

Deliberazione della Giunta Regionale 19 settembre 2016, n. 29-3944

Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i.

A relazione degli Assessori Ferrari, Saitta:

Il D.P.R. 7 aprile 1994, di approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", ha previsto il modello organizzativo dipartimentale individuando le strutture costitutive del Dipartimento di Salute Mentale ed il D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ha fissato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, demandando alle Regioni le successive competenze.

Con Delibera del Consiglio Regionale n. 357-1370 del 28.01.1997 recante "Standard strutturali ed organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della D.G.R. n. 191-37198 del 17.04.1990 ratificata dal Consiglio Regionale con Deliberazione n. 9-9044 del 29.07.1990 e della D.C.R. n. 245-11504 del 31.07.1986", la Regione Piemonte ha stabilito gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del dipartimento di salute mentale e delle strutture psichiatriche territoriali (Comunità Protetta di tipo A e di tipo B, Comunità Alloggio e Centri Diurni), disciplinando gli interventi di tipo economico e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette. Detto provvedimento prevedeva altresì la tipologia di struttura denominata "Gruppo Appartamento", (soluzioni abitativa gestita direttamente dal D.S.M.) riservata a pazienti giunti a una fase avanzata del reinserimento sociale per rispondere a specifiche esigenze di residenzialità non basilare, con compartecipazione economica alla gestione degli stessi.

Il D.P.R. 1 novembre 1999, di approvazione del Progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", ha individuato obiettivi e interventi prioritari precisando i modelli organizzativi e prevedendo specifiche modalità di verifica dei risultati. Ha ribadito, inoltre, lo standard tendenziale di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti, già individuato al precedente Progetto Obiettivo, stabilendo tuttavia una quota aggiuntiva di un secondo posto letto per quelle Regioni con necessità residenziali derivanti dagli ex Ospedali Psichiatrici.

Con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2000, n. 616-3149 (Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Disposizioni di attuazione), la Regione Piemonte ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private nonché i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e ha definito, inoltre, le procedure ed i tempi per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private ai requisiti previsti.

Con D.G.R. n. 32-29522 del 01.03.2000 recante "Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie", la Regione Piemonte ha determinato il proprio fabbisogno territoriale dei posti letto per la salute mentale.

Con Sentenza n. 2531 del 27/04/2005 il T.A.R. Piemonte, annullando parzialmente la DCR n. 357 del 1997, ha sancito la possibilità di gestione dei Gruppi Appartamento e delle Comunità Alloggio, sia da parte dei D.S.M che da parte di soggetti terzi.

Con Deliberazione n. 63-12253 del 28 settembre 2009, la Giunta regionale ha identificato i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche. Con detto provvedimento la Regione Piemonte ha provveduto ad accreditare istituzionalmente le strutture residenziali e semi-residenziali per la salute mentale Comunità Protette, Comunità Alloggio e Centri Diurni, demandando a successivo provvedimento regionale la disciplina delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza dei Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici, ad integrazione della D.C.R. n. 357-1370/1997.

Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, approvato con Delibera del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087, stabiliva, con riguardo al tema della salute mentale, la necessità di completare la rete articolata dei servizi residenziali ormai da tempo compresi nel dipartimento di salute mentale, colmando il vuoto legislativo inerente i gruppi appartamento e le strutture afferenti all'area della residenzialità assistita e disciplinandone modalità autorizzative, di vigilanza e di obbligatorio accreditamento.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza. Il Piano di azioni nazionale prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Con deliberazione n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, la Giunta regionale ha avviato un percorso programmatico di riorganizzazione della materia, recependo il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" – Atto rep. N. 4/CU del 24/01/2013, e demandando a successivi provvedimenti della Giunta regionale l'attuazione dei contenuti di cui a tale Accordo, con particolare riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza residenziale per i pazienti psichiatrici ed alla definizione dei requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza delle strutture residenziali.

Tale percorso presuppone il superamento della D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997, ancora funzionale per alcuni aspetti organizzativi e strutturali, ma che è ormai di fatto superata per quanto riguarda le procedure di rilascio dei titoli autorizzativi di talune tipologie di strutture, l'esercizio della funzione di vigilanza, gli interventi di tipo economico (utilizzati in maniera incongrua) la mancata previsione di tariffe giorno/utente, e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette (gruppi appartamento e affido familiare).

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 12-6458 del 7 ottobre 2013, e con la successiva D.D. 19 novembre 2013, n. 934, è stata disciplinata l'attività di vigilanza relativa alle strutture per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche, definendo un nuovo modello organizzativo di vigilanza per le strutture residenziali e semi residenziali, sanitarie e socio-sanitarie, afferenti all'area della Salute mentale e delle dipendenze patologiche per soggetti adulti e individuando quale

soggetto competente ad esercitare la funzione di vigilanza sulle strutture richiamate le Commissioni di Vigilanza per le attività Sanitarie competenti per territorio, integrate da un Dirigente medico del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) e/o del Servizio per le Dipendenze del Dipartimento di Patologie delle Dipendenze (Ser.D del D.P.D.) e, per le strutture socio-sanitarie, da un componente dei Servizi Socio-Assistenziali. Le Commissioni di Vigilanza sono preposte all'attività di verifica e di controllo dei requisiti strutturali, tecnici, organizzativo-gestionali e della qualità dell'assistenza erogata, nonché di quelli che avevano dato atto all'autorizzazione e all'accreditamento.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 17 ottobre 2013, ha approvato l'Accordo Stato-Regioni elaborato dal gruppo di lavoro GISM-AGENAS denominato "Le strutture residenziali psichiatriche", già recepito dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 13 giugno 2013. Il modello AGENAS-GISM si basa sull'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche di differente intensità terapeutico riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, quali:

1. S.R.P.1: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
2. S.R.P.2: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
3. S.R.P.3: Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

Con deliberazione del 23 dicembre 2013, n. 260-40596 il Consiglio regionale ha recepito l'Accordo Stato Regioni concernente le strutture residenziali psichiatriche di cui all'alinea precedente, con conseguente revisione, per le parti in contrasto, delle disposizioni di cui alla deliberazione del Consiglio regionale 28 gennaio 1997, n. 357-1370. L'atto demandava altresì a successivi provvedimenti della Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente, l'attuazione dei contenuti di cui all'Accordo, con particolare riguardo all'adozione del modello residenziale AGENAS-GISM proposto con differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico ed alternativi alla residenzialità.

Con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015, i quali prevedono al punto 14.4.4 la "Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici". I principali obiettivi delle azioni programmatiche sono finalizzati al rispetto delle linee guida definite dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" – atto rep. N.4/CU del 24/01/2013, recepito con D.G.R. n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, ovvero:

- riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;
- definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto.
- la previsione di un regime tariffario giorno/utente con applicazione dei criteri di compartecipazione alla spesa contenuti nel D.P.C.M. 29/11/2001.

Con la deliberazione n. 30-1517 del 30.06.2015, successivamente modificata ed integrata dalla DGR n. 35-2055 del 1.09.2015, la Giunta regionale, in attuazione di quanto previsto dal PSSR 2012-2015 e dai Programmi Operativi 2013 – 2015, nonché della D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260 – 40596 di recepimento del modello AGENAS - GISM di revisione della rete residenziale delle

strutture per pazienti psichiatrici, ha approvato il documento di “Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria”.

Il provvedimento di cui trattasi provvedeva a ricondurre le strutture della residenzialità psichiatrica regionale, di cui alla DCR n. 357-1370 del 28.01.1997, alle tre tipologie previste e disciplinate nell’ambito del modello AGENAS-GISM di cui all’Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013; per l’attuazione del provvedimento era prevista una fase transitoria, da concludersi entro la fine di dicembre 2015, nel corso della quale avviare un processo di ricognizione delle caratteristiche dei pazienti inseriti nelle residenze allo scopo di procedere alla determinazione del fabbisogno regionale di offerta di servizi residenziali per la psichiatria e delle modalità per la concessione dell’accreditamento e per la messa a contratto degli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall’esercizio 2016.

Con circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 “D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria: adempimenti”, inoltre, si è dato avvio ad una attività di rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale degli utenti presenti nelle strutture residenziali, volta a verificare la coerenza dei livelli di assistenza erogati e delle necessità assistenziali, in relazione all’appropriatezza degli inserimenti in struttura. Oltre a ciò, è stata effettuata una attività di mappatura delle strutture residenziali psichiatriche al fine di avere un quadro completo della realtà piemontese.

Da tale analisi è emerso che:

- al 5 settembre 2015 risultavano accolti presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi 3.000 utenti prevalentemente inseriti presso Gruppi Appartamento e Comunità Protette (di Tipo A e B). Di rilevante importanza, inoltre è al presenza di 522 utenti psichiatrici accolti in RSA anche con età inferiore ai 65 anni;
- gli utenti extra regionali sono pari al 13% del campione analizzato. Questi ultimi, sono prevalentemente accolti presso le Comunità Protette di Tipo A e di tipo B rispettivamente il 37% e il 20% degli utenti ad oggi accolti presso tali strutture;
- gli utenti analizzati, mediante le scale di valutazione psichiatriche, evidenziano prevalentemente esigenze di supporto socio assistenziale piuttosto che sanitario. In particolare, il 39% degli utenti evidenzia esigenze di supporto sanitario, mentre il restante 61% palesa esigenze di supporto socio assistenziale;
- gli utenti non sono accolti sempre nelle strutture più appropriate alle proprie esigenze di supporto assistenziale. Infatti nei Gruppi Appartamento sono presenti utenti con esigenze di supporto sanitario (circa il 24% del totale) nonostante si tratti di una struttura a prevalente vocazione assistenziale. Anche nelle Comunità Protette (di Tipo A e B) circa il 50% dell’utenza palesa esigenze di supporto prevalentemente socio assistenziale, piuttosto che sanitario;
- le strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio piemontese sono 431 di cui 345 Gruppi Appartamento, 7 Comunità Protette di Tipo A, 56 Comunità Protette di Tipo B, 22 Comunità Alloggio ed 1 Centro Terapie Psichiatriche;
- il totale dei posti letto delle strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio regionale è pari a 2.872. Di questi, ad oggi, ne risultano circa 300 posti letto non occupati.

L’analisi dell’utenza e delle strutture residenziali psichiatriche ha permesso alla Regione di avere un quadro complessivo della realtà psichiatrica piemontese. Ciò, supportato anche da quanto emerso in sede di contenzioso, sia da parte degli enti gestori che degli enti locali, ha permesso di prevedere una revisione della filiera dei servizi della salute mentale anche mediante una parziale revisione delle disposizioni di cui alla DGR n. 30-1517/2015 e s.m.i. finalizzata a:

- inquadrare il riordino dei servizi residenziali psichiatrici in un più generale processo di revisione della rete dei servizi territoriali;

- introdurre elementi di riconversione dell'offerta di servizi residenziali in direzione di un potenziamento dei servizi domiciliari. In tale ambito, la Regione entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento, intende promuovere la domiciliarità psichiatrica mediante la revisione e regolamentazione di tale tipologia di intervento;
- cadenzare le tappe del riordino dei servizi residenziali in un percorso temporale sufficiente a consentire la ricollocazione dei pazienti inseriti, la riconversione delle strutture residenziali, la riqualificazione degli operatori in possesso di titoli professionali non corrispondenti;
- avviare un percorso di rafforzamento della governance dei servizi psichiatrici regionali e di monitoraggio della loro attività attraverso l'osservatorio salute mentale a livello regionale e un coordinamento tecnico dei servizi a livello territoriale, organismi incaricati di realizzare strumenti informativi e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanità e welfare, allo scopo di garantire equità nell'erogazione dei servizi, definire le migliori strategie e linee di intervento degli stessi e operare le necessarie riconversioni;
- istituire un tavolo di monitoraggio sull'applicazione della delibera rispetto alla salute dei pazienti e anche al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica. Tale tavolo sarà composto dai soggetti portatori di interessi sul territorio piemontese e sarà istituito entro 90 giorni dalla pubblicazione della delibera

In particolare, tenuto conto di quanto emerso in sede di confronto con tutti i portatori di interesse (Sindacati, Erogatori/Gestori, Direttori Generali-Sanitari e Dipartimenti di Salute Mentale delle A.S.L., ANCI e Comune di Torino), nonché nel corso dei tavoli di discussione nelle sedi istituzionali competenti, si è ritenuto opportuno apportare una serie di integrazioni/modifiche alla citata DGR 30-1517/2015 e s.m.i. di riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria, come di seguito indicato, con la finalità di:

- definire i criteri di accesso alle strutture residenziali psichiatriche basati su una valutazione multidimensionale del bisogno effettuata mediante la somministrazione di apposite Scale di Valutazione psichiatriche, oltre che i relativi tempi di permanenza in struttura e la definizione di un criterio specifico per la valutazione della appropriatezza della permanenza dei pazienti psichiatrici attualmente inseriti in RSA;
- affermare la libertà di scelta del luogo di cura e del diritto a trovare assistenza prioritariamente nel proprio territorio di residenza onde garantire una maggiore qualità dell'assistenza erogata e una migliore continuità terapeutica;
- prevedere un periodo transitorio, della durata di tre anni decorrenti dalla data di adozione del presente provvedimento, per la ricollocazione dei pazienti per i quali è emerso un inserimento inappropriato rispetto alle esigenze di supporto assistenziale palesato;
- prevedere, in sede di adeguamento dell'offerta residenziale al modello AGENAS-GISM, un'articolazione delle strutture riconducibili alla tipologia S.R.P. 2 su due livelli di intensità assistenziale, allo scopo di riportare nell'ambito delle strutture sanitarie Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio, con copertura H24, che, indipendentemente dai livelli assistenziali di origine e in possesso dei requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali e strutturali previsti per tale tipologia di struttura, alla data del 30 novembre 2015 avevano in carico almeno il 50% dell'utenza con esigenze di supporto sanitario. Eventuali nuovi inserimenti di ospiti con bisogni di tipo sanitario, avvenuti dopo tale data, concorreranno al calcolo della percentuale di cui sopra, previa verifica da parte del DSM inviante;
- rivedere i requisiti gestionali, previsti per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche, alla luce dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione multidimensionale dell'utenza attualmente in carico presso le strutture residenziali psichiatriche;
- rivedere parzialmente i requisiti strutturali delle strutture residenziali psichiatriche, garantendo il possesso dei requisiti funzionali essenziali;

- introdurre una logica di budget dei servizi territoriali psichiatrici affidato ai Dipartimenti di Salute Mentale che andrà a regime di pari passo con il percorso di ricollocazione dell'utenza di durata pari a tre anni dall'entrata in vigore del presente provvedimento;
- avviare un percorso di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali psichiatriche censite durante l'attività istruttoria;
- prevedere la definizione di uno strumento omogeneo regionale che permetta l'analisi della capacità contributiva dell'utente mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE;
- demandare alle A.S.L., considerata l'indifferibilità attuativa del presente provvedimento, l'attività di verifica sulla rispondenza dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento di tutte le strutture normate dal presente provvedimento;
- prevedere un sistema tariffario unico regionale, considerando in sede di determinazione delle tariffe i costi di funzionamento rilevati dagli enti gestori ed i valori contrattuali per figura professionale applicati a livello nazionale;
- prevedere talune modifiche/integrazioni riguardo alle figure professionali che possono concorrere agli standard gestionali definiti per le strutture residenziali psichiatriche;
- ritenere necessario implementare un flusso informativo, nell'ambito del sistema già presente sul territorio piemontese e in uso presso i D.S.M. (Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie S.I.S.M.A.S), per la raccolta, l'elaborazione e l'archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito. Al tal proposito, si ritiene necessario che tutte le aziende del territorio piemontese debbano dotarsi del Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie S.I.S.M.A.S..

La ricognizione effettuata mediante la circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 ha, inoltre, evidenziato l'esistenza, sul territorio regionale, di esperienze di *Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA)*, presenti in modo particolarmente sviluppato e significativo nella A.S.L. TO3.

Per *Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA)* si intende l'integrazione di persone maggiorenni in stato di temporanea o cronica difficoltà dovuto a ragioni di tipo psichico e/o fisico, presso l'abitazione di volontari. Gli ospiti vengono coinvolti in tutte le attività inerenti la quotidianità del nucleo familiare ospitante. La convivenza si avvale del supporto continuativo offerto da un team di professionisti appositamente formati (pronta disponibilità telefonica 24/7). E' inoltre previsto per i volontari ospitanti un rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accoglienza, corrisposto direttamente dal paziente ed eventualmente integrato dai Servizi Sanitari e/o Socio-Assistenziali, attraverso l'erogazione di un assegno terapeutico o simile. Tali aspetti sono definiti e sottoscritti da un apposito contratto che vede coinvolte le tre parti interessate dal progetto: il paziente, il volontario ospitante, l'A.S.L..

Lo IESA si configura come una modalità abitativa alternativa al ricovero in istituzioni chiuse e complementare ad altre soluzioni territoriali, dove la famiglia assume la valenza di ambiente terapeutico riabilitativo e risocializzante.

I principali vantaggi di tale proposta di cura risultano essere: un aumento della qualità della vita percepita dal soggetto, il miglioramento della sintomatologia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri ed il contenimento dei costi per la residenzialità (con la spesa necessaria per un inserimento in Comunità è possibile finanziare sino a quattro progetti IESA).

Sebbene lo IESA sia genericamente ricondotto a un'utenza di tipo psichiatrico e nasca storicamente sul territorio piemontese come strumento di de-istituzionalizzazione durante la fase di chiusura degli Ospedali Psichiatrici, vi sono esperienze incoraggianti rivolte anche a persone in carico ad altre aree specialistiche (disabilità, anziani non autosufficienti, oncologia, dipendenze, demenze ecc.).

Per tutti questi motivi si ritiene utile e opportuno prevedere la possibilità che l'offerta di funzioni di IESA venga estesa a tutto il territorio regionale incaricando il servizio IESA del DSM della A.S.L. TO3 di svolgere la funzione di Centro Esperto per questa funzione e delegando la Direzione

regionale Sanità (Settore assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale) di adottare, con propri provvedimenti, uno specifico programma regionale in materia.

Il programma dovrà regolamentare il funzionamento del servizio elaborando indicazioni riguardanti le Linee guida e i protocolli operativi, il Contratto per la convivenza e la Modulistica specifica.

Le attività del programma regionale comprenderanno:

- campagne di pubblicizzazione del servizio finalizzate alla diffusione di una cultura dell'accoglienza e al reclutamento di famiglie e singoli volontari da selezionare.
- percorso di selezione per le famiglie volontarie sulla base di apposito protocollo con almeno 2 colloqui di approfondimento e 1 accurata visita domiciliare.
- percorso di formazione dei volontari organizzato dai servizi IESA sulla base dei programmi approvati dal Nucleo Regionale di Accreditamento Processuale per i nascenti servizi IESA.
- percorso di selezione dei pazienti candidati sulla base di apposito protocollo con almeno 2 colloqui di approfondimento e riunioni con invianti.
- percorso di abbinamento attraverso una accurata valutazione delle caratteristiche delle parti coinvolte e delle esigenze terapeutiche e riabilitative del soggetto.
- avviamento della convivenza supportata (IESA Full Time) o del progetto di frequentazione a tempo parziale (IESA Part Time) e sua gestione finalizzata al raggiungimento degli obiettivi terapeutici e riabilitativi specifici. Ogni volontario potrà accogliere 1 solo paziente. In casi straordinari, dettati da motivate esigenze terapeutiche o esistenziali, il numero di ospiti può salire a 2 (fanno eccezione gli inserimenti in case famiglia e fattorie sociali, i quali si riferiscono alle normative specifiche vigenti relative a tali ambiti)

La vigilanza strutturale e gestionale dei singoli Servizi IESA sarà a carico delle corrispondenti AA.SS.LL. come previsto dalla D.G.R. n.12 - 6458 del 7 ottobre 2013.

Ritenuto di recepire quanto richiamato nel Verbale relativo alla riunione di verifica degli adempimenti regionali del 20 novembre 2014, in cui Tavolo e Comitato relativamente all'erogazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria, definiscono che "sarà necessaria una messa a regime della trattazione contabile degli oneri relativi ad assistenza non sanitaria nel senso che gli stessi devono essere specificatamente individuati, coperti e messi a carico (fatturati) degli enti non sanitari che sono responsabili dell'erogazione di tali prestazioni. La messa a regime di tale disposizione avverrà al termine della fase transitoria. La Direzione Sanità disciplinerà, nel frattempo con proprio atto, le modalità di fatturazione delle prestazioni residenziali oggetto del presente provvedimento.

Ribadito che gli attuali meccanismi utilizzati per quantificare la quota a carico del cittadino/utente rimangono invariati sino alla definitiva approvazione di un provvedimento che definirà, di concerto con ANCI, uno strumento regionale che tenendo conto della particolare fragilità dei nuclei famigliari dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale sia finalizzato all'analisi della capacità contributiva mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE.

Precisato che, sino a quando la Regione Piemonte sarà sottoposta al Piano di rientro dal debito sanitario, tutti i costi relativi ai servizi residenziali psichiatrici, oggetto del presente provvedimento, saranno coperti con le risorse del fondo sanitario nazionale per la componente sanitaria e con altre risorse del bilancio regionale per la componente socio assistenziale, così come previsto dal disegno di legge regionale n. 222 "Assestamento del bilancio di previsione finanziario 2016-2018 e disposizioni finanziarie" presentato in data 9 settembre 2016.

Successivamente all'uscita dal Piano di rientro sarà avviato un processo normativo regionale per la creazione di regole e strumenti finanziari a sostegno dell'integrazione socio sanitaria, che consentano la erogazione di servizi integrati e di ridurre l'impatto economico sulle famiglie degli assistiti.

Considerata la sentenza del Consiglio di Stato in adunanza plenaria n.3/2012 dove viene ribadito che: "... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario sia svolta nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni".

Dato atto che le Aziende rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R., devono assicurare il rispetto dei restanti obiettivi di razionalizzazione della spesa richiamati dal PO 2013-2015 e da successivi atti regionali vigenti, al fine di conseguire un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

Ritenuto pertanto, con il presente provvedimento, di disporre, secondo gli indirizzi e per le finalità di cui alle premesse, una revisione/ridefinizione della disciplina relativa all'organizzazione dei servizi residenziali psichiatrici, modificando ed integrando quanto in precedenza disposto con DGR n. 30-1517 del 3.06.2015.

Precisato che la quota di spesa a carico del SSR disposta per l'esercizio 2016 con il presente provvedimento trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate alle ASL con D.G.R. n. 35-3152 del 11.04.2016.

Visti i seguenti provvedimenti legislativi e amministrativi;

visto il D.Lgs. 502 del 1992;

visto il D.P.R. del 14 gennaio 1997;

visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001;

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C;

vista la Legge 7 agosto 1990 n.241 e s.m.i.;

vista la Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016), tra cui i commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1;

visto il parere favorevole espresso dalla IV commissione del Consiglio Regionale del Piemonte in data 15 settembre 2016;

tutto ciò premesso e considerato;

udita la proposta dei relatori;

la Giunta Regionale, unanime,

delibera

per le motivazioni in premessa esplicitate parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

1. di disporre, per le motivazioni di cui in premessa, la revisione del sistema dei servizi residenziali per la psichiatria, così come descritta e disciplinata negli elenchi allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

a. Allegato A - Piano di azione per la salute mentale in Piemonte. Tale allegato riporta il percorso, oltre che le relative azioni, che la Regione Piemonte intende intraprendere per l'attuazione del Piano di azione per la salute mentale sul proprio territorio regionale anche in coerenza con quanto definito a livello nazionale;

b. Allegato B - Revisione della residenzialità psichiatrica. Tale allegato riporta in dettaglio la manovra di revisione della residenzialità psichiatrica piemontese con la finalità di adeguare la realtà esistente a quanto definito dal modello AGENAS – GISM. In particolare, tale documento disciplina vari ambiti tra cui i criteri e le modalità di accesso, i requisiti per l'esercizio e l'accreditamento, le tariffe per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), oltre che il fabbisogno regionale stabilito in base alla istruttoria avviata in attuazione della DGR 30 – 1517/2015 e la funzione di vigilanza e controllo

c. Allegato C - Scale di valutazione. Tale allegato riporta il dettaglio delle Scale di Valutazione psichiatriche da utilizzare per la valutazione multidimensionale del bisogno degli utenti che hanno accesso presso le strutture residenziali psichiatriche;

d. Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte. Tale allegato raccoglie in dettaglio le evidenze emerse dall'attività di istruttoria avviata con la circolare Prot. 51907 del 18 agosto 2015 in cui, mediante la somministrazione di apposite schede, la Regione è riuscita a disegnare un quadro esaustivo della realtà residenziale psichiatrica sul territorio piemontese. In particolare l'analisi riporta il dettaglio sia delle evidenze emerse dall'analisi dell'utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche, sia un approfondimento sulle strutture stesse.

2. di dare atto che le disposizioni del presente provvedimento integrano o sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle D.G.R. relative alle singole forme di residenzialità psichiatrica;

3. di prendere atto che, per l'attuazione del riordino oggetto del presente provvedimento, si prevede una fase transitoria che si concluderà entro tre anni dall'emanazione del presente provvedimento e una fase di messa a regime che avrà avvio al termine della fase transitoria;

4. di demandare alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale l'emanazione di ogni successivo atto che si renda necessario per la piena applicazione del presente provvedimento; in particolare di adottare, di concerto con Anci, uno strumento regionale che tenendo conto della particolare fragilità dei nuclei familiari dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale sia finalizzato all'analisi della capacità contributiva mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE;

5. di dare mandato alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale di emanare i provvedimenti necessari per assicurare il coinvolgimento, a livello territoriale, degli enti gestori nella progettazione dei percorsi di risocializzazione dei pazienti promuovendo il coordinamento strutturale dei servizi e disciplinando, in modo particolare, le modalità di elaborazione e validazione dei Piani terapeutici riabilitativi personalizzati;

6. di dare mandato alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale di trasmettere alle A.S.L. la presente deliberazione e di prevedere appositi e costanti occasioni di confronto, formazione specifica e scambio delle buone prassi, al fine di garantire una omogenea applicazione della normativa su tutto il territorio regionale, di valutarne gli effetti in funzione dei conseguenti provvedimenti programmatori regionali, di condividere e governare le risultanze delle procedure di verifica e controllo in atto;

7. di incaricare la Direzione Regionale Sanità di dare attuazione al percorso di elaborazione del PASMP e di avviare le attività dell'Osservatorio Salute mentale definendo, con propri provvedimenti, le modalità organizzative e di governo dei processi assicurando la massima partecipazione dei soggetti interessati alle varie fasi di lavoro;

8. di dare atto che, fino a quando la Regione Piemonte sarà sottoposta al Piano di rientro dal debito sanitario, tutti i costi relativi ai servizi residenziali psichiatrici, oggetto del presente provvedimento, saranno coperti con le risorse del fondo sanitario nazionale per la componente sanitaria e con altre risorse del bilancio regionale per la componente socio assistenziale, come previsto dal disegno di legge regionale n. 222 “Assestamento del bilancio di previsione finanziario 2016-2018 e disposizioni finanziarie” presentato in data 9 settembre 2016;

9. di rinviare a successivi provvedimenti, da adottarsi entro il termine della fase transitoria, la regolamentazione dettagliata e definitiva dei requisiti gestionali riguardanti la figura professionale dell'educatore, valutando anche la praticabilità di introdurre nella normativa regionale modifiche sui criteri relativi al possesso di titoli di studio;

10. di istituire un tavolo di monitoraggio sull'applicazione della delibera rispetto alla salute dei pazienti e anche al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica. Tale tavolo sarà composto dai soggetti portatori di interessi sul territorio piemontese e sarà istituito entro 90 giorni dalla pubblicazione della delibera;

11. di impegnare gli Assessorati Sanità e Welfare alla puntuale attuazione del Piano di azione sulla salute mentale e a realizzare il rafforzamento della governance dei servizi socio sanitari e a organizzare incontri territoriali per condividere la vision del Sistema socio sanitario.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo della Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Allegato A – Piano di azione per la salute mentale in Piemonte

Con la DGR 30 dicembre 2013, n. 25 - 6992 (Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012) la Regione Piemonte ha assunto l'impegno di realizzare, nell'arco di un triennio, le seguenti azioni:

- Riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;
- Definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali - organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto e determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

Il percorso di attuazione delle azioni concordate era così stabilito:

- Delibera di Giunta per disciplinare gli attuali gruppi appartamento (come dal citato documento AGENAS - GISM del 25/03/2013) in Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi, suddivise in 3 tipologie a bassa intensità assistenziale, con definizione dei requisiti autorizzativi, di vigilanza e tariffa giorno/utente con applicazione del DPCM 29/11/2001, entro febbraio 2014;
- Delibera di Giunta sul fabbisogno regionale e aziendale di posti letto suddiviso per tipologia di struttura. Solo successivamente una D.G.R. con i requisiti di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (ex gruppi appartamento), tra il giugno 2014 e il dicembre 2014;
- In seguito provvedimenti regionali finalizzati ad un generale riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (definizione delle tariffe per le altre tipologie di strutture, obbligo di inserimento esclusivamente in strutture autorizzate ed accreditate e riservate ai soli pazienti psichiatrici, tempi di permanenza in struttura, inserimento dei pazienti in strutture nel territorio delle ASL di residenza);
- Adempimento Lea aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, entro il 31/12/2013;
- Riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2014;
- Riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2015.

La Dgr 3 giugno 2015, n. 30 - 1517, per mitigare la rigidità e l'ineluttabilità del percorso di riordino progettato dai Programmi Operativi, ha previsto un processo di ricognizione delle caratteristiche dei pazienti inseriti nelle residenze da utilizzare per la definizione dei fabbisogni e per avviare, accanto alla riconversione delle strutture, anche un processo di ricollocazione più appropriata dei pazienti.

