

REGIONE
TOSCANA



I SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER TOSSICODIPENDENTI IN TOSCANA

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

Deliberazione G.R.T. n. 1165/2002

Deliberazione G.R.T. n. 143/2005

L'elaborazione e redazione del presente lavoro è stata curata da:

Michele Lanzi Arcangelo Alfano Milo Meini Giulia Carrara

SOMMARIO

PREMESSA	pag. 4
• CONTESTO REGIONALE PRE-SPERIMENTAZIONE	pag. 4
• VERSO LA SPERIMENTAZIONE	pag. 5
 I. L'AVVIO DEL PROCESSO SPERIMENTALE	 pag. 6
• I CONTENUTI	pag. 6
1. L'atto di indirizzo	pag. 6
2. I nuovi servizi	pag. 7
3. I requisiti	pag. 8
4. Il sistema tariffario	pag. 9
• LA PROCEDURA	pag. 10
1. Le autocertificazioni	pag. 10
2. Le verifiche e i controlli	pag. 11
3. Il Gruppo di Monitoraggio della Sperimentazione	pag. 12
4. Gli strumenti di monitoraggio e le azioni di accompagnamento	pag. 12
5. Proroga della sperimentazione	pag. 13
 II. PRIMI RISULTATI DEL MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE	 pag. 14
• SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	
• SERVIZI RESIDENZIALI	
 III. BREVI ANNOTAZIONI FINALI	 pag. 22
 APPENDICE	 pag. 23
• TABELLE	pag. 23
• SINTESI NORMATIVA	pag. 28

PREMESSA

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 ha impegnato la Giunta regionale a dare attuazione all'Atto di Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 1° ottobre 1999, con l'emanazione di apposite disposizioni, in coerenza con le normative regionali, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso e per l'adeguamento funzionale e strutturale delle comunità terapeutiche.

Con l'approvazione da parte della Giunta regionale toscana della delibera n. 1165 del 21 ottobre 2002 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999" è stata avviata una vera e propria riforma e riorganizzazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale erogata a persone con problematiche di dipendenza patologica che a tutt'oggi non ha precedenti su tutto il territorio nazionale.

L'impostazione del riordino è il frutto dei solidi risultati di un impegno ormai "storico" rispetto all'integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale che si è particolarmente sviluppato nel percorso assistenziale territoriale e nell'assistenza residenziale e semiresidenziale dei soggetti con problematiche di dipendenza e che ha visto un ruolo partecipativo e propositivo del sistema regionale delle dipendenze, consolidatosi anche formalmente con il "Patto di Collaborazione", unica esperienza a livello nazionale, sottoscritto nel 1998 dal Presidente della Giunta regionale toscana e dal Presidente del CEART (Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Toscana).

Contesto regionale pre-sperimentazione

- convenzioni tra Aziende USL e Enti Ausiliari annualmente prorogate con disposizioni del competente Assessore regionale e rette rivalutate al tasso annuale di inflazione programmata (in mancanza delle determinazioni nazionali ed in attesa della nuova disciplina statale di riordino e revisione del settore delle dipendenze e dei rapporti fra le Aziende UU.SS.LL. e gli Enti Ausiliari);
- sviluppo disorganico dei servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti con interventi differenziati per tipologia di utenza e per tipologia di strutture che hanno registrato, da un lato, trattamenti diversificati di medesime prestazioni a seconda del soggetto erogatore, dall'altro sono state trattate in modo analogo prestazioni diverse per intensità di assistenza o di costo;
- necessità di interventi quanto più possibili diversificati in grado di rispondere in maniera completa a tipologie di utenza con caratteristiche e bisogni differenziati che non trovano un'adeguata collocazione nei tradizionali programmi di recupero e reinserimento sociale.
- notevole sofferenza finanziaria degli Enti Ausiliari dovuta alla scarsa valorizzazione economica di rette non rispondenti agli sforzi organizzativi e economici sostenuti per l'adeguamento strutturale delle comunità e per l'impiego di personale sempre più qualificato ed aggiornato necessario per allestire programmi terapeutici in grado di soddisfare bisogni assistenziali sempre più complessi;

- carenza di un quadro tariffario di riferimento stabile in grado di consentire alla Regione Toscana, alle Aziende USL e agli Enti Ausiliari una corretta programmazione degli interventi e una efficace risposta alla domanda di trattamento;
- insufficiente quadro conoscitivo regionale sia rispetto alla rete territoriale dei servizi residenziali e semiresidenziali (gestiti sia dal servizio pubblico che dagli Enti Ausiliari) che all'utenza afferente a tali servizi e alla valutazione dei trattamenti erogati.

A tali esigenze la Regione Toscana ha fornito una prima risposta sostenendo, con le risorse derivanti dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, iniziative volte a:

- Ampliare le tipologie dei "pacchetti di prestazioni" convenzionabili con i servizi del privato sociale, quali Centri Crisi, Unità di strada, Programmi brevi di detossicazione e orientamento, Pronta Accoglienza, Case Alloggio;
- Costituire percorsi formativi integrati tra operatori dei servizi pubblici e del privato sociale;
- Incrementare le esperienze di integrazione finalizzate alla adozione di strumenti e metodologie comuni per la valutazione diagnostica e la definizione dei percorsi terapeutici;
- Costruire un sistema informativo regionale sulle tossicodipendenze (SIRT) in grado di orientare le scelte programmatiche della Regione e delle Aziende USL;
- Sperimentare rapporti convenzionali tra Aziende USL e Enti Ausiliari a doppia direzione, con fornitura di prestazioni a titolo oneroso da parte dei servizi USL all'interno delle offerte terapeutiche fornite dagli Enti Ausiliari per programmi speciali quali situazioni di "Doppia diagnosi", patologie virali, trattamenti farmacologici, trattamenti per donne in gravidanza e/o con bambino etc.

Verso la sperimentazione

A partire dall'anno 2001 viene costituito presso il Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà un gruppo tecnico di lavoro a composizione mista pubblico/privato (rappresentanti dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende USL e degli Enti Ausiliari), a cui viene affidato il mandato di individuare le possibili modalità attuative dei servizi previsti dall'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 tenuto conto della peculiarità e della specificità delle strutture toscane e nell'ottica dell'integrazione pubblico-privato sociale che caratterizza il modello toscano.

Il Gruppo tecnico, coordinato dal Responsabile della P.O. "Azioni di prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze. Raccordo interfunzionale per la rete integrata di servizi pubblici e privati operanti nel settore" della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, ha preliminarmente stabilito quanto segue:

1) di attivare una sperimentazione sul territorio regionale dei soli servizi residenziali e semiresidenziali previsti dall'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 e che risultano essere i seguenti:

servizi di accoglienza
servizi terapeutico-riabilitativi
servizi di trattamento specialistici
servizi pedagogico-riabilitativi

in quanto il *servizio di tipo multidisciplinare integrato*, corrispondente al Servizio Ambulatoriale per le Tossicodipendenze (SERT), secondo la legislazione e la programmazione regionale della Toscana, è di competenza dei servizi pubblici, che hanno la titolarità della certificazione dello stato di tossicodipendenza, della diagnosi e della cura dei soggetti con problemi di dipendenza nonché dell'elaborazione del piano di trattamento che può prevedere, in base ai bisogni della persona, trattamenti con farmaci sostitutivi, trattamenti riabilitativi in comunità residenziali e/o semiresidenziali, percorsi di inserimento sociale e lavorativo.

2) di avviare una riflessione sui *“programmi di rete”* e sui *“piani territoriali”* previsti dall'art. 16 dell'Atto di Intesa Stato-Regioni successivamente all'esito della sperimentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali e coerentemente con l'avvio dei nuovi modelli organizzativi territoriali socio-sanitari (Società della Salute);

3) di includere nella sperimentazione anche le Comunità residenziali e/o semiresidenziali a gestione pubblica;

4) che i requisiti definiti (strutturali, funzionali, organizzativi e di personale) dovessero essere posseduti sia dalle strutture gestite dagli Enti Ausiliari che da quelle gestite dai servizi pubblici;

5) coerentemente ai punti 3) e 4) la definizione di un sistema tariffario valevole sia per i servizi a gestione pubblica che del privato sociale a parità di servizi e prestazioni erogate.

L'AVVIO DEL PROCESSO SPERIMENTALE

I CONTENUTI

1. L'atto di indirizzo

La Giunta regionale toscana ha pertanto approvato la deliberazione n. 1165 del 21 ottobre 2002 *“Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999”*.

La Giunta regionale con tale deliberazione ha preso a base, come contenuti innovativi e essenziali, i seguenti elementi:

- la riqualificazione e la riorganizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali prevista dal PSR 2002-2004;
- la riconduzione ad unitarietà del complesso delle prestazioni erogate, secondo criteri di appropriatezza, di qualificazione e di economicità;
- l'adeguamento delle capacità di risposte assistenziali ai complessi e mutevoli bisogni presenti nel settore delle dipendenze;
- il rafforzamento del percorso di integrazione tra i Servizi Pubblici e gli Enti Ausiliari della Regione Toscana avviato nel 1998 con la sottoscrizione del “Patto di Collaborazione” tra la Regione Toscana e il Coordinamento degli Enti Ausiliari;
- la definizione di un sistema tariffario delle nuove tipologie di prestazioni residenziali e semiresidenziali valevole per il periodo della sperimentazione (1/1/2003 – 31/12/2004) e basato su criteri di intensità assistenziale e organizzazione dei servizi secondo i bisogni reali delle persone con problemi di dipendenza;
- la pari dignità dei servizi pubblici e del terzo settore coinvolti nella tematica delle dipendenze, nel pieno rispetto delle funzioni, ruoli e specificità di ognuno.

2. I nuovi servizi:

Le aree di intervento

L'atto di indirizzo regionale ha ricompreso nelle seguenti aree di intervento i servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento di soggetti dipendenti da sostanze d'abuso previsti dall'atto di Intesa Stato-Regioni:

Area 1 - Servizi di accoglienza

Area 2 - Servizi terapeutico riabilitativi

Area 3 - Servizi di trattamento specialistici

Area 4 - Servizi pedagogico riabilitativi

• Finalità

Fornire risposte appropriate e qualificate in relazione ai bisogni espressi dall'utenza.

Area 1 - Servizi di accoglienza

I servizi dell'Area 1 accolgono persone, di norma per una durata non superiore a novanta giorni, indipendentemente dalla loro decisione di accettare, nell'immediato, un programma finalizzato al superamento della dipendenza.

Soddisfano bisogni fondamentali o stati di bisogno straordinario della persona contribuendo a prevenire o ridurre rischi di cronicità sociale nella prospettiva di un successivo impegno terapeutico. Ospitano soggetti anche in fase attiva e/o in trattamento farmacologico, anche sostitutivo.

Area 2 - Servizi terapeutico riabilitativi

I servizi dell'Area 2 accolgono persone che accettino di aderire ad un programma terapeutico, dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi.

Attuano piani terapeutici e riabilitativi, personalizzati e articolati in interventi individuali e di gruppo, finalizzati all'affrancamento dalle sostanze, al miglioramento della qualità della vita e ad un pieno reinserimento sociale.

Ospitano soggetti anche in trattamento farmacologico sostitutivo.

