

Deliberazione della Giunta Regionale 3 giugno 2015, n. 30-1517

**Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria.**

A relazione degli Assessori Ferrari, Saitta:

Visti i Programmi Operativi 2013 – 2015, approvati con Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 25-6992, 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 e determinazione delle tariffe nell’ambito della salute mentale.

visto l’art. 1, comma 796, lett. b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria per l’anno 2007) stabilisce che “gli interventi individuati nei programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all’articolo 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i. (...), necessari per il perseguimento dell’equilibrio (...) sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l’accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria”;

visto l’art. 2, comma 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per l’anno 2010) recepisce analoga disposizione dell’Intesa Stato-Regioni sul “Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevedendo che “gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

Considerato che gli stessi Programmi Operativi, relativamente alla revisione della rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici, intendono adeguare l’offerta residenziale esistente sul territorio al modello AGENAS - GISM, già recepito dalla Regione Piemonte con D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260 – 40596. Tale modello 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.

Vista la D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997, la quale definisce gli standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale e per i servizi ad esso correlati, in particolare per le Comunità Protette di tipo A e B e per le Comunità Alloggio.

Considerato che il modello AGENAS - GISM presuppone il superamento della D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997, ancora funzionale per alcuni aspetti organizzativi e strutturali, ma già di fatto superata per quanto riguarda le procedure di rilascio dei titoli autorizzativi di talune tipologie di strutture, l'esercizio della funzione di vigilanza, le modalità di intervento economico e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette (gruppi appartamento e affido familiare).

Richiamata la D.C.R. 616-3149 del 22 febbraio 2000, con la quale il Consiglio Regionale, in applicazione del D.P.R. 14 gennaio 1997 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e 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) ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, nonché i requisiti 'ulteriori' per l'accreditamento delle strutture medesime.

Richiamata la Deliberazione della Giunta Regionale 28 settembre 2009, n. 63-12253, che identifica i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semi-residenziali sociosanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche.

Considerato che la sopra citata D.G.R. specifica che i gruppi appartamento e l'affido familiare, come disciplinati dalla D.C.R. n. 357-1370/1997, non rientrano tra le procedure di accreditamento dello stesso atto, ma sono oggetto di rapporti economici, gestionali ed organizzativi regolati sulla base di convenzioni stipulate tra le parti, rimandando ad apposito 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, anche in conseguenza della sentenza del T.A.R. Piemonte n. 2531 del 2005 che ne ha sancito la possibilità di gestione sia da parte dei DD.SS.MM. che da parte di soggetti terzi.

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale 7 ottobre 2013, n. 12-6458 e la successiva D.D. 19 novembre 2013, n. 934, che disciplina 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.

Considerato che da una ultima rilevazione e dall'analisi dei piani di attività, aggiornata al 31 dicembre 2014, si evidenziano i seguenti dati:

- Gruppi Appartamento: il numero di strutture è pari a 355, con 1.365 posti letto e 440.184 giornate erogate;

- Comunità Alloggio: il numero di strutture accreditate è pari a 21 con 208 posti letto e 111.691 giornate erogate;
- Comunità Protette: il numero di strutture accreditate è pari a 64 (di cui 54 di tipologia B e 10 di tipologia A) con un totale di 1.263 posti letto e 250.896 giornate erogate

Preso atto che il “Progetto obiettivo tutela salute mentale” ha fissato l’indicatore di fabbisogno in un rapporto ottimale di 1 posto di assistenza residenziale ogni 5.000 abitanti e che la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 32 - 29522 del 1° marzo 2000, ha stabilito un riesame del fabbisogno di posti letto dei presidi per la tutela della salute mentale presenti sul territorio rilevando una dotazione esistente media di 3,2 posti ogni 5.000 abitanti, quindi superiore all’indice richiamato. Tra l’altro, si evidenzia che la distribuzione di posti è molto disomogenea tra i diversi territori, con indici a livello di ASL che variano da un minimo di 1,5 posti ogni 5.000 abitanti fino ad un massimo di 5,3.

Ritenuto di recepire quanto richiamato nel Verbale relativo alla riunione di verifica degli adempimenti regionali del 20 novembre 2014, in cui Tavolo e Comitato sollecitano la Regione a risolvere la situazione specifica relativa ai Gruppi Appartamento psichiatrici per i quali si rilevano criticità sia legate al non accreditamento di tali strutture sia alla notevole differenziazione tariffaria praticata. La stessa disomogeneità tariffaria è stata rilevata, attraverso apposite ricognizioni condotte dagli uffici regionali, per le Comunità Protette e per le Comunità Alloggio.

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.

Dato atto che, sulla base delle premesse fin qui riportate, è stata ridefinita l’intera filiera dei servizi residenziali per la psichiatria, così come rappresentato nell’allegato alla presente deliberazione, parte integrante e sostanziale della stessa, a sua volta articolato nelle seguenti sezioni:

- a) Requisiti generali soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento, trasversali a tutta la filiera dei servizi residenziali e ulteriori prerequisiti per la sottoscrizione del contratto con le ASL (sezione 1). Nella stessa sezione sono precisate le modalità di accesso ai servizi, che presuppongono una valutazione multidimensionale del bisogno effettuata dai D.S.M., la stesura di un Piano di Trattamento Individuale e di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato;
- b) Procedure per l’autorizzazione all’esercizio, l’accreditamento e la messa a contratto (sezione 2), unitamente alla definizione delle modalità di fatturazione e ad indicazioni operative alle ASL per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo

- c) Requisiti autorizzativi e di accreditamento specifici per le strutture S.R.P. 1, S.R.P. 2 e S.R.P. 3 e conseguente definizione delle relative tariffe di remunerazione
- d) Elenco delle strutture residenziali psichiatriche attualmente operanti sul territorio regionale (sezione 4)

Ritenuto pertanto:

- di disporre, secondo gli indirizzi e per le finalità specificate nei citati atti programmatori, la revisione del sistema della residenzialità psichiatrica, a tal fine approvando l'allegato "Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di specificare 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 sopraelencate D.G.R. relative alle singole forme di residenzialità psichiatrica;

- di prevedere che le Comunità Protette di tipo A e B, le Comunità Alloggio elencate nella sezione n. 4 del presente provvedimento ed i Gruppi Appartamento che al 31/12/2014 potevano vantare rapporti in essere dimostrabili con i D.S.M. piemontesi possano presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, a fare seguito dalla data di pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, adeguandosi ai nuovi requisiti previsti;

- di prevedere, con successivo provvedimento di Giunta, la determinazione del fabbisogno regionale di offerta di servizi residenziali per la psichiatria e delle modalità per la concessione dell'accredimento e per la messa a contratto degli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall'esercizio 2016;

- di prevedere, per l'attuazione del riordino oggetto del presente provvedimento, una fase transitoria che si concluderà entro la fine di dicembre 2015 ed una fase di messa a regime a partire dal 1 gennaio 2016. In sintesi, la fase transitoria, disciplinata nella sezione 1 dell'allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, prevede: la rivalutazione di tutti gli utenti in carico, la presentazione delle istanze di autorizzazione ed accreditamento da parte delle strutture, l'istruttoria delle stesse istanze da parte delle ASL, il successivo accreditamento e contrattualizzazione sulla base delle indicazioni della delibera, citata al capoverso precedente, di definizione del fabbisogno e delle modalità di accreditamento;

- di stabilire che, per garantire la continuità ai pazienti in carico, ad invarianza della spesa del SSR necessaria per l'equilibrio economico/finanziario, per il 2015 verrà assegnato un budget per il periodo luglio – dicembre 2015 pari a 6/12 del volume di risorse consumate nel 2014;

- di ritenere necessario implementare un flusso informativo, nell'ambito del 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;

- di demandare alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale l'emanazione di ogni successivo atto di applicazione del presente provvedimento (circolari esplicative, modulistica, strumenti tecnici di controllo, verifica, verbalizzazione, rendicontazione, ecc.);

- di demandare ancora alle suddette Direzioni Regionali lo svolgimento di incontri specifici di confronto, formazione e scambio delle buone prassi con gli uffici competenti delle ASL, 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.

Precisato che per l'attuazione dei provvedimenti di cui al punto precedente è necessario acquisire sulla presente deliberazione il parere favorevole da parte dei Ministeri competenti.

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.

