



**CONSIGLIO REGIONALE
DEL VENETO**
(X Legislatura)

**QUINTA COMMISSIONE
CONSILIARE PERMANENTE**
(Politiche socio sanitarie)

Parere alla Giunta regionale n. 267

Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.

*Richiesta di parere alla Commissione Consiliare
(legge regionale n. 23/2012, art. 10, comma 1)*

DOCUMENTAZIONE

1 ATTI	
1.1	DGR n. 129/CR del 29 dicembre 2017

2 PRECEDENTI	
2.1	

3 NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
3.1	Legge regionale n. 23 del 2012, art. 10, comma 1.
3.2	Legge regionale n. 19 del 201623/2012, art. 15.
3.3	DGR n. 1616 del 2008
3.4.	DGR n. 748 del 2011
3.5	DGR n. 1558 del 2013
3.6	DGR n. 2122 del 2013, allegati E e G
3.7	DGR n. 2704 del 2014
3.8	DGR n. 1170 del 2015

4 ALTRI DOCUMENTI DI SUPPORTO ALLE DECISIONI	
4.1	

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

 **Consiglio Regionale del Veneto**

N del 09/01/2018 Prot.: 0000352 Titolario 2.14
CRV CRV spc-UPA

Al Signor PRESIDENTE
della QUINTA Commissione Consiliare

e, p.c. Ai Signori PRESIDENTI
delle Commissioni Consiliari

Ai Signori PRESIDENTI
dei Gruppi Consiliari

Loro sedi



X LEGISLATURA

Oggetto: Parere alla Giunta regionale n. 267
Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-
ospedaliera per la salute mentale.

*Richiesta di parere alla Commissione Consiliare (legge regionale n.
23/2012, art. 10, comma 1)*

Trasmetto in allegato copia della deliberazione n. 129/CR del 29 dicembre 2017
relativa all'oggetto, inviata dal Presidente della Giunta regionale con nota datata
5 gennaio 2018 prot. n. 3907/51.04/A.000.01.2, per il parere di competenza di
codesta Commissione.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

(Roberto Giambetti)

UFFICIO
ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Il Dirigente

dott.ssa Maria Teresa Mariani UFFICIO ATTIVITÀ E RAPPORTI ISTITUZIONALI
pareri giunta regionale al dirigente capo
Prot. 106 del 5 gennaio 2018

IL SEGRETARIO GENERALE
(dott. Roberto Valente)

SERVIZIO ATTIVITÀ Ufficio attività
E RAPPORTI istituzionali
ISTITUZIONALI

San Marco 2322 +39 041 2701416 tel
Palazzo Ferro Fini +39 041 2701271 fax
30124 Venezia uatt@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 5 GEN. 2018 Protocollo N° 3907 /51.04 Class: A.000.01.2 Prat. Fasc. Allegati N°

OGGETTO: Trasmissione deliberazione della Giunta regionale n. 129/CR del 29.12.2017: "Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 10, comma 1. l.r. 23/2012."

Al Signor Presidente
del Consiglio regionale
VENEZIA

e, p.c.: Al Signor Direttore generale
Area
Sanità e sociale
SEDE

La Giunta regionale ha approvato la deliberazione n.129/CR indicata in oggetto.

Al fine del provvedimento da adottarsi da parte della Giunta medesima, si prega di promuovere il parere della competente Commissione consiliare, ai sensi dell'art. 10, comma 1, della legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012.

Cordiali saluti.



d'ordine del Presidente
Il Segretario della Giunta
Avv. Mario Caramel

P.O. Segreteria di Giunta -Atti deliberativi:
Dott.ssa Annalisa Giacometti
(tel. n. 041/2792937 - fax n. 041/2793627
e-mail: uff.delibere@regione.veneto.it
Referente: Monica Pilot tel. n. 2998

Segreteria della Giunta regionale
Direzione Verifica e Gestione Atti del Presidente e della Giunta
Dorsoduro, 3901 - 30123 Venezia Tel. 0412792947 - Fax 041/2793627
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it





Proposta n. 2310 / 2017

PUNTO 37 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 29/12/2017

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 129 / CR del 29/12/2017

OGGETTO:

Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 10, comma 1. l.r. 23/2012.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Assente
	Federico Caner	Assente
	Elisa De Berti	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Mario Caramel	
Segretario verbalizzante		

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 10, comma 1. l.r. 23/2012.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con legge regionale n. 23/2012 e s.m.i. la Regione del Veneto ha dettato le nuove norme in materia di programmazione socio-sanitaria e ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (di seguito denominato PSSR).

Il PSSR che individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2012-2016, è reso operativo dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali.

L'art. 10, comma 1 della citata legge, sancisce che la Giunta Regionale approvi, in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 3 – sentita la competente Commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio – contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

Il sistema delle schede di dotazione territoriale riguarda:

- la programmazione dei Distretti socio-sanitari e la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso i nuovi team multiprofessionali (Medicine di Gruppo Integrate) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- la programmazione dei posti letto delle Strutture di ricovero intermedie;
- la rilevazione dell'offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani.

Con DGR n. 2122 del 19 dicembre 2013, in ottemperanza al PSSR, sono state adeguate le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate e definite le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie, tra cui le CTRP per pazienti con disturbi psichiatrici. In particolare, con l'Allegato E sono stati approvati i criteri e la determinazione di posti di strutture di ricovero intermedie a livello regionale e per singola Azienda ULSS, e con l'Allegato G sono state approvate le schede di dotazione territoriale per singola Azienda.

Il Piano socio sanitario 2012-2016, approvato con legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, individua la seguente articolazione territoriale per l'area salute mentale in ambito residenziale:

- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) con due moduli: ad alta attività assistenziale e ad attività assistenziale intermedia;
- Comunità Alloggio con due moduli (di base ed estensivo) a protezione differenziata per pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con verifiche predefinite e rinnovabilità degli stessi;
- Gruppi Appartamento Protetti con assistenza socio-sanitaria di bassa intensità.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale per la salute mentale vanno inoltre richiamati i seguenti provvedimenti:

- DGR 1616 del 17 giugno 2008 con la quale sono stati approvati requisiti e gli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale ai sensi della L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali". La successiva DGR n. 748 del 7 giugno 2011 ha aggiornato gli standard ed i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale della "CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" e della



"CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici" in considerazione delle novità introdotte dal Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute mentale.

- DGR 651 del 9 marzo 2010 Progetto Obiettivo Regionale per la Salute mentale - triennio 2010-2012
- DGR 1558 del 3 settembre 2013 che ha recepito il documento approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 Piano di azioni nazionali per la salute mentale (PANSM);
- DGR 2704 del 29 dicembre 2014 che ha recepito l'Accordo "Le Strutture residenziali Psichiatriche" – Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013. Tale documento si riferisce a strutture residenziali che accolgono utenti adulti e fornisce indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni
- DGR 1170 del 08 settembre 2015 che ha recepito l'Accordo "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" – Rep. Atti n. 137/CU del 13 novembre 2014. Il documento ha l'obiettivo di definire standard dei percorsi assistenziali, di promuovere l'appropriatezza erogativa e la differenziazione delle prestazioni, di ottimizzare le risorse strutturali e professionali oltre che di sviluppare - all'interno di ciascuna Regione - processi di benchmarking tra i diversi Dipartimenti per la Salute Mentale.
- La legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 che ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta e individuato nuovi ambiti territoriali delle aziende ulss. In particolare l'art. 15 che recita:omissis... la Giunta Regionale provvede ad una riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari al fine di:....omissis... i) sostenere il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona, garantendo l'equità territoriale, favorendo lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione nelle varie aree, quali: famiglia, infanzia, adolescenza, giovani, anziani, disabili, dipendenze, salute mentale, sanità penitenziaria, promuovendo la piena integrazione tra i soggetti pubblici e privati coinvolti nella costruzione e gestione del sistema integrato.

Considerato il quadro sopra descritto sono stati costituiti due gruppi di lavori con i seguenti mandati:
1. Gruppo di lavoro regionale per la verifica e l'adeguamento del sistema di offerta residenziale per la salute mentale a supporto dell'Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria con il seguente mandato (decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 106 del 14 ottobre 2016)

- definizione standard di posti letto, attualmente non esistente per le Comunità Alloggio di base, Comunità Alloggio estensive, Gruppo Appartamento Protetto;
- integrazione alla DGR n.1616/2008 e DGR n.748/2011 di eventuali nuove unità di offerta di residenzialità.

2. Gruppo di lavoro per la verifica e l'adeguamento del sistema tariffario relativo agli inserimenti residenziali di utenti affetti da patologia psichiatrica in strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate con il seguente mandato (decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 105 del 14 ottobre 2016)

- revisione della DGR n. 494 del 16 aprile 2013;
- definizione di un sistema tariffario integrato fra le diverse strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie a valenza riabilitativa e assistenziale-riabilitativa, afferenti alla salute mentale (DGR n. 1616 del 17 giugno 2008 e succ. mod.), che favorisca l'autonomizzazione dell'utente in armonia con la mission delle strutture stesse.

I Gruppi di lavoro, come richiesto dal mandato loro attribuito, hanno prodotto un approfondito lavoro, che è stato portato all'attenzione della Commissione tecnico-consultiva regionale per la salute mentale, istituita con DGR 1631 del 21 ottobre 2016.

Con il presente atto si intende, quindi, procedere alla riorganizzazione della rete extra ospedaliera residenziale per la salute mentale, al fine di rendere il sistema coerente ai cambiamenti socio-epidemiologici, di innovare il modello organizzativo sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, di garantire una equa distribuzione delle risorse e di adottare efficienti modelli gestionali.



Si evidenzia, inoltre, che la riorganizzazione dei servizi, secondo le modalità previste dal presente provvedimento, deve essere attuata salvaguardando gli equilibri di bilancio, nel rispetto degli obiettivi e dei vincoli di costo assegnati con specifici provvedimenti e compatibilmente con le risorse finanziarie assegnate a ciascuna azienda sanitaria.

Di seguito viene rappresentato il razionale della programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.

