

**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

**Questo giorno** lunedì 25 **del mese di** novembre  
**dell' anno** 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Gazzolo Paola	Assessore
4) Lusenti Carlo	Assessore
5) Marzocchi Teresa	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore** Muzzarelli Gian Carlo

**Oggetto:** APPROVAZIONE DELL'ACCORDO GENERALE PER IL TRIENNIO 2014 - 2016 TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E IL COORDINAMENTO ENTI AUSILIARI IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE A FAVORE DELLE PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO E REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL PERCORSO RESIDENZIALE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

**Cod.documento** GPG/2013/1722

**Num. Reg. Proposta: GPG/2013/1722**

**LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Visto il DPR 9 ottobre 1990, n. 309: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", che agli artt.115 e 116 definisce le modalità di collaborazione degli Enti Ausiliari, che svolgono senza fini di lucro la loro attività nei confronti delle persone tossicodipendenti, con le Aziende sanitarie, e sancisce l'istituzione dell'Albo regionale degli Enti Ausiliari;

Richiamata la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 327/2004 "Applicazioni della L.R. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti";
- n. 26/2005 "Applicazione della L.R.34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso - Ulteriori precisazioni";
- n. 53/2013 "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento";
- n.624/2013 "Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";

Preso atto del fatto che tutte le strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso che hanno presentato richiesta hanno completato il percorso di accreditamento istituzionale e che le stesse strutture hanno ottenuto il rinnovo dell'accREDITAMENTO;

Richiamate inoltre:

- la propria deliberazione n.2360/2002, "Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2002-2005 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni

erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso", come modificata ed integrata dalla propria deliberazione n.1424/2004, "Modificazioni e integrazioni della Delibera di Giunta Regionale n. 2360/02";

- la propria deliberazione n.1005/2007, "Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso";
- la propria deliberazione n. 246/2010, "Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2010 - 2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso"

Preso atto che la Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari ha espresso una valutazione positiva dei risultati prodotti dal citato Accordo rispetto agli obiettivi prefissati, nella regolamentazione dei rapporti reciproci a livello regionale e locale;

Visto l'art.15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 , che stabilisce le riduzioni di importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto da applicare alla spesa regionale per l'acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private accreditate;

Considerato che in virtù del citato decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 l'Accordo 2010-2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti ausiliari di cui alla DGR n. 246/2010 è prorogato per l'intero anno 2013 e che la parte economica dello stesso Accordo non può essere oggetto di revisioni con incrementi tariffari e di spesa per l'anno 2014;

Ritenuto opportuno addivenire ad un nuovo accordo triennale 2014-2016 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti ausiliari che contenga ulteriori previsioni in merito alle relazioni reciproche e all'incremento della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi di assistenza , con particolare riferimento alle sperimentazioni avviate nei territori per rispondere ai nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica;

Considerato che l'Assessore regionale alle Politiche per la salute ha definito con il Coordinamento degli Enti Ausiliari Emilia-Romagna, in rappresentanza degli Enti associati della regione, una proposta di accordo di carattere generale per il triennio 2014-2016, accordo che verrà sottoposto anche agli Enti Ausiliari della regione non associati al Coordinamento Enti Ausiliari per una loro eventuale sottoscrizione;

Rilevato che la predetta proposta di accordo, allegato 1 al presente atto deliberativo, ha validità triennale a decorrere dal 1/1/2014, ad eccezione delle previsioni economiche contenute nell'Allegato 1 dell'Accordo che hanno validità fino al 31 dicembre 2014;

Considerato inoltre che nell'ambito del "Progetto regionale Rex - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze", coordinato dall'Azienda USL di Rimini (D.G.R. 698/2008), sono stati definiti requisiti cogenti per l'interfaccia tra SerT e strutture residenziali su quattro assi: definizione del progetto terapeutico, sistemi di codifica e documentazione clinica, appropriatezza degli inserimenti in struttura, valutazione degli esiti dei trattamenti;

Considerato che tali requisiti sono stati applicati in modo sperimentale dall'Agenzia Sanitaria e Sociale nelle verifiche finalizzate al rinnovo degli accreditamenti di strutture pubbliche e private per il trattamento delle dipendenze patologiche e che tale sperimentazione ha dato esito positivo per quanto riguarda l'applicabilità dei requisiti;