Le informazioni prodotte dal lavoro di ricognizione sulle caratteristiche delle strutture residenziali e sui bisogni dei pazienti ricoverati hanno fatto emergere alcune criticità che possono essere così sintetizzate:

- presenza di un elevato numero di pazienti inseriti in modo non appropriato al loro livello di bisogno (pazienti autosufficienti inseriti in RSA, pazienti cronici ricoverati da lungo tempo in strutture riabilitative, elevato numero di pazienti residenti in altre regioni);

- presenza di residenze con caratteristiche strutturali e funzionali non corrispondenti al livello di classificazione cui sarebbero destinate in base al provvedimento di riordino (in particolare nell'ambito dei cosiddetti gruppi appartamento).

La ricognizione ha confermato che l'offerta complessiva di servizi residenziali psichiatrici è elevata e il loro utilizzo presenta ampie differenze territoriali che non appaiono giustificate da corrispondenti differenze di fabbisogno.

Nel territorio regionale sono, inoltre, ancora presenti numerose strutture private di tipo neuropsichiatrico che, pur rivestendo natura di tipo ospedaliero post acuta, svolgono attività di ricovero e riabilitazione di pazienti parzialmente sovrapponibile a quella svolta nelle strutture psichiatriche residenziali contribuendo a rendere l'offerta psichiatrica residenziale della regione complessivamente molto elevata.

Le criticità e i rilievi evidenziati indicano la necessità di affiancare agli interventi specifici di riordino della residenzialità (fabbisogno, accreditamento e sistema tariffario) una più complessiva azione di ricollocazione dei pazienti (per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture esistenti), di ridefinizione delle strutture (per ricomprendere le fattispecie non previste) e di riconversione delle strutture (per commisurare l'offerta al bisogno e ridurre le differenze territoriali).

Tale complicato processo di riordino costituisce un'occasione per riflettere sulla salute prodotta dall'attuale modello di organizzazione (in termini di autonomia, dignità, inclusione sociale, costi, sofferenza, ecc.) e per vedere se possono essere progettati dei cambiamenti utili per migliorare l'esito prodotto dal nostro sistema di cure.

In questa prospettiva va interpretata anche la costituzione, stabilita dalla DGR 26 - 1653 del 29/06/2015 di un Osservatorio della Salute Mentale integrato con l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED).

Lo scopo fondamentale sarà quello di riuscire a inserire il paradigma della salute (mentale) in tutte le azioni da progettare. Utilizzare la salute come riferimento, come metro di misura, per stabilire l'efficacia e anche l'efficienza delle azioni volte a promuovere e tutelare la salute mentale. Non un osservatorio sulla psichiatria (o sulle altre singole discipline mediche) ma un vero osservatorio della salute mentale.

Un Osservatorio capace di affrontare temi che non rientrano nel perimetro tradizionale dei servizi psichiatrici (l'enorme consumo di farmaci antidepressivi e di ricoveri con diagnosi psichiatrica). Un luogo di pensiero capace di avvicinare competenze professionali e interessi scientifici diversi per affrontare insieme un grande problema di salute.

Un centro dedicato in primo luogo alla prevenzione e promozione della salute mentale, attività che discendono direttamente dalla identificazione dei problemi di salute e dalla ricerca di soluzioni basate sulle evidenze scientifiche.

Un centro dedicato alla elaborazione di immagini epidemiologiche e di uso dei servizi (relativamente alla salute mentale intesa nel senso ampio) a partire dai dati correnti e da attività di ricerca di interesse pubblico e che utilizzi i dati prodotti per promuovere un confronto con i servizi al fine di migliorare la qualità, l'appropriatezza a sostegno della programmazione regionale in quest'ambito

La DGR 26 - 1653 del 29/06/2015 ha previsto una riorganizzazione dei DSM: in molte aree del Piemonte è stabilito l'obiettivo di riunificare i servizi psichiatrici in pochi grandi dipartimenti.

Anche questo processo può essere occasione per progettare nuovi contenitori organizzativi discutendo prima approfonditamente sulla funzione che dovranno svolgere. Un tale percorso

porterebbe sia a rafforzare leadership e governance dei servizi di salute mentale sia a realizzare servizi più comprensivi e integrati.

Inoltre l'attuale contingenza economica, e le regole vigenti, hanno generato una sorta di "sistema energeticamente chiuso" per il quale è irrealistico pensare all'arrivo, nel breve periodo, di nuove risorse e di nuove energie.

E' perciò necessario porre il problema di come riconvertire quelle disponibili. L'impiego di quantità così elevate di residenzialità psichiatrica comporta anche l'impiego di elevate quantità di risorse economiche che potrebbero, forse, essere destinate al potenziamento dei servizi oppure per organizzare la risposta a nuove domande di cura.

Le informazioni epidemiologiche disponibili, e quelle raccolte durante il percorso di riordino della residenzialità, hanno anche evidenziato le grandi differenze territoriali esistenti in regione, cui consegue un grande problema di equità che impone di affrontare il tema della riconversione su scala regionale e non all'interno di ciascuna area territoriale.

Infine anche i problemi emersi nel corso dell'ultimo anno (il processo di superamento degli OPG, il tema della violenza, del trattamento senza consenso e dei TSO) propongono tutti aspetti valoriali e di principio che impongono una riflessione. Temi che non possono essere affrontati in base a una presunta asetticità delle regole e delle procedure.

Per questo è parso necessario avviare, in Piemonte, un percorso di elaborazione di un Piano d'Azione per la Salute Mentale (PASM) e per stimolare il mondo politico, quello professionale, i soggetti economici collegati, i pazienti, le famiglie, i cittadini a riflettere sulla necessità di decidere in modo esplicito e, quanto più possibilmente condiviso, il futuro della salute mentale nel nostro territorio.

Le quattro azioni proposte dal **Piano d'Azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** paiono tutte necessarie anche per il Piemonte:

1. rafforzare la leadership e la governance in salute mentale;
2. fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di rispondere a livello territoriale;
3. progettare e realizzare strategie di prevenzione e promozione della salute mentale;
4. rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca nel campo della salute mentale.

La presente proposta, quindi, traccia le linee di fondo (e il percorso per la scrittura) di un *Piano d'Azione per la Salute Mentale in Piemonte* che consentirà di inquadrare tutte le azioni dei prossimi mesi in un contesto organico:

- il completamento del sistema informativo e l'avvio dell'osservatorio sulla salute mentale;
- il riordino della residenzialità (e il potenziamento della domiciliarità);
- la riorganizzazione dei servizi di salute mentale e la creazione di strumenti di governo innovativi.

Il percorso del Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale, all'interno della cornice delineata dalle indicazioni nazionali e internazionali, prevede quattro fasi di lavoro

- I. Conoscitiva e propositiva;

- II. La costruzione del Piano con i soggetti coinvolti;
- III. La traduzione in termini operativi degli interventi previsti dal Piano;
- IV. La valutazione della bontà degli interventi previsti dal Piano.

Il percorso ipotizza quindici i temi su cui iniziare a lavorare:

A. IL CONTESTO

1. Gli obiettivi del Piano d'Azione Regionale per la Salute Mentale: Individuare i bisogni, Valorizzare le buone pratiche, Integrare i soggetti che concorrono alla tutela della salute, Responsabilizzare i servizi psichiatrici sui percorsi di cura dei pazienti, Riquilibrare le strutture psichiatriche per rispondere in modo più efficace ai bisogni degli utenti, Investire sui percorsi di formazione degli operatori dei Servizi Psichiatrici;
2. I riferimenti internazionali e nazionali - Gli obiettivi dell'OMS sulla Salute Mentale, da concretizzare in Piemonte si racchiudono in un'esortazione: rafforzare la leadership e la governance in salute mentale, attraverso servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposta a livello territoriale, strategie di promozione e prevenzione in salute mentale, rafforzando i Sistemi Informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca nel campo della salute mentale;
3. Il Perimetro - Serve una visione "di sistema": Salute mentale, psichiatria e servizi: la risposta ai bisogni di Salute Mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma deve anche coinvolgere il contesto sociale, scolastico, lavorativo; in questo senso, serve un'attenzione ai processi di cura piuttosto che alla dimensione strutturale;
4. Gli operatori della salute mentale – Dagli operatori dipende in buona parte la qualità dei servizi psichiatrici: formulare una strategia che identifichi le lacune, specifichi i bisogni, il fabbisogno formativo e le competenze di base necessarie per gli operatori sanitari in tale campo;
5. Le risorse disponibili - Occorre censire e metterle insieme: l'Osservatorio per la Salute Mentale e i dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, le risorse documentali disponibili nella biblioteca virtuale della sanità piemontese, un Glossario della salute mentale per capirsi tra soggetti e enti differenti, ricostruiamo e governiamo le risorse finanziarie messe a disposizione per la salute mentale;
6. Collaborazione degli stakeholders: mobilitare e coinvolgere tutti i portatori di interesse, a partire dalle persone con disturbo mentale, includendo familiari e carer, Enti pubblici.

B. TEMI, ATTORI E ALLEANZE

7. Prevenzione e Promozione della Salute: Favorire Interventi e Azioni preventive integrando le risorse territoriali, coinvolgendo società civile, famiglie e utenti. Problematiche inerenti l'area giovanile, l'inserimento lavorativo, il lavoro di rete con i familiari e i pazienti attivi, i disturbi emotivi comuni, i disturbi alimentari, quelli post parto. Misure di promozione della salute mentale si sono dimostrate efficaci anche in termini di costi;
8. I percorsi di salute mentale: prestazioni commisurate ai bisogni - I percorsi di cura per livelli di intensità assistenziale (Stepped Care): Dalla logica dei contenitori e dei luoghi a quella sui percorsi di cura, basati sui Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati;
9. Presidiare il disagio mentale agli esordi – Attraverso iniziative progettuali innovative: Gestione Integrata degli specialisti con le Cure Primarie e Medicina Collaborativa;

10. Nuove prospettive della residenzialità psichiatrica - I percorsi di residenzialità leggera a sostegno dell'autonomia; deistituzionalizzazione e creazione di servizi di salute mentale territoriali - Centralità dell'assistenza sanitaria primaria;
11. Il processo di superamento degli OPG: completare il progetto di rete regionale dedicata ai pazienti psichiatrici autori di reato sostenendo gli interventi alternativi al ricorso a strutture di tipo detentivo.
12. Integrazione socio sanitaria e budget di salute - Partiamo dai soggetti in carico per definire le risorse necessarie.

C. I RISULTATI

13. L'innovazione dei servizi: Proporre e sostenere programmi qualificanti: contenere la contenzione, modelli organizzativi per la gestione delle urgenze in psichiatria;
14. Percorsi di guarigione (recovery);
15. Gli strumenti di valutazione del PASM: Governare e monitorare la riorganizzazione dei servizi.

Indice

Allegato B – Revisione della residenzialità psichiatrica	1
Premessa generale	3
Sezione 1 - Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria.....	8
1. Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno	8
2. Piano di trattamento individuale, scelta della struttura e inserimento nelle strutture psichiatriche piemontesi	9
3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato.....	10
4. Sistema informativo	11
5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento.....	11
5.1 Requisiti trasversali per l'autorizzazione all'esercizio	12
Soggettivi	12
Organizzativi e gestionali	12
Strutturali e tecnologici	13
5.2 Requisiti trasversali per l'accredimento	13
Soggettivi	13
Organizzativi	14
Gestionali	15
Strutturali	16
6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto.....	17
7. Determinazione del fabbisogno.....	17
8. Fase transitoria	19
9. Figure professionali.....	20
10. RSA	21
11. Budget	22
12. Inserimenti in case di cura private neuropsichiatriche.....	23
Sezione 2 – Procedure per l'esercizio, l'accredimento e la messa a contratto delle strutture residenziali psichiatriche e disposizioni in tema di fatturazione e vigilanza e controllo.	24
1. Procedure per l'autorizzazione all'esercizio	24
1.1 Istanza di autorizzazione all'esercizio.....	24
1.2 Procedimento di autorizzazione all'esercizio	24
1.3 Effetti giuridici dell'autorizzazione all'esercizio	25
1.4 Sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio	25
1.5 Cessazione dell'attività	26
2. Procedure per l'accredimento	26
2.1 Istanza di accreditamento	26
2.2 Procedimento di accreditamento	26

2.3	Effetti giuridici dell'accreditamento.....	28
2.4	Voltura dell'accreditamento	28
2.5	Sospensione o revoca dell'accreditamento	29
2.6	Decadenza dell'accreditamento.....	29
3.	Messa a contratto	30
4.	Vigilanza e controllo.....	30
Sezione 3 – Requisiti specifici per le strutture residenziali psichiatriche e tariffe.....		35
S.R.P.1 E S.R.P.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2).....		35
1.	Definizione	35
2.	Criteri di eleggibilità.....	35
2.1	Criteri di accesso	35
3.	Attività e prestazioni	35
4.	Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento.....	36
S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo		36
a.	Requisiti per l'esercizio	37
b.	Requisiti per l'accreditamento	37
S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo		38
a)	Requisiti per l'esercizio	38
b)	Requisiti per l'accreditamento	40
5.	Remunerazione.....	41
S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi		41
1.	Definizione	41
2.	Criteri di eleggibilità.....	42
	Criteri di accesso	42
3.	Attività e prestazioni	42
4.	Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento.....	44
a.	Requisiti per l'esercizio	44
b.	Requisiti per l'accreditamento	45
5.	Remunerazione.....	46

Premessa generale

La DGR 30 – 1517 del 3 giugno 2015 *“Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria”* è stata emanata con l’obiettivo di dare attuazione a quanto previsto dai “Programmi Operativi 2013 – 2015” ed in particolare dall’azione 14.4.4 “Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell’assistenza ai pazienti psichiatrici”, nella quale veniva esplicitata la necessità di rivisitare l’intera rete residenziale, con una ridefinizione dei posti letto sul territorio e contestuale redistribuzione omogenea degli stessi, adeguando di conseguenza gli atti regionali di disciplina al modello AGENAS - GISM, già recepito dalla Regione stessa con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013. La successiva D.G.R. n. 35 - 2055 del 1° settembre 2015 ha stabilito che successivamente all’analisi della domanda e dell’offerta dei posti letto residenziali ed alla definizione dei fabbisogni regionali per l’area della salute mentale, la Regione avrebbe emanato un provvedimento per il rilascio dei titoli di accreditamento per un numero di strutture funzionale con la programmazione regionale.

La DGR n. 30 – 1517/2015 prevedeva inoltre una fase transitoria avviata con la Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 *“D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria: adempimenti”*, finalizzata anche ad una attività di rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (di seguito D.S.M) degli utenti presenti nelle strutture residenziali, volta a verificare la coerenza dei livelli di assistenza erogati e delle necessità assistenziali, in relazione all’appropriatezza degli inserimenti in struttura. Oltre a ciò è stata effettuata una attività di ricognizione delle strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio al fine di comprenderne le caratteristiche strutturali, gestionali, le tariffe applicate, oltre che un focus sul personale impiegato.

Dall’analisi della scheda *“Elenco Pazienti”* al 5 settembre 2015, risultavano stabilmente accolti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi 3.000 utenti di cui circa il 68% distribuiti prevalentemente in Gruppi Appartamento e Comunità Protette (di Tipo A e B), mentre il 17% in RSA e il 6% in Comunità Alloggio. Il restante 9%, invece, risultava accolto in strutture classificate con “Altro” in cui rientrano: Strutture per minori, SRLA, RAF, etc. Questo primo quadro d’insieme dell’utenza è stato poi supportato da un’analisi più approfondita della stessa al fine di comprenderne le caratteristiche peculiari e la reale esigenza di supporto assistenziale. Quest’ultima, in particolare è stata indagata mediante l’analisi della *“Scheda valutazione multidimensionale”*. L’analisi si è focalizzata, in particolar modo sulla dimensione clinica degli utenti, al fine di comprenderne l’effettivo fabbisogno assistenziale palesato, mediante le scale di valutazione somministrate con la suddetta scheda di valutazione, rispetto alla tipologia di struttura presso la quale questi ultimi sono accolti, al fine di comprenderne l’appropriatezza dell’inserimento. L’analisi clinica, come dettagliato nel *“Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte”* e richiamato nel paragrafo *“Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno”* del presente provvedimento, è stata svolta mediante l’analisi degli esiti emersi dalla somministrazione delle scale di valutazione GAF (Global Assessment of Functioning) e HoNOS (Health of Nation Outcome Scale). In particolare, i risultati emersi da ciascuna scala sono stati combinati mediante la creazione di un algoritmo che ha permesso di far emergere la reale esigenza di supporto dell’utente (sanitaria o socioassistenziale). Da tale analisi, pertanto, è emerso che il 39% dei pazienti piemontesi attualmente accolti in strutture residenziali psichiatriche ha necessità di un supporto sanitario, mentre il restante 61% presenta necessità riferibili all’area socio assistenziale.

Nel dettaglio tale analisi ha permesso di evidenziare alcuni fenomeni particolarmente rilevanti, ossia la presenza di:

- ***pazienti con esigenze di supporto sanitario anche in strutture socio assistenziali e***

socio riabilitative come i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio: dall'analisi è emerso che circa il 24% degli utenti accolti nei Gruppi Appartamento presentano esigenze di supporto sanitario, mentre tale dato è maggiore nelle Comunità Alloggio dove il valore si attesta intorno al 47%;

- **pazienti con esigenze di supporto prettamente socioassistenziale in strutture sanitarie, come le Comunità Protette di Tipo A e B:** dall'analisi è emerso che nelle Comunità Protette di Tipo A e B, circa il 50% dell'utenza accolta presenta un'esigenza di supporto prevalentemente socio assistenziale;
- **pazienti psichiatrici in strutture non dedicate ad accogliere tale tipologia di utenza, come nel caso delle RSA:** dall'analisi del "Elenco pazienti" è emerso che 522 utenti sono inseriti dai Centri di Salute Mentale (di seguito C.S.M.) in RSA; dall'analisi delle schede pazienti circa il 50% ha esigenze di supporto socio assistenziale.

Sul versante invece delle strutture, mediante l'analisi della "Scheda struttura", al 30 settembre 2015 sono state censite un totale di 431 strutture aventi diritto a presentare istanza, comprensive delle strutture attualmente accreditate ai registri regionali, (Gruppi Appartamento, Comunità Protette (di Tipo A e B), Comunità Alloggio e Centro di Terapie Psichiatriche), per relativi 2.872 posti letto. Di questi, 2.548 risultavano stabilmente occupati ed in particolar modo circa il 13% da pazienti inseriti da C.S.M. di altre Regioni. Oltre a ciò, come già evidenziato nella stessa DGR n. 30-1517/2015 e nella rilevazione dell'elenco pazienti di cui sopra, è emerso che circa il 26% dei pazienti inseriti dai C.S.M. è all'interno di strutture non deputate alla cura del disagio psichico, in particolare riservate ad accogliere anziani e disabili.

Il dettaglio dell'attività di istruttoria svolta in attuazione della DGR 30 -1517/2015 e della Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015, è dettagliata nel "Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte" del presente provvedimento.

Entrambe le attività svolte, ossia la rivalutazione degli utenti e la ricognizione delle strutture attive sul territorio, hanno permesso alla Direzione Sanità di avere un quadro esaustivo della residenzialità psichiatrica piemontese; ciò al fine di attuare una riorganizzazione della filiera dei servizi per la salute mentale che, in accordo con quanto definito dalle delibere di riordino e dal modello AGENAS GISM, riesca a conciliare al meglio le diverse necessità esistenti tra il benessere dei pazienti, l'erogazione delle prestazioni, le necessità di programmazione regionale, l'applicazione delle percentuali di compartecipazione previste dal D.P.C.M. 2001, le esigenze di bilancio, nonché le indicazioni ministeriali.

In tale ottica, e in attuazione di quanto definito dalla DGR 30 – 1517/2015, ossia la necessità di adeguare l'offerta residenziale presente sul territorio piemontese con il modello AGENAS – GISM, è stata rivista l'organizzazione dei servizi residenziali psichiatrici, che prevede un assetto di tale tipo:

- **S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo:** tali strutture accoglieranno pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, la cui condizione è riconducibile alla tipologia di pazienti in fase sub acuta o iniziale del progetto riabilitativo indicata dalla D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997 per gli inserimenti nelle Comunità Protette di Tipo A e nel Centro di Terapie Psichiatriche;
- **S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo:** tali strutture accoglieranno pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale grave o di gravità moderata, ma persistenti ed invalidanti per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare da attuare in programmi a media intensità riabilitativa, la cui condizione è

riconducibile alla tipologia di pazienti in una fase più avanzata del percorso riabilitativo indicata dalla D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997 per gli inserimenti nelle Comunità Protette di Tipo B oltre che per i pazienti che palesano esigenze di supporto sanitario, ma che sono attualmente accolti presso le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento.

In particolare, le strutture S.R.P.2 saranno articolate su due livelli di intensità assistenziale:

- **S.R.P.2 livello 1:** accoglieranno pazienti con bisogni sanitari di maggiore intensità che necessitano di un supporto assistenziale medio, come dettagliato successivamente nella Sezione 3 del presente provvedimento;
 - **S.R.P.2 livello 2:** accoglieranno pazienti con bisogni sanitari di minore intensità che necessitano di un maggiore supporto assistenziale, come dettagliato successivamente nella Sezione 3 del presente provvedimento.
- **S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie:**
- **S.R.P.3 per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 ore giornaliere:** tali strutture accoglieranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia;
 - **SPR3 per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 ore giornaliere:** tali strutture accoglieranno prevalentemente, ma non esclusivamente, pazienti stabilizzati con pregressa esperienza in S.R.P. 3 a 24 ore conclusasi positivamente con bisogni prevalenti nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica;
 - **S.R.P.3 per interventi socioriabilitativi con personale per fasce orarie:** tali strutture accoglieranno pazienti clinicamente stabilizzati che prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in S.R.P. a 24 o 12 ore conclusasi positivamente.

Tale provvedimento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai quadri patologici dettagliati dal documento AGENAS – GISM; altre tipologie di interventi abitativi, anche comprendenti collocazioni abitative in alloggi o presso famiglie, non rientranti nelle categorie trattate dal suddetto documento, saranno regolate da successivi atti. Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti utenti con diagnosi primaria relativa ad altri quadri patologici (quali, ad esempio, insufficienza mentale medio - grave, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD), pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, non sono oggetto di questo documento e pertanto si rinvia ai relativi atti.

Il presente atto deliberativo dà altresì l'avvio ad un percorso di riordino della residenzialità psichiatrica della Regione Piemonte, che sarà strutturato nelle successive tre fasi:

1. fase istruttoria: tale fase consiste, mediante l'applicazione del presente atto, nella definizione dei criteri di accesso, dei requisiti per l'esercizio e l'accreditamento, delle tariffe per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), del fabbisogno regionale stabilito in base alla istruttoria avviata in attuazione della DGR 30 – 1517/2015, oltre che della funzione di vigilanza e controllo;
2. fase transitoria: tale fase avrà una durata complessiva di 3 anni dalla emanazione del presente provvedimento. In tale arco temporale il sistema della residenzialità psichiatrica dovrà adeguarsi a quanto di seguito disciplinato.

Entro 6 mesi dall'emanazione del presente provvedimento, è prevista una fase di valutazione dell'utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi mediante l'applicazione delle scale di valutazione disciplinate nel "*Allegato C – Scale di valutazione*" del presente provvedimento. In particolare:

- gli utenti che sono già stati valutati mediante la somministrazione della scheda "*valutazione multidimensionale*" lo scorso Novembre 2015 non saranno rivalutati, ma per questi ultimi sarà prevista una revisione e/o conferma del P.T.I. e del relativo P.T.R.P.;
- gli utenti che, invece, hanno avuto accesso in struttura successivamente alla somministrazione della scheda sopra citata e che quindi ad oggi non sono stati valutati mediante tale strumento, saranno oggetto di valutazione mediante le scale di valutazione definite nell' Allegato C del presente provvedimento.

Nel caso in cui, a seguito di tale fase, dovesse emergere una inappropriatazza dell'inserimento in termini di incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, si dovrà provvedere alla ricollocazione del paziente all'interno del setting assistenziale più idoneo (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie). Tale fase di ricollocazione dovrà concludersi entro i tre anni previsti per la fase transitoria e andrà, altresì di pari passo con il budget assegnato ai D.S.M., come disciplinato all'interno del presente provvedimento.

Inoltre, nella fase transitoria, le strutture dovranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. In particolare, le strutture entro tre mesi dall'emanazione del presente atto dovranno decidere per quale tipologia di struttura accreditarsi e presentare la relativa istanza. Una volta presentata l'istanza, le strutture avranno quattro mesi di tempo per adeguarsi ai requisiti definiti per ciascuna tipologia di struttura. Al termine sarà avviata l'attività di vigilanza, presieduta dalla ASL, che certificherà il possesso dei requisiti ed, in caso di esito positivo, rilascerà titolo autorizzativo alla struttura. Il titolo di accreditamento, invece, sarà rilasciato dalla Regione, con le modalità dettagliate nella Sezione 2 del presente provvedimento. Al termine della fase transitoria è altresì prevista una nuova rivalutazione degli utenti al fine di una eventuale ridefinizione del fabbisogno.

3. fase di perfezionamento: in questa ultima fase, che avrà avvio al termine dei 3 anni della fase istruttoria, è prevista la messa a regime di quanto disciplinato dal presente provvedimento.

Il presente provvedimento è articolato nelle seguenti sezioni:

Sezione 1 - Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria

1. Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno;
2. Piano di trattamento individuale, scelta della struttura e inserimento nelle strutture psichiatriche piemontesi;
3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato;

4. Sistema informativo;
5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento;
6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto;
7. Determinazione del fabbisogno;
8. Fase transitoria;
9. Figure professionali;
10. RSA;
11. Budget;
12. Inserimenti in case di cura private neuropsichiatriche.

Sezione 2 – Procedure per l'esercizio, l'accreditamento e la messa a contratto delle strutture residenziali psichiatriche e disposizioni in tema di vigilanza e controllo

- Procedure per l'esercizio, l'accreditamento e la messa a contratto;
-
- Vigilanza e controllo.

Sezione 3 – Requisiti specifici per le strutture residenziali psichiatriche e tariffe

- Criteri di accesso, requisiti specifici e tariffe per i livelli S.R.P. 1 – 2 – 3:
- S.R.P.1 e S.R.P.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2);
- S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi.

1. Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno

L'accesso ai servizi di residenzialità psichiatrica del territorio piemontese è subordinato ad una **valutazione multidimensionale del bisogno**. Quest'ultima sarà effettuata da parte della équipe pluriprofessionale del C.S.M. che potrà essere costituita dalle seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra;
- Psicologo;
- Infermiere;
- Educatore e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica;
- Assistente sociale.

Al fine di permettere una valutazione nelle diverse aree di bisogno delle persone affette da patologia psichiatrica, inclusa la sfera sociale, sono state identificate due Scale di Valutazione psichiatrica mediante le quali verrà stabilito se il paziente abbia necessità afferibili all'area sanitaria o a quella socioriabilitativa. Le scale individuate sono validate a livello nazionale, già utilizzate nell'ambito della residenzialità psichiatrica, e permettono di analizzare il funzionamento complessivo del paziente andando ad indagare sia la dimensione clinica che quella socioassistenziale.

In particolare le Scale di Valutazione standardizzate individuate, come da indicazioni del documento sulla residenzialità AGENAS - GISM, sono:

- **GAF (Global assessment of functioning);**
- **HoNOS (Health of Nation Outcome Scale).**

L'équipe pluriprofessionale del C.S.M. valuterà l'utente mediante la somministrazione delle Scale di Valutazione. Gli esiti emersi saranno combinati al fine di creare un punteggio finale, supportato da una apposita relazione di accompagnamento sull'utente, che dovrà inoltre tener conto delle indicazioni "clinico - riabilitative" previste per le tre tipologie di S.R.P. (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie)) contenute nel documento AGENAS - GISM (dettagliate nel "Allegato C – Scale di Valutazione" del presente provvedimento), in tal modo verrà determinato l'inserimento nella soluzione residenziale ritenuta più idonea rispetto alle esigenze assistenziali del paziente emerse nella valutazione così disposta. Nella figura 1, si riporta in dettaglio, la metodologia di valutazione utilizzata per l'individuazione della tipologia di supporto assistenziale palesato dall'utente, mediante l'utilizzo delle Scale di Valutazione sopra citate.

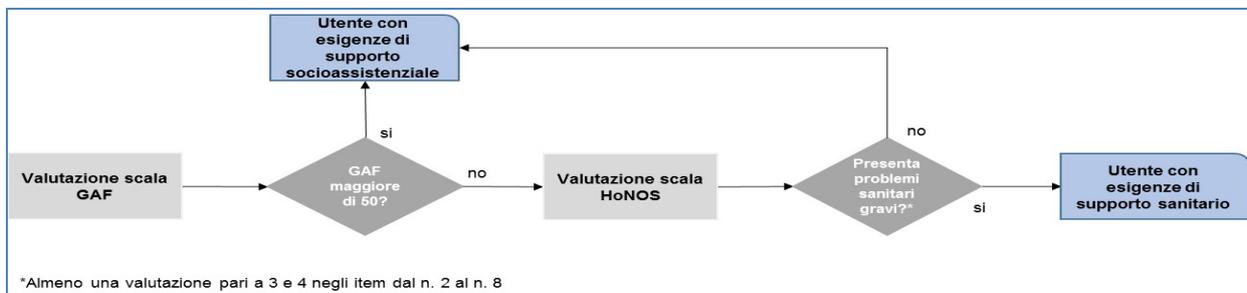


Figura 1: Metodologia di individuazione dell'esigenza di supporto assistenziale dell'utente mediante l'applicazione delle Scale di Valutazione GAF e HoNOS

Tale metodologia di valutazione delle necessità assistenziali del paziente dovrà essere adottata per tutti i nuovi inserimenti e per i soggetti che attualmente sono accolti presso le strutture

residenziali psichiatriche piemontesi.

