dei rischi di consumo e alla prevenzione delle patologie correlate, attraverso la principale strategia del rendersi prossimi ai luoghi naturali di vita dei dipendenti da sostanza. La capacità di comunicazione diretta, di empatia, di lettura dei territori e degli stili di comportamento sono requisiti indispensabili alla realizzazione di azioni finalizzate alla riduzione dei rischi di consumo. La disponibilità ad accogliere bisogni primari, ad offrire informazioni e ausili sanitari, anche indipendentemente dalla volontà di cambiamento degli stili di vita, ad inviare verso servizi territoriali con cui lavorare in rete, costituiscono la base di tali interventi, in sintonia con quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. Mappatura del territorio
- b. Promozione rete e collegamento con servizi territoriali:
 - collegamento e accordi con Ser.T. a altri servizi territoriali
 - collegamento con Pronto Soccorso
- c. Informazione:
 - indicazioni sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze, e sugli aumentati rischi di assunzione durante i periodi di sospensione dall'uso, ovvero in caso di policonsumo, o di utilizzo in luoghi isolati
 - informazioni ed indicazioni finalizzate a minimizzare gli effetti di uso in situazioni di aumentato rischio
- d. distribuzione materiale e presidi, al fine di ridurre le patologie da contagio:
 - distribuzione siringhe sterili, con recupero di siringhe usate (scambio)
 - distribuzione materiali sterili (garze, disinfettanti, acqua distillata ecc)
 - distribuzione informata farmaci salvavita (naloxone), con indicazioni e addestramento all'uso
 - distribuzione profilattici
- e. training per l'acquisizione di abilità preventive
 - informazione e addestramento per primo soccorso per persone in overdose
 - informazione e addestramento per corretto uso presidi sanitari
- f. trattamento individuale e orientamento verso i servizi
 - prima consulenza per favorire il riconoscimento di un bisogno e l'esplicitazione di una domanda alla base di un rapporto fiduciario con i servizi
 - accompagnamento delle persone contattate presso i servizi della rete territoriale, servizi pubblici e/o privati, con l'obiettivo di indirizzarli presso quello che corrisponde al bisogno individuato
- g. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Destinatari :

- persone contattate dal progetto con informazioni e distribuzione materiale anche sanitario
- persone a cui è stata effettuata prestazione counseling o sanitaria (medicazione, altro)
- persone a cui è stata effettuata prestazione per overdose

Saranno individuati i destinatari indiretti specifici per territorio

Tempistica e localizzazione

L'Unità Mobile deve garantire almeno 5 uscite settimanali di 5 ore ciascuna.

Una Unità Mobile localizzata nel territorio della ASL RMB dovrà prevedere una presenza più stabile nella zona di Tor Bella Monaca

Le due Unità Mobili su scala regionali saranno localizzate una presso la Stazione Termini, una presso la Stazione Tiburtina. Questa seconda U.M., finché non sarà totalmente riattivata la Stazione, renderà il proprio servizio nei luoghi di maggiore necessità

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

16. Unità Mobile per Prevenzione dei rischi e Prevenzione Patologie Correlate

Nel territorio della Provincia di Frosinone, in relazione alle caratteristiche geografiche e demografiche, si è dimostrata maggiormente produttiva l'esperienza di unificare le azioni delle Unità Mobili dedicate alla prevenzione dei rischi con quella dedicata alla prevenzione delle Patologie Correlate. Dovranno essere attivate comunque equipe con le competenze professionali specifiche per le due diverse linee di azione e dovranno essere programmate le giornate dedicate ad una attività o all'altra. In comune saranno gestite le strutture, il coordinamento generale delle azioni e le attività di sensibilizzazione del territorio.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. Mappatura del territorio
- b. Promozione rete e collegamento con servizi territoriali:
 - Sviluppo di partnership con gestori di locali, organizzatori di eventi, referenti di associazioni
 - collegamento e accordi con servizi territoriali, in particolare con i SerT e i Pronto Soccorso
- c. Informazione ed Intervento di strada diurno e notturno:
 - indicazioni sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze, e sugli aumentati rischi di assunzione durante i periodi di sospensione dall'uso, ovvero in caso di policonsumo, o di utilizzo in luoghi isolati; informazioni ed indicazioni finalizzate a minimizzare gli effetti di uso in situazioni di aumentato rischio
 - Utilizzo di materiale informativo e di profilassi specifico, elaborazione di gadget come dispositivi di aggancio e approfondimento
 - Promozione della consapevolezza dei rischi legati all'uso e abuso di sostanze
 - Consulenza informativa e di orientamento ed invio ai servizi, anche con accompagnamento personalizzato
 - Prima consulenza per favorire il riconoscimento di un bisogno e l'esplicitazione di una domanda alla base di un rapporto fiduciario con i servizi
 - Coinvolgimento di gruppi di destinatari per approfondire il fenomeno degli abusi
 - Informazione e addestramento per primo soccorso per persone in overdose
 - Informazione e addestramento per corretto uso presidi sanitari
- d. Informazione ed educazione dedicata ai giovani consumatori:
 - Informazioni telefoniche e telematiche (anche attraverso social network)
 - Informazione e orientamento dei genitori
- e. Distribuzione materiale e presidi, al fine di ridurre le patologie da contagio:
 - distribuzione siringhe sterili, con recupero di siringhe usate (scambio)
 - distribuzione materiali sterili (garze, disinfettanti, acqua distillata ecc)
 - distribuzione informata farmaci salvavita (naloxone), con indicazioni e addestramento all'uso
 - distribuzione profilattici
- f. Formazione del personale
 - Formazione e supervisione del personale di progetto
 - Diffusione buone pratiche presso personale di altre strutture

Destinatari:

Diretti delle azioni di riduzione dei rischi:

- persone raggiunte dal progetto: minimo annuale 1500 soggetti
- persone contattate dal progetto con informazioni in gruppi di piccole e medie dimensioni: minimo annuale 800 soggetti
- persone contattate con consulenza/informazione personalizzata e individuale: minimo annuale 300 soggetti

Diretti delle azioni di prevenzione patologie correlate:

- persone contattate dal progetto con informazioni e distribuzione materiale anche sanitario
- persone a cui è stata effettuata prestazione counseling o sanitaria (medicazione, altro)
- persone a cui è stata effettuata prestazione per overdose

Saranno individuati i destinatari indiretti specifici per territorio

Tempistica e localizzazione:

L'Unità Mobile deve garantire almeno 5 uscite settimanali di 5 ore ciascuna in orario diurno e 2 uscite settimanali di 5 ore ciascuna in orario serale.