L'offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale rientra nel sistema globale di trattamento e riabilitazione afferente ai Dipartimenti di Salute Mentale il cui obiettivo è rispondere ai bisogni dell'utenza mediante l'erogazione di diversi livelli di intensità di cura nel rispetto dei vigenti LEA. Presso le strutture residenziali si attuano interventi di provata efficacia relativamente alle aree clinico-psichiatrica, psicologica, riabilitativa ed interventi a carattere risocializzante. Questi interventi vengono prestati nelle diverse tipologie di unità di offerta, sanitarie e socio-sanitarie. L'integrazione e lo stretto raccordo, possibili solo in ottica dipartimentale, fra le diverse unità di offerta che a vario titolo concorrono al sistema, permettono di dare risposta alle diverse richieste per intensità di cura legate al Piano di Trattamento Individuale (PTI).

La rete delle strutture residenziali è rivolta a tutta la popolazione adulta con gravi patologie trattate dai Dipartimenti di salute Mentale, prevalentemente all'utenza affetta da patologia psicotica che esordisce frequentemente in età adolescenziale e post-adolescenziale e richiede, in questa fase, trattamenti residenziali sanitari intensivi.

I parametri di riferimento relativamente alla necessità di utilizzo del sistema di offerta residenziale sono da considerarsi il livello di intensità di cure richiesto e la congruità con la necessità individuata all'interno del Piano Terapeutico Individuale, e non la diagnosi in senso stretto. In tal senso si evidenzia la necessità di definizione della diagnosi riabilitativa a corollario della diagnosi clinica.

Pertanto, appare utile sottolineare alcuni concetti relativi all'utenza a cui sono rivolti i trattamenti residenziali.

Innanzitutto vanno considerati i quadri che richiedono trattamenti intensivi per tempi relativamente brevi. Questi quadri, legati prevalentemente alle condizioni di esordio della patologia, grazie alla diagnosi precoce ed all'effettuazione tempestiva degli interventi terapeutico-riabilitativi, beneficiano di un miglioramento tangibile della prognosi.

Un altro target riguarda quadri psicopatologici stabilizzati, ma con aspetti di disabilità residua in diverse aree, che necessitano di interventi intensivi, sia pur distribuiti in un arco maggiore di tempo rispetto alle situazioni sopra descritte. In entrambi i casi, è necessario ricorrere prevalentemente all'utilizzo di tecniche adeguate e di provata efficacia che permettono di dare idonee risposte ed, in ultima analisi, ridurre i costi globali sia personali che collettivi di impatto sul sistema.

Per quanto concerne la cronicità e la gestione della disabilità residua relativa, si osserva che non è ancora completamente risolta la questione dei pazienti di derivazione manicomiale. Inoltre, la complessità e la multifattorialità del paziente cronico sono tali per cui le risposte, anche residenziali e di carattere estensivo, andrebbero articolate secondo una visione più ampia con il coinvolgimento e l'integrazione dei servizi del distretto competenti.

Infine, vanno considerate le aree dei bisogni emergenti che sono molteplici ma cui vale la pena almeno accennare: adolescenti con gravi problematiche psicopatologiche, disturbi di personalità gravi, doppia diagnosi con alcolismo e tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, handicap adulto con innesto di patologia psichiatrica, deterioramento mentale con sintomatologia psichiatrica ancora presente.

Nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2013, vengono individuati tre diversi livelli di intensità di cure da declinarsi all'interno del Progetto Terapeutico Diagnostico Assistenziale (PDTA), definito come strumento di gestione clinica, all'interno del quale trova spazio anche il sistema di residenzialità psichiatrica.



Inoltre, al fine di stabilire l'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Progetti di Trattamento Individuali (PTI) dei pazienti devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettivi gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale.

Vengono quindi presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Da ciò consegue la scelta della tipologia di struttura residenziale.

La tipologia delle strutture residenziali viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico, riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente, sia per il livello di intensità assistenziali offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, il documento ministeriale "Le strutture residenziali psichiatriche" (CU 17 ottobre 2013 individua tre tipologie di struttura residenziale:

1. Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
2. Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).
3. Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi (SRP3), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente:
 - nelle 24 ore (SRP3.1);
 - nelle 12 ore (SRP3.2);
 - per fasce orarie (SRP3.3).

La Regione del Veneto con DGR 2704/2014 ha recepito tali indicazioni stabilendo che:

- la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo A - ad alta intensità assistenziale;
- la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo B - ad intensità assistenziale intermedia;
- la Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3), corrisponde:
 - alla Comunità Alloggio Estensiva (CA estensiva), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore (SRP3.1);
 - alla Comunità Alloggio di Base (CA base), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente nelle 12 ore (SRP3.2);
 - al Gruppo Appartamento Protetto (GAP), nella sotto tipologia con personale sociosanitario presente per fasce orarie (SRP3.3).

Nel documento PANSM, precedentemente citato, vengono specificatamente definiti 4 PDTA : disturbi schizofrenici, disturbo bipolare, disturbo depressivo, disturbi gravi di personalità. Queste categorie diagnostiche costituiscono il maggior bacino d'utenza della residenzialità psichiatrica. Per quanto concerne il loro andamento epidemiologico, in termini di impatto sui servizi, la situazione può essere sinteticamente riassunta come segue.



I disturbi schizofrenici hanno sostanzialmente un'incidenza e prevalenza stabili. Purtroppo va segnalata la sempre maggior precocità d'esordio, spesso in età compresa fra 14 e 18 anni, e la presenza di un numero sempre più elevato di casi atipici, molte volte con latenziazione psicotiforme da abuso di sostanze di nuova generazione.

I disturbi dell'umore, secondo quanto riportato nel documento PANSM, nell'arco temporale che va dal 2003 al 2013, mostrano un aumento del 69% della prevalenza trattata e del 46% dell'incidenza trattata. Infine, per quanto concerne i disturbi gravi della personalità, si tratta di "condizioni cliniche di crescente rilievo per i Servizi di Salute Mentale, sia per il progressivo incremento epidemiologico che per le specifiche domande di trattamento che pongono, diverse nella natura, dal tradizionale intervento psichiatrico centrato sulla remissione della sintomatologia e sulla riabilitazione delle disabilità" (PANSM, 2013). La risposta ai bisogni di salute mentale necessita, pertanto, di interventi complessi e multiarticolati che comprendono l'attuazione di adeguati percorsi residenziali di diverso livello di intensità, nella logica dell'appropriatezza di utilizzo.

Il numero dei pazienti trattati territorialmente dai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto negli ultimi anni ha evidenziato un incremento passando da circa 60.000 utenti nel 2007 con una prevalenza complessiva di patologia di 140/10.000 abitanti (Rilevazione S.E.R.) a 67.000 utenti nel 2014 ad oltre 71.000 nel 2016 con una prevalenza di patologia di 163/10.000 abitanti (Flusso APT).

Il Progetto Obiettivo Salute Mentale nazionale 1994-1996 stabilisce nel 1994 uno standard "tendenziale di almeno 1 posto ogni 10.000 ab." per le "strutture per attività in regime residenziale" calcolato su tutta la popolazione residente.

Il Progetto Obiettivo Salute Mentale nazionale 1998-2000 stabilisce nel 1998 "lo standard tendenziale di 1 p.l./10.000 abitanti, di cui al precedente Progetto Obiettivo. Tuttavia, per le necessità residenziali dei degenti di pertinenza psichiatrica, dimessi dagli ex ospedali psichiatrici, le Regioni e le Province Autonome possono stabilire una quota aggiuntiva di un secondo posto letto ogni 10.000 abitanti, sempre calcolato su tutta la popolazione residente.

Il Progetto Progres, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, nel 2000 rileva un numero effettivo di strutture pari ad un tasso di 1,96 p.l. /10.000 abitanti per tutte le residenzialità di salute mentale calcolato su tutta la popolazione residente.

Le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale, approvate dalla Conferenza unificata Stato-Regioni il 20 marzo 2008, nella mappatura della situazione contestuale rilevano la presenza di strutture corrispondenti ad un tasso di 3,1 p.l. /10.000 abitanti per tutte le residenzialità di salute mentale calcolato su tutta la popolazione residente.

Tale dato è sostanzialmente confermato dai Report ministeriali relativi al flusso STS, prodotti dal 2009 al 2011, che descrivono un valore nazionale stabile di 3,2 p.l./10.000 ab attribuendo al Veneto un tasso del 3,7/10.000 ab. calcolato su tutta la popolazione residente.

Peraltro nel documento ministeriale (CU 17 ottobre 2013) relativo alle strutture residenziali psichiatriche si afferma che "Le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento;
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione."

Attualmente il sistema di offerta residenziale per la salute mentale consta dei seguenti posti letto autorizzati dalla Regione del Veneto, suddivisi nelle diverse UDO:



Tabella 1

<i>Tipologia di UDO</i>	Totale p.l.	di cui p.l. a gestione diretta	di cui p.l. a gestione indiretta (privati accreditati)
CTRP tipo A - SRP 1	249	153	96
CTRP tipo B - SRP 2	333	162	171
CA estensiva - SRP 3.1	631	191	440
CA base - SRP 3.2	343	82	261
GAP - SRP 3.3	303	81	222
Totale p.l.	1859	669	1190

Alla luce di quanto fin qui descritto e considerato che la DGR 2122 già nel 2013 definendo la dotazione di posti letto per le CTRP riconosceva di fatto un tasso di 1,5 p.l./10.000 abitanti maggiorenni, si osserva quanto segue.

Stante il progressivo aumento della prevalenza trattata dai DSM e tenuto conto dei bisogni emergenti, definita in maniera cogente la durata massima degli inserimenti residenziali, come di seguito descritto in quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017), e valutata, infine, la necessità di dare adeguata risposta a quanto previsto dalla legge 9/2012 relativamente alla gestione dei pazienti autori di reato con misura di sicurezza non detentiva - tale norma prevede che “.. le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse (dalla REMS ndr) e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale” - si stabilisce un fabbisogno massimo di riferimento per le strutture sanitarie di 2 p.l./10.000 ab. maggiorenni.

Si precisa che viene rispettato quanto previsto dal DM 2 aprile 2015 n. 70 in quanto i posti letto sanitari territoriali per la salute mentale non sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri (art. 1, comma 3, lett. C) e quindi non computabili.

Per quanto concerne il fabbisogno delle strutture socio-sanitarie è opportuno fare riferimento alla dotazione minima prevista dalla 1616/2008. In riferimento ai parametri ivi definiti, ipotizzando un'occupazione delle strutture dell'80%, emerge una dotazione minima di 3,2 p.l./10.000 ab maggiorenni.