Nell'Allegato C, infine, si riportano le Scale di Valutazione GAF e HoNOS, la sintesi dei criteri di inserimento del paziente in struttura (AGENAS – GISM) e il modello di Relazione Conclusiva che saranno utilizzati sul territorio regionale per la valutazione multidimensionale degli utenti psichiatrici.

I pazienti che avranno completato il percorso in S.R.P.1 e S.R.P.2 livello 1, qualora necessitassero di un ulteriore trattamento residenziale, potranno, preferibilmente, essere inseriti, in virtù della probabile stabilizzazione del quadro clinico, in S.R.P.2 livello 2 o S.R.P.3. Resta comunque inteso che l'eventuale ulteriore trattamento residenziale, compresa la scelta della tipologia di struttura, sia subordinato alla valutazione dei bisogni del paziente in modo da rispecchiare le effettive esigenze cliniche e assistenziali del caso.

La durata massima dei programmi non dovrà considerarsi interrotta da eventuali ricoveri in SPDC e in Case di Cura Neuropsichiatriche nonché da eventuali cambi di struttura senza dimissione al domicilio del paziente per un periodo di almeno 2 mesi. Si segnala, inoltre, che nel percorso di valutazione ed inserimento il C.S.M. deve coinvolgere il Medico di Medicina Generale. Si precisa infatti che l'utente presente in struttura rimane in carico al Medico di Medicina Generale

2. Piano di trattamento individuale, scelta della struttura e inserimento nelle strutture psichiatriche piemontesi

Al momento della presa in carico dell'utente, l'unità di valutazione multidimensionale predisporrà il Piano di Trattamento Individuale (di seguito P.T.I.), che terrà conto degli aspetti clinici (inclusi i disturbi schizofrenici, dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi e disturbi della personalità), funzionali e sociali del paziente, al fine di individuare il setting di assistenza più appropriato.

Il P.T.I. avrà una durata temporale limitata, subordinata ad un percorso di valutazione. In tale ottica, è prevista la figura del responsabile del P.T.I., con funzioni di Case Manager, che avrà il compito di monitorare lo stato di avanzamento del Piano ed eventuali modifiche. In particolare, la figura del responsabile del P.T.I. sarà ricoperta da uno psichiatra del C.S.M. che, con cadenza almeno semestrale, avrà il compito di monitorare, mediante l'applicazione di criteri clinici omogenei e condivisi a livello regionale, lo stato di avanzamento dello stesso e definirne eventualmente il tempo di permanenza in struttura del paziente o la sua dimissione.

Si segnala, inoltre, che P.T.I. dovrà contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra C.S.M. e utente, con la eventuale partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di favorire l'adesione del paziente al trattamento.

L'inserimento nelle strutture residenziali nell'ambito del SSN avverrà esclusivamente a cura del D.S.M., tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come un processo attivo e non di autorizzazione passiva. Al fine di agevolare i processi di socializzazione, di reinserimento nella comunità locale, oltre che la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, si sottolinea l'importanza che l'inserimento del paziente venga effettuato in una struttura ubicata preferibilmente sul territorio di competenza del D.S.M., o comunque sul territorio regionale, segnalandolo al D.S.M. accogliente. Gli inserimenti in strutture ubicate al di fuori del territorio regionale devono avere caratteristiche di eccezionalità ed essere specificatamente motivate da parte del D.S.M. inviante.

Inoltre, in caso di utenti residenti al di fuori del territorio regionale, il loro inserimento in strutture residenziali psichiatriche piemontesi sarà effettuato previa comunicazione tra il D.S.M. ricevente e quello inviante, che ne rimarrà titolare della presa in carico e avrà il compito di monitorare periodicamente il percorso terapeutico riabilitativo dell'utente. In tal caso le rette rimarranno a totale

carico del soggetto inviante. Con riferimento alle prestazioni ospedaliere, farmacologiche e prescrizioni specialistiche, valgono le regole vigenti del SSN (addebito regione inviante).

Per quanto concerne, invece, la libertà di scelta della struttura da parte dell'utente, si sottolinea che a seguito dell'individuazione del setting di cura e di assistenza più appropriato, l'equipe pluriprofessionale del C.S.M. avrà il compito di supportare la persona/famiglia nella scelta della struttura presso cui rivolgersi. Ad ogni modo, l'utente potrà decidere liberamente presso quale struttura essere accolto. In particolare, la scelta potrà essere effettuata dall'utente stesso, dalla famiglia, o dove previsto, da parte dell'amministratore di sostegno della persona, dando priorità alle strutture presenti nell'ASL di riferimento, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale. La vicinanza del paziente al C.S.M. di riferimento garantisce una maggiore qualità dell'assistenza erogata nonché una migliore continuità terapeutica.

Inoltre, nel caso in cui l'equipe pluriprofessionale del C.S.M. dovesse indicare un inserimento nelle strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), ossia strutture che prevedono una compartecipazione della spesa, come definito dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", il C.S.M. valuterà la capacità contributiva del paziente attraverso una applicazione omogenea dell'ISEE. Per permettere ciò, nell'arco di sei mesi dall'emanazione del presente provvedimento sarà emanato un apposito atto che andrà a definire tale ambito.

La durata dei trattamenti erogati all'interno delle diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche è differente tra le diverse tipologie di strutture. In particolare, la durata massima dei trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2) è la seguente:

- S.R.P.1: 18 mesi, prorogabili per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il D.S.M. inviante a seguito di rivalutazione dell'utente. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi;
- S.R.P.2 (livello 1 e livello 2): 36 mesi, prorogabili per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il D.S.M. inviante a seguito di rivalutazione dell'utente.

Al termine del periodo previsto per la durata dei trattamenti di cui sopra è prevista la possibilità di una rivalutazione da parte del D.S.M. che potrà, ove necessario, protrarre l'inserimento per la durata necessaria allo svolgimento dei trattamenti terapeutico riabilitativi di cui necessita.

Per quanto concerne, invece, gli inserimenti in strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), la durata dei programmi è definita nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.).

Salva l'autonomia dell'Autorità Giudiziaria, anche gli inserimenti di pazienti destinatari di provvedimenti limitativi della libertà personale, dovranno seguire l'iter descritto, comprensivo di valutazione multidimensionale del bisogno e di compilazione del P.T.I. e del P.T.R.P.. La valutazione potrà altresì essere integrata con elementi specifici riguardanti la condizione giuridica del paziente.

3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

L'inserimento dell'utente prevede la stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (di seguito P.T.R.P.), elaborato dalla struttura in coerenza con i contenuti del P.T.I.. Sia il P.T.I. che il P.T.R.P. dovranno contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra D.S.M., struttura ospitante e utente, con la partecipazione delle famiglie e il coinvolgimento dei Servizi socioassistenziali e della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento. Il P.T.R.P. sarà validato dal C.S.M. e dall'Ente gestore per i servizi socioassistenziali.

Ogni P.T.R.P., definendo il percorso clinico – assistenziale idoneo al singolo paziente, deve garantire la:

- personalizzazione e la flessibilità dei percorsi;

- interazione cooperativa tra i servizi territoriali, sociosanitari e sociali;
- integrazione delle attività proposte;
- valorizzazione dei legami familiari e sociali, dei contesti di vita e delle opportunità offerte dal territorio.

Il monitoraggio del P.T.R.P. sarà effettuato internamente alla struttura mediante la figura di un responsabile dello stesso che avrà il compito di seguirne l'andamento e la coerenza rispetto al P.T.I. fino alla dimissione del paziente. Il C.S.M., inoltre, seguirà il progetto terapeutico riabilitativo dell'utente in struttura mediante la figura del Responsabile del P.T.I. che lavorerà congiuntamente al Responsabile del P.T.R.P. per accompagnare l'utente fino alla sua dimissione.

Il C.S.M. seguirà tramite il responsabile del P.T.I. e il responsabile del P.T.R.P., l'andamento degli interventi fino alla dimissione del paziente.

Ogni inserimento in strutture residenziali dovrà essere preceduto dalla stesura del relativo P.T.I./P.T.R.P..

4. Sistema informativo

In una ottica di centralità dell'utente in termini di prestazioni e servizi erogati nelle diverse strutture del territorio regionale, il seguente provvedimento intende sottolineare l'importanza di un sistema informativo regionale che riesca a monitorare e controllare la gestione e i dati relativi all'assistenza erogata dai D.S.M. ai pazienti psichiatrici, a partire dal momento della presa in carico dell'utente.

La Regione Piemonte provvederà ad implementare un flusso, partendo dal sistema informativo già presente sul territorio piemontese e in uso presso i D.S.M. (Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie S.I.S.M.A.S) per la raccolta, l'elaborazione e l'archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con le seguenti finalità:

- contribuire all'analisi della domanda, attraverso la raccolta dei dati di valutazione del bisogno;
- registrare tutte le spese sostenute (costi per residenzialità, semiresidenzialità, contributi economici, spesa farmaceutica etc..) in capo ad ogni singolo assistito;
- valutare gli obiettivi dei programmi di riabilitazione e terapia;
- monitorare l'effettiva attuazione degli interventi previsti a livello di P.T.I. e di P.T.R.P.;
- monitorare gli esiti degli interventi attuati;
- monitorare il consumo di risorse economiche.

Al riguardo, si prevede una prima fase sperimentale del sistema informativo esclusiva per la filiera della residenzialità psichiatrica, che monitori il flusso informativo dell'utente dal momento della presa in carico in struttura fino alla sua dimissione. Tale fase prevedrà l'implementazione del flusso in condivisione con una o più ASL pilota, scelte tra quelle che evidenziano un know-how in materia, al fine di testarne l'attuazione a livello di ente e valutarne eventuali integrazioni/modifiche. Seguirà, successivamente l'estensione alle restanti ASL, che dovranno pertanto aderire al S.I.S.M.A.S., per la componente residenziale e l'implementazione del sistema anche presso le altre strutture non residenziali, al fine di garantire la tracciabilità del flusso dell'utenza piemontese in tutta la rete di offerta della Regione, e migliorare l'individuazione della domanda di servizi e l'appropriatezza della cura.

5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento

Al fine di dare organicità al sistema di esercizio e di accreditamento dei servizi per la psichiatria, il presente paragrafo disciplina i requisiti generali (soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici) di esercizio e di accreditamento dei servizi residenziali psichiatrici. I requisiti di esercizio e di accreditamento specifici delle diverse tipologie di servizio sono definiti nella sezione 3, compatibilmente con quanto di seguito disposto.

5.1 Requisiti trasversali per l'autorizzazione all'esercizio

Soggettivi

Il legale rappresentante dell'ente gestore dei servizi, nonché gli altri soggetti di cui al Libro II del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010 n. 136, devono dichiarare l'insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del medesimo decreto legislativo. In caso di variazione dei soggetti di cui sopra, le relative comunicazioni devono pervenire alla ASL competente entro trenta giorni dalla variazione.

I legali rappresentanti di enti locali e di ASL che gestiscono direttamente servizi residenziali per la psichiatria, non devono produrre il certificato di cui sopra, in quanto soggetti a specifica normativa di riferimento.

Inoltre, nel procedimento di rilascio del titolo autorizzativo, e nel rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità della Pubblica Amministrazione, trovano applicazione le disposizioni contenute:

- nel D.P.R. 16 Aprile 2013, n. 62 Regolamento recante Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 (art. 6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse" e art. 7 "Obbligo di astensione");
- nella Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- nella Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi (art. 6 bis "Conflitto d'interessi").

Organizzativi e gestionali

I requisiti organizzativi e gestionali del D.P.R. 14/1/1997 sono declinati come segue in considerazione della specificità del comparto sociosanitario e, in particolare, di quello psichiatrico. In particolare, l'ente gestore per ottenere l'autorizzazione all'esercizio deve possedere i seguenti requisiti organizzativi e gestionali, ossia:

- documento organizzativo: all'interno di tale documento il soggetto gestore deve descrivere la mission dell'organizzazione oltre che la struttura organizzativa complessiva;
- piano di lavoro: il soggetto gestore deve definire annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia e il volume di attività previste e il conseguente piano organizzativo;
- politiche di gestione delle risorse umane ed economiche;
- documento relativo alla gestione e composizione dell'organico;
- procedure per l'inserimento di nuovo personale;
- documentazione sociosanitaria;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- sistema informativo: il sistema informativo è rivolto alla raccolta, elaborazione e archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con le seguenti finalità:
 - sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi delle strutture e del soggetto gestore;
 - fornire alle strutture organizzative il ritorno informativo necessario alle valutazioni di loro competenza. Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture

organizzative e strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati. Il soggetto gestore identifica nell'organigramma un responsabile del sistema informativo che presiede l'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati. Il soggetto gestore di strutture per le quali è prevista a compartecipazione economica da parte degli utenti, rilascia annualmente le certificazioni ai fini fiscali, in tempo utile per la presentazione dei modelli fiscali.

Strutturali e tecnologici

I requisiti strutturali e tecnologici per l'esercizio delle strutture sociosanitarie psichiatriche, anche in linea con quelli disciplinati dalla D.C.R. n. 616 - 3149 del 22 febbraio 2000, riguardano il possesso da parte dell'ente gestore dei seguenti requisiti:

- titolo di godimento dell'immobile: il soggetto gestore è tenuto a dichiarare il titolo di godimento dell'immobile destinato all'attività, gli eventuali vincoli gravanti sullo stesso e la compatibilità dell'attività con eventuali vincoli esistenti sull'immobile stesso;
- possesso, fatte salve le deroghe previste per le strutture collocate in edifici di civile abitazione, dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:
 - agibilità;
 - protezione antisismica;
 - protezione antincendio;
 - protezione acustica;
 - sicurezza elettrica e continuità elettrica;
 - sicurezza anti infortunistica;
 - igiene dei luoghi di lavoro;
 - smaltimento rifiuti;
- organizzazione e arredamento dei locali: rispetto delle condizioni igieniche, costruttive ed abitative necessarie per lo svolgimento dell'attività, arredamento dei locali in linea con i requisiti di razionalità, le condizioni d'uso e l'effettuazione manutenzione periodica;
- organizzazione degli spazi pubblici e privati: organizzazione dei locali interni alla struttura in modo da permettere la vivibilità della struttura da parte di tutti gli utenti sia nei luoghi di condivisione che nei locali privati.

5.2 Requisiti trasversali per l'accreditamento

Soggettivi

Il soggetto gestore deve possedere tutti i requisiti di seguito riportati:

- personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;
- regolarità della continuità gestionale e finanziaria;
- presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
- assenza di stato di fallimento;
- assenza di liquidazione coatta;
- assenza di concordato preventivo;
- assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.

I requisiti di cui sopra, con eccezione per quanto concerne la continuità gestionale e finanziaria della struttura, sono attestati annualmente, entro il 31 gennaio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio o di certificazione resa dal legale rappresentante del soggetto gestore o dai procuratori

speciali. Il soggetto gestore, infatti, è tenuto a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione intervenuta rispetto a tali requisiti.

La regolarità della continuità gestionale e finanziaria, invece, è attestata dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato, dall'organo di controllo economico con funzioni di revisione contabile. In particolare tale relazione deve dichiarare in modo chiaro ed esplicito che il bilancio è stato redatto sulla base della corretta applicazione del principio della continuità aziendale e che non vi sono delle incertezze significative sulla continuità aziendale tali da doverne dare informativa in bilancio. Il processo di verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria avrà avvio dopo 24 mesi dall'emanazione del presente provvedimento al fine di garantire un lasso di tempo necessario per la messa a regime di tali controlli.

Per i soggetti gestori pubblici, per quanto attiene ai requisiti inerenti l'affidabilità economico finanziaria, si fa riferimento agli obblighi contabili e di controllo previsti dalle specifiche normative.

Organizzativi

I requisiti di accreditamento organizzativi sono definiti dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009. In particolare le strutture residenziali per pazienti psichiatriche devono rispettare i seguenti requisiti:

- possedere una “Carta dei Servizi” e degli strumenti di comunicazione e trasparenza i cui contenuti fondamentali sono dettagliati nell'Allegato D della D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009. Ciascuna struttura che offre prestazioni con finanziamento a carico del sistema pubblico deve possedere una “Carta dei Servizi”, la quale deve essere sistematicamente distribuita agli Utenti, ai familiari e agli operatori dei D.S.M. inserenti.
- garantire un servizio di coordinamento con gli altri servizi socio-sanitari del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni pubbliche del privato sociale e del volontariato;
- adottare il Contratto di Ospitalità tra la struttura stessa, il paziente e il D.S.M. inserente. Nel contratto d'inserimento devono essere esplicitati i servizi resi, gli impegni del paziente, le modalità economiche, le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali ed essere accompagnato dalla Carta dei Servizi;
- adottare il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) calibrato sulle necessità delle singole persone. In particolare, deve essere definito e documentato, per ogni ospite della struttura, un progetto personalizzato terapeutico-riabilitativo o assistenziale, nell'ottica di un intervento integrato sulla base:
 - delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni del suo contesto familiare e sociale;
 - degli obiettivi prefissati nel progetto d'inserimento e dei risultati che si vogliono ottenere;
 - della capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il P.T.R.P. deve comprendere i seguenti elementi essenziali:

- l'individuazione del responsabile del P.T.R.P.;
- la valutazione iniziale dell'utente e gli obiettivi specifici d'intervento definiti nel P.T.I.;
- l'informazione e il coinvolgimento del paziente o del tutore e del D.S.M. inviante;
- l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto, in termini di tempi e modalità di permanenza e di dimissione;
- la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche e dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
- le risorse e la dotazione di strumenti impiegati;
- le modalità di attuazione delle verifiche periodiche e finali (indicatori, procedure, tempi e strumenti);

- per tale finalità è pertanto necessario che:
 - sia definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente;
 - l'organizzazione della giornata e delle attività contempli sia le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), sia la promozione della partecipazione relazionale;
 - il P.T.R.P. tenga conto di eventuali condizioni di disabilità del paziente;
 - sia presente una Cartella Personale contenente le informazioni ed i dati di ogni paziente, il P.T.R.P. e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.
 - il P.T.R.P. deve essere concordato con il D.S.M. inviante, sulla base del piano di trattamento individuale dallo stesso definito a seguito della valutazione del paziente e deve essere preventivamente discusso, nell'ambito della struttura, con gli operatori coinvolti.
- adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati.
- Le strutture, con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti, devono:
- redigere e depositare, aggiornandolo ogni tre anni, il "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali definiti nell'allegato D della D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009);
 - definire strumenti e procedure di rilevamento della soddisfazione dell'utente e degli operatori;
 - redigere un report periodico di valutazione dei risultati raggiunti;
 - adottare ed esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.
- possedere i protocolli relativi a:
- gestione dei farmaci e del materiale sanitario;
 - somministrazione dei farmaci;
 - modalità di gestione dei pasti e delle diete;
 - gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
 - smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture;
 - pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario medico (struttura ex art. 13/F D.G.R. n. 61-12251 del 28 settembre 2009);
 - pulizia e sanificazione ambientale;
 - registro del personale sul quale devono essere riportate mansioni e responsabilità, nonché il registro delle presenze dei pazienti.

E' requisito di accreditamento altresì, il rispetto del debito informativo di Regione Piemonte, relativo a tutti i flussi già attivi e a quelli che saranno successivamente attivati. Al riguardo, il soggetto gestore identifica nell'organigramma un responsabile del sistema informativo che presiede l'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati a garanzia di un tempestivo ed elevato livello di qualità dell'informazione.

Gestionali

Secondo quanto già previsto dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, le strutture residenziali per pazienti psichiatrici devono possedere, tra i requisiti gestionali, un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi e in funzione degli obiettivi del servizio.

In particolare:

- la programmazione formativa deve essere documentata e monitorizzata per quanto attiene ai crediti formativi ECM;

- i percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi in funzione dei bisogni specifici;
- i percorsi formativi e di qualificazione devono essere orientati verso uno stile di lavoro degli operatori centrato prioritariamente sulla valorizzazione della quotidianità dell'utente, sulla promozione della partecipazione relazionale e interattiva e sulla promozione dell'accesso ai diritti di cittadinanza dello stesso. Tali percorsi devono prevedere attività di supervisione a favore del personale;
- ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno un programma annuale di formazione/aggiornamento del personale indicando:
 - argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
 - le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo.
- le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di questi momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, relativa ai precedenti tre anni. Tale documentazione dovrà essere conservata per i successivi tre anni.

Sono altresì requisiti per l'accreditamento:

- programmazione delle presenze del personale: il soggetto gestore adotta un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori all'interno di ogni specifica singola struttura. Definisce inoltre la programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale nell'arco delle 12 o 24 ore o nell'arco dell'orario di apertura), i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale.
- polizza assicurativa: il soggetto gestore stipula, una polizza assicurativa per la responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o ad altri soggetti. La polizza deve comprendere i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia. Eventuali franchigie previste dalle polizze non devono gravare sui terzi danneggiati. In alternativa, il soggetto gestore deve avere un programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.

Strutturali

In linea con quanto stabilito dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, i requisiti strutturali trasversali per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1 / S.R.P.2 e S.R.P.3) sono i seguenti:

- avere una localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;
- svolgere un'attività di rete con gli altri servizi del territorio, in modo da favorire l'integrazione dei pazienti con la comunità locale;
- essere localizzati preferibilmente nel cuore degli insediamenti abitativi o comunque in una soluzione idonea a garantire una vita di relazione, anche mediante l'utilizzo delle infrastrutture presenti sul territorio di tipo culturale e ludico sportivo, al fine di favorire il reinserimento sociale del paziente psichiatrico, una volta stabilizzato;
- garantire la possibilità di raggiungere facilmente la struttura con l'uso dei mezzi pubblici e privati per garantire la continuità e la frequenza delle visite dei familiari e conoscenti;
- prevedere una personalizzazione delle stanze con arredi di tipo non ospedaliero;

- essere strutturati in modo da garantire l'assenza di ostacoli fisici (es. arredi o terminali degli impianti) negli spazi di transito che possono impedire agli utenti e agli operatori di potersi muovere in sicurezza, anche in caso di emergenza e/o pericolo;
- essere strutturati in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose messe in atto dai soggetti ospitati in momenti di crisi;
- prevedere una segnaletica interna semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista con un buon contrasto rispetto allo sfondo;
- prevedere nell'ingresso della struttura la presenza di uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della stessa;
- garantire l'adeguamento alle norme previste dal testo unico sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, di cui al D.Lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 e D.Lgs. n. 106 del 3 Agosto 2009. Il possesso di tale requisito deve essere attestato nell'ambito di un'apposita relazione tecnica redatta da un professionista abilitato;
- prevedere all'interno della struttura un sistema di rilevazione di presenza del personale.

6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto

La sottoscrizione di un contratto con il SSR è soggetto alla programmazione regionale. Inoltre, preliminarmente alla sottoscrizione di ogni tipologia di contratto con il SSR, il soggetto gestore deve acquisire la documentazione come disposto nel D. Lgs. 159/2011 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136", nelle modalità ivi indicate. Oltre a ciò il soggetto gestore deve rispettare le previsioni normative in tema di conflitto di interessi come previsto dall'art. 6-bis della Legge 7 agosto 1990 n.241 e s.m.i..

7. Determinazione del fabbisogno

L'istruttoria effettuata dalla Direzione Sanità, mediante l'analisi degli delle schede "Elenco pazienti", "Scheda valutazione multidimensionale" e della "Scheda struttura", in attuazione della DGR n. 30 – 1517/2015, ha evidenziato che i D.S.M. regionali utilizzano i servizi per la residenzialità in maniera differenziata e spesso in disaccordo con le indicazioni normative contenute nella D.C.R. n. 357-1370 del 28/01/1997. Su un totale di 3.000 soggetti presenti in strutture residenziali (analisi elenco pazienti D.S.M. al 5 Settembre 2015), come evidenziato già in premessa, la distribuzione tra le diverse tipologie di strutture residenziali è la seguente:

Tabella 1: Distribuzione degli utenti per tipologia di struttura residenziale psichiatrica

Tipologia di SR	N° Utenti
Comunità protetta di tipo A	109
Comunità protetta di tipo B	759
Comunità Alloggio	164
Gruppi Appartamento	1.179
RSA	522
Altro (D.D., RAF, fuori Regione, non precisato etc.*)	267
TOTALE	3.000

*: alcuni D.S.M. hanno distribuito questi inserimenti nelle diverse tipologie strutturali.

Nello specifico i posti letto mappati e monitorati riservati alla salute mentale per soggetti adulti (Gruppi Appartamento, Comunità Protette (di Tipo A e B), Comunità Alloggio e Centro di Terapie Psichiatriche) sono un totale di 2.872, di cui:

- 2.548 stabilmente occupati;
- 2.221 stabilmente occupati da pazienti inseriti dai C.S.M. regionali;
- 327 stabilmente occupati da pazienti inseriti da C.S.M. fuori Regione.

Il dettaglio degli 2.872 posti letto totali, suddiviso per tipologia di struttura, è dettagliato nella tabella seguente:

Tabella 2: Distribuzione dei posti letto per tipologia di struttura residenziale psichiatrica

Tipologia di SR	N° Posti letto	N° posti letto occupati	N° posti letto occupati da utenti extraregionali
Comunità protetta di tipo A	138	132	51
Comunità protetta di tipo B	1.078	977	218
Comunità Alloggio	210	180	12
Centro terapie psichiatriche	20	20	
Gruppo Appartamento	1.426	1.239	46
TOTALE	2.872	2.548	327

Dall'analisi degli inserimenti rispetto ai posti letto disponibili sul territorio regionale è emersa la presenza di circa 300 posti letto non occupati, oltre che una dislocazione disomogenea dei posti letto sul territorio regionale. Quest'ultimo fattore, in particolare, rende necessario l'inserimento al di fuori del territorio di competenza del D.S.M., rendendo di fatto problematico il reinserimento del paziente nel proprio ambito sociale.

Dagli approfondimenti effettuati mediante la *“Scheda valutazione multidimensionale”*, con ultimo invio al 15 Novembre 2015, come dettagliato nell' Allegato D del presente provvedimento, è emerso, un utilizzo delle strutture residenziali che non sempre risulta appropriato; si è rilevata, infatti, la presenza di pazienti con necessità prettamente socio assistenziali in strutture indicate per il trattamento terapeutico riabilitativo nonché la presenza di pazienti non stabilizzati e con necessità di trattamento terapeutico riabilitativo in strutture con tipica funzione socio riabilitativa.

Pertanto, si è quindi riscontrata la compresenza in una stessa struttura di persone con necessità assistenziali diverse e un utilizzo considerevole degli inserimenti in strutture dedicate prevalentemente agli anziani con retta sostenuta dai D.S.M. inserenti completamente a carico del FSR. Schematizzando si è appurato, che il 39% dei pazienti inseriti in strutture residenziali psichiatriche sul territorio piemontese necessitano di un'assistenza residenziale di tipo sanitario, mentre il restante 61% palesa esigenze di supporto prettamente socio assistenziale.

L'ultimo atto di programmazione regionale sulla residenzialità psichiatrica è la D.G.R. n. 32-29522 del 1/3/2000 *“art. 8/ter D.Lgs. 299/99 e s.m.i. Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie”*. Tale delibera recepiva gli indici di fabbisogno indicati a livello nazionale, comunque indicati nel P.S.R. (1 p.l. ogni 5.000 abitanti), e allo stesso tempo riteneva *“necessari alcuni interventi volti a garantire l'appropriato utilizzo delle strutture e il riequilibrio territoriale di tali disponibilità, garantendo una risposta uniforme sul territorio regionale.”*

Lo standard di posti letto in strutture residenziali extraospedaliere per adulti, vale a dire 1 ogni 5.000 abitanti (DPR 1°/10/1999 Progetto obiettivo *“tutela salute mentale 1998/2000”*) ad oggi non è ancora stato superato da nuove previsioni; pertanto su una popolazione regionale di circa 4.457.000 abitanti, l'applicazione dell'indice determinerebbe un fabbisogno di circa 900 p.l. residenziali. Successivamente, in attuazione della DGR n. 63 - 12253 del 28/09/2009, sono stati accreditati Regione Piemonte più di 1.500 posti letto (Comunità protette di tipo A e di tipo B e Comunità Alloggio) per l'area residenziale salute mentale; tali procedure non hanno considerato i circa 1.500

posti letto sparsi sul territorio regionali afferibili alla tipologia “Gruppo appartamento”.

Al termine della fase transitoria, una volta consolidato il trasferimento dei pazienti tra i diversi setting in base ai criteri di appropriatezza definiti, verrà ridefinito il fabbisogno regionale.

8. Fase transitoria

Partendo dalla necessità di rivedere la filiera della residenzialità psichiatrica piemontese, uniformando la rete regionale a quanto definito dal documento AGENAS – GISM, e presupponendo la volontà di garantire a tutti gli utenti l’inserimento nella struttura più adatta alle esigenze di supporto assistenziale palesate, è prevista una fase transitoria che avrà una durata di tre anni e avrà la finalità di condurre verso una nuova filiera di servizi residenziali senza incidere sulla assistenza erogata.

Entro 6 mesi dall’emanazione del presente provvedimento, è prevista una fase di valutazione dell’utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi mediante l’applicazione delle scale di valutazione disciplinate nel “*Allegato C – Scale di valutazione*” del presente provvedimento. In particolare:

- gli utenti che sono già stati valutati mediante la somministrazione della scheda “*valutazione multidimensionale*” lo scorso Novembre 2015 non saranno rivalutati, ma per questi ultimi sarà prevista una revisione e/o conferma del P.T.I. e del relativo P.T.R.P.;
- gli utenti che, invece, hanno avuto accesso in struttura successivamente alla somministrazione della scheda sopra citata e che quindi ad oggi non sono stati valutati mediante tale strumento, saranno oggetto di valutazione mediante le scale di valutazione definite nell’ Allegato C del presente provvedimento.