Vista la nota dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale con la quale è stato trasmesso al Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri (NPI /2013/0008280) il documento contenente "Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche", allegato 2 al presente atto deliberativo, precisando che tali requisiti integrano i requisiti già previsti dalla DGR n. 26/2005 "Requisiti specifici per l'accredito dei Sert e delle Strutture di trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi

#### D e l i b e r a

1. di prorogare la validità dell'Accordo generale per il triennio 2010-2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Emilia-Romagna approvato con propria deliberazione n.246/2010 fino al 31 dicembre 2013;
2. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la proposta di Accordo generale per il triennio 2014-2016 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Emilia-Romagna in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze

d'abuso, contenuto nell'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, specificando che le previsioni economiche contenute nell'Allegato 1 dell'Accordo sono valide fino al 31 dicembre 2014;

3. di autorizzare l'Assessore regionale alle Politiche per la salute alla sottoscrizione dell'accordo di cui trattasi;
4. di rimandare a successivi atti del Responsabile del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri:
  - il recepimento dell'eventuale adesione all'accordo degli Enti Ausiliari non associati al Coordinamento Enti Ausiliari;
  - la nomina dei componenti della commissione paritetica per il monitoraggio dell'accordo, di cui al punto 10 dell'accordo stesso;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta aumento di spesa a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie Regionali;
6. di approvare per le motivazioni espresse in premessa i "Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche", contenuto nell'Allegato 2 parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
7. i requisiti di cui al punto 6) integrano i requisiti già previsti dalla DGR n. 26/2005 "Requisiti specifici per l'accreditamento dei Sert e delle Strutture di trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso" e si applicano a tutte le tipologie di struttura contenute nell'allegato 2 della citata DGR n. 26/2005;
8. di pubblicare integralmente la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

## **ACCORDO GENERALE PER IL TRIENNIO 2014-2016 TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E IL COORDINAMENTO ENTI AUSILIARI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE A FAVORE DELLE PERSONE CON PROBLEMI DI DIPENDENZA PATOLOGICA**

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

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

I dati analizzati dell'Osservatorio regionale dipendenze evidenziano le tendenze :

- Importanti cambiamenti nelle caratteristiche anagrafiche della popolazione che afferisce ai trattamenti residenziali. Da un lato si conferma il progressivo e marcato invecchiamento degli utenti, dall'altro lato si conferma una quota, minoritaria ma non residuale, di utenti giovani
- Il numero di inserimenti effettuati e le relative spese sostenute sono in calo, già nel 2011, in particolare nella tipologia di trattamento residenziale terapeutico-riabilitativa, mentre si mantiene stabile, e leggermente in crescita la domanda di trattamento nella tipologia pedagogico-riabilitativa e nelle 'strutture altre' (costituite per la quasi totalità da strutture socio-sanitarie)
- Buoni risultati nella valutazione degli esiti dei trattamenti

I dati supportano le riflessioni dei professionisti dei SerT che hanno espresso la necessità di rivedere l'attuale sistema di offerta residenziale per rispondere a una domanda di trattamento che oggi non trova una soluzione appropriata. Da un lato è stata evidenziata la necessità di programmi riabilitativi brevi, flessibili, personalizzati, in grado di accogliere persone che lavorano con una rete sociale stabile. Nel contempo si evidenzia la necessità di programmi socio-sanitari a bassa intensità, finalizzati a fornire supporto abitativo, assistenza domiciliare, accompagnamento sociale a persone con dipendenza patologica non più attiva, ma con bisogni sociali e di assistenza primaria.

Considerato:

- che su proposta della Commissione paritetica di monitoraggio dell'accordo regionale, la validità delle tariffe previste dal precedente accordo (DGR n. 246/2010) è stata prorogata fino al 31 dicembre 2013 (Nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna PG 2012/294006 del 13/12/2012)
- che alla spesa regionale annuale programmata per gli anni 2012, 2013, 2014, per gli inserimenti in strutture residenziali sanitarie per il trattamento delle dipendenze patologiche si applicano le riduzioni previste per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera (art.15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135)

Le parti convengono sull'opportunità di prorogare fino al 31 dicembre 2014 la validità delle tariffe attualmente vigenti e di giungere ad un accordo per il triennio 2014- 2016 che contenga ulteriori previsioni in merito alle relazioni reciproche e all'incremento della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi di assistenza , con particolare riferimento alle sperimentazioni avviate nei territori per rispondere a nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica.