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

17. Unità Mobile Farmacologica

Nel territorio della città di Roma si è reso negli anni necessario integrare le azioni ordinariamente fornite dai Ser.T. con l'attivazione di un punto mobile deputato alla Prevenzione Patologie Correlate, che potesse erogare anche terapia agonista a quei pazienti per i quali risulti non praticabile l'accesso quotidiano ai servizi ambulatoriali. La definizione del piano di trattamento sarà curata dal Ser.T. di competenza e, laddove esso non sia identificabile, dal personale medico della Unità Mobile. Verrà data comunicazione ai servizi territoriali della somministrazione farmacologica effettuata, con cadenza da definire. L'Unità Mobile utilizzerà la modalità di somministrazione diretta dei farmaci, senza ricorrere all'affidamento degli stessi.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. tutte le azioni previste per le Unità Mobili di Prevenzione Patologie Correlate
- b. collegamento funzionale ed operativo con i Ser.T. e con Medici di Medicina Generale
- c. adozione del piano terapeutico farmacologico indicato dai SerT (ovvero definito dal medico della U.M.) e successiva somministrazione quotidiana dei farmaci

Destinatari :

- persone contattate dal progetto con informazioni e distribuzione materiale anche sanitarie
- persone a cui è stata effettuata prestazione counseling o sanitaria (medicazione, altro)
- persone a cui è stata programmata e successivamente somministrata terapia farmacologica agonista: minimo 300 annue con presenza giornaliera di almeno 50 pazienti
- persone a cui è stata effettuata prestazione per overdose

Tempistica e localizzazione

L'Unità Mobile deve garantire almeno 6 uscite settimanali di 4 ore ciascuna. L'Unità Mobile deve essere collocata in ambiente metropolitano (città di Roma) in luogo facilmente accessibile da tutte le zone.

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

18. Unità Mobile di Primo Soccorso

Si tratta di una attività integrata nel sistema di emergenza, attiva 24 ore su 24, che prevede una linea telefonica esterna dedicata per le chiamate relative al pronto intervento medico, mirata essenzialmente ad assistere i casi di overdose. È dotata di un centro radio e di autovetture provviste delle attrezzature necessarie. Deve garantire consulenza e sinergia con il sistema regionale 118, che rappresenta il riferimento principale e più conosciuto per le emergenze.

Le linee di azione che l'Unità Mobile dovrà assicurare sono:

- a. tutte le azioni previste per le Unità Mobili di Prevenzione Patologie Correlate
- b. Assistenza medica di pronta reperibilità h. 24
- c. Sinergia con il sistema ARES 118

Destinatari :

- persone contattate dal progetto con informazioni e distribuzione materiale anche sanitario
- persone a cui è stata effettuata prestazione counseling o sanitaria (medicazione, altro)
- persone a cui è stata effettuata prestazione per overdose

Saranno individuati i destinatari indiretti specifici per territorio

Tempistica e localizzazione

L'Unità Mobile deve garantire il servizio h. 24, tutti i giorni della settimana.

La localizzazione è stabilita in base alla mappatura del territorio ed in riferimento alle eventuali chiamate da parte di altri servizi

Personale:

Devono essere previste, con congruo orario, le figure professionali adeguate alla specificità delle prestazioni previste dal progetto, con adeguate competenza e formazione acquisite.

ALLEGATO 3.

PROCEDURE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le candidature per la presentazione di domande di cui alla presente deliberazione devono essere formulate secondo le modalità contenute nel presente allegato e devono essere inviate nei termini di seguito specificati.

1. Soggetti ammessi alla presentazione delle domande

I soggetti ammessi alla presentazione delle domande (comma 3, artt. 1 e 2, Legge 45/99)

- Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio
- Enti Locali della Regione Lazio
- Enti Ausiliari, iscritti all'Albo della Regione Lazio
- Organizzazioni di volontariato, iscritte al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato
- Cooperative Sociali (iscritte all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali)
- Associazioni di Promozione sociale, iscritte al Registro Regionale (Legge 383/2000)
- Consorzi e Associazioni di soggetti di cui sopra, giuridicamente costituiti
- Partenariati fra soggetti ammissibili

I progetti approvati devono essere gestiti direttamente dall'Ente pubblico, privato, Consorzio o partenariato, che ne ha presentato domanda.

Nel caso in cui alla realizzazione di un progetto contribuiscano più soggetti, nell'ambito del progetto dovrà essere specificato il soggetto capofila ed i ruoli e le azioni svolte da ciascun singolo partecipante. Il capofila svolge funzioni di responsabile amministrativo del progetto. La responsabilità tecnico scientifica e /o gestionale operativa potrà essere assunta anche da un soggetto del partenariato diverso dal capofila.

I soggetti che presentano domanda per il finanziamento di progetti devono essere in possesso, al momento della presentazione della domanda relativa al corrente bando, dei requisiti di cui all'allegato della DGR 424/06.