Tutto ciò premesso e considerato;  
udita la proposta del relatore;  
la Giunta Regionale, unanime,

*delibera*

per le motivazioni di cui alle premesse, 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, a tal fine approvando l'allegato "Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
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 la fine di dicembre 2015 ed una fase di messa a regime a partire dal 1 gennaio 2016;
4. di demandare alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale l'emanazione di ogni successivo atto di applicazione del presente provvedimento (circolari esplicative, modulistica, strumenti tecnici di controllo, verifica, verbalizzazione, rendicontazione, ecc.);
5. di dare mandato alle Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale di trasmettere alle ASL e agli Enti Gestori 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.

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 dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

# ***Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria***

---

## **Indice**

Premessa generale .....	3
<b>Sezione 1 – Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria .....</b>	<b>6</b>
1. Modalità di accesso e valutazione multidimensionale del bisogno .....	6
2. Piano di trattamento individuale e scelta della struttura .....	6
3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato .....	7
4. Sistema informativo.....	7
5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento.....	8
5.1 Requisiti trasversali per l'autorizzazione all'esercizio.....	8
5.2 Requisiti trasversali per l'accredimento .....	10
6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto.....	13
7. Disciplina transitoria .....	13
<b>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 .....</b>	<b>16</b>
1. Procedure per l'autorizzazione all'esercizio.....	16
1.1 Istanza di autorizzazione all'esercizio.....	16
1.2 Procedimento di autorizzazione all'esercizio .....	17
1.3 Effetti giuridici dell'autorizzazione all'esercizio dell'esercizio.....	18
1.4 Sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio .....	18
1.5 Cessazione dell'attività.....	18
2. Procedure per l'accredimento .....	19
2.1 Istanza di accreditamento.....	19
2.2 Effetti giuridici dell'accredimento .....	19
3. Messa a contratto.....	19
4. Fatturazione .....	20
5. Vigilanza e controllo .....	20
<b>Sezione 3 – Requisiti specifici per le strutture residenziali psichiatriche e tariffe.....</b>	<b>25</b>

<b>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).....</b>	<b>25</b>
1. Definizione .....	25
2. Criteri di eleggibilità.....	25
2.1 Criteri di accesso.....	25
3. Attività e prestazioni.....	26
4. Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento .....	27
4.1 Requisiti per l'esercizio.....	27
4.2 Requisiti per l'accreditamento .....	28
5. Remunerazione .....	28
<b>S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi.....</b>	<b>29</b>
1. Definizione .....	29
2. Criteri di eleggibilità.....	29
2.1 Criteri di accesso.....	29
3. Attività e prestazioni.....	30
4. Requisiti per l'esercizio e l'accreditamento .....	31
4.1 Requisiti specifici per l'esercizio .....	31
4.2 Requisiti specifici per l'accreditamento.....	32
5. Remunerazione .....	33
<b>Sezione 4 – Dati del sistema di offerta.....</b>	<b>34</b>
1. Comunità Protette e Comunità Alloggio: dettaglio strutture e posti letto accreditati al 2014.....	34
3. Dettaglio Strutture Accreditate: Comunità Protette ( Tipo A e B) .....	36
4. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2012 .....	39
5. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2013 .....	40
6. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2014 .....	41

### **Premessa generale**

Il presente provvedimento intende 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".

In tale ottica, infatti, si intende disciplinare l'intera filiera dei servizi residenziali psichiatrici presenti sul territorio piemontese, definendone 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 Piemonte con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

Attualmente nel territorio piemontese, in attuazione della D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, sono presenti le seguenti tipologie di strutture residenziali riservate ad accogliere i pazienti adulti affetti da patologie psichiatriche: Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio, Comunità Protette (di tipo A e B).

Di tali tipologie di strutture ad oggi risultano accreditate, come previsto dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, le Comunità Protette e le Comunità Alloggio. Tale delibera rinvia ad un successivo atto la previsione di modalità autorizzative e di accreditamento per i Gruppi Appartamento, che quindi ad oggi non sono ancora accreditati.

Da una ultima rilevazione e dall'analisi dei piani di attività, aggiornata al 31 dicembre 2014, si evidenziano i seguenti dati:

- Gruppi Appartamento: il numero di strutture è pari a 355, con 1.365 posti letto e 440.184 giornate erogate;
- Comunità Alloggio: il numero di strutture accreditate è pari a 21 con 208 posti letto e 111.691 giornate erogate;
- Comunità Protette: il numero di strutture accreditate è pari a 64 (di cui 54 di tipologia B e 10 di tipologia A) con un totale di 1.263 posti letto e 250.896 giornate erogate.

Con riferimento all'indicatore di fabbisogno fissato nel "Progetto obiettivo tutela salute mentale", che definisce un rapporto ottimale di 1 posto di assistenza residenziale ogni 5.000 abitanti, la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 32 - 29522 del 1 marzo 2000, ha stabilito un riesame del fabbisogno di posti letto dei presidi per la tutela della salute mentale presenti sul territorio. Alla luce dei dati di offerta attuali, si rileva una dotazione esistente media di 3,2 posti ogni 5.000 abitanti, quindi superiore all'indice richiamato. Tra l'altro, si evidenzia che la distribuzione di posti è molto disomogenea tra i diversi territori, con indici a livello di ASL che variano da un minimo di 1,5 posti ogni 5.000 abitanti fino ad un massimo di 5,3.

Il dettaglio per ASL delle strutture residenziali regionali, Comunità protette di tipo A e di tipo B e Comunità Alloggio già accreditate o aventi diritto ad essere inserite nelle procedure di riordino e adeguamento al modello AGENAS-GISM (in quanto presente parere favorevole ex art. 8-ter o processo di superamento degli OPG) è riportato nella sezione n. 4 del presente documento. In tale sezione è inoltre riportato il dato delle giornate erogate suddiviso per tipologia di struttura e ASL.

Relativamente al numero di posti letto già accreditati, secondo le previsioni della D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, in applicazione della normativa nazionale che stabilisce tra i requisiti minimi strutturali un numero massimo di 20 posti letto, l'adeguamento al nuovo modello comporterà una rideterminazione della capacità ricettiva delle singole strutture laddove esistano realtà autorizzate e accreditate per un numero di posti letto superiore a tale limite (D.P.R. del 7 aprile 1994 e D.P.R. 14 gennaio 1997).



Dall'analisi sul territorio, inoltre, è emersa la presenza di alcune tipologie di strutture, prevalentemente RSA, che accolgono utenti con patologie psichiatriche nonostante siano dedicate ad accogliere altre tipologie di pazienti.

Il documento AGENAS – GISM prevede l'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche sulla base dell'intensità terapeutico riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, quali:

- **S.R.P.1:** Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
- **S.R.P.2:** Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
- **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.

Sulla base delle strutture, originariamente previste dalla D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, le Comunità Protette di tipo A e B confluiranno rispettivamente in S.R.P.1 ed in S.R.P.2, recependo il sistema di classificazione degli utenti definito con il presente provvedimento. I Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio, invece, convergeranno nelle strutture S.R.P.3.

Per le Comunità Protette, inoltre, con il presente provvedimento viene rivisto il sistema di classificazione dell'utenza, adeguandolo ai nuovi bisogni, attraverso un sistema che considera il livello di intensità assistenziale e di intensità terapeutico riabilitativa necessaria, prevedendone tre livelli. Coerentemente, viene aggiornato il sistema dei requisiti specifici di accreditamento ed il sistema tariffario.

Nel caso dei Gruppi Appartamento, invece, vengono definiti i sistemi autorizzativi e di accreditamento fino ad oggi mancanti e le tariffe.

Tale provvedimento, pertanto, dà l'avvio ad un percorso di riordino della residenzialità psichiatrica in Regione Piemonte, che sarà perseguito mediante un percorso strutturato in tre fasi principali:

- Fase istruttoria: tale fase consiste, mediante l'emanazione di tale provvedimento, nella definizione dei criteri di accesso, dei requisiti per l'esercizio e l'accreditamento, delle tariffe per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche, oltre che della funzione di vigilanza e controllo;
- Fase transitoria: in tale fase, che durerà fino a Dicembre 2015, le strutture aventi diritto, ossia Comunità Protette di tipo A e B e Comunità Alloggio elencate nella sezione n. 4 del presente provvedimento, oltre che i Gruppi Appartamento che al 31/12/2014 potevano vantare rapporti in essere dimostrabili con i D.S.M. piemontesi (contratti di inserimento, convenzioni con indicazione dell'ubicazione), dovranno adeguarsi a quanto di seguito disciplinato.