Si conviene inoltre sull'opportunità di realizzare nel 2014 una conferenza regionale , preceduta da un confronto tecnico con rappresentanti delle Aziende Usl e degli Enti gestori, con l'obiettivo di definire priorità e proposte per la programmazione dei livelli di assistenza socio-sanitaria previsti dalle "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014" (Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 117/2013).

Tutto ciò considerato e premesso

si conviene

di regolamentare i rapporti tra le parti in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo.

La validità della parte normativa dell'accordo è stabilita in anni 3 a decorrere dall'1/1/2014.

La validità delle previsioni economiche contenute nell'Allegato 1 del presente Accordo è stabilita in anni 1 a decorrere dall'1/1/2014.

Le parti concordano sui seguenti punti

#### 1. Accordi contrattuali

Le parti confermano le previsioni contenute nel precedente Accordo regionale (DGR n. 246/2010) circa la necessità di addivenire a livello aziendale, o a livello di area sovraziendale ove ritenuto indicato, ad accordi locali valevoli solo tra le parti , attuativi della programmazione e degli indirizzi adottati nelle singole realtà aziendali o nell'area sovraziendale di riferimento. Tali accordi locali che hanno carattere di obbligatorietà vanno ad identificare il fabbisogno , con analisi documentata nello stesso accordo/allegato, previsto per singola struttura o Ente (DGR n.999/2011), definendo con l'Ente stesso un accordo contrattuale, concertato in sede di Commissione locale di monitoraggio.

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

Gli accordi devono inoltre prendere in considerazione i seguenti parametri:

- Valutazione quali/quantitativa dei percorsi attivati sul territorio: strutture accreditate e altri servizi sanitari e socio-sanitari;
- Valutazione della eventuale necessità di disporre di tipologie diverse di offerta, sulla base dei bisogni territoriali;
- Possibilità di utilizzare la spesa programmata precedentemente concordata per finanziare attività ulteriori e sperimentali rispetto ai programmi riabilitativi residenziali e semiresidenziali accreditati.
- Definizione di una quota della spesa programmata per gli inserimenti residenziali , al netto della decurtazioni previste dalla spending review, da rimodulare verso progetti di assistenza territoriale, anche attraverso la sperimentazione della metodologia del budget di salute (di cui al punto 2), per l'accompagnamento sociale, educativo, in alternativa o a integrazione di un percorso di assistenza residenziale.
- Definizione della quota di spesa programmata per l'acquisto di servizi e prestazioni socio-sanitarie (tra quelli indicati al punto 2) nei limiti del 20% della spesa programmata complessiva per le strutture accreditate, fatta salva la spesa storica e concordata nei precedenti accordi locali
- Definizione delle tariffe relative alle diverse voci di costo, sia per gli interventi residenziali, sia per quelli territoriali, sanitari e socio-sanitari, non compresi nelle tipologie di struttura accreditate (di cui al punto 2)

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

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

All'interno degli accordi locali deve essere prevista una commissione mista Aziende USL ed Enti coinvolti, per il monitoraggio degli accordi (di cui al punto 11).

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

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

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

Si conviene sulla necessità di incentivare e monitorare le esperienze avviate dagli Enti e dalle Aziende USL per offrire progetti personalizzati che rispondono a nuovi bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone con dipendenza patologica, in alternativa o ad integrazione dei trattamenti già oggetto di accreditamento compresi nella DGR n. 26/2005.

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

Con la previsione di questi interventi nella cornice normativa del presente Accordo, si definisce un primo quadro omogeneo per macro-aree che raggruppano le numerose attività censite. Le Aziende USL potranno avvalersi di tutti i progetti e servizi sul territorio regionale, in analogia con quanto avviene per i servizi accreditati, previa adesione dell'Azienda USL agli impegni e alle tariffe determinate dall'accordo locale precedentemente sottoscritto dall'Ente gestore con l'Azienda UsI competente per territorio, o con le Aziende USL, nel caso l'accordo locale avvenga su base sovraaziendale.