2. Durata dei progetti

La durata dei progetti è fissata in 20 mesi.

I progetti dovranno essere attivati immediatamente dopo la comunicazione della Regione dell'avvenuta assegnazione.

3. Termine e modalità di presentazione delle domande

Le domande di finanziamento devono:

- essere indirizzate in busta chiusa a ASSESSORATO alla SANITA', DIREZIONE REGIONALE ASSETTO ISTITUZIONALE, PREVENZIONE E ASSISTENZA TERRITORIALE - AREA PROGRAMMAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI NELL'AREA DEI SOGGETTI DEBOLI - Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7; 00145 Roma.
- recare la dicitura "Bando Lotta alla droga. NON APRIRE";
- recare il mittente: il soggetto capofila proponente;
- essere presentate in un unico plico chiuso contenente la Busta A – Documentazione e la Busta B – Formulario;
- pervenire a mezzo posta raccomandata o consegna a mano all'ufficio accettazione posta della Regione Lazio di Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7 – 00145 Roma, entro e non oltre le ore 12.00 del 45° giorno a decorrere dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURL. Si ricorda che, non rilevando la data di spedizione, ai fini del rispetto della scadenza del termine per la presentazione delle domande, farà fede esclusivamente il timbro rilasciato dall'ufficio accettazione posta della Regione Lazio;
- essere presentate separatamente per ogni singolo progetto (identificato dal codice di riferimento, che deve essere barrato sulla domanda), così come indicato dal presente bando.

- il contenuto della Busta A deve essere presentato in duplice copia; il contenuto della busta B in tripla copia.

Busta A - Documentazione a corredo della domanda

Per tutti i soggetti che presentano domanda di finanziamento:

- Domanda di finanziamento, sottoscritta dal Legale rappresentante del soggetto capofila, come da apposito modulo allegato, con marca da bollo da euro 14,62
- Dichiarazione del Legale rappresentante o procuratore del soggetto concorrente o del soggetto capofila contenente:
 - Autocertificazione di di essere in possesso, al momento della presentazione della domanda relativa al corrente bando, dei requisiti di cui all'allegato della DGR 424/06, relativi alla tipologia di servizio che si propone di erogare;
 - Autocertificazione attestante che il progetto per il quale si chiede il finanziamento non è finanziato per le medesime attività e per lo stesso periodo con altri fondi pubblici;
 - Dichiarazione di impegno a rispondere al sistema informativo e di raccolta dati necessaria per la valutazione di processo e di efficacia dei progetti che il Dipartimento di Epidemiologia S.S.R. della ASL RME, di concerto con la Regione Lazio, definirà per ciascuna tipologia progetto
 - Dichiarazione di impegno a collaborare alle attività di coordinamento predisposte dalla Regione Lazio
 - Dichiarazione di impegno a verificare le compatibilità del personale impegnato nel progetto, in particolare per il personale dipendente dal S.S.R. (D.L. 229/99)
- Curriculum dell'ente o degli enti proponenti, con particolare riferimento all'ambito professionale del progetto

Per le ASL e per gli Enti Locali:

- Delibera attestante l'impegno di partecipazione al progetto, nei termini indicati nel formulario, ovvero dichiarazione a firma del Legale rappresentante di impegno a emanare specifica delibera, in caso di approvazione del progetto.

Per gli Enti Ausiliari, Associazioni di volontariato e di Promozione sociale, Cooperative Sociali

- Nel caso in cui gli Enti di cui sopra siano articolati in più sedi operative la domanda dovrà essere sottoscritta dal responsabile della sede operativa che presenta la domanda; in tal caso andrà aggiunta una dichiarazione del legale rappresentante dell'Ente attestante la responsabilità della sede operativa
- Dichiarazione firmata e datata ai sensi della L.55/90 (antimafia) e successive modificazioni che non sussistono provvedimenti definitivi o procedimenti in corso ostativi all'assunzione di pubblici contratti

Per Consorzi (associazioni giuridicamente costituite) e partenariati

- Tutti i documenti di cui ai punti precedenti relativamente a quelli corrispondenti ai singoli soggetti
- Dichiarazione di intenti di ciascuno dei soggetti partecipanti, ad eccezione del capofila, indicante il proprio ruolo e le proprie azioni previste nella realizzazione del progetto.
- Atto attestante l'avvenuta costituzione del Consorzio o Associazione ovvero, in caso di partenariato, dichiarazione di intenti a partecipare al partenariato, con l'indicazione dei termini dell'accordo.

Si specifica che l'assenza anche di uno solo dei documenti riportati nei precedenti punti comporterà l'inammissibilità della domanda di partecipazione.

Tutta la documentazione inserita nella Busta A dovrà riportare, a pena di inammissibilità, la numerazione progressiva delle pagine.

Sempre a pena di inammissibilità, ogni singola dichiarazione richiesta andrà redatta con firma autenticata o, in alternativa, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, allegando fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Busta B - Formulario

- Formulario di progetto, come predisposto su modulo in allegato, comprensivo di dettagliata analisi dei costi ripartita, in caso di partenariato, per singolo ente partecipante.
I progetti devono essere presentati nel format definito nel presente bando.