Valutata la necessità di contenere il ricorso al sistema di offerta residenziale, mediante l'integrazione del sistema della semiresidenzialità ed i percorsi di residenzialità leggera, si stabilisce un fabbisogno massimo di riferimento per le strutture socio-sanitarie di 3 p.l. /10.000 abitanti maggiorenni.

Si precisa che le Comunità Alloggio modulo estensivo non potranno costituire più della metà della dotazione complessiva prevista per tutte le strutture socio-sanitarie.

Questa dotazione complessiva appare armonica e permette di definire il ruolo della residenzialità psichiatrica all'interno del sistema complessivo di cure offerto dai DSM. Per questi diventa inderogabile, al fine di rendere sostenibile il sistema di offerta in relazione ai fabbisogni precedentemente stabiliti, attuare azioni di integrazione con la gestione territoriale ambulatoriale e domiciliare, il ricorso strategico alle strutture semi-residenziali, la razionalizzazione delle degenze ospedaliere ed il ricorso ai percorsi di residenzialità leggera per promuovere l'autonomia dell'utenza.



Tabella 2

Programmazione del sistema di offerta residenziale salute mentale					
UDO	Totale p.l.	di cui p.l. a gest. diretta	di cui p.l. a gest. Indiretta (Privati accreditati)	Formula di calcolo del costo massimo per inserimenti in strutture private accreditate	Costo totale massimo per UDO euro
CTRP tipo A	409	153	256	256 p.l. x 365 gg. x 178euro	16.632.320
CTRP tipo B	410	162	248	248 p.l. x 365 gg. x 138euro	12.491.760
CA estensiva	614	191	423	423 p.l. x 365 gg. x 44euro	6.793.380
CA base	340	82	258	258 p.l. x 365 gg. x 35euro	3.295.950
GAP	275	81	194	194 p.l. x 365 gg. x 18euro	1.274.580
	Tot. 2048	669	1379		40.487.990
Acquisti in essere per servizi					7.000.000/anno
Quote di compartecipazione alla tariffa sanitaria per pazienti complessi inseriti in strutture non afferenti alla salute mentale e quote di cui alla DGR1331/2012					4.750.000/anno
Costo totale acquisti prestazioni					52.237.990

La Tabella 2 rappresenta la programmazione prevista per le strutture residenziali del sistema di offerta della salute mentale ed è analiticamente esposta nell'**Allegato A** relativamente ai bacini di utenza delle Aziende Ulss.

Tale programmazione prende atto delle strutture a gestione diretta esistenti – Tabella 1 - e quantifica il budget complessivo massimo relativo agli acquisti di prestazioni per inserimenti in strutture residenziali. Tale budget è comprensivo:

- 1) dei costi massimi determinati dagli inserimenti presso le strutture private accreditate - bilancio area sanitaria - ricadenti nel conto BA0900 (B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale;
 - 2) degli acquisti per servizi in essere afferenti la gestione delle strutture a titolarità pubblica – bilancio area sanitaria - ricadenti nel conto BA0900 (B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale;
 - 3) delle quote di compartecipazione alla tariffa sanitaria per pazienti complessi inseriti in strutture non afferenti alla salute mentale - bilancio area sanitaria - e delle quote di cui alla DGR 1331/2012 - ricadenti nel conto BA0900 (B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale.
- Il budget complessivo per gli acquisti di prestazioni di psichiatria in regime di residenzialità è stabilito in euro 52.250.000,00.

Si precisa che, nel rispetto del principio della territorialità e dell'equità di accesso alle cure:

- i costi determinati dagli inserimenti nelle strutture private accreditate di ciascuna Aziende Ulss (punto 1), a conclusione del processo di riorganizzazione, vanno parametrati al relativo numero di posti letto previsti,



- i costi in essere degli acquisti per servizi (punto 2) vengono mantenuti dalle Aziende Ulss interessate (AUlss 5,6,8,9);
- le quote di compartecipazione alla tariffa sanitaria per pazienti complessi inseriti in strutture non afferenti alla salute mentale e di cui alla DGR 1331/2012 (punto 3), a conclusione del processo di riorganizzazione, vanno parametrize al bacino di popolazione di riferimento.

Le Aziende Ulss dovranno adeguare il proprio sistema di offerta residenziale, nei limiti dei vincoli posti in ordine al fabbisogno ed alla sostenibilità economico-finanziaria, redigendo un piano di massima da inoltrare entro 45 giorni dall'approvazione della presente delibera all'UO regionale competente per il visto di congruità.

Questo piano dovrà prevedere la conclusione del processo di riorganizzazione entro i 18 mesi successivi, fatte salve eventuali esigenze particolari legate alle scadenze degli accreditamenti in essere. Premesso quindi che è obiettivo primario garantire la territorialità di competenza, vanno considerate eventuali situazioni psicopatologiche peculiari che possono beneficiare di collocazione in strutture extra-Ulss, secondo i criteri successivamente descritti.

Si precisa che il fabbisogno massimo di riferimento va inteso come dotazione massima di posti letto a disposizione di ciascuna Azienda Ulss, indipendentemente dalla collocazione della struttura, intra o extra-ulss/regionale.

Si precisa inoltre che, fermo restando il vincolo del budget e del numero dei posti letto accreditati, nel rispetto del principio della territorialità e dell'equità di accesso alle cure, le Aziende Ulss potranno ricorrere ad una diversa distribuzione nella tipologia di gestione dei posti letto di cui alla Tabella 2.

Giova ricordare in questa sede che sono esclusivamente i soggetti accreditati, individuati tra quelli già autorizzati, "tenuto conto della capacità produttiva in rapporto al fabbisogno complessivo, con riferimento alla localizzazione e distribuzione territoriale delle strutture....presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture...., in conformità agli atti di programmazione socio-sanitaria regionale vigenti" (art.15 della L.R. n.22/02), che possono erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto ed a carico del servizio sanitario regionale solo ed unicamente nell'ambito di accordi contrattuali, sottoscritti con le Aziende Ulss di riferimento.

Quanto previsto supera, pertanto, la disposizione contenuta nella DGR 1438/2017 in ordine alla "prosecuzione delle attività nelle more della conclusione degli iter di accreditamento" in quanto questa programmazione individua il fabbisogno dei posti letto accreditati.

La programmazione di cui alla Tabella 2 supera, inoltre, quanto previsto nella DGR 1616/2008 e nella DGR 2122/2013 in materia.

Il fabbisogno massimo di riferimento di posti letto relativo alle Aziende Ulss, è riportato in forma analitica nell'**Allegato A**.

Questa programmazione del sistema di offerta residenziale permette di dare adeguata risposta ai bisogni di trattamento e riabilitazione intensiva ed estensiva sanitaria e socio-sanitaria, così come previsto dai vigenti LEA e consente il corretto monitoraggio per la necessaria programmazione sia a livello regionale che locale.

Relativamente ad eventuali inserimenti di utenti in strutture residenziali extraospedaliere ubicate in altre Regioni, dovrà essere garantito il rispetto dei seguenti vincoli: accreditamento della struttura interessata quale erogante prestazioni psichiatriche secondo il sistema di accreditamento della Regione di appartenenza,



rispetto della quota sanitaria di riferimento per analogia di appartenenza secondo i livelli di intensità di trattamento previsti dalla DGR 2704/14 della Regione del Veneto, rispetto del tetto di spesa aziendale.

Tra i posti letto dedicati all'area salute mentale vanno considerati, ma non conteggiati all'interno della dotazione precitata, i posti letto della struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato "Casa Don Girelli" (DGR 1331 del 17 luglio 2012), progetto finanziato al suo avvio dalla Regione del Veneto per la gestione dei pazienti giudiziari, confermandone la quota sanitaria già prevista. A tal proposito si precisa che il ristoro di parte dei costi relativi va prevista nell'ambito dei fondi ministeriali dedicati ai programmi per la dismissione degli Ospedali Psichiatrici (legge 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3-ter c. 5 e succ. modif.).

Inoltre, non è stato conteggiato il sistema di offerta specifico dedicato al trattamento dei disturbi della condotta alimentare.

In accordo con quanto previsto dai LEA (DPCM 12 gennaio 2017) ed in armonia con quanto emerso all'interno dei tavoli tecnici regionali si definiscono di seguito le durate massime dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) relativi alla permanenza all'interno delle diverse UDO:

- CTRP tipo A SRP 1 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 18 mesi, prorogabile per altri 6 con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- CTRP tipo B SRP 2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 36 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- CA modulo Estensivo SRP 3.1 - La durata del progetti è definita dal Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) e valutata almeno annualmente.
- CA modulo Base - SRP 3.2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 24 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- GAP - SRP 3.3 - La durata del progetti è definita dal Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) e valutata almeno annualmente.

Si ritiene, inoltre, di ridefinire i criteri di inclusione/esclusione del modulo di CA estensiva - SRP 3.1 per meglio garantire l'appropriatezza di utilizzo di questa tipologia di struttura, come di seguito descritto. Utenti adulti, con problematiche psichiatriche:

Modulo estensivo: l'età al momento dell'ingresso è di norma superiore ai 40 anni; schizofrenia e psicosi schizofreniche, sindromi affettive gravi, gravi disturbi di personalità sono da considerarsi diagnosi elettive; la malattia deve essere severa e persistente e accompagnata da scarsa autonomia personale e sociale; in analogia con le altre unità di offerta della salute mentale, sono esclusi i pazienti affetti da demenza, ritardo mentale medio o grave.

In riferimento a quanto definito dall'Accordo sul documento "Le strutture residenziali psichiatriche"- Conferenza Unificata del 17.10.2013 n.116/CU sono da considerarsi criteri di esclusione :

- Insufficienza mentale
- Disturbi pervasivi dello sviluppo
- Disturbi dello spettro autistico
- Dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica
- Disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia)

Si considerano ulteriori criteri di esclusione:



- Pazienti psichiatrici le cui necessità assistenziali siano di fatto determinate da una patologia organica grave o cronica ma che non necessitino di interventi riabilitativi dedicati.
- Situazioni di esclusivo disagio sociale.

Inoltre, per garantire adeguata omogeneità di trattamento riabilitativo e qualità dell'offerta, si rende necessario l'utilizzo di adeguati strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale utilizzando almeno quanto previsto nell'Allegato B.