Area 3 - Servizi di trattamento specialistici

I servizi dell'Area 3 accolgono, in ambiente protetto, persone con particolare problematicità di gestione.

Erogano prestazioni finalizzate alla formulazione e/o all'attuazione del programma terapeutico personalizzato.

I programmi attuati sono personalizzati e finalizzati all'affrancamento dalle sostanze, al compenso delle condizioni psicofisiche e al miglioramento della qualità della vita.

Per tali servizi è stata prevista una durata massima dei programmi e della permanenza dell'utente diversificata per ciascuna specifica tipologia. La durata è indicata nella descrizione dei servizi individuati nell'area 3.

Area 4 - Servizi pedagogico riabilitativi

I servizi dell'Area 4 accolgono persone che accettino di aderire ad un piano di trattamento, dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a trenta mesi.

Accolgono, di norma, persone senza trattamento farmacologico specifico in corso.

I piani di trattamento sono personalizzati ed attuati adottando metodologie di tipo pedagogico per lo svolgimento dei programmi riabilitativi.

Le tipologie di servizi

Le quattro aree di intervento sono state suddivise nelle seguenti tipologie di servizi:

Area 1 - Servizi di accoglienza

- A. Centro semiresidenziale di accoglienza.
- B. Centro residenziale di accoglienza.

Area 2 - Servizi terapeutico riabilitativi

- C. Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo.
- D. Servizio residenziale terapeutico riabilitativo.

Area 3 - Servizi di trattamento specialistici

- E. Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche.
- F. Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento.
- G. Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio.

Area 4 - Servizi pedagogico riabilitativi

- H. Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo.
- I. Servizio residenziale pedagogico riabilitativo.

3. I requisiti:

Per ogni tipologia di servizio sono stati definiti requisiti minimi standard, **strutturali e funzionali**, obbligatori per lo svolgimento di ciascuno dei servizi individuati e per l'accesso al sistema tariffario definito.

La scadenza per l'adeguamento a tutti i requisiti, strutturali e funzionali, è stata prevista al 31 dicembre 2004.

Entro tale data le tipologie di servizi previste dalla Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 390 del 20 settembre 1994 (semiresidenziale, semiresidenziale speciale, residenziale, residenziale speciale) sono considerate ad esaurimento.

a) strutturali

Nelle more dell'emanazione delle determinazioni previste in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie, rimangono vigenti i requisiti strutturali minimi definiti con Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 98 del 15 marzo 1994 adottata ai sensi dell'art. 4 della Legge Regionale Toscana 11 agosto 1993, n. 54 *"Istituzione dell'Albo Regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti: criteri e procedure per l'iscrizione"*.

b) funzionali

I requisiti funzionali individuati per ogni servizio sono descritti in termini di caratteristiche, prestazioni e personale.

Caratteristiche: riportano le specificità, la durata dello svolgimento delle attività e/o dell'apertura del servizio e gli standard minimi di presenza del personale.

Prestazioni: riportano gli standard minimi degli interventi garantiti alle persone inserite e ai nuclei familiari.

Personale: riporta gli standard minimi espressi in numero di ore, settimanali o annue, necessarie per ogni 12 utenti.

Per il solo servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio lo standard minimo è riportato a 10 utenti.

Per ciascuna qualifica riportata il personale indicato è richiesto con rapporto di lavoro retribuito, dipendente o a convenzione, con le Aziende USL o con l'Ente Ausiliario.

Le Aziende USL e gli Enti Ausiliari che erogano più tipologie di servizi sono tenuti a garantire, in ciascuna sede operativa e per ciascuna tipologia di servizio, gli standard minimi di seguito riportati.

• *Le disposizioni sul personale*

Al fine di garantire la certezza, l'appropriatezza, la continuità e la qualità dei trattamenti un accento particolare è stato posto sul personale che deve essere in possesso, pertanto, dei titoli abilitanti all'esercizio delle specifiche professioni ed avere un rapporto di lavoro con l'Ente Ausiliario o con la USL non volontario ma retribuito (dipendente o a convenzione).

E' stato altresì previsto che per i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria gli Enti Ausiliari possano avvalersi di personale dipendente o convenzionato con il SSN a seguito di specifici accordi con le Aziende USL.

Tali accordi devono essere riportati nelle convenzioni sottoscritte tra Azienda USL e Ente Ausiliario.

La convenzione disciplina altresì i corrispettivi economici a carico dell'Ente Ausiliario e le modalità del loro riutilizzo da parte dell'Azienda USL nel settore delle dipendenze patologiche.

Il Responsabile di Programma

E' stata prevista la figura di responsabile di programma per ogni servizio o sede operativa, quale garante e responsabile della correttezza, della qualità e della continuità dei trattamenti.

Data la delicatezza di tale funzione è stato previsto che il personale a cui sia attribuita la funzione di Responsabile di Programma deve possedere diploma di Laurea o diploma universitario attinente e documentata esperienza di almeno due anni in comunità residenziali o semiresidenziali per tossicodipendenti, a gestione pubblica o del privato autorizzato, dei quali almeno uno con rapporto di lavoro retribuito.

Tale ruolo è stato però svolto nel passato dai fondatori delle Comunità per tossicodipendenti della Toscana e pertanto, al fine di dare continuità all'impronta terapeutico-educativa che rappresenta la specificità di ogni singolo Ente Ausiliario, è stato disposto, nelle more dell'emanazione delle determinazioni previste in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie, il personale che svolga da almeno dieci anni la funzione di Responsabile di Programma nell'Ente Ausiliario alla data di entrata in vigore della delibera 1165/2002 potrà continuare a svolgere tale funzione.

4. Il sistema tariffario

Ogni tipologia di servizio è stata valorizzata economicamente con una tariffa giornaliera per utente assistito, costruita su tre elementi base:

- intensità del programma
- problematicità dell'utenza accolta
- risorse professionali coinvolte nel programma

Le tariffe sono state costruite tenendo conto dei costi reali del personale coinvolto (contratti di categoria), dei costi reali alberghieri (vitto e alloggio), dei costi di ammortamento delle strutture e delle attrezzature.

Il nuovo sistema tariffario è stato un valido strumento per il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali che ha accompagnato e favorito la transizione dal vecchio sistema alle nuove tipologie di servizi.

E' stato infatti:

- riconosciuto agli Enti Ausiliari, una tantum per l'anno 2002, un incremento delle rette vigenti nel 2001, pari al 10% comprensivo del tasso di inflazione programmata, tenuto conto che le rette corrisposte fino ad allora risalivano al 1994 ed erano state aggiornate al solo tasso di inflazione programmata a fronte di un notevole sforzo economico e organizzativo sostenuto dagli Enti Ausiliari per l'adeguamento strutturale delle Comunità e dell'impiego di personale sempre più qualificato per rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più multiproblematica e complessa;
- previsto un incremento progressivo delle tariffe (più contenute nell'anno 2003 e più alte nell'anno 2004) ed erogato sull'effettivo adeguamento delle strutture agli standard minimi strutturali e funzionali stabiliti, certificato dai competenti servizi pubblici (SERT e Dipartimenti di Prevenzione) attraverso visite ispettive presso le stesse strutture;
- riallineato al 31 dicembre 2004 il vecchio sistema tariffario con il nuovo, in modo tale che al 1° gennaio 2005 tutto il sistema della residenzialità per le dipendenze (sia a gestione pubblica che del privato sociale) avesse un unico quadro tariffario di riferimento.

LA PROCEDURA

Le autocertificazioni

L'atto di indirizzo regionale ha previsto, prima della vera e propria fase di avvio della sperimentazione programmata dal 1° gennaio 2003, la presentazione, da parte dei legali rappresentanti delle Aziende USL e degli Enti Ausiliari, di una autocertificazione ove veniva dichiarato, tra l'altro:

- a) l'opzione per uno dei seguenti settori
 - ad alta integrazione socio-sanitaria (comprende i servizi previsti dalla sperimentazione);
 - socio assistenziale (servizi che non intendano richiedere il successivo accreditamento e che per loro natura non erogano prestazioni di competenza del Servizio Sanitario Nazionale).
- b) Ove l'Ente esercitasse l'opzione per il settore ad alta integrazione socio-sanitaria, l'autocertificazione doveva specificare:
 - Area/e di intervento in cui intendeva collocarsi;
 - Tipologia/e dei servizi che intendeva erogare;
 - Massimale di utenza per tipologia di servizio e per sede operativa (ricettività massima);
 - Il possesso, parziale o totale, dei requisiti funzionali e strutturali, di cui al presente atto.

- c) Qualora non in possesso dei requisiti, il programma di adeguamento, con cronologia e tempistica degli interventi e scadenza per la loro completa attuazione. Il programma doveva in ogni caso prevedere l'adeguamento a tutti i requisiti strutturali e funzionali entro e non oltre la scadenza del 31 dicembre 2004. Al mancato adeguamento entro il suddetto termine conseguiva la decadenza dei rapporti economici e contrattuali con il SSN.

Le verifiche e i controlli

Al fine di governare la fase di transizione dal vecchio al nuovo sistema di servizi, la Regione ha provveduto ad inviare alle Aziende USL e ai SERT, entro il 31 dicembre 2002, il quadro complessivo derivante dalle autocertificazioni pervenute.

Entro il 31 gennaio 2003 i SERT dovevano aggiornare i piani di trattamento individuale degli utenti inseriti in sedi operative per le quali fosse stato autocertificato il possesso dei requisiti per le nuove tipologie di servizi e a definire le tipologie idonee per gli stessi utenti.

Entro 90 giorni dal ricevimento della autocertificazione prodotta dagli Enti Ausiliari le Aziende USL territorialmente competenti dovevano provvedere ad effettuare i sopralluoghi per la verifica del possesso dei requisiti strutturali e funzionali di ciascuna sede operativa.

I servizi preposti alle verifiche sono stati: i Dipartimenti della Prevenzione per i requisiti strutturali e i Servizi per le Dipendenze (SERT) per i requisiti funzionali.

Qualora l'Ente Ausiliario avesse dichiarato la carenza di uno o più requisiti i competenti servizi dell'Azienda USL verificavano la congruità del programma di adeguamento e prescriveva eventuali modifiche e/o integrazioni indicandone le rispettive scadenze.

Una volta concluso il programma di adeguamento l'Ente Ausiliario provvedeva ad informare la USL dell'avvenuto completamento.

La USL provvedeva alla verifica dell'avvenuto programma di adeguamento.

Di ciascuna verifica veniva redatto verbale che era trasmesso alla Regione Toscana e all'Ente Ausiliario entro i 30 giorni successivi al sopralluogo di verifica.

Esaurita la fase delle verifiche e dei controlli, qualora positivi, la Regione invitava le Aziende USL territorialmente competenti a provvedere all'adeguamento della convenzione.

La convenzione veniva trasmessa in copia anche al competente ufficio regionale entro 15 giorni dalla sua sottoscrizione.

Ogni tre mesi il competente Ufficio regionale provvedeva a trasmettere alle Aziende USL, ai SERT e agli Enti Ausiliari, il quadro complessivo dei servizi pubblici e degli Enti Ausiliari e le risultanze delle verifiche e dei controlli effettuati nonché dell'adeguamento delle convenzioni e delle tariffe applicate.