Nel caso in cui, a seguito di tale valutazione, dovesse emergere una inappropriata dell’inserimento in termini di incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, si dovrà provvedere alla ricollocazione del paziente all’interno del setting assistenziale più idoneo (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie)). Tale percorso di ricollocazione dovrà concludersi entro 3 anni. Inoltre tale processo di rivalutazione e ricollocazione riguarderà anche i pazienti extra regionali presenti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi.

Le strutture, durante la fase di rivalutazione dell’utenza in carico, dovranno continuare ad erogare le prestazioni assicurando la continuità assistenziale ai pazienti inseriti e ai nuovi ingressi. Inoltre, le strutture entro tre mesi dall’emanazione del presente provvedimento dovranno presentare istanza di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento. In particolare:

- **S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo:** i soggetti che possono presentare istanza per tale tipologia di struttura sono le attuali Comunità Protette di Tipo A e il Centro di Terapie Psichiatriche presente sul territorio regionale;
- **S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo.** I soggetti che possono presentare istanza per tale tipologia di struttura sono:
 - **S.R.P.2 livello 1:** Comunità Protette di Tipo B;
 - **S.R.P.2 livello 2:** Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento che, indipendentemente dai livelli assistenziali di origine e in possesso dei requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali e strutturali previsti per tale tipologia di struttura, alla data del 30 novembre 2015 avevano in carico almeno il 50% dell’utenza con esigenze di supporto sanitario. Eventuali nuovi inserimenti di ospiti con bisogni di tipo sanitario, avvenuti dopo tale data, concorrono al calcolo della percentuale di cui sopra, previa verifica da parte del

DSM inviante.

- **S.R.P.3** - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie: i soggetti che possono presentare istanza per questa tipologia di struttura sono gli attuali Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio che erogano attività socioriabilitativa nelle diverse fasce di copertura giornaliera (24 ore, 12 ore, fasce orarie).

Una volta presentata l'istanza, le strutture avranno quattro mesi di tempo per adeguarsi ai requisiti definiti per ciascuna tipologia di struttura. Al termine sarà avviata l'attività di vigilanza, presieduta dalla ASL, che certificherà il possesso dei requisiti ed, in caso di esito positivo, rilascerà titolo autorizzativo alla struttura. Il titolo di accreditamento, invece, sarà rilasciato dalla Regione con le modalità e tempistiche dettagliate all'interno della Sezione 2 del presente provvedimento.

Al termine di tale fase, sarà altresì prevista una nuova rivalutazione dei pazienti al fine di una eventuale revisione del fabbisogno territoriale.

9. Figure professionali

In seguito alla emanazione della DGR 30 – 1517/2015 ed in concomitanza con l'avvio della fase di istruttoria regionale, avviata con Circolare Prot. n. 15907 del 18 agosto 2015, la Regione ha effettuato incontri con i D.S.M. Piemontesi oltre che con le Associazioni dei Familiari e con gli Enti Gestori al fine di recepire ulteriori punti di attenzione e criticità utili ad una migliore conoscenza della realtà regionale ed eventualmente apportare delle modifiche al provvedimento regionale.

Una problematica emersa durante tali incontri ha riguardato le figure professionali operanti nelle strutture residenziali psichiatriche. Sul territorio piemontese ad oggi operano degli operatori provvisti dei seguenti titoli professionali:

1. operatori in possesso della Laurea in Educazione Professionale (Classe LSNT-2) riconosciuta ai sensi del D.M. 520 del 8 ottobre 1998 *“Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502”*;
2. operatori in possesso di titoli professionali equipollenti al titolo di Educatore Professionale, come da D.M. del 27 luglio 2000 *“Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base”, così come modificato dal D.M. 22 giugno 2016 (G.U. Serie Generale n. 196 del 23 agosto 2016)*;
3. operatori in possesso del titolo di tecnico della riabilitazione psichiatrica di cui al D.M. 29 marzo 2001, n. 182 *“Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica”*;
4. operatori in possesso del titolo di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 57 *“Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale”*;
5. operatori in possesso di titoli del pregresso ordinamento che potranno presentare istanza per ottenere il riconoscimento di equivalenza al titolo di cui al D.M. 520/1998, sulla base delle disposizioni contenute all'interno del D.P.C.M. del 26 luglio 2011 *“Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. (11A10956)”*;

6. operatori con il titolo di psicologo di cui alla L. 18 febbraio 1989, n. 56 “Ordinamento della professione di psicologo”;
7. operatori che successivamente alla emanazione del D.M. n. 520/1998 e del D.M. del 27 luglio 2000 hanno acquisito attestati di qualifica o titoli professionali di educatore rilasciati dal sistema della formazione professionale regionale, riconosciuti ai sensi della L. 21 dicembre 1978, n. 845 “Legge –quadro in materia di formazione professionale”;
8. operatori in possesso della laurea in Pedagogia/Scienze della Formazione, Scienze dell’Educazione (Classe L–18/L–19).

Gli operatori di cui al punto 1 e al punto 2 sono abilitati ad esercitare le funzioni di Educatore professionale. Gli operatori di cui al punto 3 sono abilitati ad esercitare le funzioni di Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Gli operatori di cui al punto 4 possono esercitare le funzioni di Educatore professionale, in quanto il loro titolo è riconosciuto equipollente a quello di educatore professionale ai sensi di quanto disposto dall’art. 4, comma 2, del D.M. 29 marzo 2001, n. 182.

Coloro che, invece, rientrano nella tipologia di operatori dettagliati al punto 5, qualora dovessero ottenere il riconoscimento di equivalenza al titolo di cui al D.M. 520/1998, saranno abilitati ad esercitare le funzioni di educatore professionale, altrimenti dovranno seguire un percorso volto al conseguimento del titolo abilitante all’esercizio professionale.

In relazione ai fabbisogni assistenziali degli utenti, si ritiene che gli operatori rientranti nelle tipologie dettagliate dal punto 5 al punto 8, possano contribuire, al fine di garantire la continuità assistenziale, al raggiungimento del monte orario previsto nei requisiti gestionali per le strutture S.R.P.1, S.R.P. 2 (livello 1 e 2) ed S.R.P. 3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), definiti nel presente provvedimento per le figure professionali dell’Educatore Professionale e del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica, purché alla data di approvazione del presente provvedimento risultino in servizio e siano in possesso di una certificazione rilasciata dal datore/i di lavoro che attesti una esperienza in tali strutture di almeno 2 anni.

Inoltre, al fine di valorizzare le esperienze acquisite, i restanti operatori non in possesso dei titoli sopraelencati potranno contribuire al raggiungimento del monte orario previsto nei requisiti gestionali definiti nel presente provvedimento per le figure professionali ausiliarie (OSS), purché alla data di approvazione del presente provvedimento risultino in servizio e siano in possesso di una certificazione rilasciata dal datore/i di lavoro che attesti un’esperienza in tali strutture di almeno 2 anni.

La Giunta Regionale, con successivi provvedimenti, da adottarsi entro il termine della fase transitoria, provvederà a definire i requisiti gestionali riguardanti la figura professionale dell’educatore, valutando anche la praticabilità di introdurre nella normativa regionale modifiche sui criteri relativi al possesso di titoli di studio.

Dalla data del presente provvedimento potranno essere assunti per lo svolgimento di funzioni di Educatore professionale e di Tecnico della riabilitazione psichiatrica esclusivamente operatori in possesso dei relativi titoli legalmente riconosciuti.

10. RSA

Come già accennato in premessa e dettagliato nel “*Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte*” del presente provvedimento, al 5 settembre 2015 erano accolti in RSA 522 utenti con problematiche psichiatriche. Tali utenti saranno inclusi nella più ampia fase di rivalutazione

che permetterà di valutarne la corretta correlazione tra esigenza di supporto assistenziale palesato dagli stessi e tipologia di struttura presso la quale sono attualmente accolti. La rivalutazione per gli utenti accolti in questa tipologia di struttura sarà effettuata di concerto tra D.S.M. e UVG mediante l'applicazione di apposite scale di valutazione, che saranno oggetto di un successivo provvedimento. In particolare, in merito al trattamento degli utenti psichiatrici attualmente accolti in RSA, sono state definite delle disposizioni in merito:

- gli utenti con problematiche psichiatriche, con età maggiore o uguale ai 55 anni e accolti in tale tipologia di struttura da almeno 3 anni, anche in seguito alla rivalutazione, a meno di particolari esigenze palesate dal D.S.M. oppure dal UVG, sempre tenendo in conto la volontà del paziente, potranno continuare ad essere accolti presso tale tipologia di struttura;
- gli utenti con problematiche psichiatriche, con età inferiore ai 55 anni, e quindi a maggiore rischio di inappropriatazza, saranno soggetti ad una rivalutazione puntuale da parte del D.S.M. e del UVG al fine di verificare la reale esigenza di ricollocazione presso un setting assistenziale più appropriato. Nel caso in cui, invece, a seguito della rivalutazione, non dovesse emergere l'esigenza di una ricollocazione, utente potrà continuare ad essere accolto presso tale tipologia di struttura.

Gli utenti che, in seguito alla rivalutazione, continueranno ad essere accolti presso le RSA, saranno soggetti alla remunerazione definita per ciascun livello di intensità assistenziale previsto all'interno delle RSA, come da DGR 85 – 6287 del 2 agosto 2013. Gli utenti che, invece, saranno ricollocati presso altri setting reputati più appropriati saranno soggetti alla remunerazione definita in tale provvedimento per la relativa tipologia di struttura, ossia S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 – 2) oppure S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie).

Per quanto riguarda, infine, l'ingresso di nuovi utenti con problematiche psichiatriche presso tale tipologia di struttura, questo sarà possibile solo per coloro che saranno reputati idonei da parte del UVG e del D.S.M., in seguito alla somministrazione delle scale di valutazione sopra citate e che saranno definite con apposito successivo provvedimento.

11. Budget

Il presente provvedimento intende introdurre il concetto di budget dei servizi territoriali di salute mentale con il quale regolare l'insieme delle attività e della spesa direttamente determinata dai D.S.M.. Questo strumento dovrà essere costruito attorno ad una più dettagliata e condivisa definizione del perimetro di attività che i D.S.M. devono realizzare. Per ciascuna attività, inoltre, dovranno essere identificate le voci di spesa connesse, attribuendo in tal modo al D.S.M. la responsabilità complessiva di tali voci. All'interno di tali volumi, di attività e di spesa, sarà possibile favorire la riconversione incentivando il contenimento di attività meno appropriate.

Tale logica di budget andrà di pari passo con il percorso di rivalutazione e ricollocazione dell'utenza oltre che di riconversione delle strutture presenti sul territorio per i quali è previsto un arco temporale di massimo 3 anni. La durata dell'arco temporale è stata definita al fine di non impattare in alcun modo sulla continuità delle cure e dell'assistenza, oltre che permettere di introdurre un sistema di budget correlato al fabbisogno dell'utenza in carico. Gli Enti del SSR dovranno, altresì, assicurare la complessiva coerenza della programmazione sanitaria regionale nel rispetto dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio in attuazione tra l'altro ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

L'introduzione a regime del budget assegnato e gestito dai D.S.M. avverrà gradualmente mediante 3 fasi.

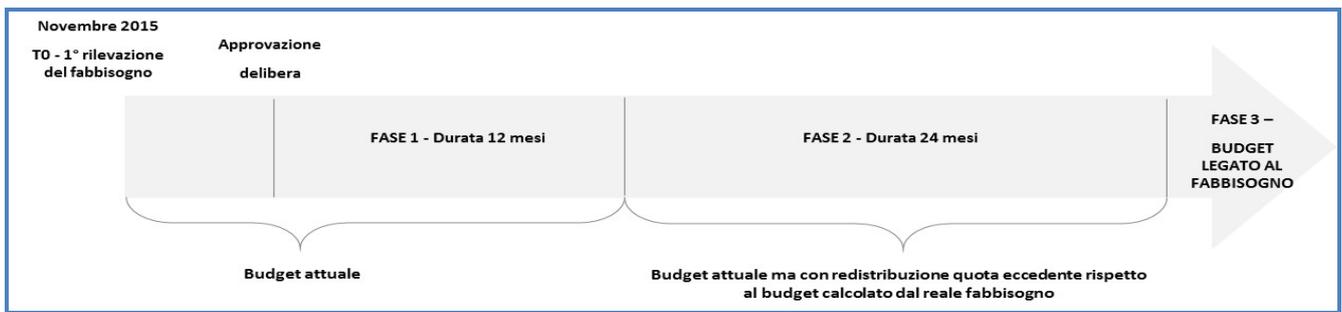


Figura 2: Processo di definizione e assegnazione del budget

- **fase 1:** la fase 1, di durata pari a 12 mesi, avrà avvio successivamente all'emanazione del presente provvedimento. In tale fase il budget assegnato ai D.S.M. sarà invariato rispetto alla spesa dell'anno precedente. Ciò al fine di permettere l'avvio della fase di rivalutazione e ricollocazione dell'utenza verso il setting assistenziale più appropriato in modo graduale e assolutamente non impattante sull'assistenza erogata;
- **fase 2:** nella fase 2, di durata pari a 24 mesi, il budget verrà ricalcolato in base al fabbisogno emerso in sede di rivalutazione dell'utenza effettuata mediante la somministrazione della "Scheda valutazione multidimensionale" conclusasi a novembre 2015, come accennato in premessa e nell'Allegato D del presente provvedimento. Nonostante ciò, il budget assegnato rimarrà invariato rispetto a quello assegnato nella fase 1, ma con delle particolari variazioni in merito. In particolare la quota di budget eccedente, calcolata come differenziale tra il budget assegnato in fase 1 e confermato in fase 2 e il budget ricalcolato in base al fabbisogno emerso dalla rilevazione sul territorio, sarà redistribuito tra i vari D.S.M. in base alla tipologia di utenza accolta presso ciascun territorio;
- **fase 3:** al termine dei 36 mesi e quindi della fase 1 e della fase 2, il budget sarà assegnato ai D.S.M. in base al fabbisogno emerso dall'analisi dell'utenza in carico presso il territorio piemontese prevedendo degli incentivi per i D.S.M. che prediligeranno il ricorso a soluzioni domiciliari. Tali strumenti di incentivazione saranno oggetto di un successivo provvedimento.

12. Inserimenti in case di cura private neuropsichiatriche

Le Case di Cura private neuropsichiatriche inviano ai Dipartimenti competenti per territorio le notifiche dell'avvenuto ricovero, con relativa impegnativa, di pazienti residenti indicandone il codice (56.40 riabilitazione neuropsichiatrica e 60.40 lungodegenza neuropsichiatrica); la segnalazione dovrà essere contestuale al ricovero, e dovrà evidenziare il soggetto inviante (DEA, SPDC, D.S.M., SERD, Medico di Medicina Generale). Le stesse strutture dovranno comunicare l'avvenuta dimissione dei pazienti.

Ciascun Dipartimento comunicherà con cadenza mensile agli uffici Regionali (indirizzo mail salutementale@regione.piemonte.it) l'elenco completo di tutti i ricoveri dei soggetti con residenza sul territorio di propria competenza, indicandone il codice, monitorandone i tempi di permanenza ed evidenziando gli eventuali ricoveri di durata anomala.

1. Procedure per l'autorizzazione all'esercizio

1.1 Istanza di autorizzazione all'esercizio

L'esercizio, per le strutture residenziali psichiatriche è subordinato alla presentazione di una istanza di autorizzazione. Le norme sull'autorizzazione all'esercizio sono disciplinate dall'articolo 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241, "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" oltre che dal D. Lgs. n. 502, 30 dicembre 1992 e s.m.i.

Modalità di presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio

Il legale rappresentante del soggetto gestore (o il procuratore speciale) presenta l'istanza di autorizzazione all'esercizio, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, alla ASL territoriale di riferimento, per conoscenza al Comune di ubicazione della struttura e alla Regione, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). Al momento della presentazione dell'istanza le strutture dovranno specificare per quale tipologia di utenza specifica intendono erogare servizi, nell'ambito del livello S.R.P. per il quale sono legittimati a presentare domanda ai sensi del presente provvedimento.

Alla istanza di autorizzazione all'esercizio, presentata con apposita modulistica regionale che verrà definita con successivo provvedimento attuativo, deve essere allegata, oltre a quanto necessario per comprovare la sussistenza dei requisiti richiesti dal presente provvedimento, la seguente documentazione:

- n. 2 copie di planimetrie con destinazione d'uso (quotata, orientata, completa di sezione, in scala 1/100 con calcolo analitico e separato dei rapporti aeranti e illuminanti);
- certificazione impiantistica (idro/sanitaria ed elettrica);
- monte ore del personale presente nella struttura, con qualifica;
- indicazione del Legale Rappresentante.

Unicamente per la ASL, alla istanza devono essere allegati autocertificazioni, attestazioni ed elaborati tecnici atti a comprovare la sussistenza dei requisiti minimi stabiliti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dal presente provvedimento.

Strutture gestite direttamente dalle ASL

Per le strutture gestite direttamente dalle ASL, l'istanza di autorizzazione all'esercizio viene presentata alla ASL tenuta a effettuare l'attività di vigilanza e alla Regione Piemonte, soggetto competente al rilascio del titolo, secondo le relative disposizioni vigenti (Allegato 1 – D.G.R. n. 12 - 64587 del ottobre 2013).

1.2 Procedimento di autorizzazione all'esercizio

La ASL, senza attendere la decorrenza dei termini previsti per le verifiche e le conseguenti attestazioni, in caso di istanza di autorizzazione incompleta, mancante cioè di elementi essenziali (come ad esempio: la sottoscrizione da parte del legale rappresentante, i dati o la documentazione allegata previsti nella modulistica regionale, la possibilità di identificare la tipologia di struttura a cui l'istanza si riferisce) comunica al soggetto gestore l'irricevibilità o l'inammissibilità o l'improcedibilità

della istanza, ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i.. Il gestore ha in tal caso la facoltà di presentare una nuova istanza.

In caso di presentazione di istanza di autorizzazione all'esercizio formalmente regolare:

- a. la ASL accerta, entro novanta giorni dall'effettivo ricevimento della istanza di autorizzazione all'esercizio, l'esistenza dei requisiti per l'esercizio, effettuando anche un sopralluogo presso la struttura;
- b. comunica l'esito della verifica alla Regione;
- c. nel caso di sopralluogo con esito positivo, entro i successivi trenta giorni, viene adottato il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di esercizio. Detto provvedimento è trasmesso al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione. Il titolo autorizzativo è rilasciato dall'ASL competente per territorio. Per le strutture gestite direttamente dalle ASL il titolo autorizzativo viene rilasciato dagli Uffici competenti della Direzione Sanità;
- d. nel caso, invece, di accertata carenza dei requisiti minimi, fatta salva l'applicazione delle dovute sanzioni amministrative, la ASL emette un atto di diffida imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni rilevate entro un congruo termine non inferiore a trenta giorni. Qualora si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, dispone con provvedimento motivato il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per la idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti;
- e. fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute per l'inosservanza di altre normative regionali o nazionali, in caso di mancato adeguamento nei termini indicati alle prescrizioni contenute nella diffida, adotta un provvedimento motivato di divieto di prosecuzione dell'attività, ai sensi dall'art. 19 della legge n. 241/1990 e s.m.i.;
- f. fornisce alla Regione comunicazione dell'esito delle verifiche condotte e dei provvedimenti adottati. Tutte le comunicazioni tra ASL e Regione avvengono **via** PEC nel rispetto dell'art. 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, "Codice dell'Amministrazione Digitale".

1.3 Effetti giuridici dell'autorizzazione all'esercizio

Gli effetti giuridici dell'esercizio sono subordinati alla conclusione del procedimento e all'adozione del relativo provvedimento autorizzativo. Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio, a dimostrare il possesso di tutti i requisiti previsti per l'esercizio della struttura. Lo standard di personale è invece assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

Il soggetto gestore è tenuto a:

- a. garantire alla ASL, che esercita ai sensi della normativa regionale i compiti di vigilanza e controllo sulle strutture: l'accesso a tutti i locali della struttura; l'accesso alla documentazione relativa al rapporto con i D.S.M. rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta; la possibilità di intraprendere ogni ulteriore esame finalizzato a verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti dal soggetto gestore; la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari.

1.4 Sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le strutture incorrono nella sospensione o revoca dell'esercizio, previa diffida da parte della ASL ad adempiere entro un congruo termine, nei seguenti casi:

- a. quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi;
- b. quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di autorizzazione/accreditamento;
- c. quando sono assegnate codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- d. quando vi sono gravi e/o ripetute inadempienze degli obblighi assunti nell'espletamento del servizio;
- e. per l'erogazione di prestazioni non previste tra quelle rispondenti alla specifica tipologia di strutture;
- f. per il mancato rispetto delle procedure previste nei casi di cambiamento del soggetto gestore;
- g. per il mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro;
- h. per la presenza di pazienti per un numero superiore rispetto a quello autorizzato;
- i. mancata ottemperanza alle prescrizioni impartite dalla Commissione di Vigilanza.

L'accertamento dell'inosservanza reiterata delle prescrizioni impartite, la violazione, anche senza preventiva irrogazione di prescrizioni, in materia di sanità, igiene e di sicurezza che siano di grave pregiudizio per la sicurezza e la salute delle persone, provoca la revoca del titolo autorizzativo; è prevista inoltre la revoca nel caso di emanazione, a carico del titolare dell'autorizzazione, di sentenza passata in giudicato per i reati che incidano sulla moralità professionale, o qualora il soggetto titolare sia stato dichiarato fallito.

Nel caso di sospensione e/o revoca il soggetto inserente dovrà assicurare la continuità assistenziale. La ASL entro i successivi trenta giorni disporrà in merito e ne darà comunicazione al soggetto gestore e alla Regione per conoscenza.

1.5 Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività, il gestore deve darne comunicazione alla ASL, al Comune e per conoscenza alla Regione, dimostrando di aver garantito la continuità dell'assistenza agli utenti.

2. Procedure per l'accreditamento

2.1 Istanza di accreditamento

La presentazione dell'istanza di accreditamento può avvenire contestualmente alla presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio. L'istanza deve essere presentata, utilizzando la modulistica regionale, che sarà definita con successivo atto, alla Regione e alla ASL competente per territorio, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). All'istanza di accreditamento, inoltre, devono essere allegati dichiarazioni sostitutive di certificazioni o atti notori, attestazioni ed elaborati tecnici, necessari a comprovare la sussistenza dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal presente provvedimento.

2.2 Procedimento di accreditamento

La ASL procede, entro novanta giorni dal ricevimento della domanda di accreditamento, a verificare il possesso dei requisiti attestati, anche mediante sopralluogo nella struttura. Qualora il sopralluogo si concluda con esito positivo, la ASL, entro i successivi trenta giorni, adotta il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento (oltre che di esercizio, nel caso di istanza di

autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento contestuale). Detto provvedimento è trasmesso alla Regione e alla struttura entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione. Nel caso, invece, di accertata carenza o di mancato mantenimento di un requisito, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, la ASL:

- a. emette un atto di diffida, imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, che non può essere superiore a sessanta giorni;
- b. accertato l'assolvimento delle prescrizioni, adotta il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento e lo trasmette alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione;
- c. decorso invece infruttuosamente il termine della diffida, adotta il provvedimento con cui si attesta la carenza dei requisiti di accreditamento e lo trasmette alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi.

Qualora si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, la ASL dispone, con provvedimento motivato, il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di attestazione del possesso o di carenza dei requisiti di accreditamento, entro i successivi trenta giorni dispone l'accreditamento della struttura o la sua modifica, ovvero il diniego dell'accreditamento e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore. In tale fase la Regione provvede all'iscrizione della struttura all'interno del sistema informativo per la salute mentale nel quale verrà riportato il dettaglio delle strutture accreditate.

Entro novanta giorni dalla data di emanazione del decreto di accreditamento, la ASL esegue un ulteriore sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti. In particolare la ASL verifica l'adeguatezza quantitativa e qualitativa delle unità di personale presenti in relazione alla progressiva presa in carico degli utenti. Dell'esito del sopralluogo la ASL dà comunicazione alla Regione con l'invio del relativo verbale.

Nei casi in cui il sopralluogo post accreditamento si concluda con esito negativo, si applica la seguente procedura:

- a. la ASL emette un atto di diffida, imponendo alla struttura di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, non superiore a trenta giorni;
- b. accertato l'assolvimento delle prescrizioni, la ASL comunica al soggetto gestore e alla Regione l'esito positivo della verifica;
- c. decorso, invece, infruttuosamente il termine della diffida, la ASL adotta il provvedimento di proposta di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di sette e massimo di sessanta giorni, durante il quale il gestore è tenuto ad adeguarsi alle prescrizioni;
- d. l'accertamento di una carenza di requisiti tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e la proposta di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre e massimo di sessanta giorni. La ASL dispone altresì, con provvedimento motivato, il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per la idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno), i comuni di residenza degli utenti;

- e. nel caso di ulteriore mancato adeguamento, ovvero in caso di fatti di accertata gravità, la ASL adotta il provvedimento di proposta di revoca dell'accreditamento;
- f. la ASL fornisce sempre comunicazione alla Regione dell'esito delle verifiche effettuate e dei provvedimenti adottati.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di proposta di sospensione o di revoca o di decadenza dell'accreditamento, dispone di conseguenza entro trenta giorni. In caso di revoca dell'accreditamento, la Regione provvede a cancellare la struttura dal sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore.

2.3 Effetti giuridici dell'accreditamento

Gli effetti giuridici dell'accreditamento sono subordinati alla conclusione del procedimento e all'adozione del relativo provvedimento regionale. Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione contestuale o della richiesta di accreditamento, a dimostrare il possesso di tutti requisiti previsti per l'accreditamento della struttura, indipendentemente dall'effettiva presenza di ospiti o utenti. Lo standard di personale è invece assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

L'accreditamento della struttura comporta l'obbligo per il soggetto gestore di mantenere i requisiti di esercizio e accreditamento previsti dal presente provvedimento.

Il soggetto gestore accreditato è tenuto a:

- a. assolvere il debito informativo prescritto dalla Regione;
- b. garantire alla ASL, che esercita ai sensi della normativa regionale i compiti di vigilanza e controllo sulle strutture: l'accesso a tutti i locali della struttura; l'accesso alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta; la possibilità di intraprendere ogni ulteriore esame finalizzato a verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti dal soggetto gestore; la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari.

2.4 Voltura dell'accreditamento

Il trasferimento dell'accreditamento da un soggetto gestore a un altro è subordinato all'emanazione di un provvedimento regionale di voltura, finalizzato ad accertare la sussistenza dei requisiti soggettivi del soggetto gestore subentrante.

Il soggetto gestore subentrante attiva il procedimento attraverso la presentazione di un'istanza alla Regione e alla ASL competente per territorio, utilizzando una apposita modulistica regionale che sarà definita con successivo atto, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). La trasmissione alla Regione deve avvenire esclusivamente tramite PEC.

All'istanza di voltura dell'accreditamento, unicamente per la ASL, deve essere allegata la seguente documentazione:

- a. il contratto e/o l'atto unilaterale di cessione, in relazione al quale il nuovo soggetto subentra nella gestione della struttura, la cui efficacia è comunque subordinata all'adozione del provvedimento regionale di voltura dell'accreditamento;
- b. per l'ipotesi in cui l'immobile non sia di proprietà del soggetto gestore: dichiarazione del proprietario che attesti che non sussistono impedimenti al subentro del nuovo soggetto nel godimento dell'immobile e al trasferimento dell'accreditamento;
- c. dichiarazione di impegno del soggetto subentrante a garantire il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio e di accreditamento;
- d. dichiarazione di impegno del soggetto uscente a garantire la continuità dell'attività sino

all'adozione del provvedimento regionale di voltura.

Il richiedente non è tenuto a produrre, se non in caso di loro modifica, i documenti che attestano il possesso dei requisiti di carattere strutturale. La ASL procede a verificare il possesso dei requisiti soggettivi e ne trasmette l'esito alla Regione e agli interessati entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda di voltura, con provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti. La Regione, entro trenta giorni dal ricevimento del provvedimento della ASL, adotta il decreto che dispone la voltura dell'accreditamento e ne dà comunicazione alle parti e alla ASL. La Regione provvede all'iscrizione della variazione del soggetto gestore all'interno del sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che ai soggetti interessati. La ASL, entro novanta giorni dal decreto di voltura, effettua una visita di vigilanza presso la struttura, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, con particolare attenzione ai requisiti organizzativi e gestionali.

2.5 Sospensione o revoca dell'accreditamento

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le strutture incorrono nella sospensione o revoca dell'accreditamento, previa diffida da parte della ASL ad adempiere entro un congruo termine (vedi paragrafo 2.2), nei seguenti casi:

- a. quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi;
- b. quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
- c. quando sono assegnate codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate
- d. per l'erogazione di prestazioni non previste tra quelle rispondenti alla specifica tipologia di struttura;
- e. per il mancato, tardivo o incompleto invio alla Regione o alla competente ASL delle comunicazioni o dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di accreditamento;
- f. quando si verifichi la perdita del titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività;
- g. per il mancato rispetto delle procedure previste nei casi di cambiamento del soggetto gestore.

Per le fattispecie sopra riportate ai punti a., b., c. (riferite al medesimo utente) e riscontrate per tre volte nel **corso** dei dodici mesi successivi al primo riscontro, la diffida dovrà essere fatta contestualmente alla proposta di sospensione dell'accreditamento.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento, entro i successivi trenta giorni dispone di conseguenza e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore. In caso di revoca dell'accreditamento, la Regione provvede a cancellare la struttura dal sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore.