Tali interventi possono essere così sintetizzati:

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

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

**INTERVENTI SOCIO-SANITARI RESIDENZIALI / TERRITORIALI A BASSA INTENSITÀ PER PAZIENTI CHE NECESSITANO PREVALENTEMENTE DI SUPPORTO SOCIALE ED EDUCATIVO, ANCHE PER IL REINSERIMENTO SOCIALE**  
Le esperienze presentate differiscono per livello di assistenza (residenziale, diurna, accompagnamento sociale e lavorativo) e per intensità assistenziale (h24, fasce orarie, singole prestazioni) presentando tuttavia alcune caratteristiche ricorrenti che costituiscono la peculiarità di questi interventi:



- offrire assistenza a bassa soglia a bisogni multifattoriali (sanitari e sociali, doppio assetto) che difficilmente riescono ad accedere e a proseguire un trattamento nei servizi sanitari
- favorire la continuità assistenziale, con le prestazioni del SerT, del Csm, dell'assistenza primaria
- prevedere il trattamento delle situazioni di crisi, emergenza, anche attraverso l'invio a servizi terapeutici residenziali, cercando in tal modo di prevenire la necessità di ricoveri ospedalieri e Tso
- offrire interventi caratterizzati da diverse prestazioni, modulate in modo flessibile, facilitando la personalizzazione dei progetti di assistenza

Per gli interventi socio-sanitari le parti concordano sul seguente percorso

- Autorizzazione specifica prevista per comunità alloggio della salute mentale adulti e dipendenze patologiche, i cui requisiti sono in corso di formalizzazione
- Collaborazione delle Commissioni paritetiche di monitoraggio degli accordi locali alla definizione dei programmi aziendali di riconversione di posti letto residenziali da regime sanitario a quello socio-sanitario che i Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche attueranno, sentiti gli Uffici di Piano competenti, in funzione agli obiettivi della programmazione regionale per il settore residenziale salute mentale adulti e dipendenze patologiche
- Le risorse per la copertura degli interventi socio-sanitari, residenziali e territoriali, attingono alle risorse del Fondo sanitario regionale disponibili nel budget aziendale per gli inserimenti nelle strutture accreditate per pazienti con dipendenza patologica, fatta salva la possibilità di applicare per gli interventi residenziali la compartecipazione alla spesa da parte del paziente e in subordine del Comune, in analogia con quanto sarà più compiutamente disciplinato per l'area della salute mentale adulti;
- Estensione dell'attività dell'Unità di valutazione multi professionale (UVM), quale strumento di garanzia dell'equità dell'accesso alle prestazioni (DGR n. 313/2009), ai soggetti con dipendenza patologica che necessitano di interventi socio-sanitari, come già sperimentato in alcuni Distretti.

#### **PROMOZIONE DEGLI INTERVENTI TERRITORIALI E BUDGET DI SALUTE**

Allo scopo di incentivare lo sviluppo di interventi territoriali e facilitare percorsi di inclusione sociale delle persone affette da dipendenza patologica, le parti concordano sulla opportunità di rimodulare una quota della spesa programmata per gli inserimenti residenziali, al netto della decurtazioni previste dalla spending review, destinando tale quota allo sviluppo di progetti individualizzati, anche attraverso la sperimentazione della metodologia del budget di salute, per l'accompagnamento sociale, educativo, in alternativa o a integrazione di un percorso di assistenza residenziale.

Il budget di salute rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali ed umane necessarie per innescare un processo volto a ridare un funzionamento sociale accettabile ad una persona con esiti dovuti a patologie psichiatriche, dipendenza patologica o disabilità intellettive e relazionali. Strettamente legato al progetto riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente, la sua famiglia e la sua comunità, l'approccio del budget di salute rende praticabile un percorso di cura più globale e condiviso, con interventi di riabilitazione organizzati sui tre assi che costituiscono le basi del funzionamento sociale delle persone: la casa, il lavoro, la socialità.

Interventi improntati all'approccio del budget di salute sono in corso di sperimentazione nei servizi regionali della salute mentale adulti; le parti convergono sull'opportunità di promuovere tale approccio anche nei servizi delle dipendenze patologiche, facendo leva su fattori facilitanti, peculiari di questo ambito, quali: la competenza del lavoro di rete, l'orientamento pro-attivo e di prossimità al paziente e alla sua famiglia, la personalizzazione dei progetti di cura, la programmazione e la valutazione condivise tra Pubblico e Privato.