Sino al completo adeguamento delle sedi operative e comunque non oltre il 31 dicembre 2004 gli Enti Ausiliari sono stati autorizzati a proseguire l'erogazione dei servizi previsti dalla deliberazione del Consiglio regionale n. 390/1994 senza incrementi tariffari.

Il Gruppo di Monitoraggio della Sperimentazione

Al monitoraggio della sperimentazione è stato preposto un Gruppo tecnico misto pubblico-privato (rappresentanti dei servizi per le dipendenze e delle Aziende USL designati dal Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende USL e rappresentanti designati dal Coordinamento degli Enti Ausiliari).

Il Gruppo ha operato, quale organismo tecnico di supporto e di consultazione della Direzione Generale, al fine di orientare e governare la fase di transizione dal preesistente sistema di interventi alle nuove tipologie di servizi previsti dalla sperimentazione, fornendo supporto, consulenze e risposte ai vari quesiti posti dalle Aziende USL e dagli Enti Ausiliari e proponendo alla Direzione Generale strumenti omogenei e condivisi al fine di regolare i nuovi rapporti contrattuali tra Aziende USL e Enti Ausiliari e governare a livello regionale l'andamento della sperimentazione in termini di disponibilità di risorse, appropriatezza dei ricoveri, costi, fabbisogno complessivo di strutture e servizi.

Gli strumenti di monitoraggio e le azioni di accompagnamento

Al fine di accompagnare il processo e il consolidamento del modello sperimentale, la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, con la collaborazione del Gruppo di Monitoraggio, ha posto in essere alcuni strumenti e azioni di accompagnamento che si possono così riassumere:

Strumenti

- a) schede di rilevazione dell'attività erogata da ciascuna sede operativa (sia gestita da Aziende USL che dagli Enti Ausiliari)
- b) schema tipo di convenzione tra Aziende USL e Enti Ausiliari quale strumento condiviso e uniforme su tutto il territorio regionale per la regolazione dei nuovi rapporti contrattuali tra gli stessi Enti. Tale strumento è stato approvato dalla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà con **Decreto Dirigenziale n. 5815 del 3 ottobre 2003** e successivamente inviato alle Aziende USL e agli Enti Ausiliari.
- c) Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze

Azioni di accompagnamento

- Formazione integrata degli operatori interessati
- Riunioni periodiche del Gruppo di Monitoraggio con i Responsabili dei SERT e degli Enti Ausiliari
- Seminari e giornate di studio locali sul tema della sperimentazione

Proroga della sperimentazione

Il 21 dicembre 2004 il Gruppo di Monitoraggio ha rilevato:

- Il positivo adeguamento e riordino delle sedi operative residenziali e semiresidenziali, pubbliche e del privato sociale, sia da un punto di vista igienico e strutturale che funzionale ed organizzativo, effettuato con notevoli investimenti da parte degli Enti Ausiliari e delle Aziende USL;
- Una maggiore qualificazione degli operatori interessati e coinvolti nella sperimentazione;
- L'accettazione di regole condivise dal sistema pubblico e del privato sociale e di conseguenza una maggiore integrazione tra i soggetti coinvolti;
- La valorizzazione delle prestazioni erogate sia in termini di appropriatezza che di economicità delle stesse;
- L'adozione di strumenti condivisi per il monitoraggio della sperimentazione;
- Il pieno coinvolgimento nella sperimentazione di tutte le sedi operative ubicate sul territorio toscano, sia gestite dalle Aziende USL che dal privato sociale (Enti Ausiliari);
- L'avvenuto adeguamento del 75% delle strutture gestite sia dai servizi pubblici che dagli Enti Ausiliari entro il termine previsto (31 dicembre 2004) nonostante la complessità di una riorganizzazione che è intervenuta su un sistema di offerta disciplinato da norme risalenti agli anni '90 in relazione ad un periodo relativamente breve di sperimentazione (2 anni).

La Giunta regionale toscana, preso atto dei lavori del Gruppo di Monitoraggio e del fatto che il mancato adeguamento di alcune sedi operative gestite dagli Enti Ausiliari era dovuto alla complessità dei lavori e dai vincoli burocratici ed amministrativi per il rilascio delle relative concessioni, ha pertanto deciso, tra l'altro, con propria **deliberazione 143 del 31 gennaio 2005**:

- la proroga al 30 giugno 2005 per il completamento dei lavori di adeguamento del restante 25% delle sedi operative;
- la proroga al 31 dicembre 2005 delle nuove convenzioni stipulate dalle Aziende USL con gli Enti Ausiliari per le sedi operative in possesso dei requisiti, con applicazione delle tariffe previste per l'anno 2004;
- la proroga fino al 31 dicembre 2005 del monitoraggio delle attività e delle prestazioni da parte del Gruppo di Monitoraggio;
- l'estensione della sperimentazione anche nella fase e negli interventi pre e post residenzialità ed in particolare sul versante della marginalità per la riduzione dei danni correlati alla dipendenza;
- l'integrazione del Gruppo di Monitoraggio con ulteriori 5 componenti rappresentativi a livello regionale di organizzazioni ed Enti operanti sul versante della marginalità.

RISULTATI DEL MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

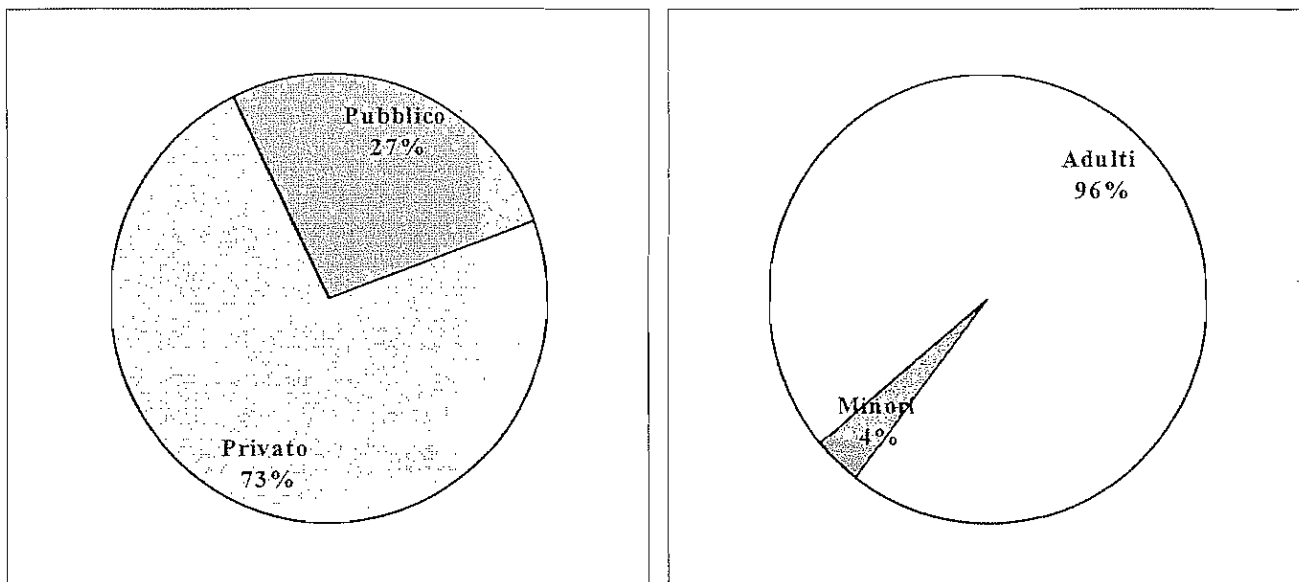
Si riportano di seguito alcune sequenze della evoluzione del sistema quali conseguenze della applicazione della Del.G.R.T. n. 1165 e del riordino delle strutture secondo le indicazioni e i parametri condivisi.

Servizi semiresidenziali

Al 31 dicembre 2005 l'offerta semiresidenziale è di 241 posti:

- ⇒ 177 in Enti Ausiliari e 64 a diretta gestione delle Aziende USL;
- ⇒ 232 per adulti e 9 per minori (figli di utenti o dipendenti da sostanze).

Di seguito le percentuali dei posti semiresidenziali, pubblici e privati e per adulti e minori.



Nel corso della sperimentazione (monitorata dal 2002 al 2005) i posti semiresidenziali sono diminuiti complessivamente del 10,7% (da 270 a 241). Rispetto al 2002 lo scostamento è stato del 19,9% (da 301 a 241). La diminuzione dei posti è stata a carico del privato. Nel pubblico si è avuto un aumento di 8 posti per l'avvio di un diurno nell'ASL 10 dal 2004.

Più motivi contribuiscono a spiegare il fenomeno:

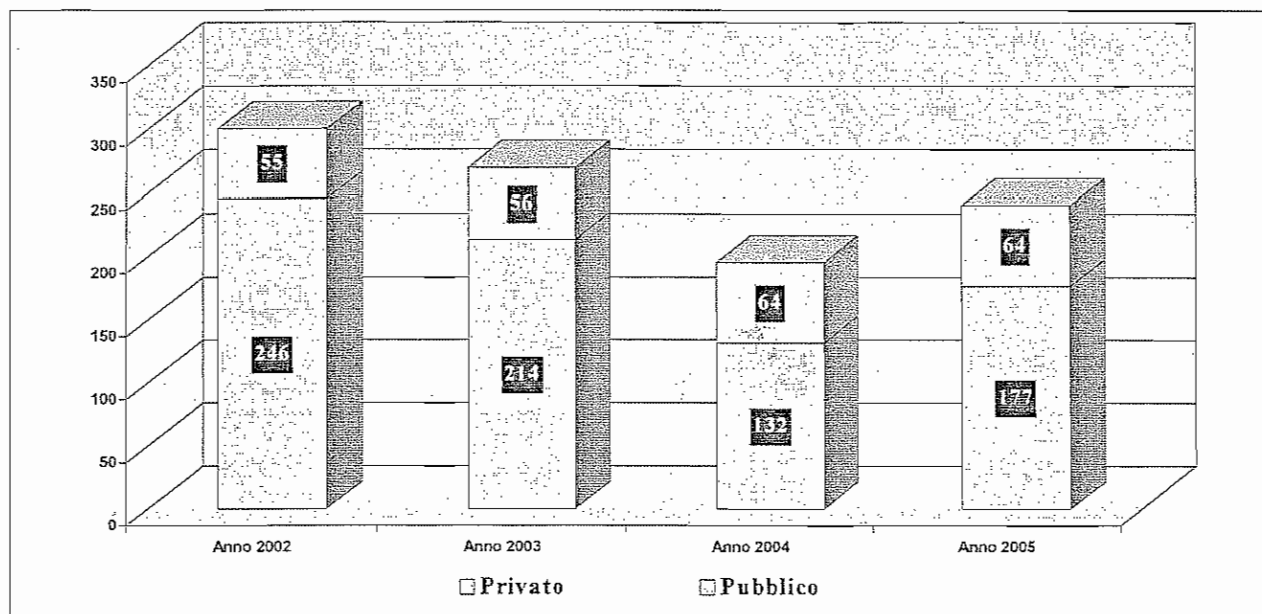
- ⇒ il ripristino delle verifiche sui requisiti strutturali;
- ⇒ il più ristretto bacino territoriale di riferimento dei servizi semiresidenziali;
- ⇒ un incremento nell'utilizzo di diurni a gestione pubblica.
- ⇒ la necessità, per persone più compromesse, di un'ospitalità anche notturna;
- ⇒ le maggiori garanzie offerte dalla permanenza in ambiente protetto 24 ore su 24;

La causa principale è però stata ravvisata nel fatto che hanno cessato le attività, o le hanno sospese, alcune strutture prive dei necessari requisiti strutturali e/o non propriamente riconoscibili quali comunità semiresidenziali.