Percorsi di residenzialità leggera: "Abitare supportato"

Relativamente alla necessità di implementare i percorsi di residenzialità leggera, come precedentemente espresso, soprattutto in ordine alla necessità di favorire l'autonomizzazione dell'utenza e il contestuale ricorso a strumenti innovativi che consentano il contenimento della spesa, anche in relazione a quanto approfondito negli appositi tavoli tecnici regionali, è stato prodotto l'Allegato C. Di fatto, la domiciliarietà intensiva finalizzata "all'abitare supportato", come esplicitato nell'allegato, tende a limitare la perdita di autonomia degli utenti riducendo il ricorso alla residenzialità più strutturata che determina costi sociali ed economici maggiori.

In relazione a ciò si stabilisce l'istituzione di un albo regionale a cura dell'U.O. competente in cui siano censite e monitorate le abitazioni di residenzialità leggera. L'albo regionale verrà istituito con decreto del Direttore U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria e verrà aggiornato con periodicità annuale. All'albo potranno essere iscritte tutte quelle strutture che siano inserite nella programmazione dei Piani di Zona e che, per il tramite del competente DSM, abbiano comunicato l'inizio dell'attività, proposto una descrizione sintetica del loro funzionamento e che rispondano alle caratteristiche di Comunità familiare o Gruppo appartamento così come definito nella DGR 84/2007.

Sistema tariffario

Viene rivisto il sistema tariffario definito con DGR 494 del 16 aprile 2013 per favorire un corretto ed adeguato utilizzo delle strutture nell'ottica di rendere virtuosi i percorsi di cura terapeutico-riabilitativi dell'utenza.

L'obiettivo di rendere più omogenea l'offerta nasce dalla constatazione dell'estrema variabilità in termini di tariffe praticate, in particolare in riferimento all'eterogeneità nella composizione delle equipe multiprofessionali.

Pertanto è stato elaborato il costo medio sulla base di una composizione tipo dell'equipe multiprofessionale utilizzando un modello di equipe teorica, quali/quantitativamente puntualmente definito, parametrato sui rapporti operatore/utente già definiti dalla DGR 1616/2008 e dalla DGR 748/2011 ed integralmente adottati in questa delibera, adeguato per una efficace gestione terapeutico-riabilitativo-assistenziale delle diverse strutture analizzate, che va quindi inteso come modello di riferimento. Inoltre, è stato utilizzato il monitoraggio di un campione ampiamente rappresentativo di tutte le strutture a gestione diretta ed indiretta, con la fattiva collaborazione di Federsolidarietà Veneto, per quanto concerne i costi medi delle diverse tipologie di UDO.

Successivamente, sulla base dei costi medi elaborati, alla luce delle criticità evidenziate nel report sulla compartecipazione alla spesa sociale degli inserimenti in strutture e percorsi riabilitativi del dipartimento di salute mentale, valutati gli elementi di contesto, sono state definite le tariffe massime di riferimento (IVA inclusa se dovuta) per le diverse UDO.

Nell'**Allegato D** è dettagliata la metodologia utilizzata dal gruppo di lavoro. La tabella che segue riporta in modo sintetico le diverse tariffe:

<i>Tipologia struttura</i>	<i>Tariffa massima di riferimento/die (euro)</i>	<i>Quota sanitaria/die (euro)</i>
CTRP tipo A – SRP 1	178,00	178,00
CTRP tipo B – SRP 2	138,00	138,00
Comunità alloggio estensiva – SRP 3.1	110,00	44,00



Comunità alloggio base – SRP 3.2	88,00	35,00
Gruppo appartamento protetto – SRP 3.3	44,00	18,00

Sistema di controllo dei tempi di permanenza

Nell'ottica di garantire il rispetto dei tempi massimi di permanenza in struttura, così come definito precedentemente, anche sulla base di quanto indicato nella normativa relativa ai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017 – pubblicato in GU n. 65 del 18 marzo 2017), viene individuato un duplice sistema di controllo, relativo sia al Dipartimento di Salute Mentale di riferimento che alla struttura accreditata (in caso di struttura a gestione indiretta) nell'ottica di una responsabilità clinico-gestionale condivisa (Allegato D). Si precisa che:

- in caso di inserimento dell'utente in struttura a gestione diretta, il controllo sarà attuato esclusivamente a carico del DSM dell'AULss competente;
- in caso di inserimento dell'utente in struttura a gestione indiretta, il controllo sarà attuato sia a carico del DSM dell'AULss competente, titolare della presa in carico dell'utente, che della struttura accreditata.

Il computo della permanenza degli utenti nelle diverse unità di offerta va effettuato a far data dall'entrata in vigore del presente provvedimento.

La psichiatria di comunità del Veneto si fonda su un modello di integrazione socio-sanitaria unico che rappresenta un patrimonio culturale da consolidare ed incentivare. La gestione ottimale della filiera riabilitativa è quella che valorizza il rapporto pubblico-privato, adeguatamente regolamentato, in cui è centrale il ruolo dei Dipartimenti di Salute mentale nella presa in carico (case-management) e la specificità professionale nonché la responsabilità clinico-gestionale dei diversi attori concorrenti.

Con il presente provvedimento alla luce di quanto sopra richiamato si intende procedere alla revisione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale, definendo fabbisogno massimo di posti letto, tempi di permanenza, tariffe massime di riferimento e quote sanitarie die/utente, sistema di controllo per il rispetto dei tempi di permanenza, strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale come rappresentato nei seguenti allegati:

- **Allegato A** Dotazione massima posti letto strutture residenziali per Aziende Ulss;
- **Allegato B** Strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale;
- **Allegato C** Percorsi di residenzialità leggera;
- **Allegato D** Metodologia elaborazione costi medi e sistema di controllo dei tempi massimi di permanenza.

Eventuali integrazioni e/o revisioni di quanto previsto nel presente provvedimento, anche a seguito della verifica sopra detta, potranno essere apportati con decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, qualora non ricadenti negli aspetti di riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari come previsto dall'art. 15 della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016.

Il presente provvedimento ha natura di atto interno all'amministrazione regionale, non produttivo di effetti giuridici all'esterno della stessa.

Si incarica la Segreteria della Giunta della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio Regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare previsto dall'art. 9, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, della L.R. n. 23/2012 e s.m.i.



Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

Vista la Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012;

Vista la Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016;

Vista la DGR 1616 del 17 giugno 2008;

Vista la DGR 748 del 7 giugno 2011;

Vista la DGR 2122 del 19 novembre 2013;

Vista la DGR 1558 del 3 settembre 2013;

Vista la DGR 2704 del 29 dicembre 2014;

Vista la DGR 1170 del 08 settembre 2015;

Visto l'art. 10, comma 1, l.r. 23/2012

DELIBERA

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che il fabbisogno massimo di riferimento per le strutture sanitarie del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliero per la salute mentale è di 2 posti letto/10.000 abitanti maggiorenni;
3. di stabilire che il fabbisogno massimo di riferimento per le strutture socio-sanitarie del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliero per la salute mentale è di 3 posti letto/10.000 abitanti maggiorenni; si precisa che le Comunità Alloggio modulo estensivo non potranno costituire più della meta della dotazione complessiva prevista per tutte le strutture socio-sanitarie;
4. di approvare la programmazione del sistema di offerta residenziale per la salute mentale descritto nella Tabella 2;
5. di approvare l'**Allegato A** che definisce le rispettive dotazioni di posti letto per le diverse Aziende Ulss;
6. di definire, secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) ed in armonia con quanto emerso all'interno dei tavoli tecnici regionali le durate massime dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati relativi alla permanenza all'interno delle diverse UDO come di seguito:
 - CTRP tipo A SRP 1 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 18 mesi, prorogabile per altri 6 con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.



- CTRP tipo B SRP 2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 36 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile
 - CA modulo Estensivo SRP 3.1 - La durata del progetti è definita dal Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) e valutata almeno annualmente.
 - CA modulo Base - SRP 3.2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 24 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile
 - GAP – SRP 3.3 - La durata del progetti è definita dal Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) e valutata almeno annualmente.
7. di ridefinire i criteri di inclusione/esclusione del modulo di CA estensiva – SRP 3.1 per meglio garantire l’appropriatezza di utilizzo di questa tipologia di struttura, come di seguito descritto:

Utenti adulti, con problematiche psichiatriche:

Modulo estensivo: l’età al momento dell’ingresso è di norma superiore ai 40 anni; schizofrenia e psicosi schizofreniche, sindromi affettive gravi, gravi disturbi di personalità sono da considerarsi diagnosi elettive; la malattia deve essere severa e persistente e accompagnata da scarsa autonomia personale e sociale; in analogia con le altre unità di offerta della salute mentale, sono esclusi i pazienti affetti da demenza, ritardo mentale medio o grave.

In riferimento a quanto definito dall’Accordo sul documento “Le strutture residenziali psichiatriche”- Conferenza Unificata del 17.10.2013 n.116/CU sono da considerarsi criteri di esclusione :

Insufficienza mentale

Disturbi pervasivi dello sviluppo

Disturbi dello spettro autistico

Dipendenze patologiche con comorbilità psichiatrica

Disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia)

Si considerano ulteriori criteri di esclusione:

Pazienti psichiatrici le cui necessità assistenziali siano di fatto determinate da una patologia organica grave o cronica ma che non necessitino di interventi riabilitativi dedicati.

Situazioni di esclusivo disagio sociale.