2.6 Decadenza dell'accreditamento

Si incorre nella decadenza dell'accreditamento nel caso di cessazione dell'attività. In particolare la decadenza è disposta dalla Regione a seguito di comunicazione da parte della struttura. La ASL verifica la salvaguardia della continuità assistenziale degli utenti e ne dà comunicazione in Regione. Qualora la cessazione dell'attività derivi da una decisione del gestore, viene fissato un termine di preavviso minimo di novanta giorni, fatta salva diversa valutazione della ASL competente. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti stessi, le loro famiglie, eventuali tutori o amministratori di sostegno e i comuni di residenza.

La Regione comunica alla ASL e al soggetto gestore interessato il provvedimento di decadenza dall'accreditamento e cancella il soggetto dal sistema informativo della salute mentale dove è riportato il dettaglio delle strutture accreditate.

3. Messa a contratto

I contratti vengono sottoscritti tra la ASL territorialmente competente e i soggetti accreditati per ciascuna struttura. Il contratto non prevedrà la determinazione di un importo economico – finanziario correlato, in quanto le risorse saranno gestite direttamente dai D.S.M.. Come dettagliato nel presente provvedimento, infatti, verrà assegnato ai D.S.M. un budget relativo ai servizi territoriali della salute mentale. All'interno di tale budget sarà compito del D.S.M. definire la tipologia di struttura in cui inserire gli utenti.

4. Vigilanza e controllo

Le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo relative alle strutture per la Salute Mentale previste dalla normativa regionale vigente (D.G.R. n.12 - 6458 del 7 ottobre 2013) oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale (D.D. n.934 del 19 novembre 2013).

La funzione di vigilanza è svolta dalle Commissioni di Vigilanza per le attività sanitarie delle ASL competenti per territorio attraverso attività finalizzate alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici. E' compito altresì delle Commissioni di Vigilanza effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

L'attività si concretizza in sopralluoghi presso le strutture, con cadenza almeno annuale, in cui sarà verificato il possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento oltre che l'appropriatezza dell'attività erogata. I sopralluoghi termineranno, con la redazione, da parte della Commissione di Vigilanza, di un verbale, come da modello di cui alla D.D. n. 934 del 19/11/2013, che verrà recepito in un apposito provvedimento del Direttore Generale entro 30 giorni dalla sua redazione ed inviato alla Regione Piemonte, Assessorato Sanità, Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria Territoriale, indicando le prescrizioni impartite a seguito delle eventuali carenze riscontrate. Nel caso in cui, a seguito dei sopralluoghi, le Commissioni di Vigilanza dovessero riscontrare degli inadempimenti rispetto alla normativa vigente in merito all'esercizio dell'attività sanitaria, tali evidenze dovranno essere comunicate tempestivamente alla ASL di residenza per gli eventuali e correlati effetti contabili e finanziari al fine della corretta liquidazione delle prestazioni erogate ai propri residenti.

Ambito e modalità di attuazione

Le attività di vigilanza e controllo sono svolte nel rispetto delle disposizioni descritte nella D.G.R. n. 12 - 6458 del 7 ottobre 2013, *Attività di vigilanza relativa alle strutture per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche. Indicazioni procedurali per l'esercizio della funzione da parte delle Commissioni di vigilanza per le Attività-Sanitarie delle ASL.*

La finalità è quella di verificare la sussistenza e il mantenimento da parte delle strutture dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi sulla base della normativa vigente. In tale ottica, tale attività viene svolta attraverso sopralluoghi presso le strutture, durante i quali vengono esaminati i seguenti aspetti (come richiesto nella D.D. n.934 del 19 novembre 2013):

- disponibilità di documentazione inerente i controlli;
- rilievi gestionali;

- rilievi igienico sanitari;
- rilievi tecnici;
- rilievi del D.S.M..

Oltre ad una verifica prettamente documentale dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali, la Commissione di Vigilanza ha altresì il compito di verificare che le strutture erogino la corretta e migliore assistenza agli utenti. Pertanto sono previste delle attività volte a verificare l'appropriatezza delle prestazioni in struttura. In particolare per ogni utente dovrà essere compilata la parte relativa alle informazioni seguenti:

- data di **nascita**;
- data di inserimento in struttura;
- ente inviante;
- diagnosi;
- prescrizione dei farmaci;
- verifica data di scadenza del P.T.R.P.;
- retta giornaliera.

Sono soggette a verifica da parte delle Commissioni di Vigilanza, tutte le strutture pubbliche e private accreditate per la salute mentale adulti, mentre nel caso di strutture direttamente gestite dalle ASL, tale attività è svolta dalle Commissioni di Vigilanza in una logica incrociata, così come indicato nell'allegato 1 della D.G.R. n. 12 - 6458 del 7 ottobre 2013.

I sopralluoghi della Commissione di Vigilanza presso le strutture sono svolti nell'ambito dell'attività pianificata, a seguito di istanza di autorizzazione all'esercizio e di istanza di accreditamento. La frequenza è almeno annuale con possibilità di azioni di vigilanza straordinaria in qualsiasi momento durante il **corso** dell'anno, in base a richieste pervenute da altri enti o altri eventi imprevisi.

Il personale incaricato di svolgere attività di vigilanza e controllo deve essere abilitato ad "assumere informazioni e procedere a ispezioni di cose e di luoghi diversi dalla privata dimora, a rilievi segnaletici, descrittivi e fotografici e ad ogni altra operazione tecnica", nell'ambito delle funzioni previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, Modifiche al sistema penale. Agli operatori incaricati è garantito l'accesso ai dati ed alle informazioni aggiornate a disposizione delle ASL (rendicontazioni, contratti in essere, registri informatizzati, ecc.).

Verbale di sopralluogo e relativi adempimenti

Le verifiche di vigilanza ed i controlli di appropriatezza condotti presso le strutture si concludono con la redazione in loco del verbale di sopralluogo, come da modello già indicato. Il verbale deve riportare le operazioni svolte e gli elementi rilevanti emersi durante il sopralluogo. Il documento redatto in tale circostanza deve richiamare eventuali allegati o altri elementi utili acquisiti durante l'ispezione presso la struttura e comunque contenere per ogni utente (come da modello definito nella D.D. n.934 del 19 novembre 2013):

- data di **nascita**;
- data di inserimento in struttura;
- ente inviante;
- diagnosi;
- prescrizione dei farmaci;
- verifica data di scadenza del P.T.R.P.;
- retta giornaliera.

Inoltre:

- numero di identificazione del verbale;

- indicazione di data, ora e luogo dell'ispezione;
- nominativo, qualifica e unità organizzativa di appartenenza degli operatori che hanno effettuato il sopralluogo, con l'individuazione del presidente;
- identificazione degli operatori delle strutture che prendono parte al sopralluogo;
- identificazione di eventuali altre persone presenti al sopralluogo;
- esplicitazione degli obiettivi e del campo di azione dell'ispezione;
- dati identificativi della struttura o dell'attività sottoposta al sopralluogo e del legale rappresentante del soggetto gestore;
- azioni e attività intraprese, elementi verificati, evidenze raccolte e risultati delle rilevazioni;
- eventuale documentazione acquisita agli atti;
- eventuale richiesta di documentazione integrativa con indicazione delle modalità e dei tempi di trasmissione della stessa;
- eventuali dichiarazioni e controdeduzioni formulate durante il sopralluogo dal legale rappresentante del soggetto gestore o, in sua assenza, del delegato o altra persona incaricata;
- esito del sopralluogo, con valutazione sintetica finale, ovvero con rimando alle ulteriori attività istruttorie, qualora l'attività di vigilanza o controllo di appropriatezza necessiti di successivi approfondimenti, verifiche documentali o valutazioni ulteriori;
- firme degli operatori della ASL che hanno eseguito il sopralluogo e del legale rappresentante o, in sua assenza, del delegato o di altra persona presente al sopralluogo (oppure registrazione dell'eventuale rifiuto di questi ultimi alla sottoscrizione).

Il verbale, redatto a seguito del sopralluogo, deve essere recepito con apposito provvedimento del Direttore Generale entro un congruo termine, di norma non superiore ai 30 giorni dall'avvenuta verifica, e trasmesso, anticipandolo per posta elettronica ad apposito contatto regionale alla Regione Piemonte, Assessorato Sanità, Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale le prescrizioni impartite a seguito delle eventuali carenze riscontrate.

Al termine del sopralluogo, una copia del verbale è consegnata al legale rappresentante del soggetto gestore oppure a un suo delegato o persona presente, incaricato del successivo inoltro. Le Commissioni di Vigilanza per le attività Sanitarie competenti per territorio, dovranno altresì verificare l'avvenuta esecuzione delle prescrizioni impartite a seguito delle carenze riscontrate allo scadere del termine assegnato e, nel caso in cui la struttura non vi abbia ottemperato, adottare adeguati provvedimenti, anche di tipo sanzionatorio (diffida, blocco degli inserimenti, sospensione, revoca del titolo autorizzativo).

Gli eventuali atti conseguenti al sopralluogo, a carattere prescrittivo e/o sanzionatorio, di abbattimento economico e/o di inadempienza contrattuale, sono di norma adottati con provvedimenti distinti dal verbale.

Indicazioni operative per l'attività di vigilanza

Vigilanza sui requisiti soggettivi

Gli enti gestori, in sede di verifica da parte della Vigilanza, sono tenuti ad attestare il possesso dei requisiti soggettivi con autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e a trasmetterle alle ASL entro un mese dalla nomina e successivamente, durante lo svolgimento dell'incarico, entro il mese di gennaio di ciascun anno.

I documenti e le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto notorio ancora in **corso** di validità e già prodotti in altri procedimenti possono non essere ripresentati, in quanto è sufficiente indicare il procedimento nel quale tali documenti sono stati prodotti. Le ASL provvedono, secondo le modalità definite dalla normativa vigente, alle conseguenti verifiche presso gli enti competenti.

Vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali

In merito ai requisiti organizzativi e gestionali, la verifica oggetto di vigilanza verterà in particolare su:

- gestione delle risorse umane;
- composizione dell'organico - Standard di personale. In tale ambito il controllo verterà sugli standard qualitativi e quantitativi del personale. In particolare per gli standard quantitativi, la verifica viene effettuata di norma almeno su una settimana individuata a campione, prendendo in esame fattori quali: orari di presenza del personale, tabulati delle timbrature, programma dei turni effettuati e il numero e la tipologia degli ospiti presenti in struttura. Per quanto riguarda, invece, gli standard qualitativi, questi ultimi saranno verificati mediante controlli sui seguenti fattori: qualifiche e mansioni del personale presente in struttura, documentazione relativa al possesso delle qualifiche, dei titoli professionali, della iscrizione agli albi in **corso** di validità, ove prevista, oltre alla presenza del mix professionale nelle proporzioni previste per la tipologia di strutture e di ospiti presenti;
- linee guida procedure e altra documentazione.

Verifica dei requisiti strutturali e tecnologici

In merito ai requisiti strutturali ed organizzativi, in sede di sopralluogo, la Commissione di Vigilanza andrà a verificare il possesso da parte della struttura analizzata di tutti i requisiti strutturali e tecnologici, sia generali che specifici. Tra i vari fattori di controllo, la struttura dovrà anche fornire documentazione in merito a:

- planimetrie della struttura (1:100) redatte, firmate e timbrate da un tecnico abilitato, indicanti tutte le destinazioni d'uso dei locali, arredi e posti letto, completate da relazione igienico-sanitaria coerente;
- estratto del libretto della centrale termica con indicazione delle operazioni di manutenzione periodiche prescritte;
- ultima verifica periodica impianto di messa a terra e impianto elevatore;
- registro/rapporto di manutenzione periodica degli impianti elettrici, luci di emergenza e rilevazione incendi.

I documenti richiesti dalle specifiche normative devono essere presenti in originale o in copia conforme all'originale e formalmente corretti, ovvero datati, firmati e timbrati dagli enti previsti dalle norme.

Indicazioni operative per il controllo amministrativo

La Commissione di Vigilanza individuata verifica che:

- l'importo delle tariffe corrisponda alle classi o alla tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il numero totale delle giornate fatturate in un trimestre (nelle strutture residenziali e semi residenziali) non sia mai superiore al numero di posti moltiplicato per il numero delle giornate riferite allo stesso trimestre;
- le fatturazioni inerenti le persone nel frattempo decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.

Indicazioni operative per il controllo di appropriatezza

Con successivi provvedimenti, attuativi alla presente Delibera, la Regione definirà le modalità per l'effettuazione dei controlli di appropriatezza.

Oltre a ciò, la Direzione Sanità avrà il compito di analizzare gli esiti dei controlli effettuati dalle Commissioni di Vigilanza, definire indicatori appropriatezza, oltre che effettuare una attività di monitoraggio continuo.

Le strutture residenziali psichiatriche accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale.

Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica, si rinvia a quanto indicato nel già recepito documento AGENAS - GISM.

S.R.P.1 E S.R.P.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2)

1. Definizione

Le strutture residenziali psichiatriche per interventi terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2), sono strutture riservate a pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di intensità media o grave che richiedono interventi terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare da attuare con programmi a medio - alta intensità riabilitativa.

In particolare, le S.R.P.1 sono strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, comprese anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

Le strutture a carattere estensivo (S.R.P.2), invece, accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento e sociale gravi o di gravità moderata, ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

2. Criteri di eleggibilità

2.1 Criteri di accesso

Possono accedere alle strutture S.R.P.1 ed S.R.P.2 utenti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, oltre che disturbi della personalità con compromissione del funzionamento personale e sociale di media o grave intensità, in alcuni casi persistenti ed invalidanti. Tale tipologia di utenti evidenzia, inoltre, problematiche rilevanti in merito all'autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica oltre che delle abilità sociali.

3. Attività e prestazioni

In base alla tipologia di trattamenti terapeutico riabilitativi erogati dalla struttura, ossia a carattere intensivo (S.R.P.1) ed estensivo (S.R.P.2), sono erogate attività/prestazioni di carattere differente.

All'interno della struttura S.R.P.1 vengono erogate prevalentemente attività cliniche caratterizzate da *interventi terapeutico riabilitativi e assistenziali ad alta intensità* per meglio rispondere alle necessità

dell'utenza contraddistinta da una forte riduzione delle autonomie personali e/o disturbi del comportamento. Per il dettaglio delle indicazioni clinico riabilitative e delle aree di intervento, si rimanda a quanto indicato nel modello AGENAS - GISM, già recepito con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

Per quanto riguarda invece le strutture S.R.P.2, le attività cliniche erogate hanno una minore intensità assistenziale, con una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione. Per il dettaglio delle indicazioni clinico riabilitative e delle aree di intervento, si rimanda a quanto indicato nel modello AGENAS - GISM, già recepito con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

In tale ambito, per meglio rispondere alle caratteristiche dell'utenza e alla variabilità ad essa correlata, sono stati previsti due livelli di prestazioni erogabili. In particolare:

- **S.R.P.2 livello 1:** in tale livello sono erogate attività/prestazioni terapeutico riabilitative e assistenziali a media intensità. Tale livello, in particolare, andrà ad accogliere l'utenza che necessita di interventi terapeutico riabilitativi intensivi di medio/basso livello oltre ad un supporto assistenziale di medio livello;
- **S.R.P.2 livello 2:** in tale livello sono erogate attività/prestazioni terapeutico riabilitative a carattere estensivo e assistenziali a media intensità. Tale livello, quindi, andrà ad accogliere una utenza che necessita di un supporto terapeutico riabilitativo meno elevato rispetto al livello 1, ma di media intensità assistenziale viste le condizioni di ridotta autonomia personale.

Oltre a ciò, tali strutture erogano i seguenti servizi/prestazioni:

- soluzione abitativa;
- cura della persona;
- assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (come ad esempio l'igiene personale, la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, ecc.);
- colloqui di sostegno individuali o di gruppo, ove necessario;
- counselling, informazione ed educazione sanitaria;
- accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio, ove necessario;
- eventuali somministrazioni farmacologiche, anche avvalendosi delle strutture sanitarie di riferimento;
- attività formative orientate al recupero e al mantenimento di competenze sociali e lavorative residue;
- lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale e ove possibile lavorativo;
- organizzazione del tempo libero, attività ludiche e socializzanti;
- cura dei rapporti familiari e amicali.

Il funzionamento del servizio è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel **corso** dell'anno.

4. Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

In merito ai requisiti per l'esercizio e a quelli di accreditamento per le strutture S.R.P.1 sono confermati i requisiti previsti dalla D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, allegato A, numero 3 (requisiti minimi strutturali Comunità Protette di tipo A e B; ambienti e funzioni caratteristiche della struttura, ambienti consigliati) e dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, mentre si

prevede un aggiornamento dei requisiti gestionali di esercizio e di accreditamento, come riportato successivamente. Tali strutture dovranno essere collocate preferibilmente in un normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

a. Requisiti per l'esercizio

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali d'esercizio previsti per le strutture S.R.P.1, per un nucleo di 20 posti letto sono i seguenti:

- **Medico Psichiatra:** 36 ore a settimana, un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 26 ore a settimana;
- **Capo sala:** 20 ore a settimana;
- **Infermiere:** 160 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 82 ore a settimana;
- **Educatore/Tecnico della Riabilitazione psichiatrica:** 156 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 166 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 166 ore per la figura di OSS.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

b. Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento previsti per le strutture S.R.P.1, per un nucleo di 20 posti letto, sono i seguenti:

- **Medico psichiatra:** 38 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 28 ore a settimana;
- **Capo sala:** 20 ore a settimana;
- **Infermiere:** 168 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 84 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 160 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 168 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%. Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure

professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 168 ore per la figura di OSS.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

a) Requisiti per l'esercizio

Requisiti strutturali

In merito ai requisiti per l'esercizio per le strutture S.R.P.2 sono confermati i requisiti previsti dalla D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, allegato A, numero 3 (requisiti minimi strutturali Comunità Protette di tipo A e B; ambienti e funzioni caratteristiche della struttura, ambienti consigliati) e dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009.

Le prestazioni previste per le strutture S.R.P.2 di livello 2 potranno essere erogate anche in strutture aventi le caratteristiche delle civili abitazioni, per un massimo di due nuclei abitativi, ciascuno dei quali potrà accogliere fino a 5 pazienti. Tutto ciò nel rispetto di quanto previsto per i presidi di tutela della salute mentale dal D.P.R. 14 gennaio 1997, già recepito con D.C.R. n. 616 - 3149 del 22 febbraio 2000. Ad ogni modo, tali strutture non potranno avere un numero di posti letto superiore a 10. Tali strutture dovranno dotarsi di una organizzazione interna che garantisca sia gli spazi che i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi esclusivi dedicati per il personale, per i colloqui e le riunioni. Inoltre tali strutture dovranno comunque avere le seguenti caratteristiche:

- rispondere ai requisiti previsti per una civile abitazione ed essere in possesso dell'agibilità, nel rispetto di tutte le caratteristiche strutturali e tecnologiche dell'edilizia residenziale;
- essere costituiti da un massimo di 2 nuclei abitativi, ogni camera non deve ospitare più di due posti letto e la struttura deve essere dotata di almeno un servizio igienico ogni 4 utenti (il servizio deve essere completo e accessibile ai soggetti disabili);
- essere localizzati possibilmente ai piani bassi degli edifici per una facile accessibilità;
- essere localizzate nel contesto residenziale urbano, in una **strada** a viabilità ordinaria, facilmente raggiungibile con i mezzi propri e comunque non inseriti all'interno di strutture residenziali sanitarie e/o socio sanitarie e/o socio assistenziali;
- disporre di un sistema di rilevazione delle presenze per tutto il personale operante nella struttura.

Qualora la struttura S.R.P.2 di livello 2 sia composta da 2 nuclei, ciascuno dei quali da 5 posti letto, la dotazione strutturale relativa agli spazi dedicati al personale, ai colloqui e alle riunioni, potrà essere prevista in uno solo dei nuclei, in modo che tali spazi siano fruibili fino ad un massimo di 10

posti letto.

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali d'esercizio per le strutture S.R.P.2 di livello 1 e S.R.P.2 di livello 2, rispettivamente per nuclei da 20 e 10 posti letto, sono i seguenti:

Livello 1

- **Medico psichiatra:** 20 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 13 ore a settimana;
- **Infermiere:** 114 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 82 ore a settimana
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 160 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 130 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 130 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

Livello 2

- **Medico psichiatra:** 7 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 5 ore a settimana;
- **Infermiere:** 20 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 95 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 80 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 10 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermiere, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 18 ore settimanali per la figura di

infermiere e di 40 ore per l'OSS e monte ore massimo di 80 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

b) Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento per le strutture S.R.P.2 di livello 1 e S.R.P.2 di livello 2, rispettivamente per nuclei da 20 e 10 posti letto, sono i seguenti:

Livello 1

- **Medico psichiatra:** 21 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 15 ore a settimana;
- **Infermiere:** 116 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 84 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 168 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 145 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 145 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

Livello 2

- **Medico psichiatra:** 9 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 7 ore a settimana;
- **Infermiere:** 23 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 98 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 84 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 10 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermiere, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 18 ore settimanali per la figura di infermiere e monte ore massimo di 84 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

5. Remunerazione

Di seguito si riporta quanto definito in merito alla remunerazione delle strutture S.R.P.1 ed S.R.P.2 (livello 1 e 2). Le tariffe giornaliere/utente sono state definite in base ai requisiti gestionali di accreditamento precedentemente dettagliati. In particolare:

- **S.R.P.1:** la tariffa giornaliera/utente è pari € **160,00**.
- **S.R.P.2:** le tariffe giornaliere/utente sono le seguenti:
 - **Livello 1: €135,00;**
 - **Livello 2: €111,00.**

Le tariffe sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA e di quanto previsto dai commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

In caso di assenza del paziente è previsto il pagamento della retta in quota ridotta, ossia a copertura dei costi alberghieri e di supporto. Tale quota varia in base alla tipologia di struttura, infatti in caso di assenza da una struttura S.R.P.1 oppure S.R.P. 2 di livello 1 la quota parte di tali costi è pari a € 51,00, mentre in caso di assenza da una struttura S.R.P.2 livello 2 tale quota sarà pari a € 36,00. Nel caso di assenza dell'ospite superiore ai 30 giorni, si provvederà alla dimissione dello stesso. A riguardo si prevede, inoltre, la possibilità di una eventuale deroga, che dovrà essere autorizzata preventivamente dall'ASL del territorio di riferimento, per i pazienti che richiedono l'accoglienza presso altre strutture per periodi superiori al fine di rispondere a particolari esigenze di natura clinica e assistenziale disposte di concerto con il medico curante.

I C.S.M. inserenti possono prevedere per il paziente inserito in struttura S.R.P.1 e S.R.P.2 (livello 1 e livello 2) ulteriori interventi terapeutico riabilitativi purché dettagliati nel P.T.I., in termini di obiettivi e relativi tempi di realizzazione. Tali prestazioni sono erogate al di fuori delle attività residenziali tipiche della struttura S.R.P.1 e S.R.P.2 (livello 1 e 2), sono gestite sotto la responsabilità del D.S.M. e non possono costituire motivo di integrazione con la retta applicata all'interno dalla struttura residenziale.

La remunerazione delle prestazioni fruite dagli utenti presso le strutture terapeutico riabilitative a carattere intensivo è posta a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR).

S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi

1. Definizione

Le strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi (S.R.P.3) sono rivolte a pazienti con problemi psichiatrici lievi non assistibili presso il proprio contesto familiare e che richiedono un basso livello di intensità assistenziale. Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Gli interventi socioriabilitativi erogati da questa tipologia di struttura sono caratterizzati da una bassa intensità riabilitativa e sono rivolti ad utenti in condizioni psicopatologiche stabilizzate, con compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana, oltre a problemi relazionali in ambito familiare e sociale.

Pertanto le attività predominanti sono riconducibili a quelle di assistenza e risocializzazione, mentre non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo. Per quanto riguarda, invece, l'attività clinico psichiatrica, quest'ultima prevede solamente un monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche al fine di permettere il mantenimento della condizione di stabilità clinica dell'utente. Oltre a ciò, sono previste delle attività di gruppo di tipo espressivo, ludico e motorio, in sede o fuori dalla sede, e incontri periodici con il C.S.M. che ha in carico il paziente.

2. Criteri di eleggibilità

Criteri di accesso

Sono utenti stabilizzati/cronicizzati con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In particolare le diverse tipologie di strutture S.R.P.3 accolgono una utenza con caratteristiche differenti:

- S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi, problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente;
- S.R.P.3 con assistenza sulle 12 ore: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse, problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona;
- S.R.P.3 con assistenza a fasce orarie: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo, non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze, problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

3. Attività e prestazioni

In base alla tipologia di assistenza erogata dalle strutture S.R.P.3, ossia sulle 24 ore, 12 ore o a fasce orarie, sono erogate delle prestazioni/attività differenti da parte delle strutture.

Nel caso di strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore, in termini di aree di intervento, la tipologia di prestazioni/attività erogate sono caratterizzate dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo, prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- area di risocializzazione: offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale.

Nel caso, invece, delle strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 12 ore, le prestazioni/attività erogate riguardano l'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo, alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;

Infine nel caso delle strutture che erogano assistenza per fasce orarie, le prestazioni/attività erogate riguardano programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale.

Nelle diverse tipologie di strutture, a prescindere dal livello di intensità assistenziale, sono fornite le medesime prestazioni nelle seguenti aree di intervento:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area del coordinamento: incontri periodici con il C.S.M. che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

Oltre a ciò, tali strutture erogano i seguenti servizi/prestazioni:

- soluzione abitativa;
- cura della persona;
- assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (come ad esempio l'igiene personale, la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, ecc.);
- colloqui di sostegno individuali o di gruppo, ove necessario;
- counselling, informazione ed educazione sanitaria;
- accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio, ove necessario;
- eventuali somministrazioni farmacologiche, anche avvalendosi delle strutture sanitarie di riferimento;

- attività formative orientate al recupero e al mantenimento di competenze sociali e lavorative residue;
- lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale e ove possibile lavorativo;
- organizzazione del tempo libero, attività ludiche e socializzanti;
- cura dei rapporti familiari e amicali.

Il funzionamento del servizio è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel **corso** dell'anno.

4. Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

Per le strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie si confermano i requisiti strutturali definiti dalla D.C.R. 357 - 1370/97 per quanto concerne i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio. Per tale tipologia di struttura è prevista la possibilità di erogare tale tipologia di prestazioni all'interno delle civili abitazioni, come da D.P.R. del 14 gennaio 1997. Per quanto riguarda il requisiti di cui al D.M. n. 236/1989 è sufficiente possedere il requisito dell'adattabilità.

a. Requisiti per l'esercizio

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di esercizio previsti per le strutture S.R.P.3, con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie sono dettagliati di seguito. Tali requisiti sono stati calcolati per nuclei da 5 posti letto, oltre a ciò sono da intendersi minimi e validi anche per nuclei di dimensione inferiore.

S.R.P. 3 – 24 ore

- **Infermiere:** 7 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 45 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 26 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità notturna con residenza in struttura:** reperibilità con obbligo di residenza nella struttura durante le ore notturne; nel caso in cui la S.R.P.3 sia composta da due nuclei abitativi da 5 posti letto, tale servizio potrà essere eventualmente gestito attraverso la condivisione fino ad un massimo di 10 posti letto.

S.R.P.3 – 12 ore

- **Infermiere:** 7 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 45 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 26 ore a settimana.

Qualora, per documentate esigenze di assistenza, si renda occasionalmente necessaria la copresenza di più operatori questa potrà essere realizzata riducendo in maniera opportuna la copertura diurna, che di norma dovrà essere garantita sulle 12 ore, fino a un massimo di tre ore giornaliere fermo restando il monte ore giornaliero previsto.

S.R.P.3 – fasce orarie

- **Infermiere:** 3 ore a settimana;

- **Ausiliari (OSS):** 18 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 14 ore a settimana.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Fermo restando il monte ore complessivo settimanale della struttura, per motivate esigenze di assistenza, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore diurne assegnate alla figura di OSS, all'interno del monte ore della figura di educatore/tecnico della riabilitazione.

b. Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento previsti per le strutture S.R.P.3, con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie sono dettagliati di seguito. Tali requisiti sono stati calcolati per nuclei da 5 posti letto, oltre a ciò sono da intendersi minimi e validi anche per nuclei di dimensione inferiore.

S.R.P. 3 – 24 ore

- **Infermiere:** 9 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 50 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 28 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità notturna con residenza in struttura:** reperibilità con obbligo di residenza nella struttura durante le ore notturne; nel caso in cui la S.R.P. 3 sia composta da due nuclei abitativi da 5 posti letto, tale servizio potrà essere eventualmente gestito attraverso la condivisione fino ad un massimo di 10 posti letto.

S.R.P.3 – 12 ore

- **Infermiere:** 9 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 50 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 28 ore a settimana.

Qualora, per documentate esigenze di assistenza, si renda occasionalmente necessaria la copresenza di più operatori questa potrà essere realizzata riducendo in maniera opportuna la copertura diurna, che di norma dovrà essere garantita sulle 12 ore, fino a un massimo di tre ore giornaliere fermo restando il monte ore giornaliero previsto.

S.R.P.3 – fasce orarie

- **Infermiere:** 5 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 21 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 16 ore a settimana.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione

cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Fermo restando il monte ore complessivo settimanale della struttura, per motivate esigenze di assistenza, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore assegnate alla figura di OSS, all'interno del monte ore della figura di educatore/tecnico della riabilitazione.

L'assistenza specialistica psichiatrica nelle strutture S.R.P.3 è garantita dal medico del C.S.M. che ha in carico il paziente tramite visite ambulatoriali, anche all'interno della struttura, mentre l'assistenza medica generale viene garantita dal Medico di medicina generale.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

5. Remunerazione

Le tariffe per le strutture socioriabilitative a bassa intensità assistenziale sono state stabilite in base ai requisiti gestionali definiti per le diverse tipologie di intensità assistenziale erogate dalle strutture S.R.P.3.