In tale fase è prevista, nei primi 5 mesi, una rivalutazione dei pazienti presenti nelle strutture, volta a verificare l'appropriatezza degli inserimenti; laddove vi sia incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, il D.S.M. inserente entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento dovrà ricollocare lo stesso in struttura idonea (S.R.P.1, S.R.P.2 e S.R.P.3.).

Inoltre, nella fase transitoria, le strutture aventi diritto, se in linea con i requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali e strutturali, dovranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. L'istruttoria delle istanze sarà effettuata da parte delle ASL in seguito all'entrata in vigore del presente provvedimento, mentre la Regione con specifici provvedimenti di Giunta determinerà, sulla base della rivalutazione dei pazienti inseriti nelle diverse strutture, sia il fabbisogno regionale di offerta e sia le modalità per la

concessione dell'accreditamento e per la messa a contratto degli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall'esercizio 2016.

In particolare, terminata la fase di rivalutazione, una volta noto il quadro di domanda e offerta di servizi richiamati in premessa, alla fine del 2015, si procederà all'accreditamento istituzionale e quindi alla messa a contratto degli enti gestori, in base a principi basati su indici di programmazione sanitaria obiettivo finalizzati, tra l'altro, ad una progressiva omogeneizzazione dell'offerta sul territorio, nel rispetto degli obiettivi di equilibrio economico / finanziario del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

- Fase di perfezionamento: in questa ultima fase, che avrà avvio da Gennaio 2016, è prevista la messa a regime di quanto indicato nel presente provvedimento, con la possibilità di rivalutazioni in seguito alle evidenze emerse durante la fase transitoria.

Il presente provvedimento è articolato nelle seguenti sezioni:

### **Sezione 1 – Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria**

Trasversalmente a tutta la filiera della residenzialità vengono definiti i seguenti aspetti:

- Modalità di accesso e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Piano di trattamento individuale e scelta della struttura;
- Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato;
- Sistema informativo;
- Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento;
- Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto;
- Disciplina transitoria.

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

- Procedure per l'esercizio, l'accreditamento e la messa a contratto;
- Gestione della fatturazione;
- 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.

### **Sezione 4 – Dati del sistema di offerta**

- Comunità Protette e Comunità Alloggio: dettaglio strutture e posti letto accreditati al 2014;
- Comunità Alloggio: dettaglio strutture accreditate e aventi diritto;
- Dettaglio Strutture Accreditate: Comunità Protette (di Tipo A e B);
- Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e numero indicativo di assistiti per gli anni 2012, 2013 e 2014.

**1. Modalità di accesso e valutazione multidimensionale del bisogno**

L'accesso ai servizi di residenzialità per l'utente è subordinato ad una valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da parte di una equipe pluriprofessionale del D.S.M. (Dipartimento Salute Mentale) che sarà costituita da un mix delle seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra;
- Psicologo;
- Infermiere;
- Educatore;
- Assistente sociale.

Tale valutazione ha lo scopo di:

- Valutare l'appropriatezza del ricorso a servizi di residenzialità psichiatrica;
- Identificare il setting più appropriato, tenuto conto dei seguenti fattori: dei bisogni terapeutico riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

Al fine di garantire il maggiore livello di omogeneità possibile nella valutazione sul territorio piemontese, la Regione, con successivi provvedimenti attuativi da adottarsi entro 45 giorni dall'approvazione della presente deliberazione, adotterà strumenti diagnostici e di valutazione delle diverse aree di bisogno delle persone affette da patologia psichiatrica, inclusa la sfera sociale.

Nel percorso di valutazione ed inserimento il D.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 e scelta della struttura**

Al momento della presa in carico dell'utente, l'unità di valutazione multidimensionale predisporrà il Piano di Trattamento Individuale (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 D.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.

Al fine di agevolare i processi di socializzazione, il reinserimento nella comunità locale, 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 sul territorio del D.S.M. di competenza o comunque sul territorio regionale.

A seguito dell'individuazione del setting di cura e di assistenza, l'equipe pluriprofessionale avrà il compito di indirizzare la persona / famiglia nella scelta della struttura presso cui rivolgersi.

Quest'ultima sarà valutata e accolta se in linea con quanto definito in sede di valutazione multidimensionale del bisogno dall'equipe pluriprofessionale del D.S.M oltre che con le

disposizioni contenute nel presente provvedimento, e in successive deliberazioni regionali in materia di tetti e tariffe.

Tale criterio sarà applicato anche nel caso di pazienti in carico ai D.S.M. piemontesi inseriti in strutture di altre Regioni.

L'eventuale ed eccezionale inserimento di pazienti residenti in altre Regioni, dovrà essere concordato dalla Regione inviante con il D.S.M. di riferimento territoriale dove è ubicata la struttura, al fine di evidenziare fabbisogni di assistenza e di cura adeguati; in tal caso le rette rimangono a totale carico del soggetto inviante. I farmaci oggetto della distribuzione per conto erogati dalle Strutture a pazienti residenti fuori Regione Piemonte saranno fatturati direttamente all'ASL di residenza del medesimo o addebitati alle Regioni di residenza secondo le regole previste dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

### **3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato**

L'inserimento dell'utente prevede la stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.), elaborato dalla struttura in coerenza con i contenuti del P.T.I. e validato dal D.S.M..

Sia il P.T.I. sia 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 ed il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

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 D.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 D.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 SI.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 prevederà 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 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:
  - o Sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi delle strutture e del soggetto gestore;
  - o 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 dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:
  - o Agibilità;
  - o Protezione antisismica;
  - o Protezione antincendio;
  - o Protezione acustica;
  - o Sicurezza elettrica e continuità elettrica;
  - o Sicurezza anti infortunistica;
  - o Igiene dei luoghi di lavoro;
  - o Protezione dalle radiazioni ionizzanti;
  - o Smaltimento rifiuti;
  - o Condizioni microclimatiche;
  - o Impianti di distribuzione dei gas;
  - o Materiali esplosivi.
- 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, in cui una società di revisione contabile, ovvero l'organo di controllo con funzioni di revisione contabile, dichiara 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.

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 psichiatrici 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:
  - o 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. In tal caso le strutture devono garantire la distribuzione diretta dei farmaci solo agli utenti del territorio piemontese;
- 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.

È 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:
  - o 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;
  - o 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;
- Rispondere ai requisiti previsti nella vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche;
- 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 (es. piscine, cinema, ecc.), 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 organizzati 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 organizzati in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose messe in atto dai soggetti ospitati in momenti di crisi (es.: entrate/uscite sorvegliate, limitazione o controllo dell'accesso a locali e/o aree pericolose);
- 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. In fase transitoria, per garantire la continuità assistenziale degli utenti presenti in struttura verrà sottoscritto con contratto provvisorio definito in base alla spesa storica (si veda Sezione 1, Capitolo n. 7 Disciplina Transitoria), mentre a regime il presupposto necessario, per la sottoscrizione del contratto è di essere un soggetto accreditato. 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. Disciplina transitoria**

Tenuto conto della nuova impostazione data alla filiera dei servizi di residenzialità, si dovrà avviare la rivalutazione di tutti i pazienti inseriti in strutture residenziali.

Questo processo prevede la formalizzazione, per ogni paziente, di un P.T.I. con relativo P.T.R.P. e definizione del livello riabilitativo o socioriabilitativo (S.R.P.1, S.R.P.2, S.R.P.3. 1 – 2 – 3).

Tale rivalutazione dovrà concludersi nell'arco di 5 mesi. Nelle more del completamento del processo di rivalutazione, gli utenti già inseriti in struttura precedentemente all'approvazione del presente provvedimento manterranno le tariffe concordate con il D.S.M. al momento dell'ingresso. Al termine dei 5 mesi di rivalutazione, gli utenti rivalutati passeranno al nuovo sistema di tariffazione. I nuovi ingressi dovranno essere effettuati tenendo conto delle indicazioni e del sistema di classificazione e di remunerazione definiti nel presente provvedimento.