8. di stabilire che, al fine di garantire adeguata omogeneità di trattamento riabilitativo e qualità dell’offerta, le strutture accreditate dovranno utilizzare strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale secondo quanto descritto nell’**Allegato B**;
9. di approvare l’**Allegato C** “residenzialità leggera: abitare supportato” che ne descrive le caratteristiche.
10. di demandare all’U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria l’istituzione di un apposito albo regionale in cui saranno censite e monitorate le abitazioni di residenzialità leggera descritte nell’**Allegato C** di cui al punto precedente. All’albo potranno essere iscritte tutte quelle strutture che siano inserite nella programmazione dei Piani di Zona e che, per il tramite del competente DSM, abbiano comunicato l’inizio dell’attività, proposto una descrizione sintetica del loro funzionamento e che rispondano alle caratteristiche di Comunità familiare o Gruppo appartamento così come definito nella DGR 84/2007;
11. di stabilire le seguenti tariffe massime di riferimento/die e quote sanitarie/die:

Tipologia struttura	Tariffa massima di riferimento/die (euro)	Quota sanitaria/die (euro)
CTRP tipo A – SRP 1	178,00	178,00
CTRP tipo B – SRP 2	138,00	138,00
Comunità alloggio estensiva – SRP 3.1	110,00	44,00
Comunità alloggio base – SRP 3.2	88,00	35,00
Gruppo appartamento protetto – SRP 3.3	44,00	18,00



12. di confermare la quota sanitaria indicata nella DGR 1331 del 17 luglio 2012 per la struttura intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato "Casa Don Girelli", in funzione della sua specificità organizzativa e del ruolo assunto nella gestione del paziente giudiziario;
13. di approvare l'**Allegato D** in cui viene descritta la metodologia del gruppo di lavoro per l'elaborazione del costo medio e il sistema di controllo dei tempi massimi di permanenza;
14. di stabilire che il computo della permanenza degli utenti nelle diverse unità di offerta va effettuato a far data dall'entrata in vigore del presente provvedimento;
15. di stabilire che eventuali inserimenti di utenti in strutture residenziali extraospedaliere ubicate in altre Regioni potranno essere effettuati nel rispetto dei seguenti vincoli: accreditamento della struttura interessata quale erogante prestazioni psichiatriche secondo il sistema di accreditamento della Regione di appartenenza, rispetto della quota sanitaria di riferimento per analogia di appartenenza secondo i livelli di intensità di trattamento previsti dalla DGR 2704/14 della Regione del Veneto, rispetto del tetto di spesa aziendale;
16. di stabilire che, le Aziende Ulss dovranno adeguare il proprio sistema di offerta residenziale, nei limiti dei vincoli posti in ordine al fabbisogno ed alla sostenibilità economico-finanziaria, redigendo un piano di massima da inoltrare entro 45 giorni dall'approvazione della presente delibera all'UO regionale competente per il visto di congruità. Questo piano dovrà prevedere la conclusione del processo di riorganizzazione entro i 18 mesi successivi, fatte salve eventuali esigenze particolari legate alle scadenze degli accreditamenti in essere;
17. di rinviare a successivi decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale eventuali integrazioni e/ o revisioni di quanto previsto nel presente provvedimento, qualora non ricadenti negli aspetti di riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari come previsto dall'art. 15 della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016;
18. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
19. di incaricare la Segreteria della Giunta regionale della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio Regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione Consiliare previsto dall'art. 10, comma 1, della l.r. 23/2012.

(FIRMATO)

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel



**DOTAZIONE MASSIMA POSTI LETTO STRUTTURE RESIDENZIALI
PER AZIENDE ULSS**

Az. ULSS n. 1 DOLOMITI		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	17	176.222
CTRP tipo B	18	
CA estensiva	27	
CA base	15	
GAP	11	
TOTALE	88	

Azienda ULSS n. 2 MARCA TREVIGIANA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	73	729.222
CTRP tipo B	73	
CA estensiva	110	
CA base	62	
GAP	47	
TOTALE	365	

Azienda ULSS n. 3 SERENISSIMA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	54	541.709
CTRP tipo B	54	
CA estensiva	82	
CA base	46	
GAP	35	
TOTALE	271	

Azienda ULSS n. 4 VENETO ORIENTALE		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	18	181.032
CTRP tipo B	18	
CA estensiva	27	
CA base	15	
GAP	12	
TOTALE	90	

Azienda ULSS n. 5 POLESANA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	21	209.933
CTRP tipo B	21	
CA estensiva	31	
CA base	18	
GAP	14	
TOTALE	105	



2c3c15fe



Azienda ULSS n. 6 EUGANEA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	78	779.603
CTRP tipo B	78	
CA estensiva	117	
CA base	66	
GAP	51	
TOTALE	390	

Azienda ULSS n. 7 PEDEMONTANA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	30	303.153
CTRP tipo B	31	
CA estensiva	46	
CA base	26	
GAP	19	
TOTALE	152	

Azienda ULSS n. 8 BERICA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	41	411.497
CTRP tipo B	41	
CA estensiva	62	
CA base	35	
GAP	26	
TOTALE	205	

Azienda ULSS n. 9 SCALIGERA		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	77	763.649
CTRP tipo B	76	
CA estensiva	115	
CA base	65	
GAP	49	
TOTALE	382	

REGIONE DEL VENETO		
UDO	Dotazione massima posti letto	BACINO UTENZA AB. >17
CTRP tipo A	409	4.096.020
CTRP tipo B	410	
CA estensiva	617	
CA base	348	
GAP	264	
TOTALE	2.048	



2c3c15fe





Strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale

Premessa

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (Ministero della Salute 18 marzo 2008) stabiliscono tra le priorità quelle di *"sviluppare sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti, all'interno di una cultura della trasparenza, come effettivo superamento dell'autoreferenzialità, attraverso la diffusione di conoscenze e strumenti già in uso in altri campi dell'intervento sanitario (appropriatezza, accreditamento professionale, audit clinico, revisione tra pari), anche ai fini del miglioramento continuo e dimostrabile della qualità delle cure, sviluppando anche programmi di valutazione da parte dei cittadini"*. Inoltre, sottolineano l'importanza di promuovere ricerche collegate all'area clinica nei settori dello *"sviluppo di processi di accreditamento e verifica di qualità, fondati sui sistemi di audit clinico e revisione tra pari, con il coinvolgimento attivo di utenti e familiari"*, e nello *"sviluppo di pacchetti di indicatori per monitorare processi ed esiti di trattamenti integrati, in particolare sull'area della riabilitazione intensiva e precoce"*. Stabiliscono inoltre tra i parametri di valutazione dei DSM la *"documentazione relativa alla qualità percepita, e definiscono fondamentale valutare l'esito dei percorsi adottati, privilegiando l'analisi dei temi dell'abitare, del lavoro e delle relazioni sociali secondo criteri condivisi in grado di essere generalizzati"*.

Tra i Valori del Progetto Obiettivo (Dgr n. 651 del 09 marzo 2010) vi sono:

- 1. empowerment degli utenti, riconoscendo il ruolo di protagonista dell'utente nei processi di terapia e riabilitazione che lo coinvolgono, la sua partecipazione alla definizione degli obiettivi, degli strumenti, il suo essere interlocutore fondamentale nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi;*
- 2. efficacia degli interventi, attenta valutazione dei processi e dei risultati, con attenzione anche agli strumenti organizzativi.*

Inoltre si fa riferimento al fatto che la documentazione relativa alla qualità percepita può costituire elemento di valutazione del funzionamento di DSM.

Altresì ivi si fa riferimento a *"come il DSM utilizza i dati complessivi di valutazione dei risultati per ridefinire in accordo con le singole UOC le metodologie operative. Le modalità includono:*

- uso di strumenti di valutazione validati (HoNOS, VADO) e confrontabili;*
- valutazioni generali e periodiche; valutazioni gruppo specifiche; valutazione di aree come funzionamento sociale, funzionamento cognitivo, autonomia personale, psicopatologia;*
- PRI: progetto riabilitativo individualizzato scritto, condiviso e aggiornato;*
- valutazione dei bisogni e della soddisfazione di utenti e familiari;*
- introduzione dimensione temporale (turn over utenti);*
- valutazione oltre che di inserimenti lavorativi e ripresa rete sociale, anche del diverso utilizzo del CD"*.

Il Progetto Obiettivo ribadisce l'utilità che *"venga compilato uno strumento di valutazione del funzionamento sociorelazionale e delle abilità pratiche, con il quale attuare una verifica standardizzata dei cambiamenti che il percorso terapeutico riabilitativo nella SSM sarà in grado di attuare"*.



Inoltre, esso stabilisce che *“nell’ambito delle proprie attività il DSM utilizza gli strumenti di valutazione della soddisfazione dei familiari mediante la somministrazione di un questionario con cadenza biennale e della qualità della vita con cadenza triennale”*.

Il Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013 (OMS) prevede tra i suoi principi trasversali che *“le persone con disturbo mentale e disabilità psicosociale dovrebbero essere rafforzate (empowered) e coinvolte nell’advocacy, nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione in materia di salute mentale”*. Sottolinea come sia *“necessario un più attivo coinvolgimento e sostegno degli utenti nella riorganizzazione, nell’offerta, nella valutazione e nel monitoraggio dei servizi, affinché le cure ed i trattamenti rispondano meglio ai loro bisogni”*. Esso, tra le azioni proposte, annovera: *“rendere gli utenti e i loro familiari parte integrante del controllo qualità”*.

Il Gruppo di Lavoro Residenzialità Psichiatrica AGENAS-GISM, nel documento *“Le Strutture Residenziali Psichiatriche”* del 25 marzo 2013, *“raccomanda l’utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell’esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo”*.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013 sottolinea che, *“considerata inoltre l’importanza crescente che hanno assunto i trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno e la disomogeneità tra le diverse regioni, si rende necessaria la produzione di linee di indirizzo ad hoc che definiscano in modo puntuale gli obiettivi, gli strumenti e le valutazioni di esito sul piano clinico e su quello dell’inclusione sociale”*.

La qualità, all’interno dei servizi sanitari, è, secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, la *“capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti, secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili”*. Da questa definizione possono essere derivate (Fig. 1) tre sottocomponenti (Ovreitveit, 1996):