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

Al fine di favorire la flessibilità dei programmi di trattamento sanitario nelle strutture residenziali accreditate, la Regione Emilia-Romagna conferma per il presente Accordo quanto già espresso con nota del Responsabile Servizio salute mentale. Dipendenze patologiche, salute nelle carceri,

Regione Emilia-Romagna (PG 2012/97302 del 18 aprile 2012) circa i criteri e i limiti per il riconoscimento della retta nei periodi di assenza dell'utente dalla struttura residenziale:

a) Nei periodi di assenza dell'utente può essere riconosciuta la retta piena per un periodo massimo di 2 giornate (fino a 3 notti) , se queste assenze rispondono agli obiettivi del progetto terapeutico.

b) Nel caso si verificano assenze per periodi più lunghi di 2 giornate, viene riconosciuta la retta piena le prime 2 giornate , e la retta al 20% per massimo 5 giorni, se queste assenze rispondono agli obiettivi del progetto terapeutico.

c) In caso di ricovero ospedaliero si applica quanto previsto ai punti a) e b) precedenti; se il ricovero ha una durata superiore a 5 giorni, a partire dal sesto giorno si applica la retta stabilita dall'Accordo per ricovero ospedaliero (DGR n. 246/2010), fatta salva la possibilità di stabilire nell'accordo contrattuale il riconoscimento della retta al 20% per un numero maggiore di giornate.

d) Nel caso si verificano assenze dettate da altre cause (carcerazione, allontanamento volontario dell'utente non concordato con la Struttura residenziale, etc..) non viene riconosciuta alcuna retta.

#### 4. Modalità di accesso alle prestazioni

Per quanto concerne l'accesso alle strutture accreditate si conferma quanto già previsto nel precedente Accordo (DGR n. 246/2010).

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

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

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

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

Le Commissioni locali di monitoraggio dell'Accordo elaborano i criteri condivisi per l'accesso alle strutture, criteri che saranno adottati in maniera uniforme sia per l'accesso tramite Sert sia per quello diretto. Per verificare ed implementare questa modalità devono essere previsti incontri periodici tra le parti (con riferimento al modello "Rex" di cui al punto 6).

Considerati i dati di attività relativi alle strutture e ai moduli specialistici, le parti concordano sull'opportunità che il bacino di utenza di queste ultime abbia una valenza sovraaziendale.

#### 5. Programmi terapeutico riabilitativi per soggetti caratterizzati da doppio assetto, alcol dipendenza, adolescenti e giovani (ragazzi e ragazze), gioco d'azzardo.

Le parti concordano sull'esigenza di definire indirizzi per la standardizzazione di questi interventi, senza arrivare a nuove tipologie di trattamento specialistico, attraverso il contributo dei gruppi regionali attivati sui temi: Percorso gravi disturbi di personalità (Circolare del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali n. 7 del 29 maggio 2013); Alcol e cura; Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza (DGR n. 590/2013).

Per quanto concerne il trattamento dei giocatori con disturbo da gioco d'azzardo patologico, le parti prendono atto positivamente della realizzazione del "Progetto Pluto" dell'Associazione Centro Sociale Papa Giovanni XXIII di Reggio Emilia che nel novembre del 2011 ha sperimentato un programma di accoglienza e trattamento residenziale per giocatori patologici. Sulla base di questa valutazione la Regione Emilia-Romagna ha promosso la seconda edizione del "Progetto Pluto" che ha preso avvio nel 2013. Al trattamento residenziale potranno accedere utenti provenienti da altre Regioni (al costo della retta prevista nel 2012 per il trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale), riservando la priorità di accesso alle persone inviate dai SerT regionali.

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

L'impatto positivo dell'accordo si registra altresì nello sviluppo del progetto regionale "Rex - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze", realizzato in collaborazione con l'Azienda USL di Rimini, che ha prodotto requisiti verificabili su quattro assi: definizione del progetto terapeutico, sistemi di codifica e documentazione clinica, criteri di appropriatezza degli inserimenti in struttura, valutazione degli esiti dei trattamenti. La sussistenza dei requisiti è stata valutata in via sperimentale dall'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna nelle verifiche per i rinnovi per l'accreditamento di strutture residenziali e SerT. Acquisito il parere tecnico dell'Agenzia, che successivamente alla sperimentazione ha apportato alcuni aggiustamenti alla check list, le parti concordano sull'opportunità di rendere cogenti i "Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche" nelle prossime verifiche per l'accreditamento di SerT e strutture residenziali.

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

Nel corso del triennio sono stati avviati progetti regionali – nell'ambito dei Progetti innovativi degli Enti accreditati (DGR n. 2253/2010) e del Programma del Fondo regionale per la modernizzazione - finalizzati a sviluppare un sistema informativo che risponda alle esigenze degli Enti (SistER CT) e alla sua interoperabilità con il sistema informativo in uso presso i SerT (SistER). Alla conclusione di questi progetti, i SerT e gli Enti gestori delle strutture accreditate potranno comunicare la documentazione clinica dei pazienti in trattamento attraverso la piattaforma informatica SistER, in modo conforme ai "Requisiti di percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche".