Il processo di rivalutazione comporterà la necessità di ridefinire la collocazione di alcuni pazienti tra i diversi livelli tenendo conto del bisogno della persona e della famiglia, il D.S.M. dovrà in caso riposizionare i pazienti nel livello appropriato. Tale processo dovrà concludersi entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento. Inoltre tale processo (rivalutazione clinica, ricollocazione e regime tariffario) riguarderà anche i pazienti extraregionali presenti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi. Ciò al fine di evitare la presenza di utenti con necessità assistenziali diverse all'interno della medesima struttura.

Le strutture aventi diritto, ossia Comunità Protette di tipo A e B e Comunità Alloggio elencate nella sezione n. 4 del presente documento oltre che i Gruppi Appartamento che al 31/12/2014 potevano vantare rapporti in essere dimostrabili con i D.S.M. piemontesi (contratti di inserimento, convenzioni con indicazione dell'ubicazione) dovranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. 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. Nello specifico le attuali Comunità Protette di tipo A aventi diritto dovranno presentare istanza autorizzativa per S.R.P.1, le Comunità Protette di tipo B aventi diritto per S.R.P.2 livello 1 o 2, i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio aventi diritto per S.R.P.3 per interventi socio riabilitativi con indicazione della sottotipologia 24 ore, 12 ore e fascia oraria. L'istruttoria dell'istanza di autorizzazione e di accreditamento sarà effettuata dalle ASL in seguito all'entrata in vigore del presente provvedimento

La Regione con specifici provvedimenti di Giunta determinerà, sulla base della rivalutazione dei pazienti inseriti nelle diverse strutture, sia il fabbisogno regionale di offerta, sia le modalità per la concessione dell'accREDITamento e per la messa a contratto degli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall'esercizio 2016.

In questo modo, terminata la fase di rivalutazione, una volta noto il quadro di domanda e offerta di servizi richiamati in premessa, alla fine del 2015, si procederà all'accREDITamento istituzionale e quindi alla messa a contratto degli enti gestori in base a principi basati su indici di programmazione sanitaria obiettivo finalizzati, tra l'altro, ad una progressiva omogeneizzazione dell'offerta sul territorio nel rispetto degli obiettivi di equilibrio economico / finanziario del SSR.

In considerazione dell'eccesso di offerta di posti letto residenziali riservati ai pazienti psichiatrici evidenziata in premessa, le strutture che hanno già presentato una richiesta ai sensi dell'art. 8-ter. comma 3 D. lgs n.502/1992 e s.m.i, in coordinamento con la D.G.R. n.32 – 29522 del 1 marzo 2000 e che non hanno ottenuto un parere favorevole di compatibilità regionale circa gli interventi prospettati, non potranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio.

Per garantire la continuità ai pazienti in carico, ad invarianza della spesa del SSR necessaria per l'equilibrio economico/finanziario, per il 2015 verrà assegnato un budget per il periodo luglio – dicembre 2015 pari a 6/12 del volume di risorse consumate nel 2014.

Dal 1 gennaio 2016, la sottoscrizione del contratto con l'ente gestore prevederà la definizione di un importo massimo di spesa, determinato sulla base del mix di casistica assegnato a seguito di rivalutazione dei casi e delle indicazioni che emergeranno in termini di programmazione della rete di offerta sul territorio.

Dall'analisi della situazione esistente, si evidenzia l'inserimento di pazienti in carico ai D.S.M. in strutture non deputate alla cura del disagio psichico, in particolare:

- RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale): da diverse rilevazioni sugli inserimenti è emerso un incremento della presenza dei pazienti psichiatrici in tale tipologia di struttura. Infatti dal 2012 al 2014 si è passato da 577 a 673 inserimenti;
- Casa Famiglia ad accoglienza mista: la Casa famiglia ad accoglienza mista è una struttura residenziale di tipo familiare con il compito di accogliere persone prive di ambiente familiare idoneo, tra cui anche bambini ed adolescenti di età compresa tra 0 e 17 anni. Dalla rilevazione della situazione esistente è emerso che parte dell'utenza psichiatrica è assistita in tale tipologia di unità di offerta. In tale tipologia di unità di offerta si evidenzia la presenza di ricoveri inappropriati in quanto l'utenza psichiatrica non dovrebbe rientrare in tale tipologia di unità di offerta. In particolare, dall'analisi dei requisiti di accreditamento, definiti dalla D.G.R. n. 10 - 11729 del 13 luglio 2009, sono esclusi dall'utenza tipica gli adulti in fase di dipendenza attiva o, più in generale, portatori di problematiche particolari non compatibili con la compresenza di minori;
- Comunità di risocializzazione e reinserimento: tale tipologia di unità di offerta, come le case famiglia ad accoglienza mista, accoglie una piccola fetta dell'utenza psichiatrica nonostante non si tratti di una unità di offerta tipicamente dedicata all'utenza psichiatrica. Le comunità di risocializzazione accolgono utenti che hanno necessità di una fase di risocializzazione e accompagnamento prima del reinserimento nella comunità. Anche in tale caso ci si ritrova davanti ad una struttura che accoglie un'utenza inappropriata e che pertanto deve essere reindirizzata verso quella più idonea ai propri bisogni assistenziali.

Entro 5 mesi dall'entrata in vigore del presente provvedimento, le equipe di valutazione multidimensionale dovranno provvedere alla valutazione di tutti gli utenti psichiatrici in carico alle fattispecie sopra elencate. A completamento di questa fase si riconurranno i casi rivalutati alla filiera delle strutture residenziali riservate ai pazienti psichiatrici.

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

---

La presente sezione illustra le procedure specifiche che dovranno essere seguite nella fase transitoria dalle strutture residenziali per la presentazione e l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento.

Al riguardo, si distinguono due tipologie di strutture che erogano servizi residenziali psichiatrici, ossia strutture a gestione diretta da parte della ASL e strutture accreditate, pubbliche (che includono enti non rientranti nel perimetro di consolidamento del SSR, esempio Comuni) o private. In particolare rientrano nelle strutture a gestione diretta quelle che hanno come ente gestore la stessa ASL; in tal caso il Legale Rappresentante è il Direttore Generale della stessa ASL.

Le strutture che posso presentare istanza di autorizzazione all'esercizio, come strutture residenziali psichiatriche, sono le Comunità Protette di tipo A e B e Comunità Alloggio elencate nella sezione n. 4 del presente documento oltre che i Gruppi Appartamento che al 31/12/2014 potevano vantare rapporti in essere dimostrabili con i D.S.M. piemontesi (contratti di inserimento, convenzioni con indicazione dell'ubicazione).

L'istruttoria delle istanze di autorizzazione e di accreditamento sarà avviata in seguito all'entrata in vigore del presente provvedimento. Qualora le strutture aventi diritto rispettino tutti i requisiti autorizzativi previsti dal presente atto, potranno essere abilitate all'esercizio. Il rilascio del titolo di accreditamento e la messa a contratto per il 2016 seguiranno il già citato provvedimento regionale di programmazione, che ne definirà le modalità di attuazione. Tale fase dovrà concludersi entro Dicembre 2015.

### **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 60 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 sessanta 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'A.S.L. competente per territorio. Per le strutture gestite direttamente dalle A.S.L. 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 Regione 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 dell'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 DSM 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 Regione ad adempiere entro un congruo termine, nei seguenti casi: autorizzativo:

- 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 Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di proposta di sospensione o di revoca dell'autorizzazione, entro i successivi trenta giorni dispone di conseguenza e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore.

### **1.5 Cessazione dell'attività**

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

## **2. Procedure per l'accreditamento**

La Regione con successivo provvedimento, che verrà emanato nell'ambito della fase transitoria del processo di riordino oggetto del presente atto, disciplinerà i criteri e le modalità per il rilascio del titolo di accreditamento, ivi inclusa la disciplina della voltura, della sospensione, della revoca e della decadenza dello stesso accreditamento. Di seguito si disciplina la modalità per la presentazione dell'istanza di accreditamento, che gli enti gestori potranno presentare, anche contestualmente all'istanza di autorizzazione, a seguito dell'approvazione del presente provvedimento.

### **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, 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 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 i 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;

## **3. Messa a contratto**

Per ciascun soggetto accreditato verrà definito un importo massimo da prevedere nel contratto di erogazione delle prestazioni.

I contratti vengono sottoscritti tra la ASL territorialmente competente e i soggetti accreditati per ciascuna struttura.

L'ASL terrà conto, nella sottoscrizione del contratto, della tipologia di struttura e della affidabilità economico – finanziaria della stessa.

L'importo economico del contratto è vincolato alla tipologia di utenza che la struttura concorda con la ASL.