Esse sussistevano in quanto il precedente atto regionale (Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 390 del 20 settembre 1994) prevedeva due sole tipologie di semiresidenziale e, nella genericità della loro differenziazione, lasciava un eccessivo margine alla contrattazione decentrata tra USL ed Enti del loro territorio per attività non disciplinate dalla norma regionale.

Si attribuisce una potenziale utilità a tali attività, che, sebbene variamente denominate (di *accoglienza*, *ambulatoriali*, di *reinserimento*, etc.), hanno svolto un ruolo interessante, specie nel supporto post-dimissione di trattamenti erogati in regime residenziale e si ravvisa, quindi, l'opportunità di standardizzarne i requisiti per consentire alla Giunta di poterli meglio disciplinare in un successivo atto.

Di seguito si illustra l'andamento negli ultimi 4 anni dei posti in servizi semiresidenziali e la ripartizione pubblico/privato.



Nel 2002 risultavano dichiarati 301 posti in semiresidenziale.

Nel 2005 erano scesi a 241.

Come detto sopra, prima della sperimentazione, i servizi etichettati dagli Enti Ausiliari come di *accoglienza*, *ambulatoriali*, di *reinserimento*, venivano convenzionati sotto l'unica voce di "semiresidenziali".

D'altra parte le norme di allora non consentivano né alle ASL né agli EA di configurarli altrimenti.

Con i controlli ripristinati dalla sperimentazione (Dipartimenti della Prevenzione) ed i nuovi indirizzi, sono stati convenzionati i posti, effettivamente riconducibili alla tipologia "semiresidenziali".

E' altresì vero che alcune strutture sono state chiuse perché prive dei requisiti strutturali minimi e che altre sono state riconvertite in servizi diversi e spesso "più redditizi".

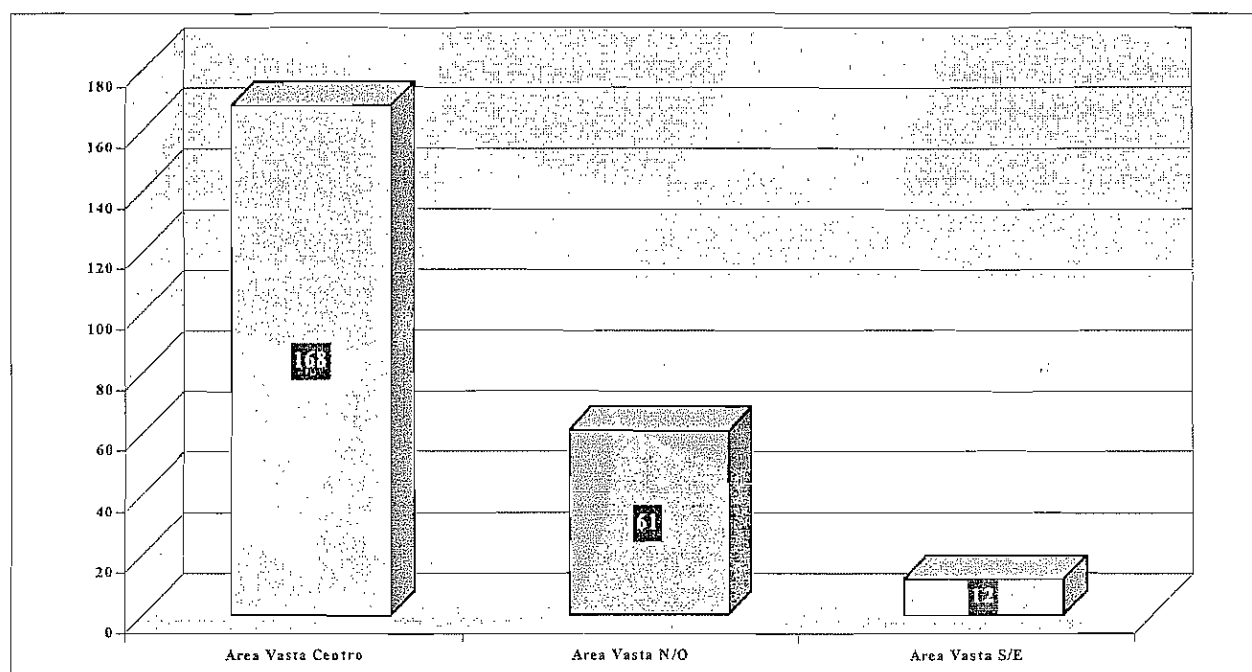
La riduzione del numero di posti è stata tutta a carico del privato mentre nel pubblico i posti diurni sono leggermente aumentati.

L'aumento delle tariffe toscane ha poi contribuito a far sì che altre Regioni riorientassero l'utenza su servizi del loro territorio e sono quindi calate le cosiddette attrazioni.

Nel triennio la quota di extraregionali inseriti in semiresidenziali toscani è scesa dal 18 % al 5%.

Una riduzione tutta a carico del privato in quanto il pubblico non ha mai avuto interesse ad utilizzare i diurni per un'utenza di fuori Regione.

La ripartizione per Area Vasta dei posti semiresidenziali è illustrata nel grafico sottostante.



FABBISOGNO REGIONALE

La caratteristica di semiresidenzialità rende tali servizi fruibili da utenti di bacini territoriali molto ristretti, spesso inferiori a quelli delle Aziende USL e più coincidenti con le Zone Socio-Sanitarie. Gli utenti inseriti dormono a casa loro (se ce l'hanno) o dai familiari (quando possibile) o comunque in sedi che, necessariamente, non possono essere troppo distanti dal diurno.

I semiresidenziali pubblici sono quasi integralmente utilizzati per persone residenti in una sola Zona o, al più, in una sola ASL. Anche per il privato, se non utilizzati a supporto dei programmi residenziali, i diurni sono utilizzati in tal senso.

Probabilmente il livello più appropriato per quantificare le necessità è quello zonale.

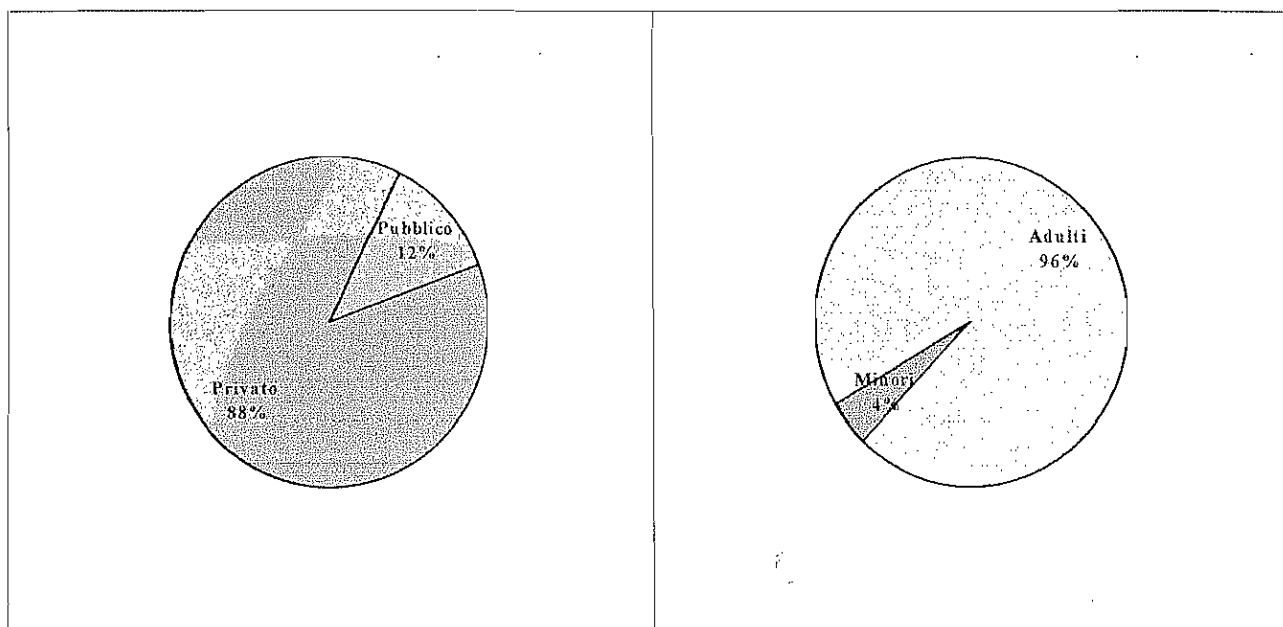
Per tali ragioni un fabbisogno per un livello regionale non è quantificabile se non come sommatoria delle realtà locali di zona.

Servizi residenziali

Al 31 dicembre 2005 l'offerta residenziale era di 873 posti:

- ⇒ 107 a diretta gestione delle Aziende USL e 766 di Enti Ausiliari;
- ⇒ 834 per adulti e 39 per minori, figli di utenti o dipendenti da sostanze.

Nei grafici qui di seguito illustrati si evidenziano le percentuali dei posti residenziali, pubblici e privati e per adulti e minori.



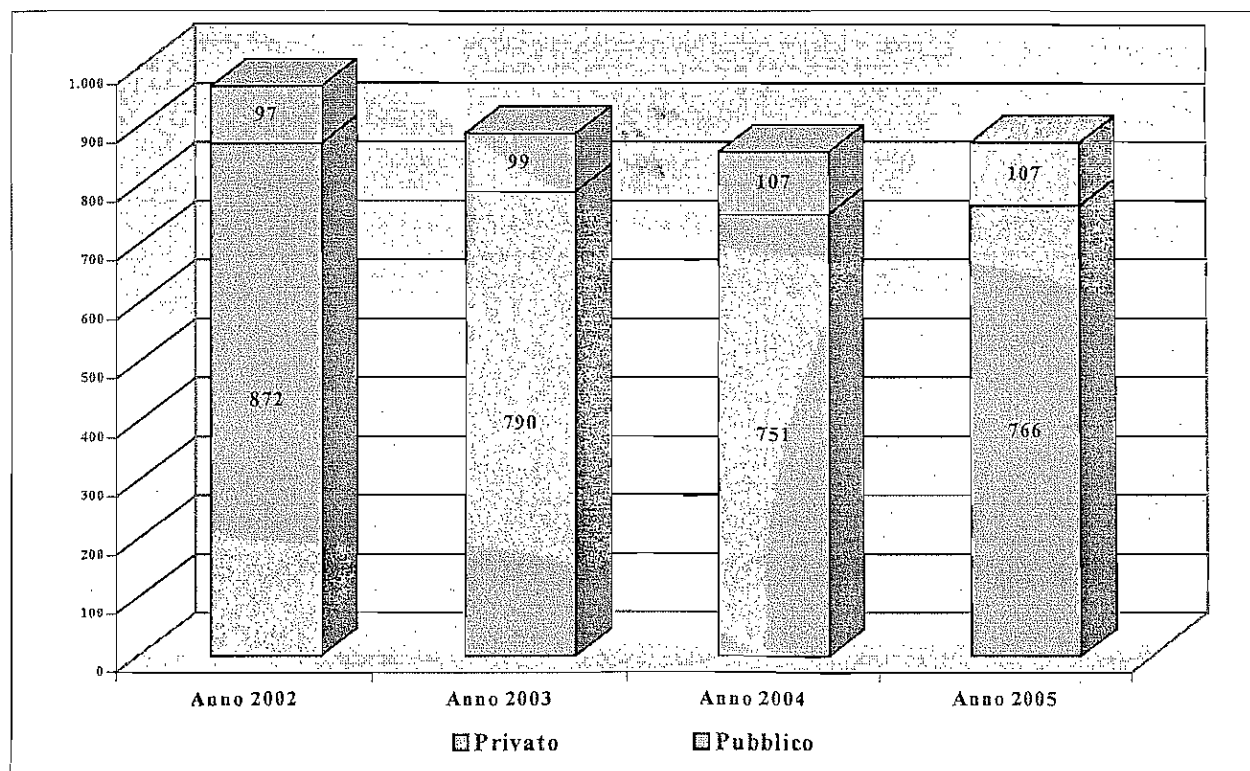
Nel corso della sperimentazione i posti residenziali sono complessivamente diminuiti del 1,8% (da 889 a 873)

Rispetto al 2002 lo scostamento è stato del 9,9% (da 969 a 873).