In particolare le tariffe giornaliere /utente sono le seguenti:

- **Assistenza 24 ore: €95,00;**
- **Assistenza 12 ore: €86,00;**
- **Assistenza a fasce orarie: €58,00.**

Le tariffe sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA e di quanto previsto dai commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

In caso di assenza del paziente presso la struttura è previsto il pagamento della retta giornaliera in quota ridotta, ossia in quota parte pari a € 32 che riguarda la copertura dei costi alberghieri e di supporto e comunque sino ad un massimo di 30 giorni consecutivi; dopo tal periodo si dovrà procedere alla dimissione del paziente. A riguardo si prevede, inoltre, la possibilità di una eventuale deroga, che dovrà essere autorizzata preventivamente dall'ASL del territorio di riferimento, per i pazienti che richiedono l'accoglienza presso altre strutture per periodi superiori al fine di rispondere a particolari esigenze di natura clinica e assistenziale disposte di concerto con il medico curante.

I C.S.M. inserenti possono prevedere per il paziente inserito in struttura S.R.P.3 ulteriori interventi terapeutico riabilitativi purché dettagliati nel P.T.I., in termini di obiettivi e relativi tempi di realizzazione. Tali prestazioni sono erogate al di fuori delle attività residenziali tipiche della struttura S.R.P.3, sono gestite sotto la responsabilità del D.S.M. e non possono costituire motivo di integrazione con la retta applicata all'interno dalla struttura residenziale.

Ciascuna tariffa individuata per gli inserimenti in S.R.P. 3 per interventi socioriabilitativi prevede una percentuale dei costi a carico del Fondo Sanitario Regionale pari al 40% e una percentuale a carico dell'utente e/o del Comune pari al 60%, in applicazione del D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Come richiamato nel paragrafo "Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno" nel caso di inserimenti nelle strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), ossia strutture che prevedono una

compartecipazione della spesa come definito dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*, il C.S.M. valuterà la capacità contributiva del paziente attraverso una applicazione omogenea dell’ISEE.

Allegato C – Scale di valutazione

GAF (Global Assessment of Functioning)

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali)

Nota: usare codici intermedi, ove necessario, ad esempio 45,68,72

DESCRIZIONE	INDICE	VALUTAZIONE
Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo	100 - 91	
Sintomi assenti o minimi (es. ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es. discussioni con i membri della famiglia)	90 - 81	
Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es. rimane temporaneamente indietro con lo studio)	80 - 71	
Alcuni sintomi lievi (es. umore depresso o insonnia lieve); oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, ed ha alcune relazioni interpersonali significative	70 - 61	
Sintomi moderati (es. affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico); oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro)	60 - 51	
Sintomi gravi (es. idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi); oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es. pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro)	50 - 41	
Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es. il linguaggio è a volte illogico, oscuro o non pertinente); oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es. il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è	40 - 31	

DESCRIZIONE	INDICE	VALUTAZIONE
incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola)		
Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni; oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es. talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio); oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es. sta a letto tutto il giorno, non ha lavoro, casa o amici)	30 - 21	
Qualche pericolo di fare del male a se stesso o agli altri (es. tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniaco); oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es. si sporca con le feci); oppure grossolana alterazione della comunicazione (es. decisamente incoerente o mutacico)	20 - 11	
Persistente pericolo di far del male in modo grave a se stesso o agli altri (es. violenza ricorrente); oppure persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima; oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire	10 - 1	
Informazioni inadeguate	0	

PUNTEGGIO GAF _____

HoNOS (Health of Nation Outcome Scale)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Per P si intende la persona valutata. Per NV Non Valutabile per mancanza di informazioni. La compilazione va effettuata sulla base di tutte le informazioni disponibili; le informazioni mancanti possono essere chieste al paziente, ai familiari, ad altri colleghi. Dare un punteggio a ciascun item in sequenza dal 1° al 18°, senza tenere conto delle informazioni già considerate negli item precedenti. Decidere nella prima compilazione se un item è pertinente per P e se è importante monitorare il suo cambiamento nel tempo. In questo caso selezionare SI sotto Monitoraggio, altrimenti indicare NO. Ogni riquadro è predisposto per contenere fino a 6 compilazioni successive: 1°, 2°, 3°, ecc. Da progetto, la prima dovrebbe essere effettuata intorno al terzo incontro, la seconda dopo 60 giorni dalla prima valutazione. Per ciascuna compilazione, fare una piccola croce sulla linea verticale nell'ambito del livello corrispondente alla condizione del paziente nel giorno peggiore del periodo di riferimento (ossia negli ultimi 3 mesi), più o meno verso l'alto o verso il basso a seconda che la situazione sia più o meno vicina al livello superiore o inferiore. In ciascun item tenere conto per l'attribuzione del punteggio del momento più grave nel periodo di riferimento. Il periodo di riferimento consigliato, ma non obbligatorio, è di 14 giorni (ultime due settimane). Il significato generale dei codici è:

- 0= problemi assenti;
- 1= problemi lievi, cioè noti solo a chi conosce la persona senza conseguenze pratiche apprezzabili;
- 2= problemi evidenti ma non gravi, cioè noti anche a chi conosce solo superficialmente la persona e con conseguenze apprezzabili ma che non compromettono, se non in minima parte, la qualità di vita;
- 3= problemi gravi; come in 2, con compromissione marcata ma non totale della qualità di vita e del funzionamento sociale;
- 4 = problemi molto gravi; come in 3, con compromissione totale o quasi totale della qualità di vita del funzionamento sociale;
- NV= (Non Valutabile) sotto il riquadro, se non si riesce ad avere informazioni sufficienti.

Ricordarsi, per ogni compilazione, di scrivere la data di compilazione.

INFORMAZIONI DI BASE

A) CSM di appartenenza

B) Nome e Cognome paziente

(Inserire le iniziali)

C) Data di compilazione

MONITORAGGIO	SI/NO
<p>1A. Patologie e disabilità fisiche (negli ultimi 3 mesi) <i>Considerare i problemi fisici che limitano o impediscono i movimenti, o compromettono la vista o l'udito, o limitano in altro modo l'energia, la resistenza e le funzionalità fisiche di P (P= persona in esame). Comprende gli effetti collaterali somatici dei farmaci; gli effetti a lungo termine dell'uso di alcool e droghe; le menomazioni fisiche conseguenti ad incidenti di qualunque causa, ecc. Non considerare i problemi di memoria e di orientamento presi in esame nell'item 4.</i></p>	
<input type="checkbox"/>	0. Nessun problema fisico particolare nel periodo considerato
<input type="checkbox"/>	1. Problemi fisici temporanei durante il periodo considerato (come ad esempio influenza o slogatura) o problemi sanitari organici di lunga durata che non comportano rilevanti effetti sul funzionamento ma che richiedono attenzione medica
<input type="checkbox"/>	2. Problemi evidenti nella mobilità e/o nella funzionalità fisica e/o nell'energia fisica che però permettono al paziente di essere fisicamente autonomo, seppure con fatica e/o con l'uso di ausili
<input type="checkbox"/>	3. Problemi nella mobilità e/o nella funzionalità fisica che rendono il paziente dipendente da altri, ma non completamente
<input type="checkbox"/>	4. Invalidità fisica completa o quasi
<input type="checkbox"/>	1B. Barrare la casella se il problema è in tutto o in gran parte dovuto agli effetti collaterali dei farmaci

MONITORAGGIO	SI/NO
<p>2A. Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi (negli ultimi 3 mesi) <i>Non considerare qui i traumi accidentali, dovuti ad esempio a demenza o a grave ritardo mentale (i problemi di comprensione sono presi in considerazione nell'item 4) e i traumi e le patologie conseguenti agli effetti diretti di alcool e di droghe (ad esempio cirrosi del fegato o trauma conseguente al bere), che vengono presi in esame nell'item 5.</i></p>	
<input type="checkbox"/>	0. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
<input type="checkbox"/>	1. Rischio lieve; pensieri anche protratti di procurarsi una lesione, ma nessun gesto autolesivo
<input type="checkbox"/>	2. Rischio di modesta entità. Ha pensato più volte e/o a lungo ad uccidersi, ma senza progettare in dettaglio il suicidio; e/o ha compiuto gesti autolesivi non pericolosi e non menomanti, ad esempio si è spento le cicche sulle mani, si è fatto taglietti ai polsi

3. Rischio evidente. Ha progettato il suicidio in dettaglio e/o ha compiuto atti preparatori, ad esempio ha immagazzinato pillole e/o ha commesso un tentativo di suicidio più grave di quello del livello 2, ma ancora ha scarse possibilità di riuscita
4. Tentativo di suicidio serio, con pericolo evidente di riuscita, e/o gesto autolesivo intenzionale grave con esito di menomazione o con evidente pericolo di menomazione

MONITORAGGIO

SI/NO

3A. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati (negli ultimi 3 mesi)

Comprende anche i comportamenti osceni. Non importa quale è la causa dei comportamenti (ad esempio assunzione di droghe o alcool, psicosi, demenza, mania, depressione). La gravità aumenta passando dall'aggressività verbale a quella fisica verso gli oggetti a quella fisica verso animali e ancor più persone. Non considerare qui i comportamenti bizzarri, che sono presi in esame all'item 6.

0. Assenza di problemi particolari durante il periodo considerato
1. Irritabilità esagerata, litigiosità o/o irrequietezza, ma meno gravi che nei livelli successivi; anche insulti ad alta voce o espressioni di minaccia non ripetute (al massimo 2) e che non è probabile che portino all'atto
2. Espressioni di minaccia ripetute (gestuali e/o verbali); e/o atti di molestia fisica ripetuti che è molto improbabile che possano dare luogo a lesioni (ad esempio "prese" fisiche o spintoni); e/o danni di modesta entità alle cose (ad es. rottura di suppellettili o vetri); e/o iperattività e agitazione evidenti e prolungate, ma non particolarmente disturbanti per familiari, conviventi e amici e che il paziente riesce almeno in parte a controllare
3. Uno o più attacchi fisici a persone o animali, tali da avere causato o potere causare traumi non gravi (cioè con pochi giorni di prognosi, non più di 5); o danneggiamento di cose più grave che al livello 2 ma non tali da mettere in pericolo l'incolumità di persone o animali; atti osceni ripetuti, non presenti però nella maggior parte dei giorni; e/o iperattività evidentemente disturbante, non controllabile
4. Uno o più attacchi fisici più gravi a persone o animali; e/o comportamenti evidentemente minacciosi o osceni presenti nella maggior parte dei giorni; e/o atti evidentemente distruttivi potenzialmente pericolosi per l'incolumità di persone e animali

3B. Natura dei comportamenti

Se il codice diverso da zero, scrivere nella casella corrispondente il codice relativo alla natura del problema, secondo la seguente classificazione: IP=Iperattività; AP=Agitazione psicomotoria; AG=Aggressività

--

3C. Contesto del comportamento in esame

F=all'interno del contesto familiare; E=all'esterno. Indicare sia F che E se in entrambi i contesti

MONITORAGGIO

SI/NO

4A. Abuso di alcool o droghe o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo (negli ultimi 3 mesi)

Non considerare il fumo di tabacco. Non considerare qui i comportamenti aggressivi e distruttivi dovuti all'effetto di alcool e di droghe già considerati nell'item 2; non considerare le malattie o le disabilità fisiche dovute all'effetto diretto di alcool e droghe, che vanno valutati nell'item 5.

0. Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcool e/o di droghe o ad altre dipendenze
1. Qualche eccesso, ma senza problemi evidenti
2. Eccessi con conseguenze fisiche e psicopatologiche evidenti, ma non invalidanti; non dipendenza
3. Dipendenza probabile o certa (ha evidente e persistente bramosia per la sostanza, passa molto tempo a procurarsi la sostanza e/o sotto l'effetto della sostanza, assume in quantità superiore o per più tempo di quanto avesse deciso, assume la sostanza per annullare gli effetti legati all'astinenza)
4. Dipendenza completa (passa la stragrande maggioranza del tempo sotto l'effetto della sostanza o a cercare di procurarsela e riesce raramente ad occuparsi di altro)

4B. Natura dell'agente

Se codice diverso da zero, scrivere il codice corrispondente alla natura dell'agente principale:
A= alcool; M= morfina; E= eroina; C= cocaina; Z= gioco d'azzardo; P= polidipendenza; X= altro

MONITORAGGIO

SI/NO

5A. Memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero (negli ultimi 3 mesi)

Considerare tutti i problemi di questo tipo associati con condizioni patologiche psichiche e organiche (ad esempio con ritardo mentale, con demenza, con schizofrenia, ecc.), o anche i possibili effetti collaterali di psicofarmaci. Non considerare i postumi temporanei di eccessi nel bere o nel consumo di droghe, che sono presi in esame nell'item 3.

0. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
1. Problemi lievi di memoria (ad esempio dimentica più della norma i nomi) e di comprensione
2. Problemi di memoria e di comprensione evidenti ma non gravi come nei livelli successivi,

ad esempio si è perso in una località nota o non ha riconosciuto occasionalmente una persona a lui familiare; o qualche volta perplesso di fronte a decisioni semplici

3. Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e nel riconoscimento di persone ma non così gravi come in 4; o appare perplesso di fronte ad eventi di tutti i giorni; o il discorso è talora slegato e frammentario; o rallentamento del pensiero (basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio)
4. Disorientamento e disorganizzazione del pensiero gravi, ad esempio sistematicamente è incapace di riconoscere i parenti più stretti o confonde i momenti della giornata o non si ricorda di aver mangiato; o i problemi di questo tipo sono tali da metterlo a rischio di incidenti; o i discorsi sono incomprensibili; o offuscamento grave dello stato di coscienza (basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio)

5B. Natura del problema

Natura del problema. Se codice diverso da zero, scrivere il codice corrispondente alla natura del problema: D= Disorganizzazione psicotica del pensiero; A= altro.

MONITORAGGIO

SI/NO

6A. Allucinazioni e deliri (negli ultimi 3 mesi)

Non importa la causa. Considerare anche i comportamenti strani, bizzarri (cioè mai presente in persone senza disturbi psichici gravi), associati a deliri ed allucinazioni, ma non i comportamenti aggressivi, distruttivi e iperattivi, che vanno valutati nell'item 2.

0. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
1. Credenze lievemente eccentriche e bizzarre, al di fuori delle norme culturali del gruppo etnico in cui il paziente si riconosce
2. Deliri ed allucinazioni sicuramente presenti (ad es. sente voci, ha visioni), ma con malessere modesto per P e manifestazioni di comportamenti bizzarri solo brevi e non clamorose.
3. Deliri ed allucinazioni accompagnati da grosso malessere o angoscia ma non per la maggior parte del tempo e/o comportamenti evidentemente bizzarri prolungati e vistosi, ma non dannosi.
4. P è assorbito per la maggior parte del tempo in deliri ed allucinazioni e/o ha comportamenti ispirati da deliri e allucinazioni che sono sicuramente dannosi per P e/o per altri (NB. Considerare non qui, ma nell'item 2 gli atti aggressivi).

6B. Se codice 2 o più, specificare in 6Bil tipo prevalente di allucinazioni o deliri scrivendo: M=maniacali; P=paranoidei; D=depressivi; A=altri

--

MONITORAGGIO SI/NO

7. Umore depresso

Non considerare i comportamenti aggressivi o agitati, valutati nell'item 2. Non considerare idee e tentativi di suicidio, valutati nell'item 1. Non considerare allucinazioni e deliri, valutati nell'item 6.

0. Assenza o presenza solo per brevi momenti di scoraggiamento e demoralizzazione
1. Demoralizzazione, pessimismo, non solo per brevi momenti, ma non per la maggior parte del tempo; e da cui P riesce perlopiù, se si sforza, a liberarsi.
2. Episodio depressivo lieve caratterizzato da più di uno dei seguenti sintomi: tono dell'umore depresso, perdita parziale di interesse e di capacità di provare piacere, perdita parziale di autostima, fiducia in sé; sensi di inferiorità e inadeguatezza, sensi di colpa eccessivi ma che P riesce a discutere; riduzione di speranza; o variazioni rapide e marcate dell'umore.
3. Episodio depressivo marcato, con alcuni dei sintomi precedenti presenti in modo grave (ad esempio perdita completa di speranza, sensi di colpa forti e mai messi in dubbio).
4. Episodio depressivo grave, con la maggior parte dei sintomi precedenti presenti in modo grave c/o grave rallentamento motorio e/o grave perdita di appetito.

MONITORAGGIO SI/NO

8A. Altra sintomatologia psichica (negli ultimi 3 mesi)

Prendere in esame il più grave dei disturbi psichici diversi da quelli presi in esame nelle scale 6 e 7. Se si è verificato più di un disturbo durante il periodo considerato, considerare solo il disturbo più grave.

0. Nessuna evidenza della presenza di sintomi psichici diversi da quelli considerati in 6 e 7.
1. Sintomi lievi, noti solo a chi conosce bene P.
2. Sintomi evidenti a tutti, ma non presenti per la maggior parte del tempo e che P può in parte controllare; non 4.
3. Sintomi evidenti per la maggior parte del tempo; di solito sono presenti uno o più episodi di crisi in cui P perde totalmente il controllo
4. Stato di crisi permanente o quasi.

8B. Scrivere in 8B il codice della sintomatologia più grave, usando le seguenti lettere: AL= sintomi da disturbi alimentari (anoressia o bulimia); AN= ansia e fobie; DJ= sintomi dissociativi ("di conversione"); DP = manifestazioni di disturbo di personalità; MA = sintomi maniacali, da umore euforico; OC= sintomi ossessivi compulsivi; SE = sintomi da disturbi sessuali; SO= disturbi del sonno; SS = sintomi somatoformi e ipocondriaci; ST = sintomi post traumatici da stress; AS = altri sintomi

MONITORAGGIO

SI/NO

9A. Relazioni coi familiari, il partner ed eventuali conviventi in appartamenti assistiti (negli ultimi 3 mesi)

Valutare il tipo di rapporti con i familiari e con il partner, anche se non conviventi, senza considerare le cause. Gli atti aggressivi sono valutati nell'item 2. Non considerare i rapporti nelle strutture riabilitative, valutati nell'item 10.

0. Nella norma per la sua età, sesso e ruolo sociale o problemi lievi
1. Problemi maggiori della norma noti solo a chi conosce bene P. di mancanza di rapporti o di sostegno coi familiari non compensati da un buon rapporto di sostegno con il partner, o problemi evidenti nel rapporto di coppia compensati però da buoni rapporti con altri familiari o conviventi (non considerare buono un sostegno eccessivo tale da bloccare la crescita dell'autonomia)
2. Problemi evidenti in mancanza di sostegno o di contrasto coi familiari e problemi evidenti di mancanza di sostegno nel rapporto di coppia o sua assenza
3. Problemi marcati caratterizzati da situazioni di conflittualità o mancanza di comunicazione
4. Vive isolato, non ha partner e non frequenta o frequenta molto poco i familiari

9B. Inserire FO se si sono considerati prevalentemente i rapporti con i familiari d'origine, FA se si sono considerati prevalentemente i rapporti coi familiari acquisiti (partner, figli). In caso di dubbio, non indicare nessuno dei due

MONITORAGGIO

SI/NO

10A. Relazioni sociali (negli ultimi 3 mesi)

Non prendere in considerazione qui gli atti aggressivi di P valutati nell'item 2 e i rapporti con familiari e partner valutati nell'item 9. Si possono considerare qui i rapporti coi "colleghi" (ma non con il personale) in residenze o centri riabilitativi

0. Relazioni sociali nella norma o migliori, considerati il ruolo sociale, l'età ed il sesso di P.
1. Problemi transitori o non evidenti, noti solo a chi ha la possibilità di conoscere bene P, legati alla carenza di veri e propri rapporti di amicizia e/o sostegno sociale al di fuori della famiglia.
2. Problemi evidenti a tutti, ad esempio mancanza di rapporti di amicizia e rapporti di sostegno insufficienti; i rapporti superficiali sono però abbastanza numerosi e non conflittuali.
3. Relazioni sociali superficiali e scarse e/o praticamente solo rapporti sociali conflittuali
4. Isolamento sociale totale o quasi al di fuori dei familiari e dei conviventi

10B. Solo per i pazienti inseriti in strutture residenziali o centri diurni riabilitativi. Inserire I se si sono considerati prevalentemente i rapporti nella struttura riabilitativa, E se si sono considerati prevalentemente i rapporti esterni

--

MONITORAGGIO

SI/NO

11. Autonomia nella vita quotidiana (negli ultimi 3 mesi)

Considerare qui solo la mancanza di autonomia dovuta a problemi psichici o di ritardo mentale; se presenti menomazioni fisiche, rispondere pensando a come si comporteranno la persona se avesse la stessa sintomatologia psichica ma fosse efficiente fisicamente; la mancanza di autonomia dovuta a disturbi fisici è valutata nell'item 5. Prendere in esame l'autonomia nella vita quotidiana, soprattutto nella cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici, ecc.), ma anche nelle attività strumentali (come cura della propria abitazione, fare la spesa, spostarsi e usare i mezzi di trasporto, usare il denaro, cucina, ecc.). Se una attività non viene esercitata o viene esercitata in modo non adeguato per mancanza di motivazione, anche se P ne è potenzialmente capace, considerarla carente. Considerare presente un'abilità che non è esercitata per mancanza di opportunità

0. Autonomia nella norma o migliore per la sua età, sesso e ruolo sociale
1. Problemi non evidenti nelle attività strumentali, noti solo a chi conosce bene la persona; per la cura di sé al massimo è presente una lieve trascuratezza nei vestiti

2. Difficoltà evidenti a tutti in una o più attività strumentali; nella cura di sé può essere presente qualche lieve trascuratezza anche nella cura per l'aspetto e l'igiene
3. Problemi evidenti ma non completa incapacità in una o due aree della cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici); di solito sono presenti difficoltà evidenti in più attività strumentali
4. Mancanza di autonomia completa o quasi in più aree della cura di sé e in più attività strumentali

MONITORAGGIO

SI/NO

12A. Lavoro, studio e attività lavoro equivalenti (negli ultimi 3 mesi)

Prendere in esame se e con che rendimento P lavora o svolge lavoro domestico; se P non lavora o studia, prendere in esame se svolge attività che possono essere considerate utili dai familiari, vicini ed in genere dal contesto sociale in cui vive. Precisare in 12B il tipo di lavoro/studio ed in particolare se P lavora in ambiente non protetto (competitivo) o in ambiente protetto.

0. P lavora o studia o svolge lavoro domestico bene o senza problemi particolari; se non lavora fa bene e con impegno nella maggior parte dei giorni qualcosa che la gente giudica utile (fa lavoretti in casa, cura l'orto, fa la maglia, partecipa attivamente alle attività domestiche; o pratica un hobby considerato non solo passivo ricreativo, ma anche utile e/o formativo, ad es. pittura o pesca)
1. P ha qualche problema di puntualità e di rendimento o nei rapporti con colleghi e superiori, ma non nella maggior parte dei simili e si rende comunque utile sul lavoro o in casa e, se lavora, non corre il rischio di allontanamento o di sostituzione; se non lavora, fa attività considerate utili nella maggior parte dei giorni, anche se non bene e/o senza impegno.
2. Lo stesso di 2, ma i problemi sul lavoro, in casa e nello studio sono presenti nella maggior parte dei giorni o fa attività considerate utili con qualche problema di rendimento e solo in meno della metà dei giorni in modo abbastanza regolare
3. P ha grossi problemi di rendimento o di rapporti con colleghi e superiori sul lavoro e nello studio; se non lavora, svolge attività considerate utili in maniera scorretta o solo saltuariamente
4. P normalmente non fa nulla o quasi; quello che fa viene considerato molto inadeguato o disturbante

12B. Codificare la situazione lavorativa secondo la seguente classificazione: 1. lavora in ambiente non protetto (competitivo) senza tutore; 2. lavora in ambiente protetto con tutore; 3. lavora come casalinga; 4. è studente; 5. lavora in ambiente protetto; 6. segue un corso di formazione al lavoro; 7. Non lavora ed è pensionato per età o anzianità; 8. non lavora ed è pensionato per invalidità; 9. non lavora ed è in cerca di prima occupazione; 10. non lavora ed è disoccupato

MONITORAGGIO

SI/NO

13. Condizioni finanziarie e abitative (negli ultimi 3 mesi)

Considerare se P dispone di denaro sufficiente e se l'abitazione è adeguata per illuminazione diurna, riscaldamento, manutenzione. Considerare anche l'eventuale isolamento dell'abitazione. NB: Se P è ricoverato in reparto per acuti o ospite temporaneo di residenza, riferirsi all'abitazione consueta. Se è ospite a lungo termine in residenza protetta o casa alloggio codificare prendendo in esame le caratteristiche della struttura e, per quanto riguarda il denaro, il denaro di cui P disporrebbe se venisse dimesso

0. Situazioni nella norma o migliori
1. Problemi per spese voluttuarie o straordinarie, noti solo a chi conosce bene P, ad es. mancanza di denaro per andare in vacanza o per comprare o mantenere una macchina
2. Problemi evidenti ma non gravi come in 3, ad es. abitazione in zona isolata o con qualche problema di manutenzione, oppure mancanza di denaro per spese necessarie ma non frequenti, ad esempio comprare un elettrodomestico necessario o pagare l'affilato
3. P ha grossi problemi di rendimento o di rapporti con colleghi e superiori sul lavoro e nello studio; se non lavora, svolge attività considerate utili in maniera scorretta o solo saltuariamente
4. P normalmente non fa nulla o quasi; quello che fa viene considerato molto inadeguato o disturbante

MONITORAGGIO

SI/NO

14. Carico familiare (negli ultimi 3 mesi)

Considerare il carico oggettivo (spese, perdite di reddito, rinunce dei familiari a fare le cose che avrebbero potuto fare se P non soffrisse del disturbo) e soggettivo (depressione, ansia) dei familiari attribuiti alla presenza di P. Codificare il più grave dei due aspetti. Non considerare qui le relazioni con i familiari che vengono prese in esame negli item 9 e 16, né gli eventuali disturbi psichici dei familiari che sarebbero stati della stessa entità anche senza P. NB: Se P è ricoverato in un reparto per acuti o ospite temporaneo di residenza, riferirsi alla situazione consueta prima del ricovero, anche al di fuori del periodo di riferimento. Considerare

come familiari tutti i "caregivers", cioè in assenza di familiari conviventi, anche amici, vicini o altri familiari non conviventi che si occupano del paziente. Se si considera che il carico familiare non sia pertinente (paziente poco grave con disturbo verosimilmente a rapida risoluzione, ecc.), barrare NO sotto monitoraggio. In caso di assenza dei familiari barrare 0 sotto il riquadro

0. Nessun problema particolare
1. Rinunce occasionali, ad esempio a feste o vacanze e che avrebbero fatto se P non fosse affetto dal disturbo; assenza di particolari problemi finanziari o disagio psichico legati a P .
2. Rinunce frequenti e difficoltà finanziarie da parte di almeno un membro della famiglia; qualche segno di malessere psichico, ma non tale da poter fare una diagnosi di disturbo ansioso o depressivo
3. Carico oggettivo e/o soggettivo marcato per almeno un membro della famiglia; per la maggior parte del tempo si occupa di P o è assorbito dall'ansia per P; e/o evidenti difficoltà finanziarie collegabili alla situazione
4. Carico grave; i familiari/conviventi vivono in funzione di P e/o ad almeno un familiare può essere fatta diagnosi di disturbo ansioso depressivo verosimilmente dovuto alla situazione
- 14B. Assenza di familiari**

MONITORAGGIO

 SI/NO

15. Opportunità ambientali nella zona in cui abita P. (negli ultimi 3 mesi)

Considerare i seguenti criteri per le varie zone:

- 1) accessibilità di servizi sociali, ricreativi, culturali per una persona affetta da disturbi mentali gravi (non tenere conto dei servizi gestiti direttamente dal D.S.M.) e attività di associazioni di volontariato a favore delle persone affette da disturbi mentali gravi;
- 2) atteggiamento di tolleranza e di sostegno o, al contrario di paura e di rifiuto della popolazione nei confronti delle persone affette da disturbo mentale grave;
- 3) possibilità di occupazione per una persona affetta da disturbo mentale grave, ad esempio imprenditori sensibili al problema o possibilità di frequentare corsi di addestramento lavorativo gestiti dai servizi sociali. Non tenere conto delle iniziative gestite direttamente dal servizio;
- 4) sicurezza nei confronti di furti e di altri reati.