L'ente gestore, in presenza di più strutture messe a contratto, dovrà prevedere per ciascuna di queste un conto corrente dedicato per il pagamento delle attività rese.

Nella fase transitoria i contratti saranno determinati sulla base della spesa storica 2014.



#### **4. Fatturazione**

Per quanto riguarda la fatturazione delle prestazioni erogate dalle strutture S.R.P.1 e S.R.P.2, questa deve essere effettuata da parte dell'ente gestore alla ASL territoriale di riferimento.

Per la fatturazione delle prestazioni socioassistenziali a bassa intensità (S.R.P.3), invece, in applicazione di quanto definito dalla *Riunione Congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica Dei Livelli Essenziali di Assistenza* del 20 novembre 2014, è prevista una gestione separata della fatturazione per la quota sanitaria, rispetto alla quota sociale disposta dal "D.P.C.M. del 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", allegato 1, punto 1.C, "Area Integrazione Socio-Sanitaria.

Pertanto nel caso di tale tipologia di assistenza, che prevede la compartecipazione dei cittadini/comuni, per la quota sanitaria, i relativi oneri devono essere posti a carico del SSR e fatturati direttamente all'ASL territoriale di riferimento, mentre per la quota sociale gli oneri devono essere fatturati agli enti che ne sono responsabili, ossia cittadini/comuni. Pertanto, la fatturazione da parte della struttura alla ASL territoriale di riferimento, per la quota sanitaria, va ad introdurre una revisione delle regole di fatturazione e di governo della spesa aziendale, fino ad ora basate su una fatturazione per ASL di residenza.

In particolare le variazioni più rilevanti in tale ambito sono le seguenti:

- La struttura contrattualizzata trasmette la fatturazione all'ASL territoriale di riferimento per gli adempimenti necessari alla liquidazione, in applicazione delle disposizioni normative vigenti, e al pagamento delle prestazioni erogate nel rispetto dei limiti di spesa autorizzata/contrattualizzata e degli eventuali recuperi emersi in seguito ai controlli;
- La ASL territoriale di riferimento trasmette alla Regione, previo adeguamento della Cartella SIMAS già in uso ai D.S.M., il flusso delle attività acquistate/prodotte declinate per ASL di residenza;
- La Regione trasmette con cadenza periodica le matrici di mobilità sanitarie delle prestazioni in oggetto. Tali prestazioni dovranno essere rilevate nei conti economici e patrimoniali delle ASL Piemontesi in applicazione delle regole contabili/finanziarie che saranno definite dalla struttura regionale competente.

Per quanto riguarda, invece, le strutture a gestione diretta queste ultime dovranno comunque rendicontare periodicamente le attività erogate alla Regione. Infine, in merito alla fatturazione delle prestazioni erogate per gli utenti non piemontesi, in linea con quanto già vigente sul territorio, è prevista una fatturazione diretta alla ASL di residenza, in quanto non sono previsti dei meccanismi di compensazione Stato-Regione

#### **5. 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, Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali, indicando le prescrizioni impartite a seguito delle eventuali carenze riscontrate.

### **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 imprevisti.

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 Organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali indicando 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) in coerenza con quanto indicato alla sezione 2.5.

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, sarà prevista l'istituzione di Osservatorio che 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.

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

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).

La tipologia di struttura che ad oggi ospita questo bacino di utenza è la Comunità Protetta. Tale struttura prevede un massimo di 20 posti letto ed è oggi articolata in due sotto tipologie, ossia di tipo A e di tipo B. L'utenza in carico a tale tipologia di strutture, in seguito ad una rivalutazione del fabbisogno assistenziale, avviata con tale provvedimento, sarà pertanto riclassificata nei livelli di intensità assistenziale e terapeutico riabilitativo di S.R.P.1 (Comunità Protetta di tipo A) e S.R.P.2 (Comunità Protetta di tipo B), fatto salvo che non emergano casi per i quali, sulla base dei criteri qui definiti, è da prevedere un trasferimento verso strutture S.R.P. 3.

##### **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) e 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.

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;
- 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.

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**

In merito ai requisiti per l'esercizio e a quelli di accreditamento per le strutture S.R.P.1 e 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, mentre si prevede un aggiornamento dei requisiti gestionali di accreditamento, come riportato nel paragrafo successivo.

##### ***4.1 Requisiti per l'esercizio***

###### ***Gestionali***

Le strutture S.R.P.1 e S.R.P.2, come di seguito riportato, differiscono anche in termini di dotazione del personale presente in struttura e dei requisiti minimi gestionali richiesti per l'esercizio.

I requisiti d'esercizio gestionali previsti per le strutture S.R.P.1 sono i seguenti:

- Medico Psichiatra: 8 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 10 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 18 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 120 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 64 minuti al giorno per paziente.

Per quanto concerne le strutture S.R.P.2, i requisiti gestionali previsti sono differenti per il livello 1 e il livello 2, in particolare:

###### Livello 1

- Medico Psichiatra: 6 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 8 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 10 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 95 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 50 minuti al giorno per paziente.

###### Livello 2

- Medico Psichiatra: 4 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 4 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 8 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 80 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 65 minuti al giorno per paziente.

I servizi generali, invece, sono erogati da figure professionali diverse da quelle dell'area socio-sanitaria e terapeutica /riabilitativa.



## **4.2 Requisiti per l'accreditamento**

### **Gestionali**

Le strutture S.R.P.1 e S.R.P.2, come di seguito riportato, differiscono anche in termini di dotazione del personale presente in struttura e dei requisiti minimi gestionali richiesti per l'accreditamento.

I requisiti gestionali di accreditamento previsti per le strutture S.R.P.1 sono i seguenti:

- Medico Psichiatra: 9 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 12 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 21 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 138 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 84 minuti al giorno per paziente.

Per quanto concerne le strutture S.R.P.2, i requisiti gestionali di accreditamento previsti sono differenti per il livello 1 e il livello 2, in particolare:

#### Livello 1

- Medico Psichiatra: 8 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 10 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 15 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 110 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente.

#### Livello 2

- Medico Psichiatra: 6 minuti al giorno per paziente;
- Psicologo: 6 minuti al giorno per paziente;
- Infermiere: 10 minuti al giorno per paziente;
- Educatore: 90 minuti al giorno per paziente;
- ASA/OSS: 70 minuti al giorno per paziente.

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

## **5. Remunerazione**

Le tariffe per le strutture terapeutico riabilitative a carattere intensivo ed estensivo sono state definite in base ai requisiti gestionali specifici di ogni singola struttura.

In particolare la tariffa giornaliera/utente per le strutture S.R.P.1 è pari a € 143,00.

Per quanto riguarda, invece, le strutture S.R.P.2 le tariffe sono differenti per il livello 1 e il livello 2, in particolare:

- La tariffa giornaliera/utente per il livello 1 è pari a € 120,00;
- La tariffa giornaliera/utente per il livello 2 è pari a € 110,00.

In caso di assenza dell'ospite presso la struttura è previsto comunque il pagamento della retta giornaliera in quota ridotta, ossia in quota parte pari a € 40 che riguarda la copertura di quota alberghiera e di supporto. In caso di assenza dell'ospite superiore a 30 giorni, invece, si dovrà procedere alla dimissione del paziente.

La remunerazione delle prestazioni fruite dagli utenti presso le strutture terapeutico riabilitative a carattere intensivo ed estensivo è posta a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR). Per quanto riguarda, invece, la fatturazione di tali prestazioni si rimanda a quanto disciplinato nella Sezione 2 del presente documento, paragrafo 2.9 Fatturazione.

### **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 o pazienti in condizioni cronicizzate, su cui interventi di tipo terapeutico riabilitativo non hanno effetto.

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 D.S.M. che ha in carico il paziente.

Le strutture S.R.P.3, come definito nel modello AGENAS-GISM erogano assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie. Le tipologie di strutture che confluiranno in tale tipologia e che possono ospitare questo bacino di utenza sono i Gruppi Appartamento che al 31/12/2014 potevano vantare rapporti in essere dimostrabili con i D.S.M. piemontesi (contratti di inserimento, convenzioni con indicazione dell'ubicazione) oltre che le Comunità Alloggio ad oggi accreditate e aventi diritto riportate nell'Allegato n. 4 del presente provvedimento.

#### **2. Criteri di eleggibilità**

##### **2.1 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 DSM 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.