Modulo : **DOMANDA DI CANDIDATURA (in carta bollata, €14,62)****Soggetto promotore del progetto****(soggetto capofila in caso di Consorzio, Associazione, Partenariato) :**

Il sottoscritto (nome e cognome)-----

In qualità di rappresentante legale di-----

Ragione Sociale:-----

Natura giuridica:-----

Indirizzo: via -----n° civico-----CAP-----

Tel-----Fax-----e-mail-----

Codice fiscale ----- P.IVA -----

Decreto d'iscrizione n° ----- del ----- / ----- / ----- :

specificare : ☐ all'Albo degli Enti Ausiliari☐ al Registro regionale delle Organizzazioni di Volontariato☐ all'Albo Regionale delle cooperative Sociali☐ all'albo regionale delle Associazioni di Promozione Sociale

Banca ----- Agenzia ----- Indirizzo -----

----- c/c ----- CAB ----- ABI -----

CIN -----

Chiede

Di essere ammesso al finanziamento dei progetti regionali di "Lotta alla droga" per gli esercizi finanziari 2010/2011/2012, previsti dal Bollettino Ufficiale Regionale del -----

A tal fine dichiara che la presente domanda è relativa al progetto:

Relativo a: Territorio.....

Tipologia Progetto..... Codice.....

Titolo del Progetto.....

Costo totale del Progetto.....

Si allegano alla domanda i seguenti documenti:

Firma del Legale Rappresentante
Autenticata in termini di legge

ALLEGATO 4.

CRITERI DI SELEZIONE E VALUTAZIONE DEI PROGETTI – AMMISSIBILITA' -

1. Ammissibilità

1.1. Criteri di ammissibilità

Sono ammessi alla fase di approvazione i progetti in regola con :

- il rispetto dei termini di presentazione delle domande di candidatura;
- la corretta presentazione della domanda, secondo le modalità e le procedure previste nel presente bando;
- il possesso dei requisiti previsti dalla Delibera 424/06, relativamente ai servizi da erogare (autocertificazione);
- la presentazione di tutta la documentazione richiesta.

1.2. Criteri di inammissibilità

Saranno escluse dalla valutazione le domande:

- presentate dai soggetti non ammessi
- presentate dopo il termine di scadenza previsto (fa fede il timbro postale)
- incomplete della documentazione prescritta nella modalità richiesta (Busta A e Busta B)
- non correttamente compilate nei formulari
- presentate da soggetti non in regola con i requisiti previsti o per progetti finanziati con fondi pubblici per le stesse attività nello stesso periodo.

2. Valutazione delle proposte

2.1. Commissione di valutazione

La Commissione di valutazione dei progetti, di cui alla presente deliberazione, nominata con Decreto del Presidente della Giunta, che la stessa Commissione valuterà in prima istanza l'ammissibilità della domanda ed in seconda istanza passerà all'esame delle proposte progettuali, secondo i criteri di seguito elencati.

La Commissione stabilisce le procedure metodologiche per la valutazione dei progetti, nel rispetto dei criteri esplicitati nel presente documento.

La Commissione esamina ed approva i progetti solo in presenza del 50% più 1 dei suoi membri, ed in caso di parità della votazione il voto del Presidente viene raddoppiato.

La Commissione rimane in carica il tempo necessario per la valutazione dei progetti.

Il Presidente provvederà alla sostituzione dei componenti la Commissione, in caso di dimissioni o di assenza ingiustificata per due sedute consecutive.

2.2. Criteri di valutazione

Criterio	Peso del criterio	Fattori/indicatori	Peso del fattore
1. Contributo del progetto al raggiungimento degli obiettivi regionali	15	1.1. Definizione di strategia locale di contrasto al fenomeno in collaborazione con le istituzioni coinvolte	3
		1.2. Congruenza tra gli obiettivi di progetto e gli obiettivi regionali	6
		1.3. Adozione di strategie di progetto coerenti con la programmazione regionale	6
2. Qualità generale del progetto	30	2.1. Contestualizzazione del progetto (analisi del fenomeno ed interpretazione del fenomeno)	2
		2.2. Architettura e coerenza del progetto (coerenza tra problema, obiettivi specifici, strategie e risultati attesi)	9

		2.3. Individuazione esaustiva dei destinatari, diretti ed indiretti e delle modalità di coinvolgimento	4
		2.4 Qualità della pianificazione delle attività (specificità, fattibilità e temporizzazione delle azioni, anche in relazione con gli specifici compiti indicati nel bando)	10
		2.5. Qualità della pianificazione della valutazione di processo e di outcome	5
3. Impatto	15	3.1. Innovatività del progetto rispetto ai servizi erogati istituzionalmente (innovatività di obiettivi specifici, strategie e azioni)	4
		3.2. Azioni di sistema: sinergia e potenziamento delle risorse pubbliche-private (2); attivazione dei modelli di rete (2); integrazione socio sanitaria (2)	6
		3.3. Risultati attesi in termini di: stato di salute dei soggetti trattati, specificità trattamenti, livelli di integrazione dei soggetti, coinvolgimento attori sociali,	5
4. Soggetti proponenti	12	4.1. Qualità del partenariato e della struttura organizzativa del progetto	4
		4.2. Esperienze pregresse (buone pratiche) effettuate dai proponenti (anche da curriculum)	8
5. Risorse (umane, strutturali, economiche)	28	5.1. Qualità e quantità del personale previsto, in relazione alle competenze richieste e alla formazione specifica acquisita (professionalità)	8
		5.1. Coerenza della ripartizione economica tra partners, in relazione alle singole azioni attribuite ad ognuno di essi	3
		5.2. Partecipazione dei proponenti ai costi di progetto (dotazione strutture, personale, fondi, ecc)	4
		5.3. Coerenza rispetto all'impianto progettuale e congruità delle spese per il personale (consulenze/collaborazioni)	4
		5.4. Coerenza rispetto all'impianto progettuale e congruità delle spese per le attrezzature	2
		5.5. Coerenza rispetto all'impianto progettuale e congruità delle spese per immobili e per funzionamento e gestione (punti 0 se superiori al 20% del progetto)	2
		5.6. Coerenza rispetto all'impianto progettuale e congruità delle spese per materiale sanitario, produzione, divulgazione, altre spese	2
		5.7. Coerenza rispetto all'impianto progettuale e congruità delle spese per vitto alloggio (3 punti se non previste dal progetto)	3

3. Formazione delle graduatorie

Una volta completati i lavori, la Commissione consegna alla competente Direzione Regionale gli esiti della valutazione. La Direzione approva per ciascuna linea di azione le graduatorie e gli elenchi di seguito indicati:

- ammessi e finanziabili;
- ammissibili ma non finanziabili per indisponibilità di risorse;
- non ammessi.