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

Le parti confermano che le tariffe per gli inserimenti di persone agli arresti domiciliari nelle strutture accreditate devono coincidere con quelle previste dal presente Accordo e si impegnano affinché nelle Commissioni locali si lavori per garantire l'appropriatezza di questi percorsi. Gli Enti rinnovano l'impegno già espresso nel precedente Accordo (DGR n.246/2010) a valutare attentamente le richieste di inserimento agli arresti domiciliari e a comunicare tempestivamente tale inserimento al SerT di residenza dell'utente. L'accordo locale definisce una quota destinata agli inserimenti di persone agli arresti domiciliari inserite nelle strutture accreditate. Fermo restando che alla spesa complessiva per le strutture accreditate si applicano nel 2014 le riduzioni previste all'art.15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135), la quota per gli inserimenti residenziali di persone agli arresti domiciliari è ulteriore rispetto alla spesa programmata per gli altri inserimenti residenziali ed è oggetto di costante monitoraggio in sede di Commissione paritetica locale (di cui al punto al punto 11)

#### 8. Sistema informativo e valutazione degli interventi

Gli Enti si impegnano a rispettare i debiti informativi nei confronti della Regione, attraverso modalità e strumenti condivisi. Le parti si impegnano a proseguire il confronto sulla raccolta dei dati e sulla valutazione degli interventi e a giungere concordemente a fissare indicatori sia relativi all'appropriatezza degli invii e degli accessi, che alle dimensioni di input, processo, output e risultato di trattamento.

I progetti avviati nel triennio (di cui al punto 6), finalizzati a sviluppare un sistema informativo che risponda alle esigenze degli Enti (SistER CT) e alla sua interoperabilità con il sistema informativo in uso presso i SerT (SistER), consentono di estendere l'invio dei flussi annuali degli Enti utilizzando il flusso SIDER - Sistema Informativo dei Servizi delle Dipendenze della Regione Emilia-Romagna (Circolare regionale n.7/2011). L'apertura del flusso SIDER agli Enti gestori delle strutture accreditate sarà regolata da apposita comunicazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

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

## 9. Formazione

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

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

## 10. Approvvigionamento dei farmaci

Nel triennio precedente è stata effettuata una ricognizione sulle modalità adottate a livello locale per l'approvvigionamento dei farmaci per gli utenti inseriti nelle strutture residenziali accreditate. La Regione si impegna ad aggiornare la rilevazione, anche alla luce del nuovo quadro normativo sulla spesa farmaceutica, con l'obiettivo di fornire indicazioni in merito alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori delle strutture accreditate.

## 11. Monitoraggio dell'accordo

Le parti si impegnano a monitorare l'applicazione del presente accordo. Allo scopo viene nominata una commissione paritetica, composta da rappresentanti degli Enti sottoscrittori dell'accordo e da funzionari regionali. Tale commissione sarà messa a conoscenza della spesa complessiva regionale e aziendale per livelli essenziali di assistenza, nonché degli indirizzi complessivi di sviluppo regionali ed aziendali e dei costi effettivamente sostenuti per ogni singola struttura, nonché dei dati di attività e di spesa sostenuta per le altre attività previste dagli accordi locali (di cui al punto 2). Queste informazioni costituiranno la base per valutare eventuali futuri adeguamenti tariffari, compatibilmente con i vincoli già richiamati nel presente Accordo, relativamente alle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria previste dalla normativa nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

Le Commissioni locali sono composte da: 1 rappresentante per ogni Ente sottoscrittore dell'Accordo locale, Direttori Sert , e da rappresentanti degli Osservatori aziendali dipendenze patologiche che forniscono il supporto tecnico al monitoraggio. Per la Commissione locale delle Aziende USL di Bologna e Imola, il supporto è fornito dall'Osservatorio di Bologna.