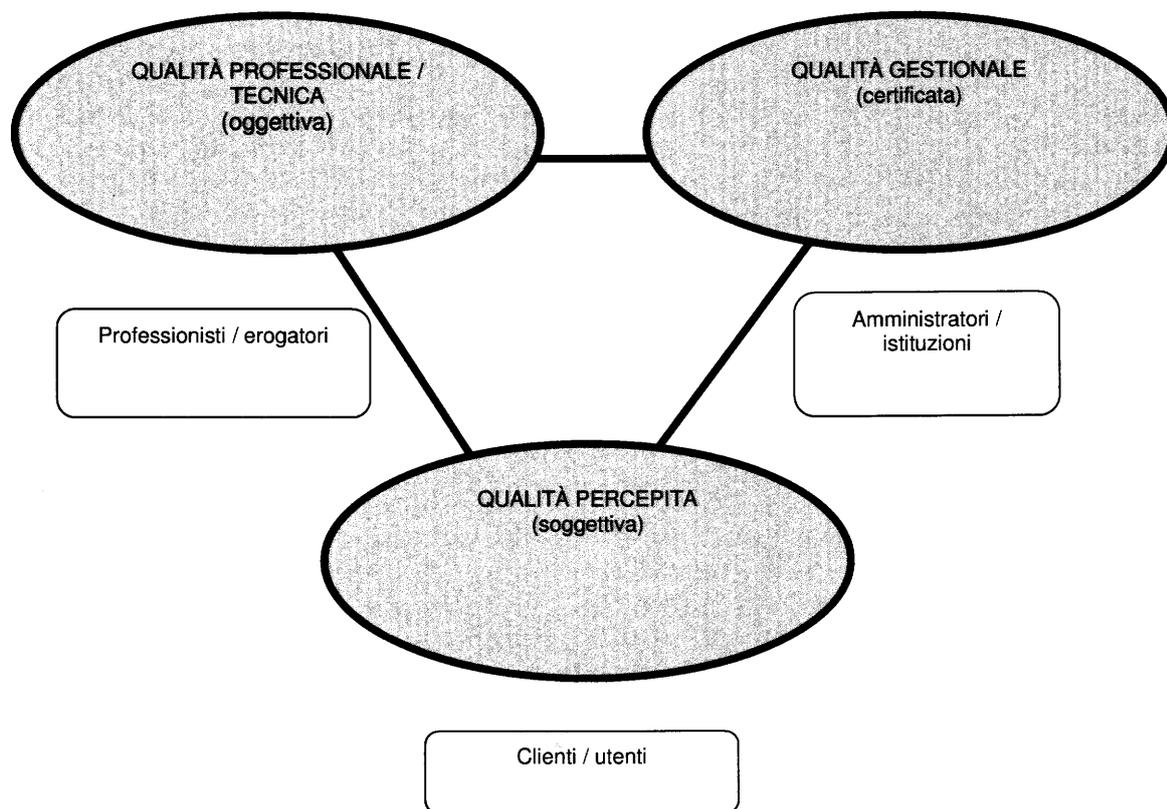
- *qualità gestionale*: focus centrato sugli amministratori e le istituzioni che garantiscono il funzionamento amministrativo attraverso la certificazione;
- *qualità percepita*: focus sul cliente/utente, è di tipo soggettivo e viene valutata e rilevata attraverso questionari standardizzati o attraverso la raccolta dei reclami;
- *qualità professionale*: focus sui professionisti/erogatori, è di tipo oggettivo e viene valutata dai professionisti di pari livello e formazione.



4bf32ac5



fig. 1



Sulla scorta di quanto sopra descritto in termini di linee di indirizzo e di normative, si ipotizza un modello di miglioramento continuo della qualità riferito alla residenzialità.

La dimensione gestionale amministrativa riguarda l'Accreditamento e viene gestita dagli organismi competenti.

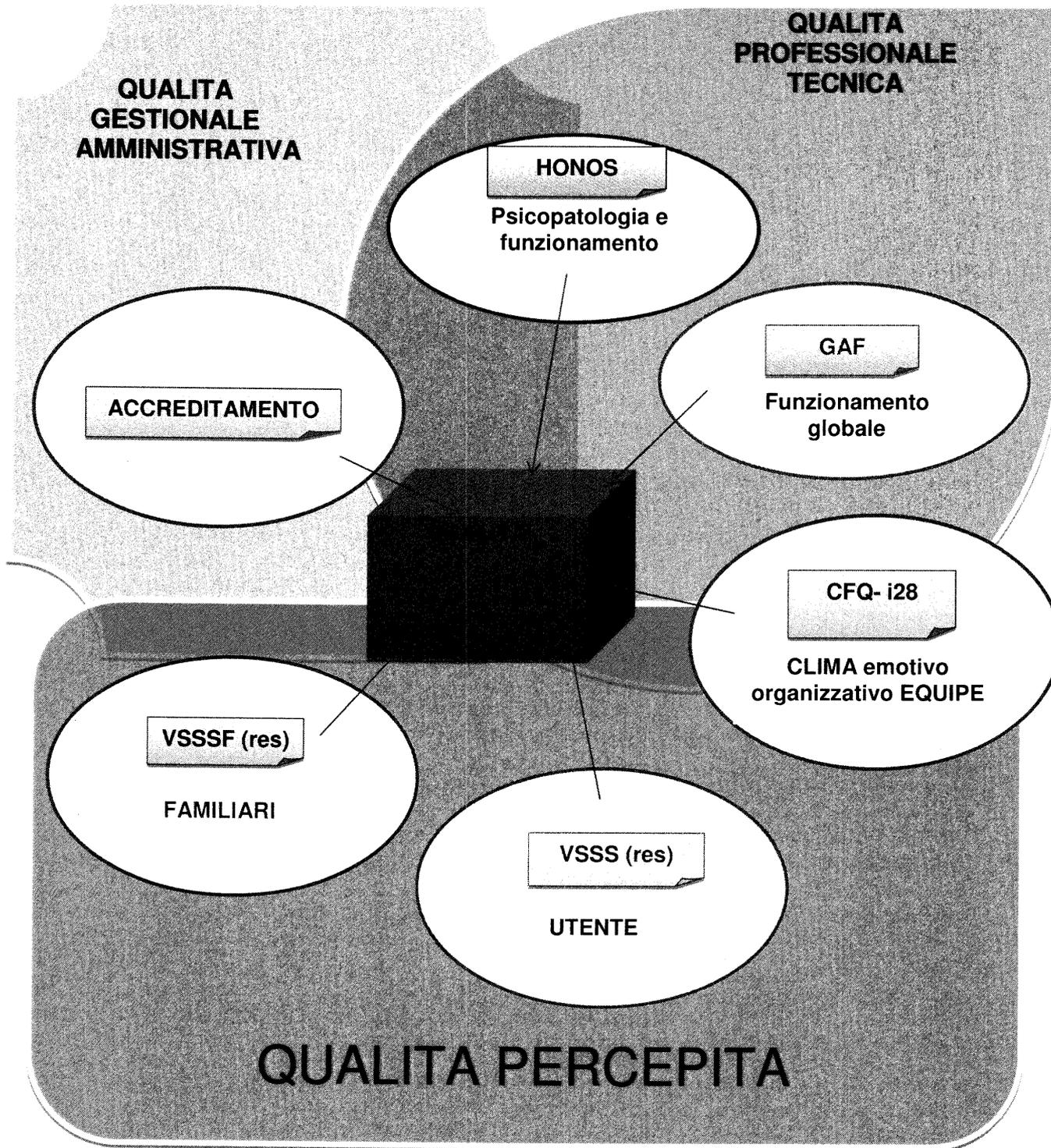
La dimensione professionale e tecnica della qualità viene misurata attraverso le valutazioni cliniche e funzionali; la dimensione della qualità percepita viene fornita come misurazioni della soddisfazione dall'utente e dai suoi familiari; ad essa concorre anche la valutazione del clima emotivo organizzativo dell'équipe, in intersezione con la dimensione tecnico professionale (vedi Fig. 2).



4bf32ac5



Fig.2



4bF32ac5

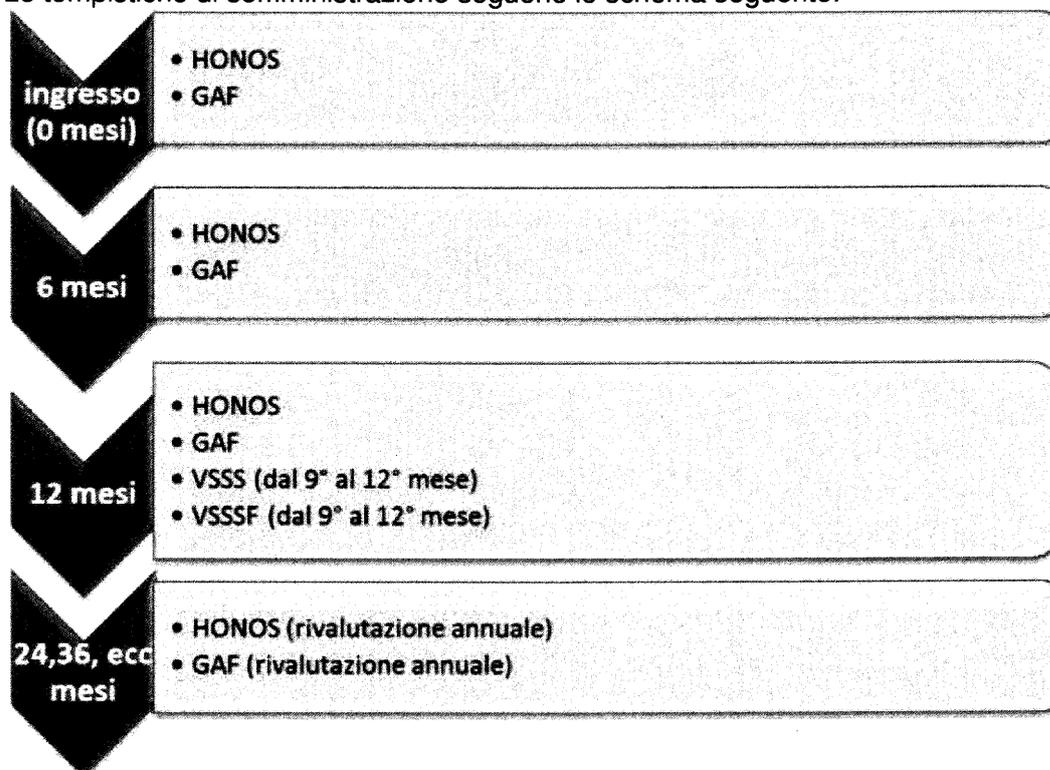


SCALE DI VALUTAZIONE

Gli strumenti identificati per la valutazione sono i seguenti:

- Honos (Health of the Nation Outcome Scales): è uno strumento di valutazione multidimensionale degli esiti adatto alla valutazione dei problemi sia di tipo clinico che di carattere psicosociale.
- Gaf (Global Assess Of Functioning): la scala di valutazione globale del funzionamento (GAF) è uno strumento che descrive la gravità del disturbo psichiatrico, indipendentemente dal tipo di malattia di base.
- Vsss (Verona Service Satisfaction Scale – Scala per la valutazione della soddisfazione nei confronti delle strutture residenziali per pazienti affetti da disturbi psichiatrici): è uno strumento standardizzato che valuta in maniera multidimensionale l'esperienza dei pazienti in salute mentale, nella versione dedicata all'esperienza residenziale.
- VsssF (Verona Service Satisfaction Scale – Scala per la valutazione della soddisfazione nei confronti delle strutture residenziali per i familiari di pazienti affetti da disturbi psichiatrici): strumento standardizzato che valuta in maniera multidimensionale l'esperienza dei familiari dei pazienti in salute mentale, nella versione dedicata all'esperienza residenziale.