Qualora si verificano economie per revoche e rinunce, la Direzione Regionale competente si riserva la facoltà di procedere allo scorrimento delle graduatorie fino all'assegnazione delle le risorse finanziarie disponibili.

ALLEGATO 5

FORMULARIO DI PRESENTAZIONE PROGETTO

SEZIONE 1: DATI GENERALI DEL PROGETTO

1.1. Codice Progetto _____

1.2. Titolo del progetto

1.3. Territorialità del progetto:

- ☐ ASL ROMA A
- ☐ ASL ROMA B
- ☐ ASL ROMA C
- ☐ ASL ROMA D
- ☐ ASL ROMA E
- ☐ ASL ROMA F
- ☐ ASL ROMA G
- ☐ ASL ROMA H
- ☐ ASL FROSINONE
- ☐ ASL LATINA
- ☐ ASL RIETI
- ☐ ASL VITERBO
- ☐ REGIONALE

1.4. Sommario del progetto

Descrizione riassuntiva delle caratteristiche del progetto: obiettivi, popolazione bersaglio, metodologia, effetti attesi.

(massimo 20 righe)

SEZIONE 2: SOGGETTI PROPONENTI

2.1. Soggetto Capofila

Denominazione:			
Ragione Sociale:			
Sede Legale:		città:	
Indirizzo :		città:	
Tel :		Fax :	
Email:			
Codice Fiscale:		Partita IVA.	
Rappresentante Legale			
Cognome e Nome:			
Tel:			
Responsabile del Progetto			
Cognome e Nome:			
Ruolo nell'Ente			
Tel:		Email	
Referente tecnico			
Cognome e Nome:			
Ruolo nell'Ente			
Tel:		Email	

2.2. Altri componenti partenariato

Denominazione:			
Ragione Sociale:			
Sede Legale:		città:	
Indirizzo :		città:	
Tel :		Fax :	
Email:			
Codice Fiscale:		Partita IVA.	
Rappresentante Legale			
Cognome e Nome:			
Tel:			
Referente tecnico			
Cognome e Nome:			
Ruolo nell'Ente			
Tel:		Email	

(da ripetersi per ciascun Ente partecipante)

2.3. Ruoli e funzioni del partenariato

Capofila amministrativo	
Responsabile Tecnico Scientifico	
Responsabile gestionale operativo	
Responsabile linea di attività.....	
Responsabile linea di attività.....	
Responsabile linea di attività.....	
Responsabile linea di attività.....	

2.4. Organigramma e struttura di gestione del progetto

Quale è l'organizzazione e la composizione della struttura di gestione del progetto? (con specificazione dei livelli di responsabilità e di coordinamento interno)

--

2.5. Competenza dei partners

Breve descrizione delle attività svolte e dei risultati raggiunti da ogni partner, specifici in relazione al progetto presentato (in allegato riportare Curriculum degli Enti proponenti)

--

SEZIONE 3: DESCRIZIONE DEL PROGETTO

3.1. Caratterizzazione del fenomeno

- a. Quale problema si intende modificare o prevenire attraverso l'intervento proposto?
- b. Quante persone sono interessate dal problema (tossicodipendenza, uso, abuso) in un determinato periodo di tempo nell'area geografica di riferimento dell'intervento? (Prevalenza);
- c. Quanti nuovi casi si manifestano in un determinato periodo di tempo nell'area geografica di riferimento dell'intervento? (Incidenza) Ci sono luoghi in cui il fenomeno si presenta con maggiore o minore intensità?

(massimo 15 righe)

a.

b.

c.

3.2. I riferimenti teorici ed evidenze scientifiche

- a. Quale interpretazione date del problema che il progetto intende affrontare? Quali sono i principali fattori responsabili del problema nello specifico territorio del progetto?
- b. Quali sono le Evidenze scientifiche su cui si basa la specifica proposta progettuale?

(massimo 20 righe)

a.

b.

3.3. Strategie e obiettivi

Quali sono gli obiettivi generali e specifici del progetto? (Evidenziare la coerenza interna del progetto, in termini di coerenza e congruenza degli interventi, degli obiettivi, dei risultati in relazione alle indicazioni regionali)

(massimo 30 righe)

3.4. Risultati attesi e piano di azione

- Quali sono i risultati attesi (per singolo anno progettuale) ed il relativo piano di azione, in collegamento ai singoli obiettivi specifici,
- In relazione alle azioni indicate si deve fare riferimento alle linee indicate dal bando

<i>Obiettivo specifico</i>	<i>Risultati</i>	<i>Attività</i>
1.	1.1.	1.1.1
		1.1.2
		1.1.3
		1.1.4
	1.2.	1.2.1
		1.2.2
		1.2.3

<i>Obiettivo specifico</i>	<i>Risultati</i>	<i>Attività</i>
2.	2.1.	2.1.1
		2.1.2
		2.1.3
		2.1.4
	2.2.	2.2.1
		2.2.2
	2.3.	2.3.1

<i>Obiettivo specifico</i>	<i>Risultati</i>	<i>Attività</i>
3.	3.1.	3.1.1
		3.1.2
		3.1.3
		3.1.4
	3.2.	3.2.1
		3.2.2
	3.3.	3.3.1

3.5. Calendario orientativo delle attività

Attività	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Ecc.
Risultato 1.1.							
1.1.1.							
1.1.2.							
1.1.3.							
Risultato 1.2.							
1.2.1.							
1.2.2.							
1.2.3.							
1.2.4.							
Risultato 2.1.							
2.1.1.							
2.2.2.							