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

## **Allegato 1**

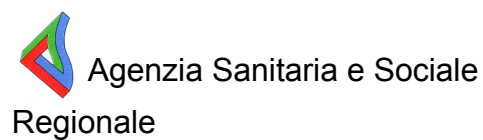
Le tariffe elencate di seguito non comprendono l'IVA

### **Tariffe pro/die pro/capite per anno e tipologia di struttura**

Tipologia	Tariffa Anno 2014
Pedagogico/Riabilitativa semiresidenziale	37,84
Pedagogico/Riabilitativa residenziale	54,75
Terapeutico/Riabilitativa semiresidenziale	53,56
Terapeutico/Riabilitativa residenziale	70,11
Supporto in caso di ricovero ospedaliero *	28,92
Struttura Madre/Bambino	80,80

Modulo Madre/Bambino	79,15
Struttura Doppia diagnosi	133,71
Modulo Doppia diagnosi	111,37
Struttura per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	111,43
Modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	80,41

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



**Requisiti Specifici per l'accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche**

Luglio 2013

## Definizione del Progetto terapeutico

<b>Razionale</b>	<b>Requisito</b>	<b>Livello di applicazione</b>
Presenza di un progetto terapeutico	Per ogni utente inserito in Struttura è redatto il progetto terapeutico sulla base di una ipotesi diagnostica.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	Deve esistere evidenza della condivisione dei contenuti del Progetto fra SerT–Struttura-Utente. Il Progetto è unitario	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	Il progetto terapeutico contiene almeno i seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnosi prevalente tossicologica o di comportamento compulsivo</li> <li>- eventuali diagnosi secondarie nelle aree somatica, psicosociale e psichiatrica rilevanti dal punto di vista clinico</li> <li>- trattamento farmacologico</li> <li>- obiettivi terapeutici (generali e/o specifici)</li> <li>- durata del progetto</li> <li>- tempi di verifica</li> <li>- individuazione degli operatori di riferimento SerT e Struttura</li> <li>- individuazione degli eventuali altri attori coinvolti.</li> </ul>	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
Condivisione del progetto terapeutico	Deve esistere evidenza della comunicazione e/o condivisione della valutazione diagnostica e dei contenuti del Progetto, fra SerT–Strutture-Utente, nel momento dell'ingresso, dell'uscita e nelle fasi di passaggio tra le Strutture e tra SerT e Strutture.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	Evidenza di condivisione con altri attori eventualmente coinvolti nel progetto ( famiglia, CSM, servizio minori, servizio sociale ...).	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
Verifiche in itinere e validazione del progetto	Deve esistere evidenza di verifica periodica del Progetto fra SerT- Strutture-Utente-altri attori coinvolti. Sono oggetto di verifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- obiettivi terapeutici (generali e/o specifici)</li> <li>- durata del progetto</li> <li>- tempi di verifica</li> <li>- coinvolgimento e adeguamento delle figure professionali di riferimento</li> <li>- coinvolgimento e adeguamento di eventuali altri attori.</li> </ul> Il risultato della verifica deve essere registrato nella cartella del paziente con conferma o ridefinizione del progetto o valutazione conclusiva rispetto agli obiettivi definiti.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali



	Le Strutture che hanno competenze diagnostiche riconosciute , COD e ambulatori di accoglienza e diagnosi, devono comunicare al SerT inviante, in fase di inserimento/dimissione e nei passaggi tra Strutture, le diagnosi effettuate.	COD, Ambulatorio di accoglienza e diagnosi
Valutazione scheda di dimissione	La Struttura redige una scheda/relazione individuale, per tutti i pazienti, al termine della parte di progetto da essa gestita. La relazione contiene anche la tipologia di esito del percorso realizzato. La relazione finale/scheda è redatta dalla Struttura e trasmessa al SerT inviante.	Strutture residenziali/semiresidenziali