Le tempistiche di somministrazione seguono lo schema seguente.



4bf32ac5



Infine, le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (Ministero della Salute 18 marzo 2008) sottolineano l'importanza di *"porre una nuova attenzione al lavoro d'équipe oggi in crisi per vari motivi (crescita di identità ed autonomie professionali, problemi organizzativi e di assetto dei servizi, problemi generazionali e di scarso turnover, limiti nella condivisione dei processi decisionali e nella democrazia interna dei servizi), riconoscendone il valore strategico nei processi di presa in carico di pazienti complessi, nella specializzazione dei trattamenti, nella gestione di bisogni multifattoriali e nella loro sintesi possibile, ma anche rilanciando la soluzione di problemi multidimensionali attraverso una maggiore integrazione con tutte le risorse rilevanti, istituzionali e non, presenti nel territorio"*.

Si auspica pertanto, in linea con quanto sopra, l'impiego di strumenti di valutazione del clima emotivo organizzativo come ad esempio CFQ-28i Community Functioning Questionnaire.

Si ritiene che questi strumenti debbano essere utilizzati nell'ottica di ricercare *il miglior livello di appropriatezza delle risposte fornite* (Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale

Ministero della Salute 18 marzo 2008).

Si assume che le scale di valutazione HONOS e GAF siano parte integrante della documentazione di dimissione.

Il responsabile della struttura residenziale è individuato come la figura che vigila affinché vengano svolti gli adempimenti valutativi della qualità attraverso gli strumenti sopra descritti.



4bF32ac5





Percorsi di residenzialità leggera: *“abitare supportato”*

Il documento di riferimento nella programmazione in tema di residenzialità riabilitativa in salute mentale resta l'accordo nazionale ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Nel documento si traccia un profilo dell'assistenza residenziale psichiatrica e delle unità di offerta ad essa dedicate. La visione del documento è quella di trovare risposte a bisogni emergenti dal carattere innovativo e, contemporaneamente, alla necessità di ricondurre a parametri comuni l'offerta residenziale riabilitativa delle varie realtà regionali.

La realizzazione di strutture residenziali con compiti riabilitativi è stata in questi anni un elemento fondamentale per il superamento della istituzionalizzazione del malato mentale. Nello stesso tempo una costante revisione in termini di efficacia e di adeguatezza ai bisogni si rende necessaria per non riproporre in forme diverse nuove pratiche di marginalizzazione ed istituzionalizzazione.

Particolare rilevanza assumono quindi gli interventi, di natura socio-sanitaria che permettono lo sviluppo di nuovi ed alternativi percorsi che supportano le persone con disturbo mentale nel superare difficoltà e stigmatizzazioni relative ad ambiti di base del funzionamento personale come per esempio quello dell'abitare, garantendo loro l'integrazione nel proprio territorio sociale.

Il documento sopra citato, condivisibile nei principi istitutivi, tralascia però un aspetto significativo e non marginale della offerta residenziale ovvero tutta quella realtà abitativa (che potremmo chiamare "percorsi di residenzialità leggera") che è solo parzialmente legata a diretti interventi riabilitativi, ma che si colloca nell'ambito del supporto del diritto alla casa e in percorsi residenziali per persone con buona autonomia e che possono coinvolgere l'auto aiuto, il volontariato, la promozione del diritto alla casa e il sostegno abitativo in caso di emergenza socio familiare, nonché ogni altra tipologia di intervento di questo genere ivi compresi gli interventi di social o supported-housing e la condivisione di abitazione di proprietà di un utente con altri utenti (co-housing), purchè rientranti in una progettazione che tenga conto della specificità delle caratteristiche degli utenti co-abitanti e della loro capacità d'integrazione e compatibilità.

Ognuna di queste ipotesi, inoltre, ha la caratteristica di realizzarsi non direttamente nell'ambito della programmazione dei Servizi sanitari e permette quindi un approccio più flessibile, anche per quelle persone che vivono in modo stigmatizzante strutture definite nel sistema di accreditamento, come possono essere le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento Protetti.

Tutte queste possibilità sono conseguenti a una attivazione propositiva della rete sociale di un territorio e all'attivo coinvolgimento dei Comuni, della Conferenza dei Sindaci, delle Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale Pubblica, delle Associazioni del Terzo Settore e degli stessi utenti.

Si tratta infatti di percorsi che vanno lette all'interno della cultura sociale e solidale dei diversi territori e come tentativi concreti per dare, nel territorio stesso, un supporto all'abitare a persone che, pur presentando livelli di autonomia adeguati possono, a causa di difficoltà riconducibili a problematiche psichiatriche, non avere a disposizione concrete possibilità abitative.

Questo genere di supporto, oltre che essere coerente alla logica del Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale: triennio 2010-2012 - DGR n. 651 del 9 marzo 2010 è stato



7e8a93c4



ripreso in diverse forme normative da altre realtà regionali con la definizione di "residenzialità leggera" o anche "budget di salute".

Risulta pertanto opportuno definire un modello Veneto per il sostegno e lo sviluppo di percorsi di residenzialità leggera che, coerentemente alla sostenibilità di tali esperienze, ne definisca, senza entrare nella logica dell'accreditamento, caratteristiche di fondo e ne censisca l'esistenza.

Tale modello, oltre a favorire i percorsi di autonomizzazione e valorizzazione delle risorse dell'utenza, contribuisce al contenimento dei costi di salute mentale così come emerge dalle esperienze già implementate in altre regioni.

Luogo di sintesi e programmazione di tali percorsi sono i Piani di Zona. In questi, infatti, va costantemente programmata e monitorata l'esistenza di queste esperienze, valutandone la corrispondenza al bisogno, l'impatto sociale, la sostenibilità.

Il DSM, per i contesti abitativi di cui sopra, monitora e supporta l'andamento dell'utenza inserita in relazione ai loro programmi individualizzati, prevedendo, un supporto tecnico intensivo domiciliare finalizzato.

Sulla base di queste premesse appare opportuna l'istituzione di un albo regionale a cura dell'UO competente in cui siano censite e monitorate queste abitazioni di residenzialità leggera. L'albo regionale verrà istituito con decreto del Direttore U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria e verrà aggiornato con periodicità annuale.

All'albo potranno essere iscritte tutte quelle strutture che siano inserite nella programmazione dei Piani di Zona e che, per il tramite del competente DSM, abbiano comunicato l'inizio dell'attività, proposto una descrizione sintetica del loro funzionamento e che rispondano alle caratteristiche di Comunità familiare o Gruppo appartamento così come definito nella DGR 84/2007.

L'assistenza sanitaria prestata dal DSM nei casi di "abitare supportato" rientra nell'assistenza riabilitativa fornita a domicilio, che viene erogata a ogni singolo utente nella nuova realtà abitativa in coerenza con quanto previsto dai LEA.

In armonia con quanto sopra descritto i costi di mantenimento della residenza, che sono di carattere strettamente sociale (utenze, affitti, spese personali ecc) vanno considerati come tali e quindi in carico ai singoli utenti e/o a forme di compartecipazione stabilite dai Comuni o dalle Conferenze dei Sindaci all'interno della programmazione del Piano di Zona.



7e8a93c4





Metodologia elaborazione costi medi e sistema di controllo dei tempi massimi di permanenza

Premessa

Il presente documento illustra i risultati e la metodologia utilizzata per il calcolo dei costi medi di una giornata di presenza presso le diverse tipologie di Unità Di Offerta (UDO) residenziali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle Regione del Veneto, ovvero:

- CTRP di tipo A;
- CTRP di tipo B;
- Comunità Alloggio Estensiva;
- Comunità Alloggio Base;
- Gruppo Appartamento Protetto (GAPP).

Il lavoro è stato condotto dal gruppo di lavoro istituito con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 105 del 14 ottobre 2016 avente ad oggetto "Gruppo di lavoro regionale per la verifica e l'adeguamento del sistema di tariffario relativo agli inserimenti residenziali di utenti affetti da patologia psichiatrica in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate ai sensi della DGR n. 1616 del 17 giugno 2008 e successive integrazioni".

Dati e campione di strutture

Per poter condurre il lavoro secondo la metodologia descritta in seguito, il gruppo di lavoro ha effettuato una rilevazione su dati di: strutture pubbliche, strutture a gestione diretta con acquisto di servizi/prestazioni (pubblico/privato), strutture private. Di seguito il numero di strutture oggetto di rilevazione.

STRUTTURE A GESTIONE PUBBLICA		
Tipologia struttura	N. strutture	N. posti letto
CTRP A	12	140
CTRP B	9	96
Comunità alloggio estensive	5	77
Comunità alloggio base	7	43
GAPP	8	43
TOTALE	41	399



29cad1b4



STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA CON ACQUISTI DI SERVIZI/PRESTAZIONI		
Tipologia struttura	N. strutture	N. posti letto
CTRP A	4	61
CTRP B	12	146
Comunità alloggio estensive	7	85
Comunità alloggio base	5	41
GAPP	15	49
TOTALE	43	382

STRUTTURE A GESTIONE PRIVATA		
Tipologia struttura	N. strutture	N. posti letto
CTRP A	3	39
CTRP B	3	40
Comunità alloggio estensive	6	94
Comunità alloggio base	10	83
GAPP	10	37
TOTALE	32	293

I dati rilevati sono riferiti all'anno 2015.

I dati di costo rilevati ed utilizzati per l'analisi sono comprensivi di IVA.

La metodologia

Il costo medio giornaliero di presenza calcolato si configura come "costo pieno", quindi una definizione di costo che tiene conto di tutte le componenti sia dirette che indirette. Nei costi calcolati, di conseguenza, è ricompresa anche la stima dei costi generali, amministrativi e gli oneri finanziari.

La determinazione dei costi è stata eseguita distinguendo e scomponendo il costo stesso nelle seguenti componenti:

- Costo del personale;
- Costo dei servizi non sanitari ed alberghieri;
- Costo "figurativo" degli ammortamenti/locazioni;
- Costo per le attività riabilitative e di inclusione sociale;
- Costi generali, amministrativi ed oneri finanziari



29cad1b4



Costo del personale

Per la determinazione del costo del personale si è adottato un approccio bottom up ("dal basso verso l'alto"). Questo approccio prevede l'analisi analitica dei costi per oggetto di costo (in questo caso la giornata di presenza), misurando e valorizzando le singole risorse impiegate.