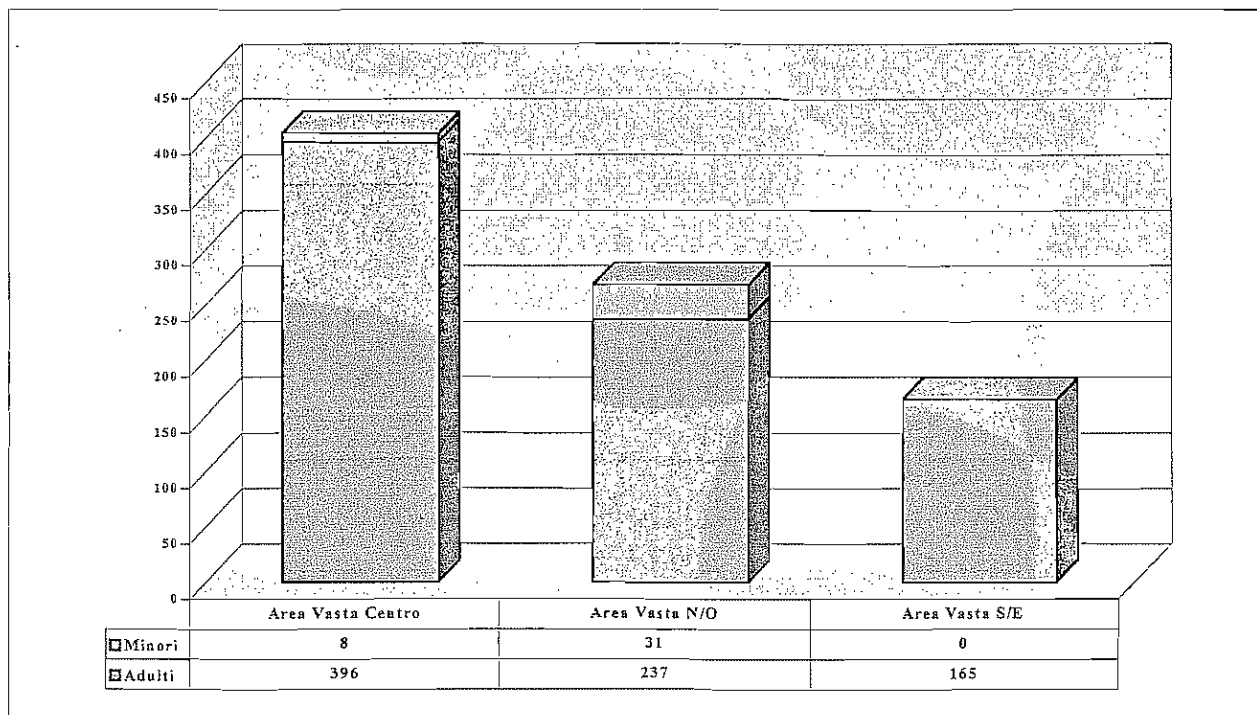
La diminuzione dei posti è stata registrata nel settore privato.

Il principale motivo è stato riscontrato nel ripristino delle verifiche sui requisiti strutturali, già vigenti (Delibera CRT n. 98 del 15 marzo 1994, adottata ai sensi dell'art. 4 della LRT 11 agosto 1993, n. 54) ma prima non controllati, e non alla diminuzione della domanda.

Nel grafico l'andamento dei posti residenziali e la ripartizione pubblico/privato.



La ripartizione per Area Vasta dei posti residenziali è illustrata nel grafico seguente; si ravvisa, in specie in alcune aree territoriali, una carente offerta per minorenni dipendenti da sostanze.



Gli Enti Ausiliari hanno fornito servizi residenziali ad altre Regioni in media per il 28,3% degli utenti inseriti (range tra il 27,8% ed il 30,0%).

L'utilizzo da parte dell'utenza toscana è stato di circa il 71 % (pari a 585 posti privati).

La fornitura di servizi ad altre Regioni da parte del pubblico è stata non significativa.

Nel medesimo periodo, in media, le Aziende USL si sono avvalse di strutture extraregionali per il 15,7% dell'utenza inserita in comunità (range tra il 14,9% ed il 16,3%).

FABBISOGNO REGIONALE

Per le 6 tipologie di servizi residenziali disciplinate dalla Del. 1165/2002 il fabbisogno per l'utenza regionale è valutabile complessivamente in circa **640 posti**.

Più calcoli consentono di individuare un range tra 610 e 670, il numero di 640 corrisponde alla media.

Ad esempio. Nel 2005 i posti residenziali autorizzati erano 873 e così ripartiti:

Residenziali 2005	1B	2D	3E	3F	3G	4I	Totale
Pubblico	8	63	18	18	0	0	107
Privato	19	208	84	67	30	358	766
Totale	27	271	102	85	30	358	873

Hanno avuto i seguenti tassi di occupazione:

Tipologia	1B	2D	3E	3F	3G	4I
Pubblico	79,1%	75,4%	73,5%	62,4%		
Privato	41,4%	80,2%	78,3%	67,5%	92,9%	71,9%

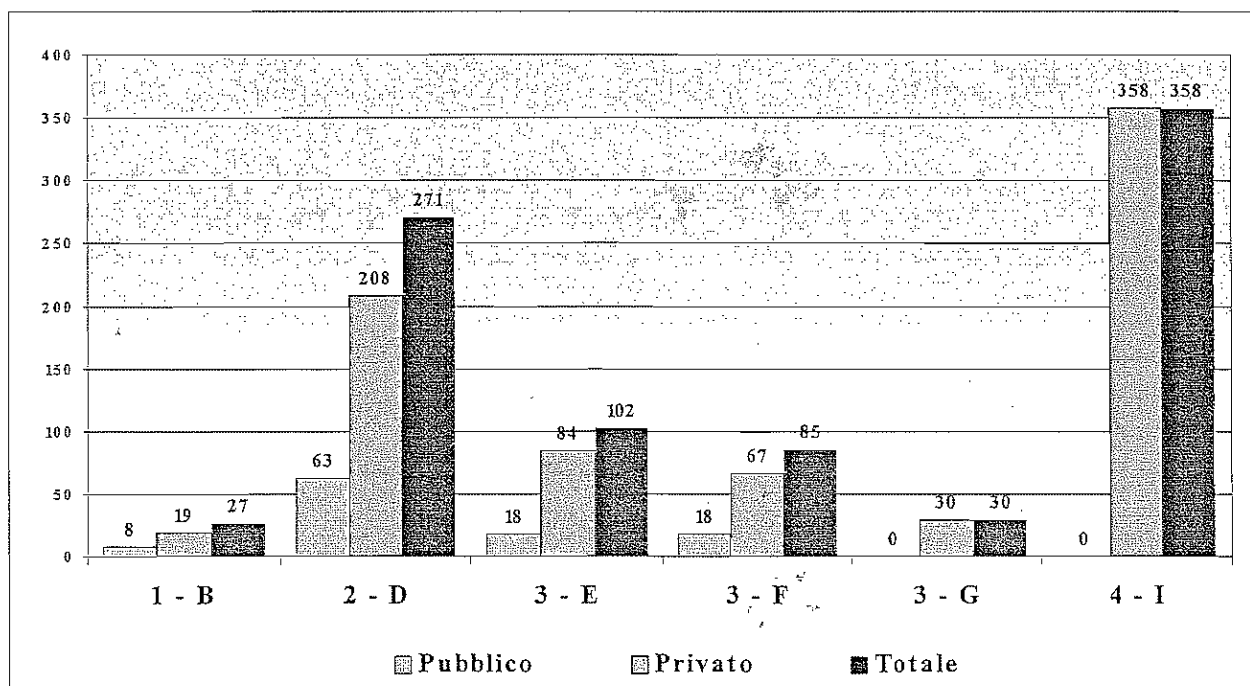
Il fabbisogno determinato in base ai tassi di occupazione è di circa 650 posti:

Tipologia	1 - B	2 - D	3 - E	3 - F	3 - G	4 - I	Totale
Fabbisogno	14	214	79	56	28	257	649

NB L'esempio utilizzato può essere utile per stimare un possibile fabbisogno complessivo.

Non è altrettanto utile per valutare se l'offerta per singola tipologia corrisponda o meno alle caratteristiche dell'utenza che perviene ai SERT (attuale insufficienza dei dati epidemiologici - vedi dopo).