Potrebbe essere opportuno che un servizio stabilisca precedentemente il punteggio prevalente per le varie zone del territorio, in modo che gli operatori possano attribuirlo con maggiore facilità ai singoli pazienti

0. Situazione accettabile per tutti e quattro i criteri; presenza per almeno un criterio di

condizioni particolarmente favorevoli (ad esempio buona disponibilità di occupazione o rete di volontariato molto attiva)

1. Situazione accettabile per i quattro criteri o carenze in alcuni compensate da situazioni particolarmente favorevoli in altri
2. Carenze notevoli ma non gravi (vedi livello 4) in uno dei due criteri, non compensate da aspetti positivi negli altri
3. Carenze notevoli in tre o quattro criteri e/o gravi in uno dei due.
4. Carenze gravi in tre/quattro criteri, ad esempio grossa carenza di servizi sociali e mancanza di centri sportivi, culturali e ricreativi accessibili alle persone affette da disturbo mentale grave; attività di volontariato assenti o sporadiche; alle persone affette da disturbo mentale grave può venire rifiutato o reso difficile l'accesso a servizi e a locali pubblici e/o vi sono movimenti organizzati di protesta per la presenza di residenze di persone affette da disturbo mentale grave; non vi sono praticamente possibilità di lavoro in ambiente non protetto: le persone affette da disturbo mentale grave sono vittime di numerosi soprusi e reati

MONITORAGGIO

SI/NO

16A. Disponibilità e possibilità dei familiari (compresi conviventi e partner) a collaborare all'assistenza

In assenza di familiari e caregivers barrare 0 sotto il riquadro. Riferirsi ai familiari più influenti nella gestione della famiglia

0. Famiglia disponibile a collaborare e capace di farlo
1. Famiglia disponibile ma con difficoltà parziali a collaborare per motivi sociali o economici o di tempo o di salute
2. Famiglia scarsamente disponibile, pur essendo potenzialmente capace.
3. Famiglia disponibile, ma non o molto poco capace per età o malattia dei familiari, ecc.
4. Famiglia totalmente indisponibile o addirittura ostile
- 16B. Assenza di familiari**

MONITORAGGIO

SI/NO

17. Gravosità di P.

Valutare qui i rapporti che P ha con gli operatori

- 0. Paziente collaborante, che non pone particolari problemi di adesione alla terapia, che ha un buon rapporto col servizio
- 1. Qualche piccolo problema di rapporto, noto solo agli operatori che lo conoscono meglio
- 2. Richieste maggiori rispetto alla maggior parte dei pazienti col suo quadro clinico e/o maggiori difficoltà a collaborare e ad accettare le indicazioni e i consigli, tuttavia il rapporto con lui comporta solo saltuariamente sforzi particolari
- 3. Richieste eccessive e/o atteggiamenti oppositivi o incoerenza nei comportamenti tali da determinare quasi costantemente maggiori sforzi e frustrazioni
- 4. Difficoltà di gestione continua e quotidiana legate al continuo atteggiamento ostile e/o incoerente e/o eccessivamente esigente del paziente

MONITORAGGIO

SI/NO

18. Capacità di collaborazione da parte della persona e sue capacità di definire obiettivi ed impegnarsi a raggiungerli

- 0. E' autonomo nel definire obiettivi sia a breve sia a lungo termine (almeno sei mesi) e li persegue con efficacia, almeno fino a quando non si presentano ostacoli davvero difficili
- 1. Si fissa obiettivi come sopra, ma ha qualche problema nel perseguirli
- 2. Si fissa obiettivi ma per lo più non si impegna a sufficienza per raggiungerli
- 3. Ha obiettivi confusi o solo a breve termine e li persegue con grande difficoltà
- 4. Vive praticamente alla giornata, è un classico esempio di "edonismo a breve termine" o di inerzia

PUNTEGGIO HoNOS _____



SINTESI CRITERI INSERIMENTO PAZIENTE IN STRUTTURA (AGENAS – GISM)

Per individuazione delle aree di intervento si rimanda al documento GISM-AGENAS

SRP 1 – Strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (Max 18 mesi + 6)

Condizioni psicopatologiche:

- Frequenti ricoveri in SPDC/CDC

Compromissione trattabile:

- Area della cura di sé / ambiente
- Area della competenza relazionale
- Area della gestione economica
- Area delle abilità sociali

- **Disturbo prolungato e con frequenti ricadute**

- **Necessità di osservazione e accudimento in ambiente idoneo**

- **Inserimento nella vita socio/lavorativa e/o familiare di scarso aiuto o addirittura nocivo**

- **Disponibilità almeno sufficiente del paziente ad un percorso di cura**

SRP 2 – Strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (Max 36 mesi + 12)

- **Condizioni psicopatologiche stabilizzate**

Compromissione funzionale con importanti difficoltà

- Area della cura di sé / ambiente
- Area della competenza relazionale
- Area della gestione economica
- Area delle abilità sociali

- **Trattamenti riabilitativi progressi**

- **Aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente**

SRP 3.1 Strutture per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Condizioni psicopatologiche stabilizzate

-

Compromissione marcata di tipo persistente

- Area della cura di sé / ambiente
- Area della competenza relazionale
- Area della gestione economica
- Area delle abilità sociali

- **Mancata capacità di gestirsi da soli anche per alcune ore**
- **Compromissione della capacità di gestione autonoma di imprevisti e/o emergenze**
- **Problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e con amici e conoscenti**
- **Disponibilità del paziente ad un percorso di cura**

SRP 3.2 - Strutture per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere

- **Condizioni psicopatologiche stabilizzate**

Compromissione ma compatibile con un'assistenza di solo 12 ore

- Area della cura di sé / ambiente
- Area della competenza relazionale
- Area della gestione economica
- Area delle abilità sociali

- **Pregresso inserimento in SRP 3.1 (24 h)**

- **Problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici e conoscenti**

- **Disponibilità del paziente ad un percorso di cura**

SRP 3.3 - Strutture Residenziali per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie

- **Condizioni psicopatologiche stabilizzate**

Bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione

- Area della cura di sé / ambiente
- Area della competenza relazionale
- Area della gestione economica
- Area delle abilità sociali

- **Pregresso inserimento in SRP 3.1 (24 h) e SRP3.2 (12 h)**

- **Problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici e conoscenti**

- **Disponibilità del paziente ad un percorso di cura**

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE

Nome e Cognome (inserire le iniziali) _____

Prima Valutazione (SI/NO) _____

Rivalutazione (SI/NO) _____

PUNTEGGIO PER IDENTIFICAZIONE SETTING ASSISTENZIALE

Punteggio Totale (GAF-HoNOS)	ESIGENZE DI SUPPORTO (sanitario oppure socioassistenziale)	TIPOLOGIA SETTING ASSISTENZIALE

Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte

La DGR 30 – 1517 del 3 giugno 2015 “*Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria*” è stata emanata con l’obiettivo di dare attuazione a quanto previsto dai “Programmi Operativi 2013 – 2015” ed in particolare dall’azione 14.4.4 “*Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell’assistenza ai pazienti psichiatrici*”, nella quale veniva esplicitata la necessità, da parte della Regione Piemonte, di disciplinare l’intera filiera dei servizi residenziali psichiatrici presenti sul territorio piemontese, definendone così i requisiti autorizzativi e di accreditamento, i criteri di accesso, il regime tariffario e la funzione di vigilanza e controllo, adeguando l’offerta residenziale esistente sul territorio al modello AGENAS - GISM, già recepito dalla regione stessa con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

Tale atto deliberativo ha definito diversi adempimenti richiesti ai D.S.M. Piemontesi oltre che alle strutture presenti sul territorio, al fine di permettere una corretta applicazione di quanto definito nel suddetto atto. In particolare con la ***Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 “D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 “Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria”: adempimenti”***, la Regione Piemonte ha avviato una fase di rivalutazione degli utenti presenti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi con l’obiettivo di verificarne l’appropriatezza degli inserimenti, in un’ottica di coerenza tra i livelli di assistenza erogati e le necessità assistenziali del paziente. Oltre a ciò, è stata effettuata un’attività di ricognizione delle strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio al fine di comprenderne le caratteristiche strutturali, organizzative, oltre che la tipologia di personale impiegato.

Tale attività è stata svolta mediante la somministrazione sul territorio regionale di apposite schede di valutazione, quali:

1. elenco pazienti;
2. scheda valutazione multidimensionale;
3. scheda struttura.

Ciascuna scheda è stata somministrata al fine di tracciare informazioni di diverso carattere e di fornire un quadro completo della realtà regionale. In particolare:

- ***elenco pazienti***: la compilazione di tale scheda è stata richiesta ai D.S.M. con l’obiettivo di tracciare tutti i pazienti inseriti e stabilmente accolti presso le strutture residenziali psichiatriche al 1 settembre 2015, con il dettaglio dei pazienti inseriti in strutture ubicate nel proprio territorio di competenza, in altre ASL piemontesi oltre che in strutture ubicate al di fuori del territorio regionale evidenziando il Centro di Salute Mentale a cui afferisce il paziente;
- ***scheda valutazione multidimensionale***: la compilazione di tale scheda è stata richiesta ai D.S.M. per ciascun paziente inserito e stabilmente accolto presso le strutture residenziali entro e non oltre il 15 novembre 2015 prevedendo i seguenti invii periodici, ossia 30 settembre, 15 ottobre, 30 ottobre e 15 novembre 2015. Tale scheda è stata somministrata con l’obiettivo di tracciare informazioni quali la provenienza dell’utente, il precedente percorso psichiatrico oltre che le sue esigenze di supporto assistenziale;
- ***scheda struttura***: la compilazione di tale scheda è stata richiesta alle strutture residenziali già accreditate oltre che ai D.S.M. per i Gruppi Appartamento entro il 30 settembre 2015, con il dettaglio delle informazioni di dettaglio della struttura, dei relativi costi oltre che del personale impiegato.

Le evidenze emerse dalla somministrazione di tali schede sono state oggetto di analisi e hanno permesso di disegnare un quadro esaustivo della realtà psichiatrica piemontese. Di seguito si riportano le principali evidenze emerse da tale analisi.

Elenco pazienti

Dalla rilevazione effettuata mediante l'“**Elenco pazienti**” al 5 settembre 2015 risultano in carico presso i servizi residenziali per la psichiatria **3.000 persone**.

Di questi ultimi, circa il **68% sono accolti presso i Gruppi Appartamento e Comunità Protette** (di Tipo A e B), mentre il 17% in RSA e il 6% in Comunità Alloggio. Infine il 9% degli utenti totali risultano accolti in strutture classificate con «Altro» nelle quali rientrano: Strutture per Minori, SRLA (Struttura residenziale di lunga assistenza), RAF, Comunità riabilitativa psicosociale, etc.

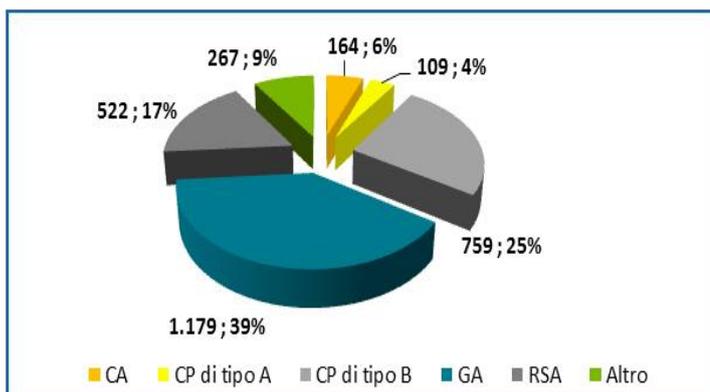


Grafico 0: Distribuzione complessiva degli utenti per tipologia di struttura

In termini di **distribuzione geografica**, il rapporto relativo al numero di utenti presi in carico ogni 1.000 abitanti presenta significative differenze tra le diverse ASL piemontesi. Il valore medio regionale è pari a 0,60, con un valore minimo pari a 0,34 presso la ASL di Novara ed un valore massimo pari a 0,93 presso le ASL della Città di Torino (TO1 e TO2). Tale situazione è correlata ad una presenza disomogenea dell'offerta sul territorio, sia per tipologia di strutture (Comunità Protette di Tipo A e B, Comunità Alloggio, Gruppi Appartamento), sia per il numero di posti letto disponibili.

La Figura1 riporta il numero di inserimenti ogni 1.000 abitanti per singola ASL e per ciascuna tipologia di struttura.

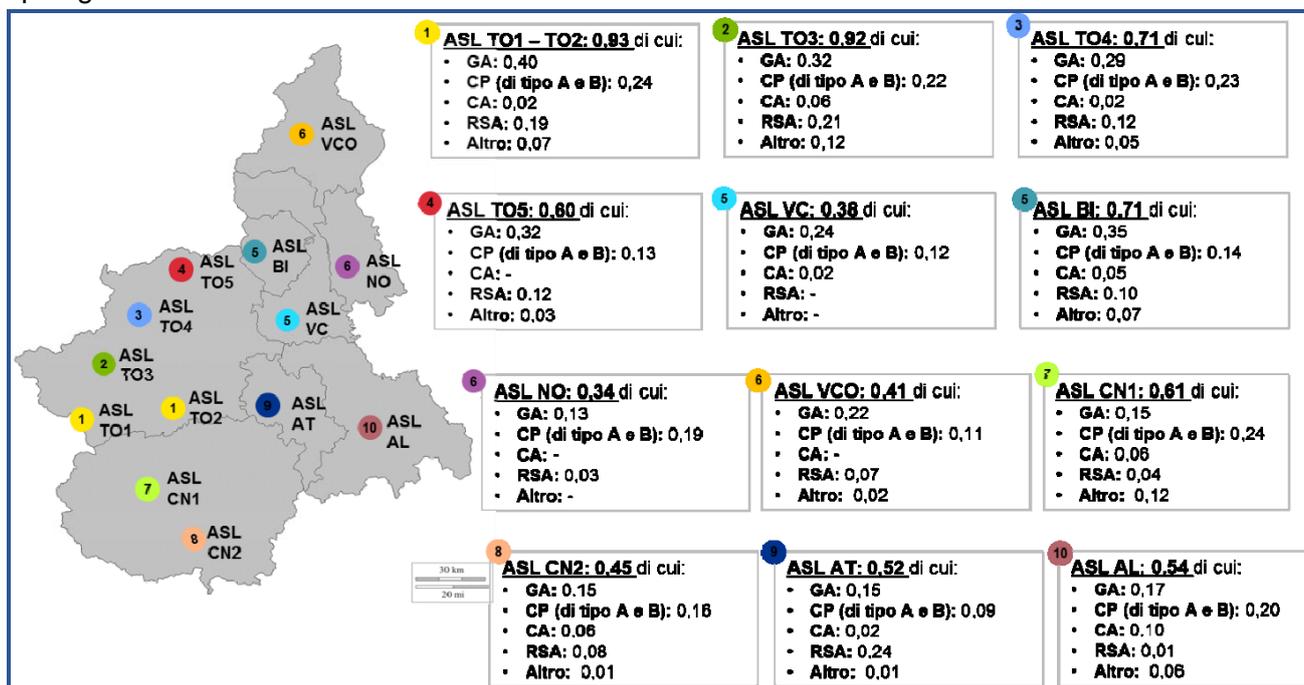


Figura 1: Numero di inserimenti ogni 1.000 abitanti per ASL e tipologia di struttura

L'**età media** degli utenti accolti nelle strutture psichiatriche è **pari a 52 anni** ed è abbastanza omogenea tra Comunità Protette (di Tipo A e B), Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento. La maggior parte degli utenti si posiziona nella fascia di età tra i 36 e i 55 anni (47%) e in quella tra i 56 e i 65 anni (24%), come risulta dal grafico 2. Il grafico 3, invece, mostra la correlazione tra le fasce di età degli utenti e la tipologia di struttura dove questi ultimi sono attualmente accolti.

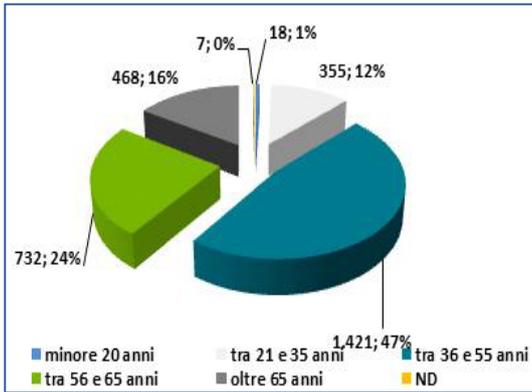


Grafico 2: Distribuzione complessiva degli utenti per range di età

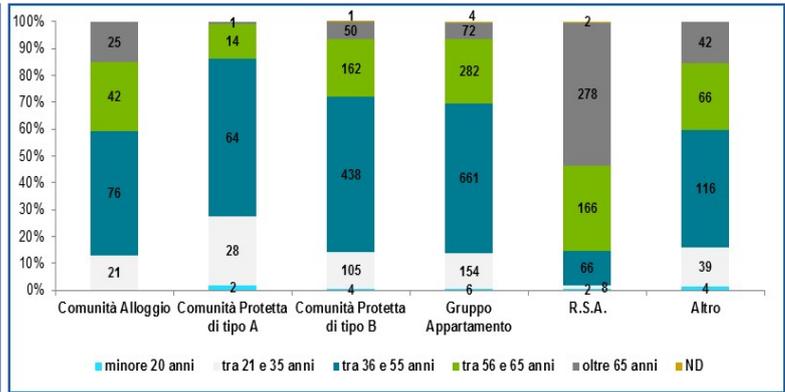


Grafico 3: Distribuzione degli utenti per range di età e tipologia di struttura

Nelle Comunità Alloggio e Comunità Protette (di Tipo A e B) prevale la fascia di utenti in età adulta (tra 36 e 55 anni), mentre nelle RSA, seppur vi è una prevalenza di utenti over 65, sono presenti 66 utenti con età compresa tra 36 e 55 anni e 10 utenti con età inferiore a 35 anni.

Nelle diverse strutture analizzate, inoltre, è significativa la presenza di utenti che hanno una **storia pluriennale di presa in carico presso i servizi residenziali**. La maggior parte degli utenti presi in carico dalle SR psichiatriche hanno avviato il PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato) tra 1 e 5 anni, mentre l'11% degli utenti ha avviato il PTRP da più di 10 anni.

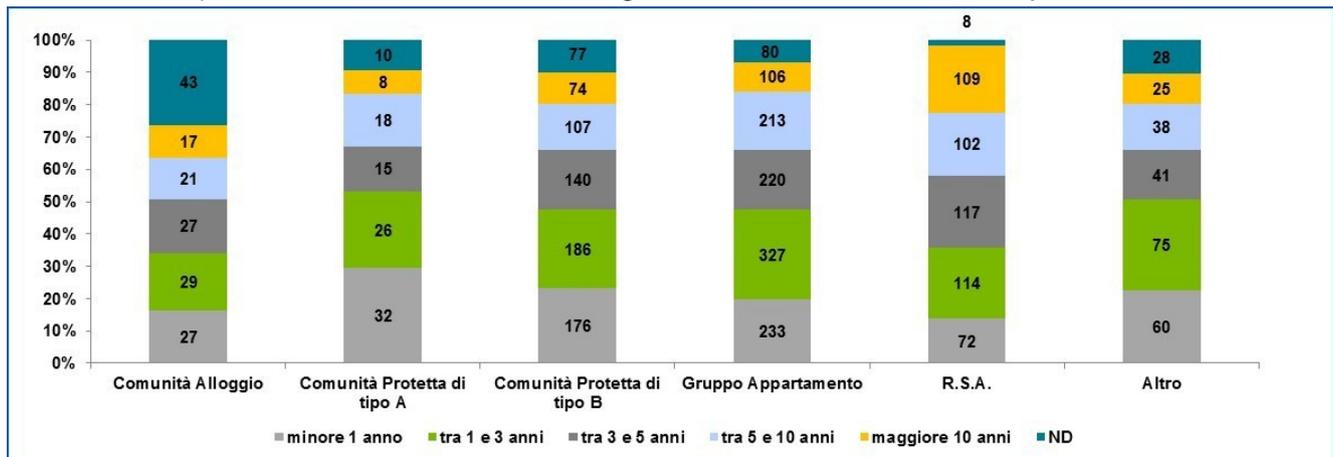


Grafico 4: Distribuzione degli utenti per tipologia di struttura e durata del percorso da avvio PTRP

Al fine di avere un quadro complessivo dell'utenza, inoltre, è stato effettuato un ulteriore focus sugli **utenti extra regionali** accolti presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi.

Dall'analisi effettuata è emerso che gli utenti extra regionali accolti in tali tipologie di strutture sono **circa il 13% di tutto il campione** analizzato. Questi ultimi, sono prevalentemente accolti presso le Comunità Protette di Tipo A e di tipo B rispettivamente il 37% e il 20% degli utenti ad oggi accolti presso tali strutture. Nei Gruppi Appartamento e nelle Comunità Alloggio, invece, la presenza di utenti provenienti da fuori regione è molto inferiore attestandosi ben al di sotto del 6% del campione.

Scheda valutazione multidimensionale

Per quanto concerne il quadro dell'utenza psichiatrica sul territorio piemontese, le evidenze emerse dalla scheda "Elenco pazienti" sono state incrociate con quanto emerso dalla somministrazione della "**Scheda valutazione multidimensionale**" permettendo in tal modo di approfondirne la provenienza, la diagnosi principale, la storia clinica oltre che la dimensione clinica, al fine di comprenderne l'effettivo fabbisogno assistenziale.

In particolare, con riferimento alla **provenienza degli utenti**, coerentemente a quanto riportato nel grafico 5, gli utenti analizzati provengono prevalentemente da «altra SR con assistenza 24 ore al giorno» (37%) e «dal proprio domicilio» (36%). Inoltre, si segnala che circa il 13% degli utenti proviene da «altra SR con presenza di operatori meno di 24 ore al giorno», mentre il 6% da «SPDC». Il grafico sottostante riporta il dettaglio della provenienza degli utenti analizzati per le diverse tipologie di strutture. Come si può notare, la provenienza «dal proprio domicilio» è molto rilevante (43%) per gli utenti accolti in RSA, mentre ha un valore superiore al 30% per gli utenti accolti nelle altre tipologie di strutture analizzate. La voce "altro" include RSA, ospedale giudiziario, senza fissa dimora, etc.

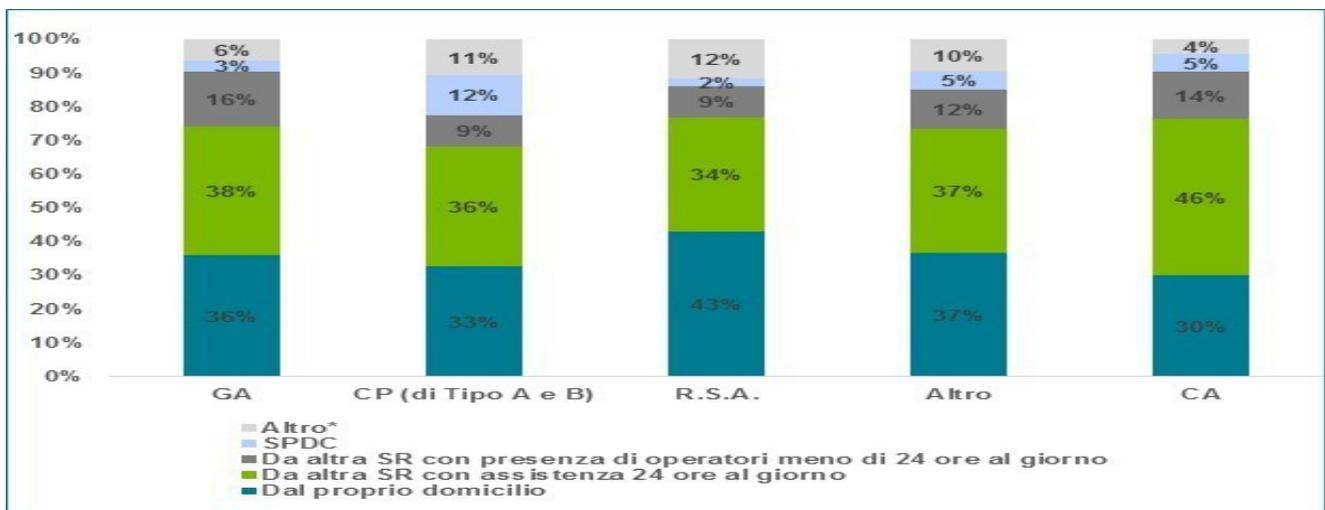


Grafico 5: Provenienza degli utenti per tipologia di struttura

Con riferimento, invece, alla **diagnosi principale**, come mostrato nel Grafico 6, il 72% dell'utenza è affetta da «Disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi deliranti», a cui seguono le diagnosi di «Disturbo bipolare» e «Disturbi della personalità (Il asse D.S.M.-IV)» (8%). La voce "altro" include i

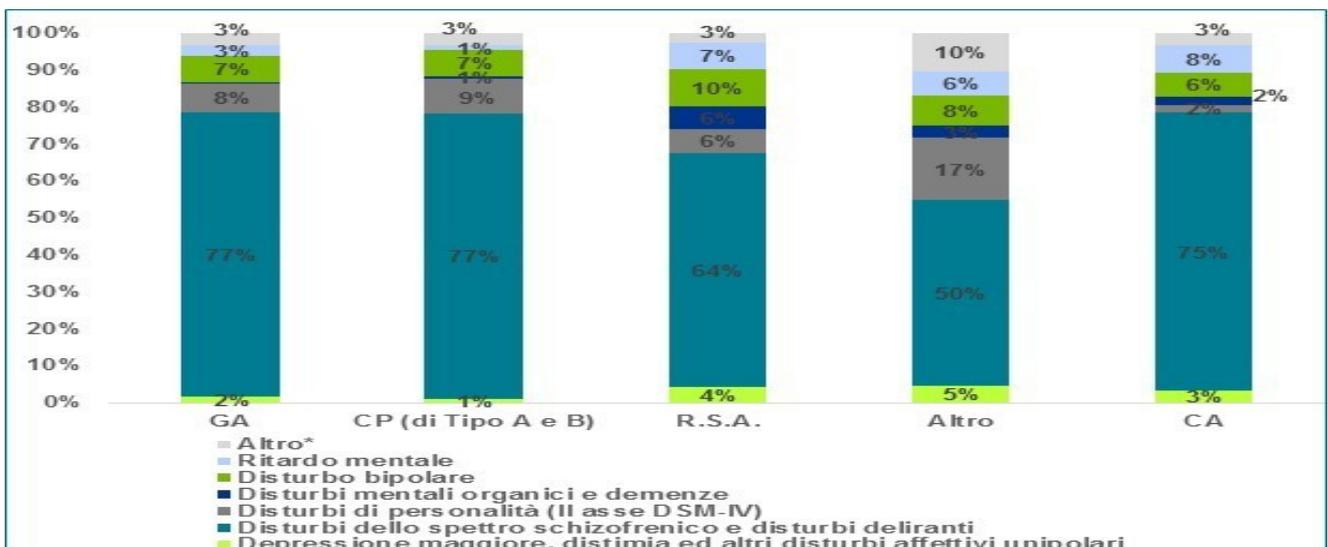


Grafico 6: Distribuzione delle diagnosi principali nelle diverse tipologie di struttura

seguenti disturbi: Tossicodipendenze escluso alcool, Disturbi dell'alimentazione, Alcolismo, Depressione maggiore, distimia ed altri disturbi affettivi unipolari, Disturbi mentali organici e demenze, Disturbi d'ansia, DOC, disturbi somatoformi, ND. Mediante l'analisi della scheda di valutazione multidimensionale, sono stati, inoltre approfonditi, i dati relativi al percorso psichiatrico degli utenti analizzati prendendo in considerazione sia i precedenti inserimenti in altre strutture residenziali, oltre che la permanenza degli stessi nelle strutture presso le quali sono attualmente accolti.

Da tale approfondimento è emerso che **gli utenti analizzati presentano in media un percorso psichiatrico molto lungo**. In media, dalla data di primo contatto con i servizi psichiatrici piemontesi, la storia clinica degli utenti è **pari a 17 anni**. Inoltre, è emerso che le strutture che accolgono gli utenti con il percorso psichiatrico più lungo sono le RSA e le Comunità Alloggio con un valore medio superiore ai 20 anni. In particolare si segnala che le ASL di VCO e AT presentano casi di utenti ospitati in RSA con durata media del percorso psichiatrico superiore ai 30 anni, mentre nell'ASL di VCO sono presenti 5 utenti con un percorso psichiatrico medio di oltre 35 anni.

Per quanto concerne, invece, **la durata media di permanenza degli utenti nella struttura presso la quale sono attualmente ospitati**, si evidenzia un valor medio pari a **4,5 anni**, con una variabilità di tale dato tra RSA e Comunità Protetta di Tipo A (5,8 anni contro i 3,1 anni circa). Il Grafico 7, infatti, riporta la durata media di permanenza per ciascuna tipologia di struttura e mostra da un lato che le RSA e le Comunità Alloggio accolgono l'utenza con il percorso psichiatrico in struttura più lungo, dall'altro che le Comunità Protette di Tipo A accolgono coloro che hanno il percorso più breve, seppur sempre al di sopra dei 3 anni.

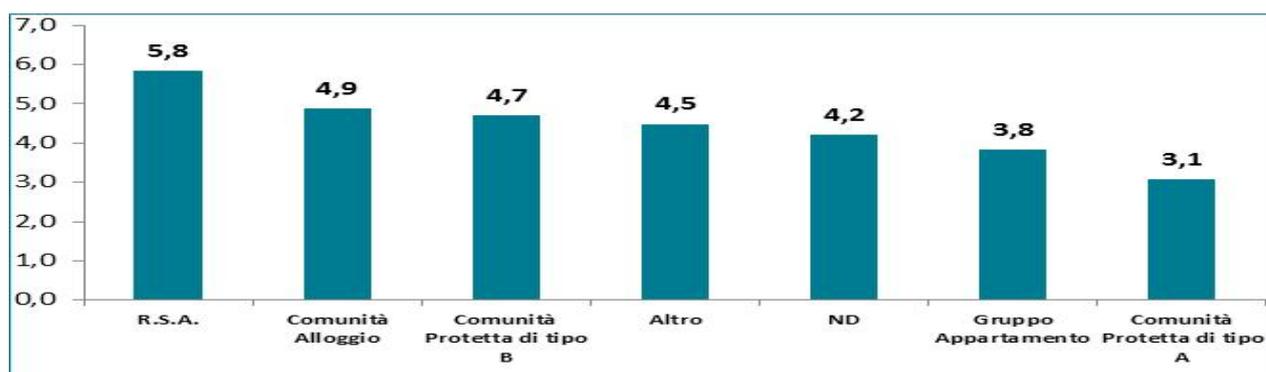


Grafico 7: Durata media di permanenza degli utenti nella struttura presso la quale sono attualmente ospitati (anni)

Dopo aver avuto un quadro dell'utenza in termini di età, distribuzione tra le diverse tipologie di strutture, provenienza, diagnosi principale, oltre che aver approfondito la durata del percorso psichiatrico dal primo contatto con i servizi psichiatrici e nella struttura presso la quale gli utenti sono attualmente accolti, il lavoro si è focalizzato sull'**analisi clinica** della stessa al fine di comprenderne l'effettivo fabbisogno assistenziale. Ciò al fine di verificare la corretta correlazione tra esigenze di supporto assistenziale palesato e tipologia di struttura presso la quale gli utenti sono attualmente accolti.