La durata massima degli interventi socioriabilitativi è pari a 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il D.S.M. inviante a seguito di rivalutazione dell'utente.

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

#### **4. Requisiti per l'esercizio e l'accreditamento**

##### ***4.1 Requisiti specifici per l'esercizio***

###### ***Gestionali***

I requisiti di esercizio gestionali, in termini di dotazione e tipologia del personale, delle strutture S.R.P.3 sono differenti tra le strutture che erogano assistenza sulle 24 ore, 12 ore o a fasce orarie.

Di seguito si riporta il dettaglio dei requisiti d'esercizio gestionali previsti le strutture S.R.P.3, con il dettaglio per le differenti tipologie di assistenza per un nucleo di 5 ospiti.

###### Assistenza sulle 24 ore

- Infermiere: 30 minuti al giorno;
- Educatore: 180 minuti al giorno;
- Terapista occupazionale: 30 minuti al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 480 minuti al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 2 ore a settimana;
- Pronta disponibilità notturna (presenza di un operatore per i servizi di pronta disponibilità in caso di urgenza durante le ore notturne, gestibile eventualmente attraverso condivisione con altre strutture analoghe, fino comunque ad un massimo di 2 strutture).

###### Assistenza sulle 12 ore

- Infermiere: 30 minuti al giorno;
- Educatore: 180 minuti al giorno;
- Terapista occupazionale: 30 minuti al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 480 minuti al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 2 ore a settimana.

###### Assistenza a fasce orarie

- Educatore: 2,5 ore al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 3,5 ore al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 2 ore a settimana.

### **Strutturali**

Le strutture S.R.P.3 possono articolarsi in nuclei abitativi, ciascuno dei quali può accogliere fino ad un **massimo di 5 utenti**. Fanno eccezione le attuali Comunità Alloggio già accreditate ai sensi della D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997 e le altre aventi diritto riportate in sezione 4, che presenteranno istanza di autorizzazione e di accreditamento, per le quali viene concessa in deroga la possibilità di ospitare fino ad un massimo di 10 utenti.

Tali strutture devono 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 2 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; se collocate al primo piano devono essere raggiungibili con idonea attrezzatura, se collocate ai piani superiori devono essere raggiungibili con ascensore;
- Essere localizzati 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 sociosanitarie e/o socio-assistenziali;
- Prevedere uno spazio dedicato per colloqui e riunioni oltre che possedere i requisiti di adattabilità di cui all'art. 6 del D.M. n. 236/89 in termini di abbattimento delle barriere architettoniche;
- Prevedere, in caso di presenza del personale socio-sanitario superiore alle 7 ore giornaliere, la presenza di un locale ad esclusivo uso del personale;
- Disporre in struttura, oltre ai locali destinati ad uso letto, di un locale cucina ed un locale soggiorno o locale lettura usufruibile da tutti gli utenti, di dimensioni adeguate al numero di posti letto disponibili;
- Disporre di un sistema di rilevazione delle presenze per tutto il personale operante nella struttura.

### **4.2 Requisiti specifici per l'accredimento**

#### **Gestionali**

I requisiti di accreditamento gestionali, in termini di dotazione e tipologia del personale, delle strutture S.R.P.3 sono differenti tra le strutture che erogano assistenza sulle 24 ore, 12 ore o a fasce orarie.

Di seguito si riporta il dettaglio dei requisiti d'accredimento gestionali previsti le strutture S.R.P.3, con il dettaglio per le differenti tipologie di assistenza per un nucleo di 5 ospiti.

#### Assistenza sulle 24 ore

- Infermiere: 40 minuti al giorno;
- Educatore: 180 minuti al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 500 minuti al giorno;
- Pronta disponibilità notturna (presenza di un operatore per i servizi di pronta disponibilità in caso di urgenza durante le ore notturne, gestibile eventualmente attraverso condivisione con altre strutture analoghe, fino comunque ad un massimo di 2 strutture);
- Terapista Occupazionale: 30 minuti al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 6 ore a settimana.

### Assistenza sulle 12 ore

- Infermiere: 40 minuti al giorno;
- Educatore: 180 minuti al giorno;
- Terapista Occupazionale: 30 minuti al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 500 minuti al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 6 ore a settimana.

### Assistenza a fasce orarie

- Educatore: 3 ore al giorno;
- ASA/OSS per assistenza tutelare: 3 ore al giorno;
- Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: 4 ore a settimana.

Per quanto riguarda, invece i servizi generali, questi sono erogati 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 con pronta disponibilità notturna: € 92,00;
- Assistenza 12 ore: € 84,00;
- Assistenza a fasce orarie: € 56,00.

In caso di assenza dell'ospite presso la struttura è previsto comunque il pagamento della retta giornaliera in quota ridotta, ossia in quota parte pari a € 28 che riguarda la copertura di quota alberghiera e di supporto. In caso, invece, di assenza dell'ospite superiore a 30 giorni si dovrà procedere alla dimissione del paziente.

Nel caso di pazienti inseriti nelle S.R.P. 3 con personale sulle 24 ore giornaliere e sulle 12 ore giornaliere che frequentano altre strutture della filiera della psichiatria, in particolare i Centri Diurni, viene rivista di conseguenza la tariffa giornaliera, in funzione dell'effettiva presenza del paziente stesso. In particolare, nel caso di frequentazione del Centro Diurno per 6 ore, la tariffa giornaliera del S.R.P. 3 deve essere ridotta di € 28,00.

La remunerazione delle prestazioni fruite dagli utenti presso le strutture a bassa intensità assistenziale (S.R.P.3) è posta a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) per la quota sanitaria delle prestazioni erogate, prevedendo la compartecipazione da parte degli utenti o dei Comuni, coerentemente con quanto definito dal "D.P.C.M. del 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Qualora dovesse rilevarsi una disomogeneità nel contesto regionale degli accessi e delle quote contributive a carico utente/comune, la regione si riserva di adottare le azioni necessarie per assicurare un trattamento omogeneo a tutti gli utenti definendo il supporto del Comune mediante una applicazione omogenea dell'ISEE di concerto con ANCI.

Per quanto riguarda la fatturazione di tali prestazioni si rimanda a quanto disciplinato nella Sezione 2 del presente documento, paragrafo 2.9 Fatturazione.

**Sezione 4 – Dati del sistema di offerta**

**1. Comunità Protette e Comunità Alloggio: dettaglio strutture e posti letto accreditati al 2014**

ASL	COMUNITA' PROTETTE						COMUNITA' ALLOGGIO			
	N° STRUTTURE			N° POSTI LETTO			N° STRUTTURE			N° POSTI LETTO
	Tipo A	Tipo B	TOTALE	Tipo A	Tipo B	TOTALE	ASL	PRIVATA	TOTALE	
TO1	1		1		16	16			-	
TO2		6	6	40	80	120			-	
TO3	1	4	5		86	86		4	4	36
TO4		11	11	22	205	227		1	1	10
TO5	1	6	7	40	94	134		1	1	6
BI		1	1		20	20		1	1	10
VC		2	2	20	30	50		2	2	28
VCO		2	2		36	36			-	
NO	2	1	3	20	40	60			-	
CN1	3	3	6	24	112	136	3		3	30
CN2	1	3	4	20	47	67		1	1	10
AT		7	7		118	118		2	2	21
AL	1	8	9	10	183	193	2	4	6	57
<b>TOTALE</b>	10	54	64	196	1.067	1.263	5	16	21	208