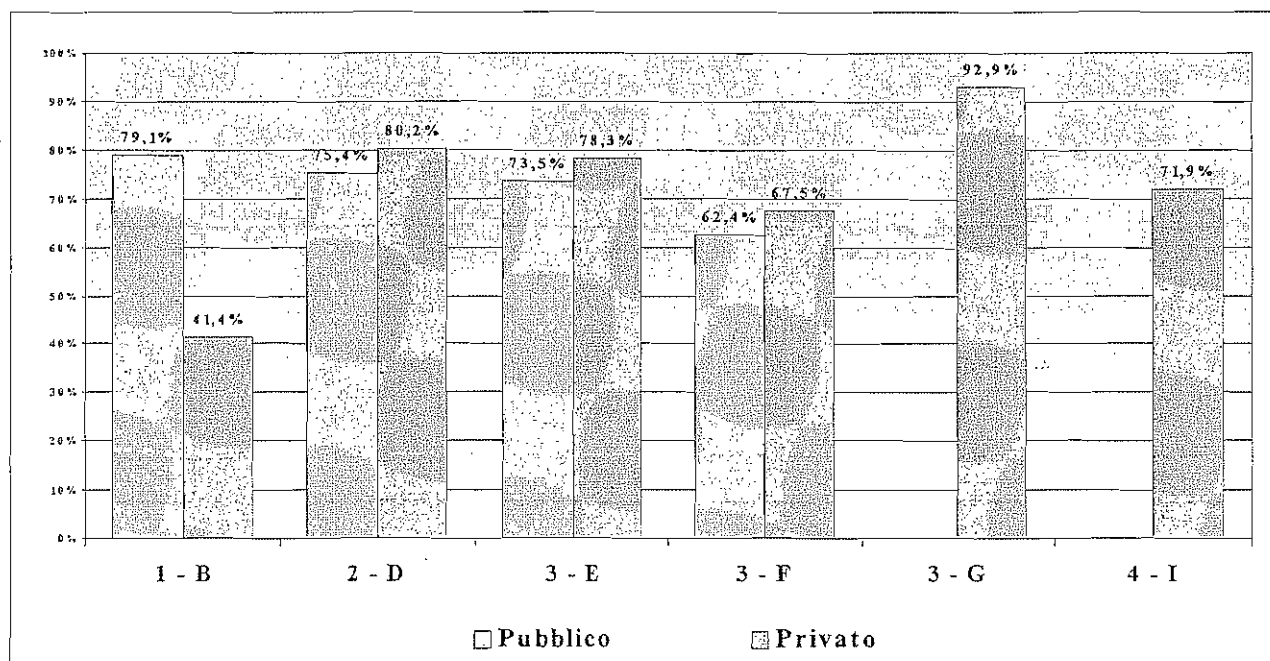
Nel grafico viene illustrata la ripartizione dei posti residenziali a fine sperimentazione, distinti per tipologia di servizio e prestazioni.



specifiche delle sigle

Codice	Tipologia di servizio
1A	Centro semiresidenziale di accoglienza
1B	Centro residenziale di accoglienza
2C	Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo
2D	Servizio residenziale terapeutico riabilitativo
3E	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche
3F	Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento
3G	Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio
4H	Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo
4I	Servizio residenziale pedagogico riabilitativo

Nel grafico si osservano i tassi di occupazione registrati nel 2005.



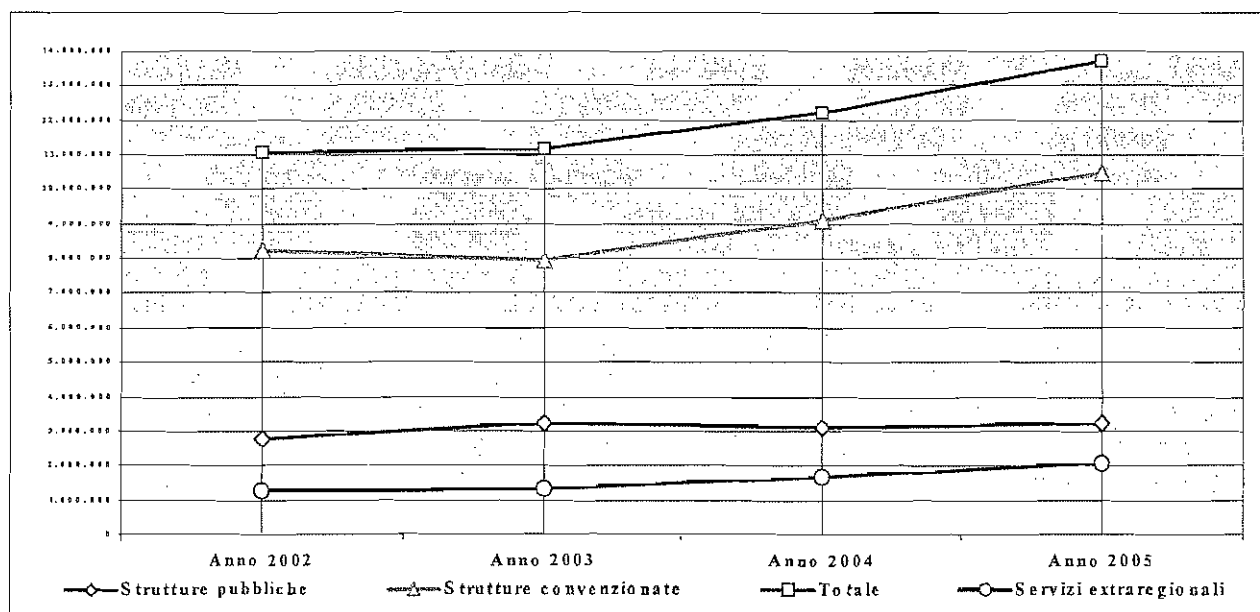
La stima di un possibile fabbisogno per tipologia di servizio è però problematica per varie ragioni tra le quali il costante evolversi del fenomeno e la carenza di risposte per specifiche fasce di utenza quali i minorenni, le coppie, le persone particolarmente compromesse da patologie concomitanti, in particolare psichiatriche, o dal deterioramento sociale.

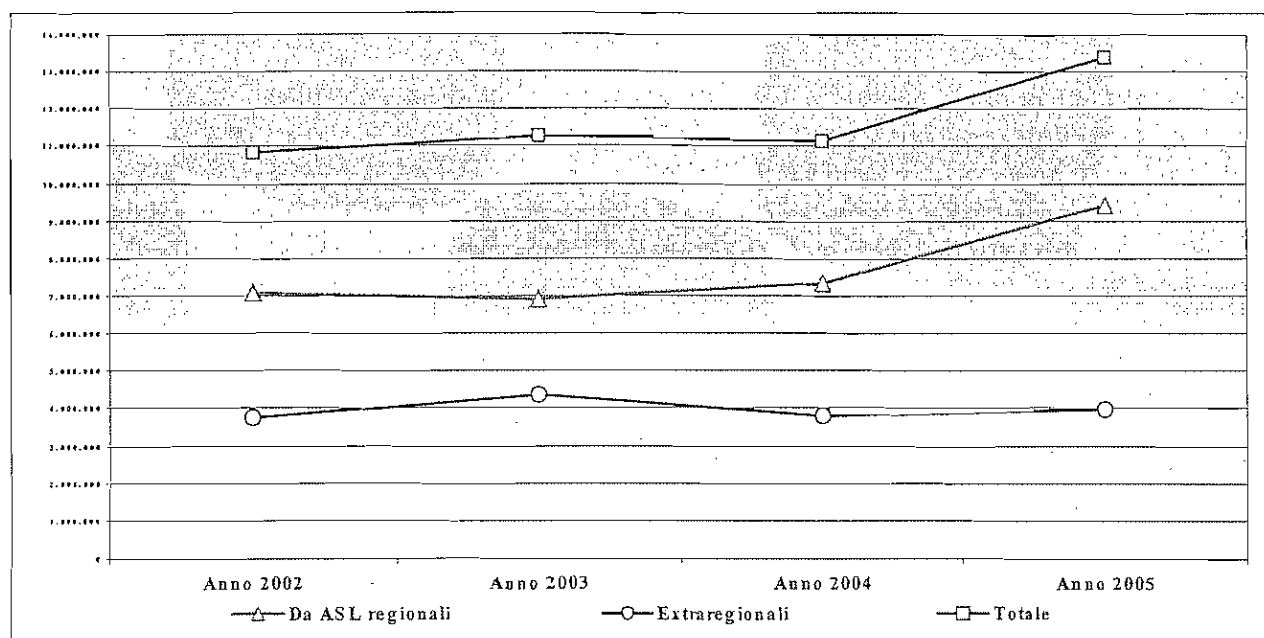
Il flusso DOC (tracciato analitico regionale) non è stato reso ancora operativo.

Ciò non consente di disporre, al momento, di dati certi sull'utenza in base alle caratteristiche richieste per l'accesso alle varie tipologie di servizio già esistenti né, tanto meno, per altre tipologie ipotizzate. Non si è pertanto ancora in grado di stabilire se l'offerta corrisponda o meno ai bisogni.

Flussi finanziari

Nei grafici seguenti sono illustrati rispettivamente: i costi sostenuti dalle Aziende USL regionali per l'assistenza residenziale e semiresidenziale monitorati nei 4 anni e le entrate dichiarate dagli Enti Ausiliari per il medesimo periodo.





E' stata rilevata la costante tendenza all'aumento della quota di spesa per l'assistenza convenzionata extraregionale, che è salita dal 16,4% del 2003 al 19,7 % del 2005.

Il dato è concomitante ad una diminuzione delle attrazioni (riportato in tabella) ed è spesso interpretato come una criticità nell'integrazione pubblico/privato.

Attrazioni e fughe	2002	2003	2004	2005
Attrazioni	677	631	539	487
Fughe	115	133	151	145

Attrazioni	⇒	Assistiti in sedi toscane su invio di servizi extraregionali
Fughe	⇒	Assistiti in sedi extraregionali su invio di servizi toscani

Sono state richiamate più cause che, di volta in volta, influenzano diversamente il fenomeno:

- ⇒ spinta al contenimento delle spese per gli equilibri di bilancio delle Aziende USL;
- ⇒ minori costi praticati da servizi analoghi seppur con requisiti diversi in altre Regioni;
- ⇒ carenza di alcune tipologie di servizi e prestazioni in ambito regionale;
- ⇒ scarsa corrispondenza tra offerta del privato e bisogni/attese/impostazioni del pubblico.

Nella tabella le entrate da rette dichiarate dagli Enti Ausiliari per sedi operative in ambito regionale.

Entrate Enti Ausiliari RT	2002	2003	2004	2005
Regionali	7.099.188	6.913.811	7.361.203	9.416.108
Extra regionali	3.759.808	4.358.704	3.805.395	3.988.307
TOTALE	10.858.926	11.272.515	11.166.598	13.404.415

Nella tabella di seguito viene mostrato il numero di utenti presenti a fine periodo nelle diverse strutture.

Utenti presenti al 31/12	2002	2003	2004	2005
nei SERT	776	783	776	823
nelle strutture gestite dalle Aziende USL	105	107	93	119
nelle strutture gestite da Enti Ausiliari	820	767	758	756
TOTALE	1701	1657	1627	1698

BREVI ANNOTAZIONI FINALI

Il processo di riordino attivato con la delibera n.1165 si è dimostrato di fondamentale importanza sul territorio della regione Toscana, tanto per le metodologie introdotte che per i contenuti realizzati.

Dal punto di vista del metodo, è stato esaltato il principio della integrazione sostanziale tra il pubblico e il privato e la collaborazione paritaria. E' stato fondamentale aver costituito il gruppo di lavoro misto che a seguito di approfondite analisi ha condiviso i criteri e i contenuti poi confluiti nella delibera n.1165; ancora più importante aver mantenuto tale gruppo attivo per tutte le fasi di sperimentazione e applicazione delle nuove norme, consentendo al sistema territoriale di avere un riferimento univoco e coerente nelle interpretazioni e nella applicazione delle norme.

Va sottolineato che il riordino ha interessato tanto le strutture degli enti ausiliari che quelle di competenza e gestione pubblica, superando definitivamente storiche e sterili contrapposizioni.

Alla fine del monitoraggio e della sperimentazione risulta, come elemento certo, che al 31 dicembre 2005 tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sia pubbliche che degli Enti Ausiliari hanno raggiunto il totale adeguamento dei requisiti minimi strutturali e personali così come previsti dalla stessa delibera regionale n. 1165. Quindi tutte le strutture che operano sul territorio regionale, regolarmente autorizzate, offrono le stesse garanzie minime nello svolgimento delle varie tipologie di programmi previsti dalla sperimentazione e beneficiano delle stesse tariffe. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l' unica regione d' Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso.