SEZIONE 4: DESTINATARI DI PROGETTO

4.1. Destinatari diretti

a. Quali sono le caratteristiche socio-demografiche dei destinatari, diretti ed indiretti?

--

b. Quale è la composizione e la numerosità dei destinatari diretti previsti

Almeno una tipologia obbligatoria per progetti ambulatoriali/residenziali/semiresidenziali

Tipologia	Numerosità prevista	Caratteristiche
Dipendenti da cocaina		
Dipendenti da alcol		
Dipendenti da eroina		
Dipendenti senza sostanza		
Tossicodipendenti poliassuntori		
Pazienti con comorbidità psichiatrica (Asse I DSM IV)		
Pazienti con disturbo di personalità (Asse II DSMIV)		
Detenuti tossicodipendenti		
Genitori e familiari di pazienti		
Immigrati		
Minori coinvolti in circuito penale		

Almeno una tipologia obbligatoria per progetti sul campo (Unità Mobili)

Tipologia	Numerosità prevista	Caratteristiche
Soggetti raggiunti dal progetto (grandi gruppi)		
Soggetti contattati dal progetto con informazioni in gruppi di medie/piccole dimensioni		
Soggetti contattati dal progetto con consulenza/informazione personalizzata e individuale		
Soggetti contattati dal progetto informazioni e distribuzione di materiale anche sanitario		
Soggetti a cui è effettuata prestazione di counseling o sanitaria		
Soggetti a cui è effettuata prestazione per overdose		

4.2. Destinatari indiretti

a. Quale è la composizione e la numerosità dei destinatari indiretti previsti

[illegible]

4.3. Modalità di contatto, di informazione e di eventuale invio

- a. Quali sono le modalità previste di individuazione dei luoghi strategici ove contattare la popolazione target? Ovvero quali modalità di promuovere la conoscenza e l'utilizzo dei servizi erogati?

- b. Quali sono le modalità previste di contatto, promozione di fiducia e mantenimento di relazione tra il servizio erogato e l'utenza?

- c. Quali sono le modalità previste di informazione, distribuzione materiale, invio a servizi, consulenza, assistenza?

SEZIONE 5: VALUTAZIONE DI PROCESSO E DI ESITO
--

5.1. Pianificazione della valutazione di processo

a. Quale è il piano di valutazione di processo?

--

b. Quali risorse vengono messe a disposizione per realizzare la valutazione di processo?

--

c. Chi condurrà la valutazione di processo?

--

a. Indicatori di valutazione di processo

<i>Obiettivi</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Strumenti</i>
1.		
2.		
3.		

5.2. Pianificazione della valutazione di esito

b. Quale è il piano di valutazione di esito?

--

c. Quali risorse vengono messe a disposizione per realizzare la valutazione di esito?

--

d. Chi condurrà la valutazione di esito?

--

e. Indicatori di valutazione di esito

<i>Obiettivi</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Strumenti</i>
1.		
2.		
3.		

SEZIONE 6: RISORSE UMANE

6.1. Personale previsto per lo svolgimento del progetto :*(indicare singolarmente tutte le figura professionali previste)*

	Qualifica	Formazione e competenze nel settore delle Tossicodipendenze	Formazione e competenze nella linea progettuale	Orario/settimana	Tipologia Contratto
1					
2					
3					
4					
5					
...					

6.2. Personale messo a disposizione dagli attuatori per il progetto (risorse interne)

Quale risorse umane sono eventualmente messe a disposizione del progetto a titolo di compartecipazione alla realizzazione del progetto? Indicare le eventuali qualifiche e l'impegno orario

--

6.3. Piano di formazione previsto per il personale impegnato nel progetto

a. È prevista la partecipazione a eventi/programmi formativi esterni, ovvero si è programmata una linea formativa interna?

☐ No; ☐ Sì, partecipazione a formazione esterna; ☐ Sì, realizzazione di formazione interna

b. Se sì, quali sono i temi, quale metodologia didattica e quale impegno temporale complessivo sono previsti per l'attività formativa?

--

6.4. Piano di supervisione previsto per il personale impegnato nel progetto

a. È prevista la supervisione del personale impegnato nel progetto?

☐ No; ☐ Sì

b. Se sì, quale tempistica, quale metodologia e quale tipologia di supervisore si prevede?

--

SEZIONE 7 - RISORSE STRUTTURALI

7.1. Sede operativa prevista dal progetto *(Per i progetti ambulatoriali/residenziali/semiresidenziali)*

a. Quale è la sede operativa prevista per l'attuazione del progetto?

b. Quali sono le caratteristiche strutturali e logistiche della sede (ampiezza, accessibilità, ecc)?

c. Di chi è la titolarità della sede?

☐ Pubblica; ☐ Privata

d. Con quale modalità la sede viene messa a disposizione per il progetto dall'attuatore (affitto, titolo gratuito...)

7.2. Strutture mobili previste dal progetto *(Per i progetti sul campo)*

a. Quale è/sono le Unità Mobili previste per il progetto?

b. Di chi è la titolarità della U.M.?