## Sistemi di Codifica e documentazione Clinica

<b>Razionale</b>	<b>Requisito</b>	<b>Livello di applicazione</b>
Criteri per la codifica della diagnosi tossicologica	La diagnosi tossicologica o di comportamenti compulsivi è prevalente e deve essere redatta secondo le <i>Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD 10 nei Servizi per le dipendenze</i> .	SerT, COD, Ambulatorio di accoglienza e diagnosi
	Tale codifica deve essere utilizzata nella cartella clinica dell'utente (anche informatizzata) e nelle altre comunicazioni fra Strutture	SerT , Strutture residenziali/semiresidenziali, ambulatorio di accoglienza e diagnosi
Criteri per la comunicazione e individuazione di elementi significativi di una eventuale diagnosi in area somatica, psico-sociale, psichiatrica (multidimensionale)	Ogni Commissione locale di monitoraggio individua e definisce: i) ulteriori elementi diagnostici da trasmettere al SerT- Struttura; ii) le modalità di comunicazione della diagnosi tra SerT- Struttura del territorio e viceversa.  -	Responsabile del Programma aziendale dipendenze patologiche *
	Nelle fasi di passaggio tra Strutture o tra Strutture e SerT e viceversa, deve essere effettuata la trasmissione delle seguenti informazioni quando disponibili: - elementi anamnestici di rilievo; - referti di tests psico-diagnostici e/o di colloqui psico-diagnostici; - referti di visite mediche specialistiche, esami strumentali e di laboratorio; - relazione di altri Servizi che hanno in carico il paziente.	SerT , Strutture residenziali/semiresidenziali, ambulatorio di accoglienza e diagnosi
Garanzia della continuità terapeutica	Le Strutture e i SerT devono documentare i piani di trattamento farmacologico e le loro variazioni.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	Il piano di trattamento in corso accompagna il paziente nella fase di ingresso, cambio o uscita dalla Struttura	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali

\* In sede di visita di verifica per l'accreditamento, il requisito è verificato contestualmente ai requisiti generali dei SerT

## Criteria di appropriatezza degli inserimenti in Struttura

Requisito	Razionale	Livello di applicazione
Definizione di criteri di inclusione/esclusione	I SerT e le Strutture definiscono i propri criteri di inclusione, di esclusione e priorità per l'ingresso e per la permanenza in Struttura.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	Il SerT definisce i criteri di invio.	SerT
	I criteri devono essere espliciti e reciprocamente comunicati tra SerT-Strutture, sviluppati individualmente o condivisi.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
Definizione di criteri di dimissione e garanzia continuità assistenziale	I SerT e le Strutture definiscono i propri criteri di dimissione dal trattamento in Struttura (indipendentemente dall'esito). I criteri devono essere esplicitati e conosciuti dal SerT e dalle Strutture.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	SerT e Strutture definiscono e documentano modalità per garantire la continuità assistenziale.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	La Commissione locale di monitoraggio definisce le modalità per gestire la continuità assistenziale.	Responsabile del Programma aziendale dipendenze patologiche *
Valutazione appropriatezza	E' previsto almeno un audit/valutazione annuale di tipo organizzativo e professionale sull'appropriatezza dei percorsi nel sistema locale dell'offerta di servizi.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
	La Commissione locale di monitoraggio stabilisce criteri esplici di monitoraggio e valutazione sulla base dei quali viene effettuato tale audit/valutazione.	Responsabile del Programma aziendale dipendenze patologiche *

*\* In sede di visita di verifica per l'accreditamento, il requisito è verificato contestualmente ai requisiti generali dei SerT*

## Valutazione degli esiti dei trattamenti

<b>Razionale</b>	<b>Requisito</b>	<b>Livello di applicazione</b>
Valutazione di sistema	<p>La Commissione di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• redige un report valutativo annuale sugli inserimenti in Struttura e sui risultati conseguiti;</li> <li>• verifica la coerenza fra tra bisogni assistenziali e offerte dei Servizi a livello territoriale;</li> <li>• utilizza strumenti e/o modalità valutative sostenibili, condivise e coprogettate;</li> <li>• individua gli strumenti e/o modalità valutative sostenibili, condivise e coprogettate finalizzate alla valutazione dei singoli progetti terapeutici e dei risultati ottenuti (outcome).</li> </ul>	Responsabile del Programma aziendale dipendenze patologiche*
Valutazione del percorso dell'utente	In fase di valutazione degli esiti si suggerisce il coinvolgimento dell'utente.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali
Audit o Root Cause Analysis congiunti pubblico-privato	Audit/valutazioni congiunte assumono particolare rilevanza nella individuazione e analisi di eventuali criticità del sistema pubblico-privato (es. abbandoni).	Responsabile del Programma aziendale dipendenze patologiche*
	Audit o RCA congiunti sono realizzati ogniqualvolta si verifica un evento avverso rilevante (es. tentato suicidio, decesso utente per overdose o suicidio) durante il trattamento in Struttura.	SerT e Strutture residenziali/semiresidenziali

*\* In sede di visita di verifica per l'accreditamento, il requisito è verificato contestualmente ai requisiti generali dei SerT*

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/1722

data 12/11/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

---

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta  
Affari Generali della Presidenza  
Pari Opportunita'