Dal punto di vista dei contenuti, la sperimentazione ha permesso a ciascuna istituzione, pubblica o privata, di riflettere sulla propria storia e sulle proprie capacità per definire autonomamente in quale settore del recupero dei giovani orientare la propria azione e con quale approccio tecnico-scientifico: medico psichiatrico, psicologico, pedagogico, etc.

Il confronto tra le varie strutture, pertanto, avviene solo sui contenuti tecnici dei programmi e delle metodologie adottate, consentendo ai tecnici e all'utenza di avere molte opzioni nella scelta del trattamento e della struttura più adeguata ai bisogni rilevati.

Il quinquennio di lavoro comune tra gli operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, una più approfondita conoscenza complessiva delle criticità del sistema, dei bisogni non soddisfatti, delle emergenze del nostro territorio regionale.

Alcuni di questi problemi attengono alla necessità di consentire che il sistema continui la sua evoluzione positiva attraverso elementi di concretezza gestionale, altri riguardano gli strumenti della programmazione condivisa e lo sviluppo di iniziative verso bisogni emergenti e non soddisfatti.

Al fine di esplicitare le criticità attuali, nello spirito di avviare il loro superamento, si riportano alcune delle problematiche più urgenti da affrontare:

- Perfezionamento requisiti funzionali per tipologie esistenti
- Definizione dei fabbisogni emergenti e requisiti per tipologie oggi non disciplinate (servizi di bassa soglia, minori tossicodipendenti, coppie di tossicodipendenti, etc.)
- Accreditamento delle strutture
- Programmazione regionale e locale e redistribuzione delle strutture e delle risorse
- Aggiornamento sistema tariffario e meccanismi di adeguamento
- Analisi delle metodologie di trattamento e dei sistemi di valutazione
- Standardizzazione dei tempi di attesa, ev. diversi per tipologia
- Verifiche di utilizzo della cartella clinica personale e rilevazione del SIRT
- Aggiornamento delle qualifiche abilitate al lavoro in comunità (lauree brevi in sostituzione di operatori di comunità ad esaurimento)
- Sperimentazione di nuovi modelli operativi

APPENDICE

TABELLE

Tabella 1. Quadro della situazione toscana - alla data del 31.12.2002 - relativo alla collocazione delle strutture per tossicodipendenti gestite dai servizi pubblici e del privato sociale, con indicazione della data di iscrizione all'Albo regionale degli Enti Ausiliari (iscrizione richiesta solo per le comunità a gestione privata).

ASL	Ente gestore	Sede operativa	1 ^a autocertif.	Iscriz. Albo E.A.	Tipologia
ASL 1 MASSA CARRARA	Monte Brugiana Coop. Soc. a r.l.	Monte Brugiana	2002	1994	Residenziale
ASL 2 LUCCA	ASL 2 Dipartimento delle Dipendenze	Villa Adelfasia	2002	<i>non prevista</i>	Residenziale
	Ce.I.S. - Lucca Ass.ne Centro di Solidarietà	Altopascio	2002	1998	Residenziale
		Vecoli	2002	1998	Residenziale
		Pozzuolo	2002	1994	Residenziale
ASL 3 PISTOIA	ASL 3 Dipartimento delle Dipendenze	Le Colmate	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
	Ass.ne Genitori Comunità Incontro Pistoia - AGCI	Collina 1	2002	1994	Residenziale
		Collina 2	2002	1994	Residenziale
		San Felice	2002	2005	Residenziale
		Uzzo	2002	1994	Residenziale
		Serravalle (alcolisti)	2002	1994	Residenziale
		Sammarumè	2002	1994	Residenziale
		Ponte Petri	2002	1994	Residenziale
		San Biagio	2002	2005	Semiresidenziale
		Corso Amendola	2002	2005	Residenziale
		Lagoni	2002	1994	Residenziale
		Villa Adua	2002	1994	Residenziale
		Casa dei glicini	2002	1999	Residenziale
	Ce.I.S. - Pistoia Ass.ne Centro di Solidarietà	Poggiolino	2002	1999	Residenziale
		Agorà	2002	1999	Residenziale
ASL 4 PRATO	Centro di Solidarietà di Prato	La Pieve - Galceri	2002	1994	Residenziale
	Coop. Soc. Estate	Cerchio di gesso	2002	1994	Semiresidenziale
ASL 5 PISA	ASL 5 Dipartimento delle Dipendenze	Passo di Barca	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
	Coop. Soc. Il Delfino	La Bianca	2002	<i>non prevista</i>	Res/Semires
		Il Doccio	2002	2002	Residenziale
	AAAT	Comunità Aperta Pisana	2002	1993	Residenziale
ASL 6 LIVORNO	Ce.I.S. - Livorno Ass.ne Centro di Solidarietà	Parrana San Martino 1	2002	1994	Residenziale
		Valle Benedetta	2002	1994	Residenziale
		Salviano	2002	1994	Residenziale
		Ardenza	2002	1994	Residenziale
		S. Gastano	2002	1994	Residenziale
	Ass.ne San Benedetto Fondazione Exodus	Tre Ponti	2002	1994	Residenziale
		San Benedetto	2002	1994	Semiresidenziale
ASL 7 SIENA	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Lacona	2002	1999	Residenziale
ASL 8 AREZZO	ASL 8 Dipartimento delle Dipendenze	Pod. Nardelli - Abbazia	2002	1994	Residenziale
	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Il Timone	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
		Petrognano	2002	1994	Residenziale
		Baciano	2002	1994	Residenziale
ASL 9 GROSSETO	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Quarata	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
	Ass.ne Genitori e Volontari contro le Tossicodipendenze	La Steccaia	2002	1994	Res/Semires
ASL 10 FIRENZE	ASL 10 Dipartimento delle Dipendenze	Vallerotana	2002	1994	Residenziale
		Il Guarione 1	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
		Il Guarione 2	2002	<i>non prevista</i>	Residenziale
		Luzzi	2002	<i>non prevista</i>	Residenziale
		Il Canocchiale	2002	<i>non prevista</i>	Semiresidenziale
	Ass.ne Progetto Villa Lorenzi	Poggio Ascittuto	2002	<i>non prevista</i>	Residenziale
		Villa Lorenzi	2002	1994	Semiresidenziale
	Ass.ne Insieme	San Marino	2002	1994	Residenziale
		Poggio Valle	2002	1994	Residenziale
	Ce.I.S. Firenze - Ass.ne Centro di Solidarietà	Pozzino	2002	1994	Res/Semires
		Villa Jolanda	2002	1994	Residenziale
		Anconella	2002	1994	Residenziale
	Co.M.E.S. Coop. Soc.	Sasso Montegianni	2002	1994	Residenziale
ASL 12 VERSILIA	Ce.I.S. Gruppo Giovani e Comunità - Lucca	Bicchio Prog. Alba	2002	1994	Residenziale
		Nocchi	2002	1994	Residenziale
		Bicchio Reins. Sociale	2002	1994	Residenziale
		Bicchio Prog. Pegaso	2002	1994	Residenziale

Tabella 2. Quadro della situazione toscana - alla data del 31.12.2005 - relativo alla collocazione delle strutture per tossicodipendenti gestite dai servizi pubblici e del privato sociale, con indicazione delle tipologie di servizi (Delibera G.R.T. n.1165/2002) e posti certificati.

ASL	Ente gestore	Sede operativa	1A		1B		2C		2D		3B		3F		3G		4H		4I		Totale
			a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	
ASL 1 MASSA CARRARA	Monte Brugiana Coop. Soc. a r.l.	Monte Brugiana															8		40	20	68
	Coop. Soc. 2000	Centro Ascolto Prevenzione					12														12
	Coop. Soc. Centro di Crescita Comunitaria	La Fattoria							24	6											30
ASL 2 LUCCA	ASL 2 Dipartimento delle Dipendenze	Villa Adelasia									12										12
		Altopascio							12												12
	Ce.I.S. - Lucca Ass.ne Centro di Solidarietà	Vecoli							15												15
		Poppo											17								17
ASL 3 PISTOIA	ASL 3 Dipartimento delle Dipendenze	Le Colmate	8		8																16
	Ass.ne Genitori Comunità Incontro Pistoia - AGCI	Collina 1							16												16
		Collina 2									12										12
		San Felice									12										12
		Umm			4						12		8								24
		Serravalle (alcolisti)							9		5		4								18
		Sammozzano																	12		12
		Ponte Petri																	16		16
		San Biagio					12										24				36
		Corso Amandola							4		6								8		18
	Ce.I.S. - Pistoia Ass.ne Centro di Solidarietà	Cava dei ghirini													4	5					9
		Poggionino							30												30
		Agorà											12								12
		Serrantona					12										12				24
		Gruppo Val di Nievole - Ass.ne famiglie lotta alla droga																	16		16
	Ass.ne Volontariato Nuovi Orizzonti - Pistoia	Nuovi Orizzonti															24				24
ASL 4 PRATO	Centro di Solidarietà di Prato	La Pieve - Galletti																	30		30
	Coop. Soc. Estate	Cerchio di gesso					10														10
ASL 5 PISA	ASL 5 Dipartimento delle Dipendenze	Passo di Barca											8								8
		La Bianca									6		10								16
	AA&T - Usigliano	Comunità Aperta Pisana																	10		10
	Coop. Soc. Il Delfino	Il Doccia							8				5								13
ASL 6 LIVORNO	ASL 6 Dipartimento delle Dipendenze	Le Pianacce							7		4										11
		I Salci							12		8										20
		Pian di Rena							8		4										12
	Ce.I.S. - Livorno Ass.ne Centro di Solidarietà	Parrana San Martino I									8		6								14
		Valle Benedetta																	10		10
		Salviano															8				8
	Ass.ne San Benedetto	San Benedetto					20														20
ASL 7 SIENA	Fondazione Exodus	Lacona				1			7	2	1										11
	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Pod. Nardelli - Abbadia							12										6		18
ASL 8 AREZZO	ASL 8 Dipartimento delle Dipendenze	Il Timone					12														12
	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Petrognano							12		6										18
		Baciano							24		6								18		48
	Nuovi Orizzonti Montevarchi - Ass.ne di volontariato	Nuovi Orizzonti																	36		36

			1A		1B		2C		2D		3E		3F		3G		4H		4I				
ASL	Ente gestore	Sede operativa	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	Totale		
ASL 9 GROSSETO	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	La Steccaia							12		6								6		24		
	Ass.ne Genitori e Volontari contro le Tossicodipendenze	Vallerotana							12										15		27		
ASL 10 FIRENZE	ASL 10 Dipartimento delle Dipendenze	Il Guaicone 1					20														20		
		Il Guaicone 2							8												8		
		Luzzi											8								8		
		Il Cauocchiaie					8														8		
		Poggio Ascutto							12												12		
		La Fortezza											8								8		
	Ass.ne Progetto Villa Lorenzi	Villa Lorenzi					9	3									18	6			36		
	Ass.ne Progetto Arcobaleno	Faltona																	10		10		
	Ass.ne Insieme	San Martino			12																	12	
		Poggio Valle																		12		12	
		Pozzino															6			12		18	
	Co.I.S. Firenze - Ass.ne Centro di Solidarietà	Villa Jolanda																		21		21	
		Anconella											15									15	
	Co.M.E.S. Coop. Soc.	Sasso Montegianni								16		4				2	3			49		74	
ASL 12 VERGILIA	Gruppo SIMS	Circolo culturale L. Russo					9														9		
	Co.I.S. Gruppo Giovani e Comunità - Lucca	Bicchio Prog. ALBa													6	6					12		
		Nocchi								8						2	2					12	
TOTALI			8	8	24	1	124	3	268	8	112	8	181	0	14	16	108	6	327	20	1.878	54	

Tipologia	Legenda
1A	Centro semiridizionale di accoglienza
1B	Centro residenziale di accoglienza
2C	Servizio semiridizionale terapeutico riabilitativo
2D	Servizio residenziale terapeutico riabilitativo
3E	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con
3F	Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamenti
3G	Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza
4H	Servizio semiridizionale pedagogico riabilitativo
4I	Servizio residenziale pedagogico riabilitativo

Tabella 3. Quadro della situazione toscana relativo alla collocazione delle strutture per tossicodipendenti gestite dai servizi pubblici e del privato sociale, con indicazione delle tipologie di servizi (Delibera G.R.T. n.1165/2002) e posti certificati. Novembre 2006.