☐ Pubblica; ☐ Privata

e. Con quale modalità la U.M. viene messa a disposizione per il progetto dall'attuatore

SEZIONE 8 - RISORSE ECONOMICHE

8.1. Piano finanziario generale (24 mesi):

a. Generale sui 24 mesi

Voci di spesa	n. addetti	Ore (quantità)	Costo unitario	Totale
1. Personale				
1.1 Coordinamento				
1.2. Consulenza e supervisione				
1.3. Operatori				
2. Attrezzature				
3. Spese di gestione				
3.1 Locali				
3.2 Materiale di consumo				
3.3 Spese amministrative				
4. Materiale sanitario				
5. Spese di vitto, alloggio				
6. Spese produzione, divulgazione				
7. Altro (specificare)....				
TOTALE SPESE				

b. Ripartizione sui 24 mesi per ogni partner

Voci di spesa	Capofila	Partner 1	Partner...	Partner...	Totale
1. Personale					
1.1 Coordinamento					
1.2. Consulenza e supervisione					
1.3. Operatori					
2. Attrezzature					
3. Spese di gestione					
3.1 Locali					
3.2 Materiale di consumo					
3.3 Spese amministrative					
4. Materiale sanitario					
5. Spese di vitto, alloggio					
6. Spese produzione, divulgazione					
7. Altro (specificare)....					
TOTALE SPESE					

8.2. Piano finanziario (20 mesi):

Voci di spesa	n. addetti	Ore (quantità)	Costo unitario	Totale
1. Personale				
1.1 Coordinamento				
1.2. Consulenza e supervisione				
1.3. Operatori				
2. Attrezzature				
3. Spese di gestione				
3.1 Locali				
3.2 Materiale di consumo				
3.3 Spese amministrative				
4. Materiale sanitario				
5. Spese di vitto, alloggio				
6. Spese produzione, divulgazione				
7. Altro (specificare)....				
TOTALE SPESE				

a. Ripartizione di finanziamento per attività di ogni partner

Voci di spesa	Capofila	Partner 1	Partner...	Partner...	Totale
1. Personale					
1.1 Coordinamento					
1.2. Consulenza e supervisione					
1.3. Operatori					
2. Attrezzature					
3. Spese di gestione					
3.1 Locali					
3.2 Materiale di consumo					
3.3 Spese amministrative					
4. Materiale sanitario					
5. Spese di vitto, alloggio					
6. Spese produzione, divulgazione					
7. Altro (specificare)....					
TOTALE SPESE					

ALLEGATO 6.

CRITERI DI FINANZIAMENTO DEI PROGETTI E RENDICONTAZIONE**1. Destinatari del finanziamento**

Destinatario del finanziamento è il soggetto che presenta la domanda.

Qualora la domanda sia presentata da Consorzio, Associazione o partenariato il finanziamento sarà destinato al soggetto indicato come soggetto capofila. Qualora il soggetto capofila sia una ASL o un Ente Locale, il finanziamento sarà erogato direttamente ai singoli partners, al fine di assicurare maggiore tempestività nella ricezione del fondo.

Il soggetto capofila è tenuto all'erogazione dei fondi ai partners entro e non oltre 30 giorni dalla liquidazione da parte della Regione Lazio.

Il soggetto capofila dovrà ricoprire il ruolo di responsabile amministrativo del progetto.

2. Obblighi del soggetto destinatario del finanziamento

Il soggetto proponente ammesso al finanziamento sarà tenuto a:

- applicare nei confronti del personale dipendente il contratto nazionale del settore di riferimento;
- applicare la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza ed assicurazioni sociali obbligatorie, nonché rispettare la normativa in materia fiscale;
- redigere il rendiconto finale delle spese sostenute per la realizzazione del progetto e presentarlo entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso;
- esibire su richiesta dell'amministrazione la documentazione originale;
- fornire secondo le modalità stabilite dall'amministrazione, tutti i dati attinenti la realizzazione del progetto finanziato;
- assicurare la massima collaborazione per lo svolgimento delle verifiche con la presenza del personale interessato;
- agevolare l'effettuazione dei controlli nel corso delle visite ispettive;
- fornire le informazioni ordinarie e straordinarie richieste dalla Regione entro i termini fissati;

3. Modalità di concessione del finanziamento

Terminata la fase istruttoria, la Direzione Regionale competente approva il piano di riparto del finanziamento dei progetti approvati.

Il direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale notificherà ai soggetti titolari dei progetti ammessi la concessione dei finanziamenti e provvederà ad emanare i provvedimenti relativi all'erogazione.

La liquidazione degli stessi avverrà nel seguente modo:

il 40% % all'approvazione del progetto

il 40% allo scadere dei primi dieci mesi di attività, previa presentazione della valutazione positiva da parte dell'ente valutatore

il 20% a saldo dello scadere dei 20 mesi di progetto, previa presentazione della rendicontazione amministrativa e contabile da parte dei soggetti beneficiari e valutazione positiva finale da parte dell'ente valutatore.

I progetti devono essere attivati previa comunicazione di assegnazione del finanziamento da parte degli uffici della Direzione.

I soggetti destinatari del finanziamento sono tenuti ad avviare i progetti dandone formale comunicazione alla Regione.

4. Rendicontazione della spesa e revoca dei contributi

Entro novanta giorni dalla fine del progetto i beneficiari sono tenuti a presentare alla Regione:

- dichiarazione dell'avvenuta realizzazione dello stesso
- relazione conclusiva contenente obiettivi, modalità di attuazione, risultati conseguiti

- rendiconto delle spese effettivamente sostenute, debitamente certificate e ritenute ammissibili coerentemente con quanto già previsto

Con riferimento all'art. 16 della L. R n.6 del 7 giugno 1999 le spese dovranno essere certificate da persona o società iscritta nel Registro dei Revisori Contabili di cui al D. Lgs 26gennaio 1992 n.88 e al DPR 20/11/92 n.474. Le spese per la certificazione sono dichiarate ammissibili sotto la voce " spese amministrative".

Procedure e modalità di rendicontazione verranno indicate con apposita circolare dei competenti uffici regionali.

Qualora le spese effettivamente sostenute al termine del progetto risultassero inferiori al finanziamento assegnato lo stesso sarà ridotto.