Fonte: Registro Accredamenti

2. Comunita' Alloggio: dettaglio strutture accreditate e aventi diritto

N° STRUTTURE	ASL	GESTORE	STRUTTURA	SEDE
1	ASL TO3	PRO.GE.CO s.r.l.	<b>PRO.GE.CO s.r.l.</b>	Bruino (TO)
2	ASL TO3	PRO.GE.CO s.r.l.	<b>PRO.GE.CO s.r.l.</b>	Sangano (TO)
3	ASL TO3	Cooperativa Sociale San Cassiano Onlus	<b>Casa Cottolengo</b>	Grugliasco (TO)
4	ASL TO3	PRO.GE.S.T.	<b>Il Giglio</b>	S. Gillio (TO)
5	ASL TO4	Associazione Mastropietro & C. Onlus	<b>Comunità Alloggio San Ponso</b>	San Ponso (TO)
6	ASL TO5	Coralli Metello	<b>Il Porto</b>	Moncalieri (TO)
7	ASL VC	Società Abros Gestioni S.r.l.	<b>Ville San Secondo - Chiglia</b>	Moncrivello (VC)
8	ASL VC	Società Abros Gestioni S.r.l.	<b>Ville San Secondo Ruota di Prua</b>	Moncrivello (VC)
9	ASL BI	Anteo Cooperativa Sociale Onlus	<b>Casa Gibi</b>	Biella
10	ASL CN1	ASL CN1	<b>Corborant</b>	Boves (CN)
11	ASL CN1	ASL CN1	<b>Ischiator</b>	Boves (CN)
12	ASL CN1	ASL CN1	<b>Monviso</b>	Racconigi (CN)
13	ASL CN2	Consorzio Sinergie Sociali Soc. Coop. Sociale	<b>Giorgio Dolcetti</b>	Cerretto Langhe (CN)
14	ASL AT	La Conchiglia s.r.l.	<b>La Conchiglia</b>	Monastero Bormida (AT)
15	ASL AT	Cooperative Il Margine	<b>Casa Albergo Maria e Federico Venturello</b>	Cortadone (AT)
16	ASL AL	Società Euro-Gesco s.r.l.	<b>La Braia</b>	Terzo (AL)
17	ASL AL	Società Salis Assistenza s.r.l.	<b>Ceresola</b>	Ponzone (AL)
18	ASL AL	Società A.S.T. Opera Diocesana Assistenza Onlus	<b>La Cappuccetta</b>	Casale Monferrato (AL)
19	ASL AL	ASL AL	<b>La Casa</b>	Alessandria*
20	ASL AL	ASL AL	<b>Nuovi Orizzonti</b>	Alessandria*
21	ASL AL	Società Cooperativa Sociale In/Contro Servizi alla Persona	<b>Il Ranocchio</b>	Acqui Terme (AL)

\* Trasferimento struttura a Bosco Marengo (AL)

Strutture non accreditate, ma aventi diritto:

- Castagneto Po (ASL TO4): Gestione privata: iter autorizzativo e accreditamento in itinere
- Dusino San Michele (ASL AT): Gestione privata: iter autorizzativo e di accreditamento in itinere
- San Gillio (ASL TO3): Gestione Diretta ASL TO3: processo di superamento ex O.P.G. (Reims Barocchio)



### 3. Dettaglio Strutture Accreditate: Comunità Protette ( Tipo A e B)

N° STRUTTURE	ASL	GESTORE	STRUTTURA	SEDE	TIPOLOGIA STRUTTURA(*)
1	ASL TO1	Gestione diretta ASL TO1	<b>Villa Mainero</b>	Torino	CPB
2	ASL TO2	*	<b>Althaea</b>	Torino	CPA
3	ASL TO2	*	<b>Il Ponte</b>	Torino	CPB
4	ASL TO2	*	<b>Domenico De Salvia</b>	Torino	CPB
5	ASL TO2	*	<b>Enzo Sarli</b>	Torino	CPB
6	ASL TO2	*	<b>Michele Risso</b>	Torino	CPB
7	ASL TO3	Soggetto privato	<b>I Pini</b>	Susa (TO)	CPB
8	ASL TO3	Soggetto privato	<b>I Ragazzi del '99</b>	Bottigliera Alta (TO)	CPB
9	ASL TO3	Soggetto privato	<b>San Luca 2</b>	Villafranca Piemonte (TO)	CPB
10	ASL TO3	Soggetto privato	<b>Du Parc</b>	Torre Pellice (TO)	CPB
11	ASL TO3	Gestione diretta ASL TO3	<b>Il Barocchio</b>	Grugliasco (TO)	CPB
12	ASL TO4	Soggetto privato	<b>L'Arca</b>	Volpiano (TO)	CPA
13	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Valchiusella</b>	Vico C.se (TO)	CPB
14	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Villa Giada-Nuove Dimensioni</b>	Scarmagno (TO)	CPB
15	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Casa Testa</b>	Torre Can (TO)	CPB
16	ASL TO4	Soggetto privato.	<b>Soggiorno Primavera Community</b>	Castellamonte (TO)	CPB
17	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Comunità S. Giovanni di Dio</b>	San Maurizio Canavese (TO)	CPB
18	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Comunità S. Benedetto Menni</b>	San Maurizio Canavese (TO)	CPB
19	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Casa dell'ospitalità</b>	Ivrea (TO)	CPB
20	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Villa Iris II</b>	Verrua Savoia (TO)	CPB
21	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Residenza Tabor</b>	Castellamonte (TO)	CPB
22	ASL TO4	Soggetto privato	<b>Casa di Campo</b>	Pavone C.se (TO)	CPB
23	ASL TO5	Gestione diretta ASL TO5	<b>La Palma</b>	Trofarello (TO)	CPB
24	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Il Porto – Casa Madre</b>	Moncalieri (TO)	CPA
25	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Il Porto – La scuderia</b>	Moncalieri (TO)	CPA
26	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Castello di Vernone</b>	Marentino (TO)	CPB
27	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Casa Giardino</b>	Marentino (TO)	CPB
28	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Quattro Venti</b>	Passerano Marmorito (AT)	CPB
29	ASL TO5	Soggetto privato	<b>Soggiorno Maria Teresa</b>	Bottigliera Asti (AT)	CPB
30	ASL VC	Soggetto privato	<b>Ville San Secondo Nucleo Tuga e La Vela</b>	Moncrivello (VC)	CPA
31	ASL VC	Soggetto privato.	<b>Ville San Secondo Nucleo Brezza</b>	Moncrivello (VC)	CPB
32	ASL BI	Soggetto privato	<b>Casa Pratoverde</b>	Vigliano Biellese (BI)	CPB
33	ASL NO	Soggetto privato	<b>Elio Zino</b>	Oleggio (NO)	CPB
34	ASL NO	Gestione diretta ASL NO	<b>I Tigli</b>	Novara	CPB
35	ASL NO	Gestione diretta ASL NO	<b>L'Oasi</b>	Novara	CPA

<b>N° STRUTTURE</b>	<b>ASL</b>	<b>GESTORE</b>	<b>STRUTTURA</b>	<b>SEDE</b>	<b>TIPOLOGIA STRUTTURA(*)</b>
36	ASL VCO	Soggetto privato	<b>PROMETEO</b>	Vignone (VB)	CPB
37	ASL VCO	Soggetto privato	<b>PROMETEO</b>	Villadossola (VB)	CPB
38	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	<b>Cascina Prella</b>	Fossano (CN)	CPB
39	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	<b>Cascina Solaro</b>	Mondovì (CN)	CPB
40	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	<b>Comunità Protetta Psichiatrica di tipo B</b>	Ceva (CN)	CPB
41	ASL CN1	Soggetto privato	<b>La Rocca</b>	Roccasparvera (CN)	CPB
42	ASL CN1	Soggetto privato	<b>Clubhouse</b>	Farigliano (CN)	CPB
43	ASL CN1	Soggetto privato	<b>Villa Margherita</b>	Belvedere Langhe * (CN)	CPB
44	ASL CN2	Soggetto privato	<b>Emmaus</b>	Alba (CN)	CPB
45	ASL CN2	Soggetto privato	<b>Redancia S.r.l.</b>	Sanftè (CN)	CPB
46	ASL CN2	Soggetto privato	<b>Comunità Protetta San Giuseppe</b>	Rocchetta Belbo (CN)	CPB
47	ASL CN1	Soggetto privato	<b>L'Agriellera</b>	Montezemolo (CN)	CPA
48	ASL CN2	Gestione diretta ASL CN2	<b>Centro Terapie Psichiatriche</b>	Bra (CN)	CPA
49	ASL AT	Soggetto privato	<b>La Conchiglia</b>	MonasteroB(AT)	CPB
50	ASL AT	Soggetto privato	<b>Don Luigi Ferraro</b>	Incisa Scapaccino (AT)	CPB
51	ASL AT	Soggetto privato	<b>Il Sorriso</b>	Asti	CPB
52	ASL AT	Soggetto privato	<b>La Vite</b>	Costigliole Asti	CPB
53	ASL AT	Soggetto privato	<b>Pandora</b>	Castel Rocchero (AT)	CPB
54	ASL AT	Soggetto privato	<b>Pandora</b>	Calamandrana (AT)	CPB
55	ASL AT	Soggetto privato	<b>L'incontro</b>	Castello di Annone (AT)	CPB
56	ASL AL	Soggetto privato	<b>L'Acero</b>	Alessandria	CPB
57	ASL AL	Soggetto privato	<b>Il Tiglio</b>	Acqui Terme (AL)	CPB