L'analisi clinica è stata effettuata analizzando gli esiti emersi dalle scale di valutazione psichiatriche somministrate mediante la "scheda valutazione multidimensionale" ed in particolare sulle seguenti scale:

- GAF (Global Assessment of Functioning);
- HoNOS (Health of Nation Outcome Scale).

Per tale analisi è stata studiata, di concerto con il Gruppo di Lavoro Regionale, una metodologia che permettesse di tracciare al meglio le esigenze di supporto assistenziale degli utenti. Pertanto i dati

emersi da ciascuna delle due scale sono stati incrociati e hanno permesso una completa valutazione dell'utenza mediante l'individuazione delle reali esigenze di supporto assistenziale.

La metodologia utilizzata per l'analisi clinica degli utenti ha previsto le seguenti assunzioni:

- a) la Scala GAF (Global Assessment of Functioning) è stata analizzata integralmente. Tutti gli item di tale scala, infatti, sono stati utilizzati per clusterizzare l'utenza;
- b) la Scala HoNOS (Health of Nation Outcome Scale) è stata analizzata nella sua interezza, ma particolare attenzione è stata posta sugli item riguardanti gli aspetti sanitari (item con il suffisso A dal n°2 al n°8) con punteggi indicanti problemi gravi o molto gravi (valori pari a 3 e 4).

Queste assunzioni hanno permesso di ottimizzare le informazioni disponibili mediante le due scale di valutazione sopra citate e riuscire ad indagare sia la dimensione sanitaria che socioassistenziale.

In particolare l'analisi è stata svolta nel seguente modo:

- a) la totalità degli utenti è stata suddivisa in due cluster in base al punteggio ottenuto mediante la scala GAF, in particolare:
 - a. gli utenti che hanno riportato punteggi nella GAF superiori a 50, escludenti quindi individui con sintomatologia grave, sono stati considerati con indice di necessità prevalentemente socioriabilitative;
 - b. gli utenti che hanno riportato, invece nella GAF pari o inferiori a 50 sono stati indagati nel seguente modo:
 - i. utenti con punteggio GAF pari o inferiore a 50 e nessun punteggio pari a 3 o a 4 negli item da 2 a 8 della HoNOS, ossia indicativo di problemi gravi o molto gravi, sono stati considerati ugualmente con prevalenti necessità socioriabilitative,
 - ii. utenti con punteggio GAF pari o inferiori a 50, ma almeno una problematica sanitaria grave alla scala HoNOS (almeno un punteggio pari a 3 o a 4 negli item da 2 a 8 della HoNOS), sono stati considerati a prevalente necessità sanitaria.

Tale metodologia, prima di essere applicata a tutto il campione regionale, è stata testata e validata su un campione di utenti (circa 20% del campione totale). Oltre a ciò, è stata testata attraverso una procedura statistica che ha previsto l'estrazione di un fattore comune tramite l'analisi delle componenti principali dai punteggi delle due scale e il confronto della suddivisione stessa con i punteggi fattoriali ottenuti.

Da tali approfondimenti e soprattutto dal test sul campione ristretto di utenti, è emerso che tale approccio permettesse di identificare al meglio le esigenze di supporto assistenziale degli utenti analizzati.

I **risultati** emersi dall'analisi della dimensione clinica dell'utenza, mediante l'applicazione di tale metodologia hanno evidenziato che circa il **39% degli utenti analizzati evidenziano esigenze di supporto sanitario, mentre circa il 61% palesa una esigenza di supporto prevalentemente di tipo socioassistenziale**. Tale proporzione varia in base alla tipologia di struttura presso la quale l'utente è accolto.

Nel Grafico 8 si riporta la distribuzione degli utenti per tipologia di struttura e relativa esigenza di supporto.

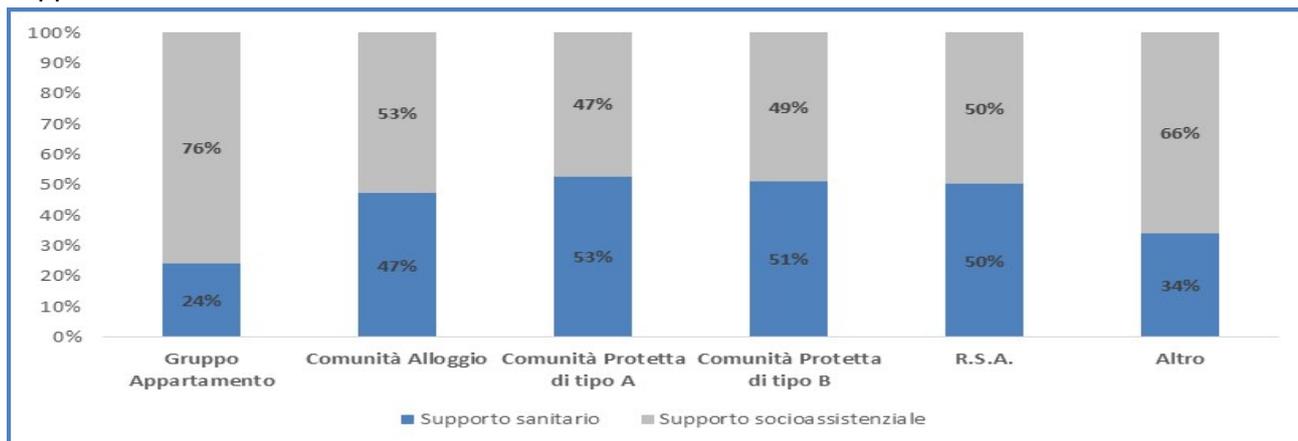


Grafico 8: Distribuzione degli utenti per tipologia di struttura e esigenza di supporto assistenziale

Come si evince dalla lettura del grafico sovrastante, **l'utenza con prevalente esigenza di supporto sanitario è accolta in strutture quali le Comunità Protette** (di Tipo A e B) **oltre che le RSA**, mentre in quota minore presso le Comunità Alloggio (47%), fino ad arrivare ai Gruppi Appartamento dove tale percentuale si attesta attorno al 24%. Per quanto concerne i Gruppi Appartamento, nonostante siano delle strutture a prevalente vocazione assistenziale, dall'analisi sul territorio regionale, emerge che anche queste strutture accolgono utenza con un'esigenza di supporto sanitario (circa il 24% dell'utenza totale). Di rilievo, inoltre, è la presenza di utenti con esigenze di supporto prevalentemente socioassistenziale in strutture come le Comunità Protette (di Tipo A e B) che, invece, avendo una prevalente vocazione sanitaria dovrebbero accogliere in modo predominante un'utenza con tale esigenza di supporto. Oltre alla distribuzione degli utenti per tipologie di struttura, è stata indagata l'esigenza di supporto assistenziale degli utenti mappati su tutto il territorio regionale. Il Grafico 9, infatti riporta la distribuzione degli utenti per tipologia di supporto assistenziale (sanitario oppure socioassistenziale) nelle diverse ASL Piemontesi.

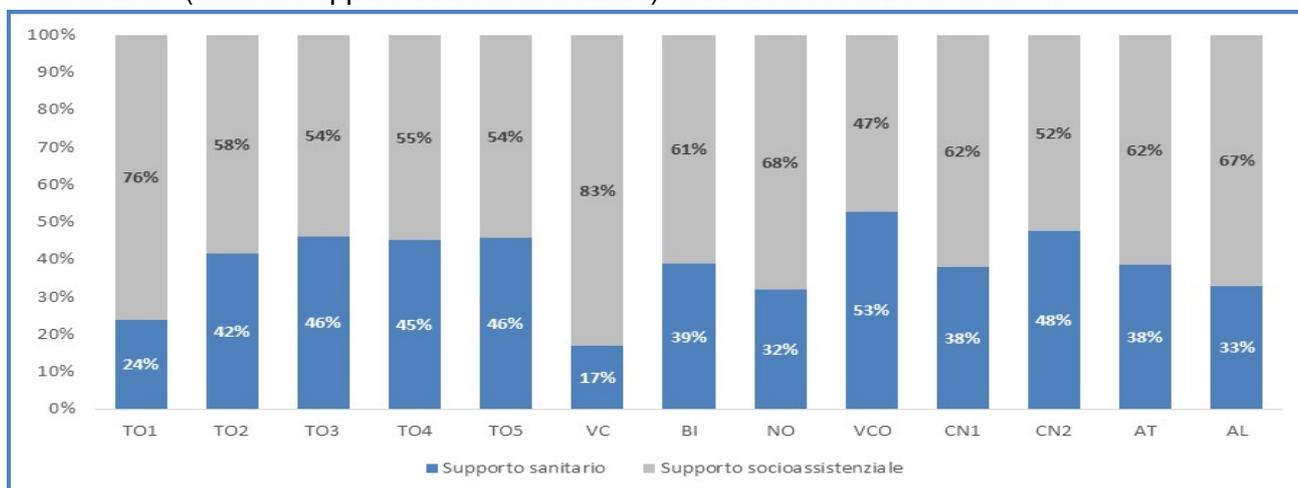


Grafico 9: Distribuzione per ASL degli utenti per tipologia di esigenza di supporto assistenziale

Dalla lettura del grafico sovrastante emerge che le ASL di TO1 e VC accolgono in modo preponderante un'utenza con esigenze di supporto socioassistenziale. Nel caso della ASL di TO1 tale dato potrebbe essere correlato alla presenza di molti Gruppi Appartamento presenti sul territorio della Città di Torino. Per quanto riguarda, invece, le altre ASL si evidenzia come la distribuzione tra utenza con esigenze di supporto sanitario e socioassistenziale sia pressoché allineata, con una variazione rilevante solo nella ASL di VCO, dove risulta una prevalenza di utenza con esigenze di supporto sanitario.

Scheda struttura

Al fine di avere un quadro complessivo della residenzialità psichiatrica, oltre all'analisi dell'utenza, mediante la **“scheda struttura”** si è provveduto a censire le strutture presenti sul territorio regionale al fine di comprenderne la distribuzione, le caratteristiche strutturali oltre che i costi di gestione e la tipologia di personale presente in struttura.

Le strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio piemontese sono 431 così suddivise tra le diverse tipologie di strutture: **345 Gruppi Appartamento, 7 Comunità Protette di Tipo A, 56 Comunità Protette di Tipo B, 22 Comunità Alloggio ed 1 Centro Terapie Psichiatriche**. La loro distribuzione non è omogenea tra le diverse ASL del territorio piemontese. Nella Figura 2, infatti, si riporta il dettaglio della distribuzione delle strutture, con dettaglio della tipologia, per ASL di riferimento.

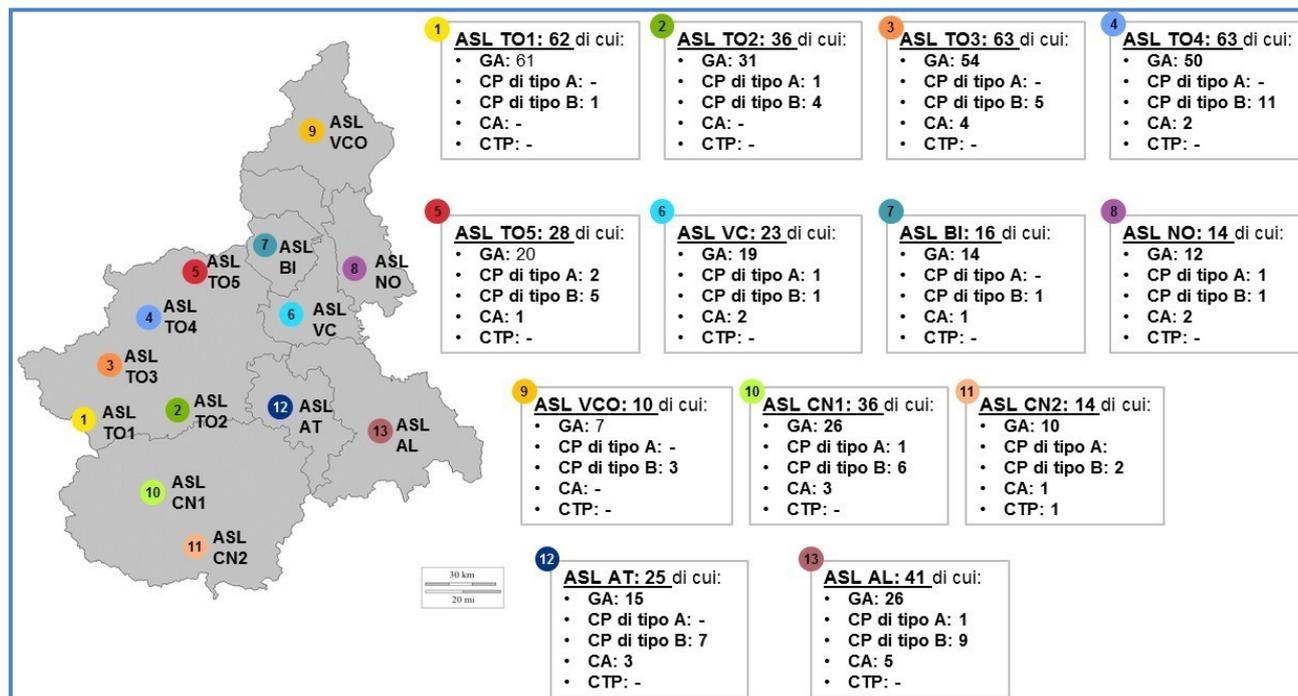


Figura 1: Distribuzione delle strutture residenziali psichiatriche sul territorio regionale

Dall'analisi del territorio piemontese, è emerso che alcune tipologie di strutture sono concentrate in determinate ASL piuttosto che in altre. Tale discorso è valido soprattutto per i Gruppi Appartamento, i quali sono in particolare presenti nei territori afferenti alle ASL TO1, TO3 e TO4. Infatti su un totale di 345 Gruppi Appartamento presenti su tutto il territorio regionale, circa il 48% (165) sono ubicati nelle ASL suddette. Si segnala, invece, la presenza di un unico Centro di Terapie Psichiatriche presente nell'ASL CN2 per un totale di 20 posti letto.

Il totale dei posti letto delle strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio regionale è **pari a 2.872** di cui circa il 92% sono suddivisi tra Gruppi Appartamento (1.426) e Comunità Protette di Tipo A e B (1.216), mentre il restante 8% è riferito alle Comunità Alloggio e al Centro di Terapie Psichiatriche. Sempre in tema di posti letto, è stata effettuata un'analisi volta ad approfondire la variabilità degli stessi per ciascuna tipologia di struttura. Come evidenziato dal Grafico 10 le tipologie di strutture analizzate presentano una rilevante variabilità di posti letto. Le Comunità Protette (di Tipo A e B) analizzate hanno in media 19 posti letto.

Nonostante ciò sono presenti strutture afferenti a tale tipologia di struttura che hanno 7 posti letto, mentre delle altre che ne hanno fino ad un massimo di 30. Tale variabilità, seppure in misura ridotta è presente anche per le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento.

Per quanto concerne, invece, la dimensione media delle strutture analizzate, emerge che i Gruppi Appartamento hanno una dimensione media che si aggira attorno ai 100 mq, mentre le Comunità Protette (di tipo A e B) una dimensione che supera i 1.000 mq.

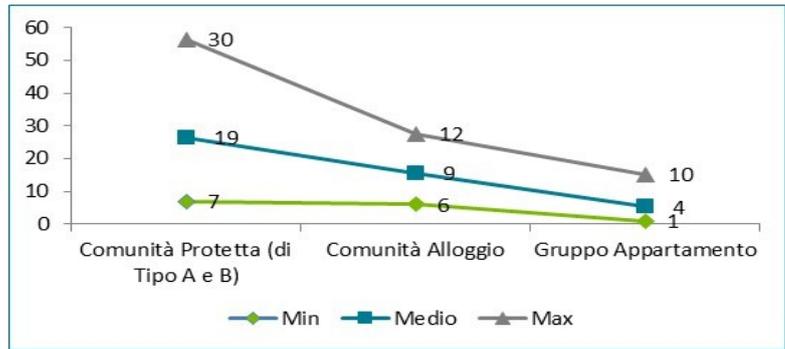


Grafico 10: Variabilità dei posti letto per tipologia di struttura

Dalla rilevazione della “scheda struttura”, inoltre, è stato effettuato un approfondimento in merito all’utenza in carico presso tali strutture al fine di comprendere la reale saturazione dei **posti letto disponibili** sul territorio regionale. Da tale approfondimento è emerso che **ad oggi risultano non occupati circa 300 posti letto**. In particolare tale fenomeno è particolarmente presente nei Gruppi Appartamento e nelle Comunità Alloggio.

Tipologia SR	Dimensione media SR (mq)
Gruppo appartamento	125
Comunità alloggio	445
Comunità protetta (di tipo A e B)	1.183

Figura 2: Focus sulla dimensione media (mq) delle diverse tipologie di SR psichiatriche

La figura 5, riporta il dettaglio per ciascuna tipologia di struttura dell’utenza accolta (intesa come RP ed Extra RP) e i posti letto disponibili.

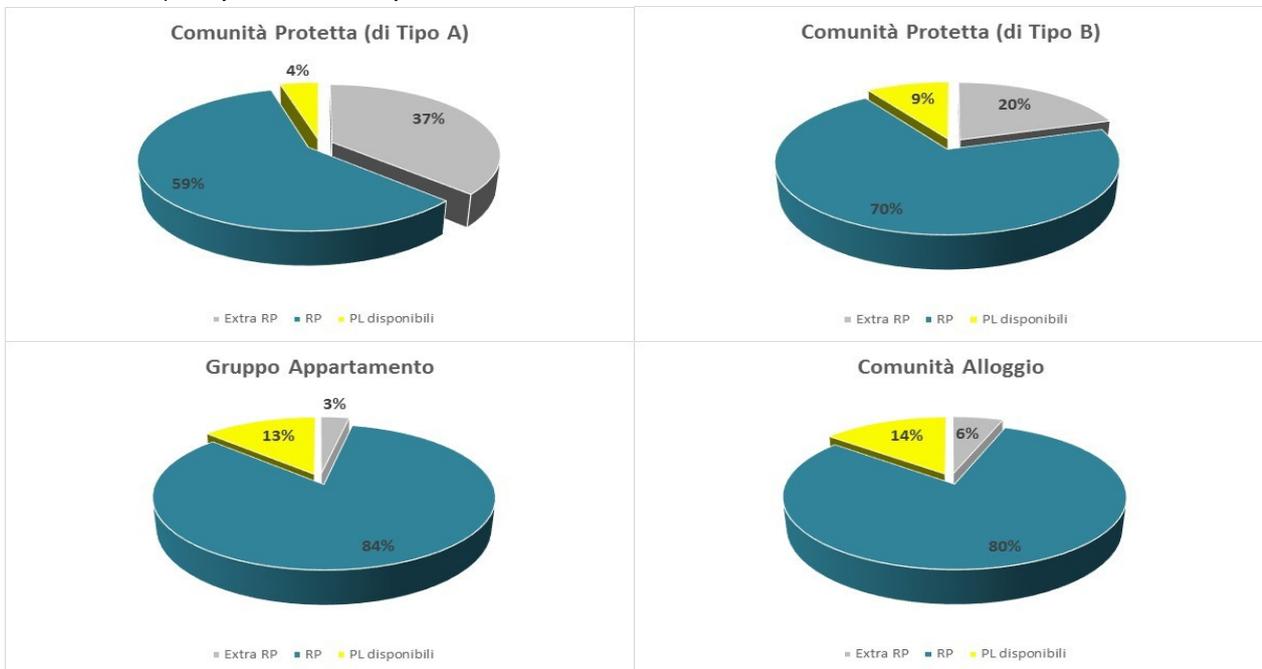


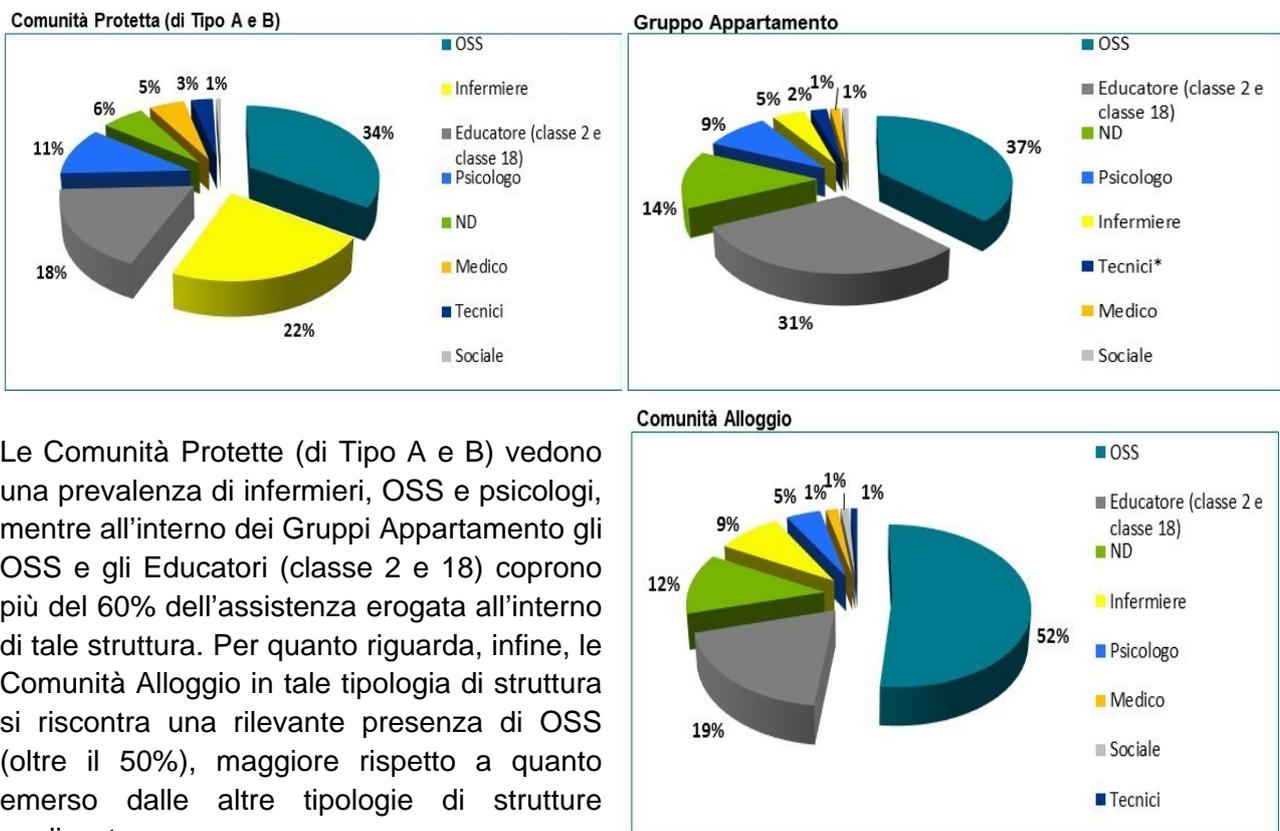
Figura 3: Dettaglio posti letto disponibili per tipologia di SR psichiatrica

Dopo aver avuto un quadro complessivo delle strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio piemontese in termini di numerosità, distribuzione, dimensione media, oltre saturazione dei posti letto disponibili, si è provveduto ad approfondire l’analisi dei **costi di gestione** rendicontati dalle strutture

analizzate. Le voci che sono state indagate hanno tenuto conto sia dei costi sostenuti dalla struttura per l'attività alberghiera (pulizia, pasti, lavanderia, etc.) sia dei costi per le attività di supporto (canone di locazione, manutenzione, utenze, oneri, etc.).

Il dato emerso da tale analisi presenta delle differenze tra le diverse tipologie di strutture. Ciò fondamentalmente è correlato alle dimensioni e alle caratteristiche delle strutture analizzate. Tale analisi è stata effettuata non su tutto il campione delle strutture censite in quanto tale dato non è sempre stato compilato all'interno della "scheda struttura". Il risultato di tale analisi ha evidenziato che il **costo medio a giornata erogata**, relativo all'attività alberghiera e di supporto, **per le Comunità Protette (di Tipo A e B) si attesta attorno ai € 40,00/die, mentre tale dato è pari a circa € 28,00/die per i Gruppi Appartamento**. Le Comunità Alloggio censite, invece, si attestano attorno ai € 32,00/die.

Per quanto concerne l'analisi delle strutture residenziali psichiatriche, un ulteriore focus è stato effettuato sul personale impiegato. Le **figure professionali** presenti nelle diverse tipologie di strutture analizzate sono molto differenti andando così a definire la tipologia di assistenza erogata dalla specifica tipologia di struttura. Come evidenziato nella figura sottostante, le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento confermano una forte valenza assistenziale, mentre le Comunità Protette una preponderante valenza sanitaria.



Le Comunità Protette (di Tipo A e B) vedono una prevalenza di infermieri, OSS e psicologi, mentre all'interno dei Gruppi Appartamento gli OSS e gli Educatori (classe 2 e 18) coprono più del 60% dell'assistenza erogata all'interno di tale struttura. Per quanto riguarda, infine, le Comunità Alloggio in tale tipologia di struttura si riscontra una rilevante presenza di OSS (oltre il 50%), maggiore rispetto a quanto emerso dalle altre tipologie di strutture analizzate.

Figura 5: Dettaglio figure professionali presenti nelle Comunità Protette (di Tipo A e B)

Principali risultati emersi e punti di attenzione

L'attività di istruttoria avviata in seguito alla emanazione della DGR 30 – 1517 del 3 giugno 2015 “*Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria*” ed in particolare mediante la Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015, ha permesso di disegnare un quadro della residenzialità psichiatrica presente sul territorio piemontese. Ciò ha permesso di mettere in evidenza sia i tratti caratteristici dell'utenza in carico presso le strutture residenziali piemontesi, sia alcune peculiarità territoriali che richiedono un particolare approfondimento, come le RSA.

Per quanto concerne l'**utenza**, le principali evidenze emerse sono state le seguenti:

- gli **utenti in carico** presso i servizi residenziali psichiatrici piemontesi **sono pari a 3.000** e sono prevalentemente accolti presso Gruppi Appartamento e Comunità Protette (di Tipo A e B). Di rilevante importanza, inoltre è al presenza di 522 utenti psichiatrici accolti in RSA anche con età inferiore ai 65 anni;
- gli **utenti extra regionali sono pari al 13%** del campione analizzato. Questi ultimi, sono prevalentemente accolti presso le Comunità Protette di Tipo A e di tipo B rispettivamente il 37% e il 20% degli utenti ad oggi accolti presso tali strutture;
- gli utenti in carico presso le strutture residenziali psichiatriche sono caratterizzati da un **percorso psichiatrico** molto lungo, **in media pari a 17 anni**. Questi ultimi, inoltre, nel 68% dei casi hanno avuto, nei precedenti 5 anni, un ingresso in altre SR psichiatriche. Infine dall'analisi è emerso che in media gli utenti hanno un tempo di permanenza in struttura molto elevato (ossia superiore ai 4 anni);
- gli utenti provengono prevalentemente «dal proprio domicilio» oppure da “*altra SR con assistenza 24 ore al giorno*», mentre la diagnosi principale per circa il 72% del campione è «Disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi deliranti».
- dall'analisi clinica dell'utenza è emerso una **prevalenza di esigenze di supporto socioassistenziale piuttosto che sanitario**. Nonostante ciò è emerso che anche in strutture come i Gruppi Appartamento sono presenti utenti con esigenze di supporto sanitario nonostante si tratti di strutture a prevalente vocazione assistenziale. Ciò mette in luce il fatto che non vi è una perfetta correlazione tra esigenze di supporto palesato dall'utenza e tipologia di struttura presso la quale questi ultimi sono accolti.

Per quanto concerne, invece, le **strutture**, le principali evidenze emerse sono state le seguenti:

- le **strutture residenziali psichiatriche** presenti sul territorio piemontese **sono 431** di cui 345 Gruppi Appartamento, 7 Comunità Protette di Tipo A, 56 Comunità Protette di Tipo B, 22 Comunità Alloggio ed 1 Centro Terapie Psichiatriche;
- la loro **distribuzione non è omogenea sul territorio regionale**. Ciò è valido soprattutto per i **Gruppi Appartamento** in quanto circa **il 48% (165)** di questi ultimi **sono ubicati** nei territori afferenti alle **ASL TO1, TO3 e TO4**;
- il totale dei **posti letto** delle strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio regionale è pari a **2.872**. Di questi, ad oggi, **ne risultano circa 300 posti letto non occupati**. Tale fenomeno è particolarmente presente nei Gruppi Appartamento e nelle

Comunità Alloggio dove la percentuale di posti letto disponibili è rispettivamente pari al 13% e al 14%;

- i **costi di gestione** sostenuti dalle strutture relativamente **all'attività alberghiera e di supporto**, sono differenti tra le varie tipologie di struttura. In dettaglio il costo medio a giornata erogata rendicontato tra le diverse tipologie di strutture è pari a:
 - o **Comunità Protetta (di Tipo A e B): € 40,00/die;**
 - o **Comunità Alloggio: € 32,00/die;**
 - o **Gruppo Appartamento: € 28,00/die.**

- il personale impiegato nelle diverse tipologie di strutture varia in base alla tipologia di assistenza erogata dalle stesse. In particolare nei Gruppi Appartamento gli OSS e gli Educatori (classe 2 e classe 18) erogano la maggior parte delle prestazioni tipiche di tale tipologia di struttura. Nelle Comunità Protette, invece, oltre a tali strutture si evidenzia anche la figura dell'infermiere.