Qualora non venisse inviata la comunicazione di avvio del progetto entro i termini prefissati la Regione dispone la revoca del finanziamento provvedendo contestualmente all'introito delle somme erogate.

Qualora un partner di progetto, durante la realizzazione dello stesso, revochi la propria partecipazione dovrà darne tempestiva comunicazione scritta al Capofila, motivandone le ragioni. Il Capofila dovrà quindi comunicare alla Regione la variazione del partenariato, trasmettendo congiuntamente una proposta di modifica delle attività progettuali e di eventuale nuova ripartizione economica. La Regione si riserva di approvare la rimodulazione; in caso di non approvazione la quota di finanziamento spettante al partner che si è ritirato sarà revocata o ne sarà effettuato un reintroito dalla Regione.

Qualora le azioni realizzate dal progetto siano valutate non interamente corrispondenti a quanto richiesto dal presente bando (in termini di quantità di destinatari, di linee di azione richieste, di tempistica, di personale) saranno richiesto reintroito della cifra ritenuta dalla Regione corrispondente alla mancata fornitura di servizio.

La revoca ed il reintroito vengono disposti con proprio atto formale del Direttore della Direzione quando non ravvisi il rispetto delle indicazioni stabilite nei punti precedenti. La revoca del progetto può essere altresì disposta nei casi in cui i soggetti titolari del finanziamento non ottemperino alle disposizioni impartite dalla Regione o si rendano colpevoli di atti illeciti.

Le quote di finanziamento residue per ritiro o decadenza dei progetti approvati e le quote di finanziamento non assegnate per carenza qualitativa o quantitativa dei progetti presentati siano mantenute nel bilancio della Regione con vincolo di destinazione

5. Controlli sui finanziamenti erogati

La Regione dispone controlli sulla destinazione e l'utilizzo dei finanziamenti, sulla realizzazione e sulla efficacia degli interventi finanziati attraverso:

- un sistema di monitoraggio informatico inerente lo stato di avanzamento finanziario fisico e procedurale degli interventi realizzato e fornito dagli uffici regionali, con particolare attenzione alla rendicontazione delle spese effettivamente sostenute.
- controlli a campione anche mediante ispezione presso la sede degli Enti
- un sistema informativo inerente la verifica del corretto iter amministrativo procedurale sulle attività svolte
- un protocollo di valutazione di efficacia degli interventi svolti.

In funzione degli adempimenti inerenti i suddetti controlli, tutti i promotori dovranno dotarsi delle risorse tecniche e delle competenze per la gestione del sistema. Le spese relative sono dichiarate ammissibili. L'amministrazione si riserva l'eventuale produzione e diffusione di documentazione finalizzata ad illustrare nel dettaglio le procedure di monitoraggio e rendicontazione.

6. Rendicontazione di attività

Il Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. della ASL RME, di concerto con l'Area Programmazione della rete dei servizi nell'area dei soggetti deboli della Regione Lazio, provvederà a definire la metodologia, gli indicatori ed i dati utili per effettuare la valutazione di processo e di esito dei progetti. Ogni progetto è tenuto a rispondere al sistema di valutazione delle attività, nelle modalità che verranno richieste. Il sistema informativo sarà gestito ed utilizzato secondo le norme previste per la protezione e la riservatezza dei dati personali e sensibili.

ALLEGATO 7.

AZIONI DI SISTEMA - ASSEGNAZIONE DIRETTA

1. Descrizione linee di progetto

Le seguenti linee di progetto costituiscono le Azioni di Sistema per il governo della rete dei servizi. Sono affidate direttamente a Enti Pubblici, in continuità con precedenti azioni già affidate, ovvero in funzione delle specifiche competenze istituzionali e scientifiche..

1. *“monitoraggio e valutazione dei progetti di cui al presente bando”* affidata al Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. della ASL RME (in continuità con quanto previsto dalla DGR 186 del 21.03.2008), per un importo pari a € 50.000,00 per un periodo di 26 mesi;
2. *“prosecuzione dell'implementazione del Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze”* affidata all'Agenzia Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP) in partenariato con il Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. della ASL RME (in continuità con quanto previsto dalla DGR n. 136 del 2007), per un importo pari a € 90.000,00 per un periodo di 24 mesi;
3. *“azione formativa rivolta agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale impegnati in ambito di Patologie delle Dipendenze”*, affidata alla ASL RMA, U.Org. Formazione, in qualità di capofila del partenariato già costituito (in continuità con quanto previsto dalla Determina Regionale D4061 del 28 novembre 2008), per un importo pari a € 80.000,00 per un periodo di 18 mesi
4. *“azione formativa rivolta agli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti”*, affidata alla ASL RMB, in virtù della quantità di popolazione detenuta, insistente sul territorio, in qualità di capofila di partenariato da costituire, per un importo pari a € 35.000,00 per un periodo di 18 mesi
5. *“monitoraggio e miglioramento della qualità dei laboratori di tossicologia in ambito regionale”*, affidato all'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento all'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco, Reparto Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping, in virtù del compito istituzionale e della competenza ad esso riconosciuti, per un importo pari a € 70.000,00 per un periodo di 18 mesi.

2. Presentazione ed approvazione programmi operativi

Gli Enti di cui sopra devono presentare il programma di lavoro alla competente Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale, che provvederà con proprio atto alla definitiva approvazione previo concordamento del programma stesso.

Nella presentazione del programma saranno, altresì, indicati con atto formale i partenariati costituiti per la realizzazione delle attività, nel rispetto di quelli già attivi nella medesima linea progettuale

3. Erogazione fondi

L'erogazione delle suddette somme verrà effettuata con le seguenti modalità:

80% all'approvazione del progetto;

20% a saldo previa presentazione dei prodotti specifici indicati nei singoli programmi approvati.