ASL	Ente gestore	Sede operativa	1A	1B	1C	2D	3E	3F	3G	4H	4I	Totale	Intervento altro
ASL 1 MASSA CARRARA	Monte Diapina Coop. Soc. a r.l.	Monte Diapina								8	40	20	51
	Coop. Soc. Centro di Credito Comunitaria	La Folloria				21							51
	ASL 2 Dipartimento delle Dipendenze	Villa Adalberto					12						non prevista
ASL 2 LUGIA	Co.I.S. - Lucca Asl nel Centro di Solidarietà	Altopascio				12							51
		Verni				15							51
		Ponsacco						17					51
ASL 3 PISTOIA	Coop. Sociale Imcontro	La Colonnata	8										non prevista
		Collina 1				16							51
		Collina 2					12						51
		San Felice					12						51
		Uzzo	4				12	8					51
		Sarevalla (Montali)				9	5	4					51
		Santommè									12		51
		Ponte Patiti									16		51
		San Biagio			12					24			51
		Corso Amerinda				4	6				8		51
ASL 4 PISTOIA	Co.I.S. - Pistoia Asl nel Centro di Solidarietà	Casa dei glauci							4	5			51
		Poggibonsi				20							51
		Aprà						12					51
		Sarcidiana			12					12			51
		Carnellio									16		51
		Nuovi Orizzonti									24		51
		La Piave - Gabelli									30		51
		Centro di Solidarietà di Prato			10								51
		Coop. Soc. Enale											51
		Gruppo Val di Sieve - Asl nel famiglia lotta alla droga											51
ASL 5 PISA	ASL 5 Dipartimento delle Dipendenze	Palco di Banca						8					non prevista
		La Bianca					6	10					non prevista
		Il Doccio				8		5					51
ASL 6 LIVORNO	Coop. Soc. Il Delfino	Le Pianacce				7	4						non prevista
		I Salci				12	8						non prevista
		Plani di Iano				8	4						non prevista
		Parana San Martino 1					8						non prevista
		Valle Bandadita					6						51
		Salvino											51
		San Benedetto			20								51
		La Costa		1		7	2	1					51
		Co.I.S. - Livorno Asl nel Centro di Solidarietà									10		51
		Asl nel San Benedetto								8			51

ASL	Ente gestore	Sede operativa	Tipologie e massima capacità ricettiva per adulti e minori												Totale	Interventi Albo		
			1A	1B	1C	2D	3E	3F	3G	4H	4I	a	m					
ASL 7 SIENA	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Pod. Radali - Abbadia											6		18	SI		
	ASL 8 Dipartimento della Dipendenza	Il Tirreno		12											12	non prevista		
	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Palmerino				12	6								18	SI		
ASL 8 AREZZO	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Buciano				24	6						18		48	SI		
	Ruovi Orizzonti Monteverdi - Asim di volontariato	NUOVI ORIZZONTI											36		36	SI		
	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	La Steccia													24	SI		
ASL 9 GROSSETO	CSA - Centro Solidarietà Arezzo	Vallombrosa				12							15		27	SI		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Il Giardino 1	20												20	non prevista		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Il Giardino 2				8									8	non prevista		
ASL 10 FIRENZE	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Luzni								8					8	non prevista		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Il Cancelliere													8	non prevista		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Poggio Arcilio			8										8	non prevista		
ASL 10 FIRENZE	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	La Fortezza													12	non prevista		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Villa Lorenzi													8	non prevista		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Falena										18	6		36	SI		
ASL 10 FIRENZE	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	San Martino											10		10	SI		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Poggio Valle	12												12	SI		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Pozzino												12	12	SI		
ASL 10 FIRENZE	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Villa Isabella												6	12	SI		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Assonella													21	SI		
	Assae Gandoli e Volontari con la Tecnica di adde	Ssino Montepauro													15	SI		
ASL 12 VERGILIA	Co.M.E.S. Coop. Soc	Becine Prog. Alba				16	4							2	3	74	SI	
	Co.M.E.S. Coop. Soc	Necchi				8									6	12	SI	
	Co.M.E.S. Coop. Soc	Necchi													2	2	12	SI
			Totale															
			1A	1B	1C	2D	3E	3F	3G	4H	4I	Totale						
			a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	a	m	Tot. generale	
			8	0	24	1	103	3	265	2	112	0	101	0	14	16	1.044	48
																		1.092

Tipologia	Legenda
1A	Centro amministrativo di accoglienza
1B	Centro residenziale di accoglienza
2C	Servizio ambulatoriale specialistico riabilitativo
3D	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche
3E	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche
3F	Servizio residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento
3G	Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e parto
4H	Servizio ambulatoriale pedagogico riabilitativo
4I	Servizio residenziale pedagogico riabilitativo

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Nazionale

- **Decreto del Presidente della Repubblica n. 390 del 9 ottobre 1990** (*"Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"*);
- **Atto di intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993** (*definisce il rapporto tra le strutture private e il servizio pubblico e indica criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti Ausiliari che gestiscono, senza fini di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli Albi di cui all'art. 16 del DPR 309/90*);
- **Decreto del Ministro della Sanità del 19 febbraio 1993** (*"Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti, Società Cooperative o Associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope"* ed in particolare l'art. 10 (variazioni delle rette) che prevede che la misura delle rette venga rideterminata a livello nazionale entro il 30 settembre di ogni triennio mediante trattativa nazionale tra gli enti, cooperative o associazioni maggiormente rappresentative in ambito nazionale e la delegazione di parte pubblica prevista dall'art. 4, comma 9, della L. 30 dicembre 1991, n. 412);
- **Legge 18 febbraio 1995, n. 45** (*"Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze"* ed in particolare il primo comma dell'art. 4 che prevede l'emanazione di un nuovo Atto di Intesa Stato-Regioni per la definizione dei requisiti soggettivi, funzionali, del personale, organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e sociali da parte degli Enti Ausiliari di cui agli artt. 115 e 116 del Testo Unico sulle dipendenze (D.P.R. 309/90);
- **Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999** (*"Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"*, ed in particolare l'art. 10 che prevede che i servizi offerti dagli enti o associazioni che intendono accedere all'accreditamento sono raggruppati nelle seguenti aree di prestazioni:
servizi di accoglienza
servizi terapeutico-riabilitativi
servizi di trattamento specialistici
servizi pedagogico-riabilitativi
servizi di tipo multidisciplinare integrato

Regionale

- **Legge Regionale 11 agosto 1993, n. 54** (*"Istituzione dell'Albo Regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti: criteri e procedure per l'iscrizione"*);
- **Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 98 del 15 marzo 1994** (*"Requisiti minimi strutturali per le sedi operative degli Enti Ausiliari ex art. 4, L.R. 11 agosto 1993, n. 54"*);
- **Legge Regionale 19 aprile 1994, n. 32** **"Modifiche alla L.R. 11 agosto 1993, n. 54** (*"Istituzione dell'Albo Regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti: criteri e procedure per l'iscrizione"* che all'art. 2, comma 1, prevede che il Consiglio Regionale stabilisce, in via transitoria, entro il 30 giugno 1994 l'ammontare delle rette da corrispondere agli Enti Ausiliari in attesa della determinazione, da parte del Ministero della Sanità, della retta giornaliera sulla base dell'accordo nazionale di cui all'art. 10 del Decreto 19/02/1993 del Ministero della Sanità, e al comma 4 dispone che le convenzioni in atto tra le Unità Sanitarie Locali e gli Enti Ausiliari decadono a far data dal 31 dicembre 1994);

- **Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 100 del 15 marzo 1994** (*"Rette da corrispondere agli Enti Ausiliari: direttiva" che dispone, in attesa della conclusione della trattativa nazionale di cui all'art. 10 del Decreto del Ministero della Sanità del 19 febbraio 1993, la proroga delle convenzioni stipulate tra Aziende UU.SS.LL. e gli Enti Ausiliari, la proroga delle rette già in vigore fermo restando la loro rivalutazione al tasso di inflazione programmata e il congruaggio da apportare al momento della definizione delle tariffe in sede nazionale, la definizione delle rette per gli Enti Ausiliari di nuova istituzione*);
- **Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 390 del 20 settembre 1994** (*"Determinazione in via transitoria dell'ammontare delle rette minime e massime da corrispondere agli Enti Ausiliari ai sensi dell'art. 19 della L.R. 11 agosto 1993, n. 54, così come sostituito dall'art. 2 della L.R. 32/1994" che definisce, in via transitoria ed in attesa delle determinazioni del Ministero della Sanità ai sensi dell'art. 10 del Decreto ministeriale 19/2/1993, l'ammontare delle rette minime e massime relative alle seguenti tipologie di programmi*):
semi-residenziale
semi-residenziale speciale
residenziale
residenziale speciale nelle Comunità Terapeutiche
fissandone la decorrenza dall'1/1/1995
- **Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 182 del 7 marzo 1995** (*"Rinnovo delle convenzioni fra UU.SS.LL. ed enti, società cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope" che stabilisce la proroga fino al 30 aprile 1995 delle convenzioni stipulate e la possibilità per le Aziende UU.SS.LL. e gli Enti Ausiliari di concordare patti accessori nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti*);
- **Deliberazione di Giunta regionale toscana n. 1165 del 21 ottobre 2002** (*"Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999"*);
- **Decreto Dirigenziale n. 5815 del 3 ottobre 2003** (*"D.G.R. n. 1165/2002 – "Linee di indirizzo del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999" – Approvazione schema tipo di convenzione"*);
- **Deliberazione di Giunta regionale toscana n. 143 del 31 gennaio 2005** (*"Proroga sperimentazione servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti e sostegno iniziative e servizi per soggetti tossicodipendenti a forte marginalità sociale"*);
- **Deliberazione di Giunta regionale toscana n. 116 del 20 febbraio 2006** (*"Sperimentazione servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti: proroga convenzioni e adeguamento tariffe al tasso di inflazione programmato"*).