<b>N° STRUTTURE</b>	<b>ASL</b>	<b>GESTORE</b>	<b>STRUTTURA</b>	<b>SEDE</b>	<b>TIPOLOGIA STRUTTURA(*)</b>
58	ASL AL	Soggetto privato	<b>L'Abbazia</b>	San Maurizio di Conzano (AL)	CPB
59	ASL AL	Soggetto privato	<b>La Braia</b>	Terzo (AL)	CPB
60	ASL AL	Soggetto privato	<b>Villa Raffaella</b>	Moncalvo (AT)	CPB
61	ASL AL	Gestione diretta ASL AL	<b>Alba Chiara</b>	Voltaggio (AL)	CPB
62	ASL AL	Soggetto privato	<b>Il Montello</b>	Serravalle Scrivia (AL)	CPA CPB
63	ASL AL	Soggetto privato	<b>In Cammino</b>	Casale Popolo (AL)	CPB
64	ASL AL	Soggetto privato	<b>Comunità Polis</b>	Sant'Agata Fossili (AL)	CPB

Fonte: Registro Accreditamenti

\* Individuazione del soggetto gestore in via di definizione;

\*\* Istanza ex art. 8/ter, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 in itinere;

(\*) CPA: Comunità Protetta di tipo A; CPB: Comunità Protetta di tipo B.

4. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2012

ANNO 2012											
ASL	Numero giornate totali	Giornate erogate Comunità alloggio	Numero indicativo o Assistiti Comunità alloggio	Giornate erogate Gruppi appartamento e progetti individuali	Numero indicativo o Assistiti GA e PI	Giornate erogate Comunità protette (A e B)	Numero Indicativo o Assistiti Comunità Protette	Giornate erogate Comorbilità psichiatrica	Numero Indicativo o Assistiti Comorbilità	Giornate erogate RSA / RAF	Numero Indicativo o Assistiti RSA/RAF
	A	B	C=B/365	D	E=D/365	F	G=F/365	H	I=H/365	L	M=L/365
<b>TO1</b>	189.379	3.328	9	91.275	250	29.518	81	14.327	39	50.931	140
<b>TO2</b>	120.370	5.209	14	59.468	163	49.181	135	0	0	6.512	18
<b>TO3</b>	196.933	14.299	39	92.454	253	45.212	124	5.239	14	39.729	109
<b>TO4</b>	134.548	14.407	39	47.028	129	39.450	108	4.700	13	28.963	79
<b>TO5</b>	65.467	580	2	36.267	99	11.087	30	5.041	14	12.492	34
<b>VC</b>	28.120	1.098	3	15.142	41	3.847	11	1.669	5	6.364	17
<b>BI</b>	46.333	3.613	10	24.083	66	7.976	22	2.928	8	7.733	21
<b>NO</b>	48.550	0	0	15.761	43	27.095	74	610	2	5.084	14
<b>VCO</b>	27.762	0	0	13.956	38	7.294	20	822	2	5.690	16
<b>CN1</b>	96.249	13.094	36	22.194	61	41.307	113	5.476	15	14.178	39
<b>CN2</b>	25.916	3.659	10	8.784	24	10.395	28	968	3	2.110	6
<b>AT</b>	41.326	2.889	8	16.026	44	6.329	17	328	1	15.754	43
<b>AL</b>	88.018	13.138	36	20.845	57	34.607	95	4.533	12	14.895	41
<b>Regione</b>	<b>1.108.971</b>	<b>75.314</b>	<b>206</b>	<b>463.283</b>	<b>1269</b>	<b>313.298</b>	<b>858</b>	<b>46.641</b>	<b>128</b>	<b>210.435</b>	<b>577</b>

Fonte: Piani di Attività

5. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2013

Anno 2013											
ASL	Numero giornate totali	Giornate erogate Comunità alloggio	Numero indicativo o Assistiti Comunità alloggio	Giornate erogate Gruppi appartamento e progetti individuali	Numero indicativo o Assistiti GA e PI	Giornate erogate Comunità protette (A e B)	Numero Indicativo o Assistiti Comunità Protette	Giornate erogate Comorbilità psichiatrica	Numero Indicativo o Assistiti Comorbilità	Giornate erogate RSA / RAF	Numero Indicativo o Assistiti RSA/RAF
	A	B	C=B/365	D	E=D/365	F	G=F/365	H	I=H/365	L	M=L/365
TO1	194.232	4.531	12	93.011	255	29.689	81	15.677	43	51.324	141
TO2	104.987	3.276	9	46.334	127	47.200	129	214	1	7.963	22
TO3	181.563	13.771	38	78.850	216	41.368	113	6.029	17	41.545	114
TO4	169.825	18.216	50	79.441	218	40.061	110	3.856	11	28.251	77
TO5	66.957	365	1	37.904	104	11.439	31	5.146	14	12.103	33
VC	28.203	1.191	3	15.607	43	3.861	11	1.458	4	6.086	17
BI	46.923	3.711	10	24.464	67	7.293	20	2.755	8	8.700	24
NO	43.401	0	0	16.211	44	22.449	62	365	1	4.376	12
VCO	25.462	0	0	13.915	38	4.893	13	63	0	6.591	18
CN1	92.111	8.758	24	25.360	69	35.466	97	3.157	9	19.370	53
CN2	25.216	3.647	10	9.132	25	9.529	26	107	0	2.801	8
AT	43.513	2.405	7	16.523	45	6.753	19	453	2	17.379	48
AL	90.671	12.716	35	24.937	68	33.203	91	4.742	13	15.073	41
<b>Regione</b>	<b>1.113.064</b>	<b>72.587</b>	<b>199</b>	<b>481.689</b>	<b>1320</b>	<b>293.204</b>	<b>803</b>	<b>44.022</b>	<b>121</b>	<b>221.562</b>	<b>607</b>

Fonte: Piani di Attività

6. Strutture residenziali psichiatriche: dettaglio per ASL delle giornate erogate e del numero indicativo degli assistiti nel 2014

ANNO 2014											
ASL	Numero giornate totali	Giornate erogate Comunità alloggio	Numero indicativo Assistiti Comunità alloggio	Giornate erogate Gruppi appartamento e progetti individuali	Numero indicativo Assistiti GA e PI	Giornate erogate Comunità protette (A e B)	Numero Indicativo Assistiti Comunità Protette	Giornate erogate Comorbilità psichiatrica	Numero Indicativo Assistiti Comorbilità	Giornate erogate RSA / RAF	Numero Indicativo Assistiti RSA/RAF
	A	B	C=B/365	D	E=D/365	F	G=F/365	H	I=H/365	L	M=L/365
TO1	191.837	4.411	12	90.546	248	27.909	76	16.113	44	52.858	144
TO2	136.450	49.544	136	44.558	122	851	2	11.985	33	29.512	81
TO3	195.858	13.548	37	87.980	241	44.109	121	7.272	20	42.949	117
TO4	132.353	11.554	32	50.229	1	37.054	101	5.987	16	27.529	75
TO5	66.826	365	1	36.313	100	12.431	34	4.706	13	13.011	35
VC	28.621	1.089	3	15.646	43	4.830	13	2.311	6	4.745	13
BI	43.148	3.556	9	20.391	56	7.971	22	2.529	7	8.701	20
NO	40.360	0	0	13.625	37	23.382	64	365	1	2.988	8
VCO	19.227	0	0	6.110	17	4.340	12	49	0	8.728	24
CN1	95.634	7.179	20	25.652	70	38.646	106	2.937	8	21.220	58
CN2	26.232	3.650	10	8.723	24	10.888	30	51	0	2.920	8
AT	38.010	2.267	6	14.674	40	4.921	40	266	1	15.882	43
AL	93.834	14.528	39	25.737	70	33.564	92	5.287	14	14.718	40
<b>Regione</b>	<b>1.108.390</b>	<b>111.691</b>	<b>306</b>	<b>440.184</b>	<b>1206</b>	<b>250.896</b>	<b>687</b>	<b>59.858</b>	<b>164</b>	<b>245.761</b>	<b>673</b>

Fonte: Piani di Attività