Nello specifico, con riferimento al personale, il gruppo di lavoro ha utilizzato il rapporto operatore/utente definitivo dalla DGR n. 1616/2008 come riferimento per quantificare il numero complessivo di personale (espresso in tempo pieno equivalente) da impiegare. Successivamente, il numero complessivo di personale è stato declinato per ciascuna delle seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra;
- Psicologo psicoterapeuta;
- Infermiere;
- Assistente sociale;
- Educatore-animatore/terap. della riabilitazione psichiatrica;
- Educatore-animatore coordinatore;
- Operatori socio sanitari e/o Operatore tecnico.

	CTRP A	CTRP B	CA ESTESIVA	CA BASE	GAPP
Tasso occupazione di riferimento	85,7% (12 utenti)	85,7% (12 utenti)	80% (16 utenti)	80% (8 utenti)	100% (4 utenti)
Rapporto operatore/utente DGR 1616/2008	1,25	0,9	0,7	0,5	n.d.
TOTALE OPERATORI	15,00	10,80	11,20	4,00	0,66
Medico Psichiatra	0,15	0,10	0,05	0,03	-
Psicologo psicoterapeuta	0,50	0,55	0,60	0,25	-
Infermiere	2,50	0,70	0,70	0,20	-
Assistente sociale	0,05	0,05	0,05	0,02	-
Educatore-animatore- Terap. riab. psych.	1,00	1,00	1,00	0,50	-
Educatore-animatore coordinatore	0,80	0,60	0,80	0,50	0,33
OTA/OSS	10,00	7,80	8,00	2,50	0,33

Le figure professionali sono state poi valorizzate economicamente utilizzando i costi del lavoro per le lavoratrici e i lavoratori delle cooperative del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di maggio 2013. In particolare, il costo totale annuo, comprensivo dell'IRAP al 3,90%, per ciascuna figura professionale è riportato nella tabella che segue.

Figura professionale	Costo totale annuo (IRAP compresa)
Medico psichiatra	€ 47.041,72
Psicologo psicoterapeuta	€ 40.149,33
Infermiere	€ 37.274,10
Assistente sociale	€ 30.475,33
Educatore-animatore/terap. riab. psych	€ 30.475,33
Educatore-animatore coordinatore	€ 34.012,26
OTA/OSS	€ 31.211,47



29cad1b4



Sul piano strettamente tecnico va precisato come la figura del medico psichiatra, prevista all'interno delle equipe multiprofessionali, svolga funzioni di responsabile clinico o di consulente professionale, a seconda dell'UDO considerata. Questa figura non va confusa con il medico psichiatra del CSM, il quale, qualora terapeuta responsabile del Progetto Terapeutico Individualizzato dell'ospite, accede alla struttura stessa in maniera programmata e regolare per il necessario monitoraggio clinico dell'utente e per il raccordo operativo con l'equipe riabilitativa.

Costo dei servizi non sanitari ed alberghieri

Per la determinazione dei costi giornalieri della componente non sanitaria ed alberghiera si è seguito un approccio differente, ovvero top-down ("a cascata") procedendo dalla rilevazione dei costi (distinti in aggregati di fattori produttivi) effettivamente sostenuti dalle strutture residenziali per poi distribuirli sul totale delle giornate di presenza derivandone, così, un costo medio.

I costi dei servizi non sanitari ed alberghieri sono stati così articolati:

- consumi di beni non sanitari
- giornata alimentare
- servizi di lavanderia e pulizia
- altri servizi non sanitari ed alberghieri (riscaldamento, utenze, rifiuti, trasporti non sanitari)
- formazione ed aggiornamento del personale
- manutenzioni e riparazioni.

I costi medi sono stati calcolati, per ciascun aggregato di fattore produttivo, raggruppando le strutture residenziali come di seguito:

- CTRP tipo A con CTRP tipo B;
- Comunità alloggio base con le Comunità alloggio estensive;
- Gruppi appartamento protetto.

Per ogni gruppo di strutture residenziali e per ogni aggregato di fattori produttivi è stata condotta un'analisi calcolando, in prima istanza, il costo medio giornaliero di ogni singola struttura residenziale. Successivamente, sono stati calcolati la media giornaliera "grezza" (data come sommatoria dei costi / sommatoria delle giornate) e la deviazione standard di ciascun gruppo di strutture. Il calcolo della media del gruppo di strutture è stato poi corretto ricalcolando la media dei dati (media giornaliera "corretta") delle singole strutture residenziali ricomprese all'interno dell'intervallo dato dalla media giornaliera "grezza" +/- la deviazione standard. In questo modo, dal calcolo della media giornaliera "corretta" sono stati esclusi i valori estremi del gruppo di strutture osservato.

I risultati ottenuti, con arrotondamento per eccesso al primo decimale, sono riportati nella tabella che segue:

	CTRP A e CTRP B	Comunità alloggio base ed estensive	GAP
Consumi di beni non sanitari	€ 1,0	€ 1,0	€ 0,5
Giornata alimentare	€ 13,0	€ 8,5	€ 6,0
Servizi di lavanderia e pulizia	€ 5,5	€ 3,0	€ 1,0
Altri servizi non sanitari ed alberghieri (riscaldamento, utenze, rifiuti, trasporti non sanitari)	€ 9,5	€ 6,5	€ 5,5
Formazione ed aggiornamento del personale	€ 0,5	€ 1,0	€ 0,5
Manutenzioni e riparazioni	€ 1,5	€ 1,5	€ 2,0
Totale costi non sanitari ed alberghieri	€ 31,0	€ 21,5	€ 15,5



29cad1b4



Costo “figurativo” degli ammortamenti/locazioni

Con riferimento agli ammortamenti (di struttura, arredi, attrezzature, etc) e dei costi relativi ai canoni di locazione, il gruppo di lavoro ha stimato un valore pari a 10€/die e posto uguale per tutte le tipologie di struttura residenziale.

Costo per le attività riabilitative e di inclusione sociale

Il costo giornaliero per le attività riabilitative e di inclusione sociale è stato determinato dal gruppo di lavoro, per ciascuna tipologia di struttura residenziale, prendendo come riferimento i valori forniti da alcune strutture private operanti sul territorio.

I valori determinati sono:

- CTRP di tipo A: € 1,37/die;
- CTRP di tipo B: € 1,37/die;
- Comunità Alloggio Estensiva: € 0,92/die;
- CASA: € 0,82/die;
- Comunità Alloggio Base: € 0,72/die;
- Gruppo Appartamento Protetto: € 0,62/die.

Costi generali, amministrativi e gli oneri finanziari

I costi generali, amministrativi e gli oneri finanziari sono stati calcolati in modo “indiretto” mediante applicazione di una percentuale di ricarico sul costo del personale.

La percentuale di ricarico è stata derivata osservando l’incidenza dei costi generali, amministrativi e gli oneri finanziari sul totale del costo del personale da dati rendicontati dalle aziende sanitarie nei modelli ministeriali LA.

Su dati da modelli LA 2015, l’incidenza media regionale è pari al 19,6%.

I risultati

La metodologia descritta ha portato ai seguenti risultati in termini di costi medi giornalieri.

Tipologia struttura	Costo medio die (€)	Di cui costo personale die
CTRP tipo A	177,12	112,75
CTRP tipo B	138,29	79,62
Comunità alloggio estensiva	106,54	61,42
Comunità alloggio base	85,06	44,18
Gruppo appartamento protetto	43,75	14,74

Con riferimento alla CTRP B, l’analisi evidenzia un costo medio die di €138,29, calcolato con riferimento ad un’occupazione media di 12 utenti (su 14) corrispondente ad un tasso di occupazione di 85,7%.

Dei fattori produttivi componenti il costo medio calcolato, possono essere considerati come costi fissi, ovvero costi non dipendenti dal volume di pazienti trattati, i seguenti:

- Altri servizi non sanitari (riscaldamento, utenze, rifiuti, trasporti non sanitari);
- Formazione del personale;
- Manutenzioni e riparazioni;
- Costo del canone di locazione/affitto;
- Costi generali ed amministrativi di struttura.



29cad1b4



Sistema di controllo per l'Azienda Ulss**Obiettivo: Appropriatezza del tempo di permanenza in struttura residenziale extraospedaliera**

Indicatori:

1) Permanenza media**2) Frequenza dei re-ingressi**

Punteggio complessivo: 0,5 punti nella DGRV che fissa gli obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Ulss

1) Algoritmo di controllo permanenza media*:

- permanenza media compresa tra il primo e il secondo valore soglia: abbattimento del punteggio del 25%
- permanenza media superiore al secondo valore soglia: abbattimento del punteggio del 50%

(*La permanenza media si riferisce a tutti i pazienti in carico al DSM ospiti della medesima tipologia di UDO)

2) Algoritmo di controllo fenomeno dei re-ingressi:

E' importante che i DSM vigilino adeguatamente sull'efficacia dei progetti di dimissione per evitare i fenomeni di revolving door.

Specificatamente si prevede che il numero dei re-ingressi debba essere contenuto per evitare fenomeni di malpractice. Gli eventuali re-ingressi entro i 3 mesi dalla data di dimissione, incideranno come precedentemente descritto.

Va pertanto precisato che, qualora un utente fosse nuovamente inserito in una struttura della medesima tipologia di UDO da cui fosse stato dimesso entro i tre mesi precedenti, il periodo complessivo di permanenza nella struttura verrà calcolato a far data dal precedente ingresso, senza soluzione di continuità.

Sistema di controllo per l'Ente gestore del servizio.**Obiettivo: Appropriatezza del tempo di permanenza in struttura residenziale extraospedaliera****Algoritmo di controllo permanenza***

- Valorizzazione con tariffa fissa a giornata per le giornate di permanenza fino al primo valore soglia della permanenza (es. 18 mesi)
- Abbattimento della tariffa fissa a giornata del 5% per ogni giornata di permanenza tra il primo (es. 18 mesi) e il secondo (es. 24 mesi) valore soglia
- Abbattimento della tariffa fissa a giornata del 15% per ogni giornata di permanenza oltre il secondo valore soglia (es. 24 mesi)

(*La permanenza si riferisce al singolo utente ospite della struttura)



29cad1b4



Definizione dei valori soglia per le UDO ove sia prevista un periodo di permanenza massima.

CTRP A

1° valore soglia: 18 mesi

2° valore soglia: 6 mesi

CTRP B

1° valore soglia: 36 mesi

2° valore soglia: 12 mesi

CA base

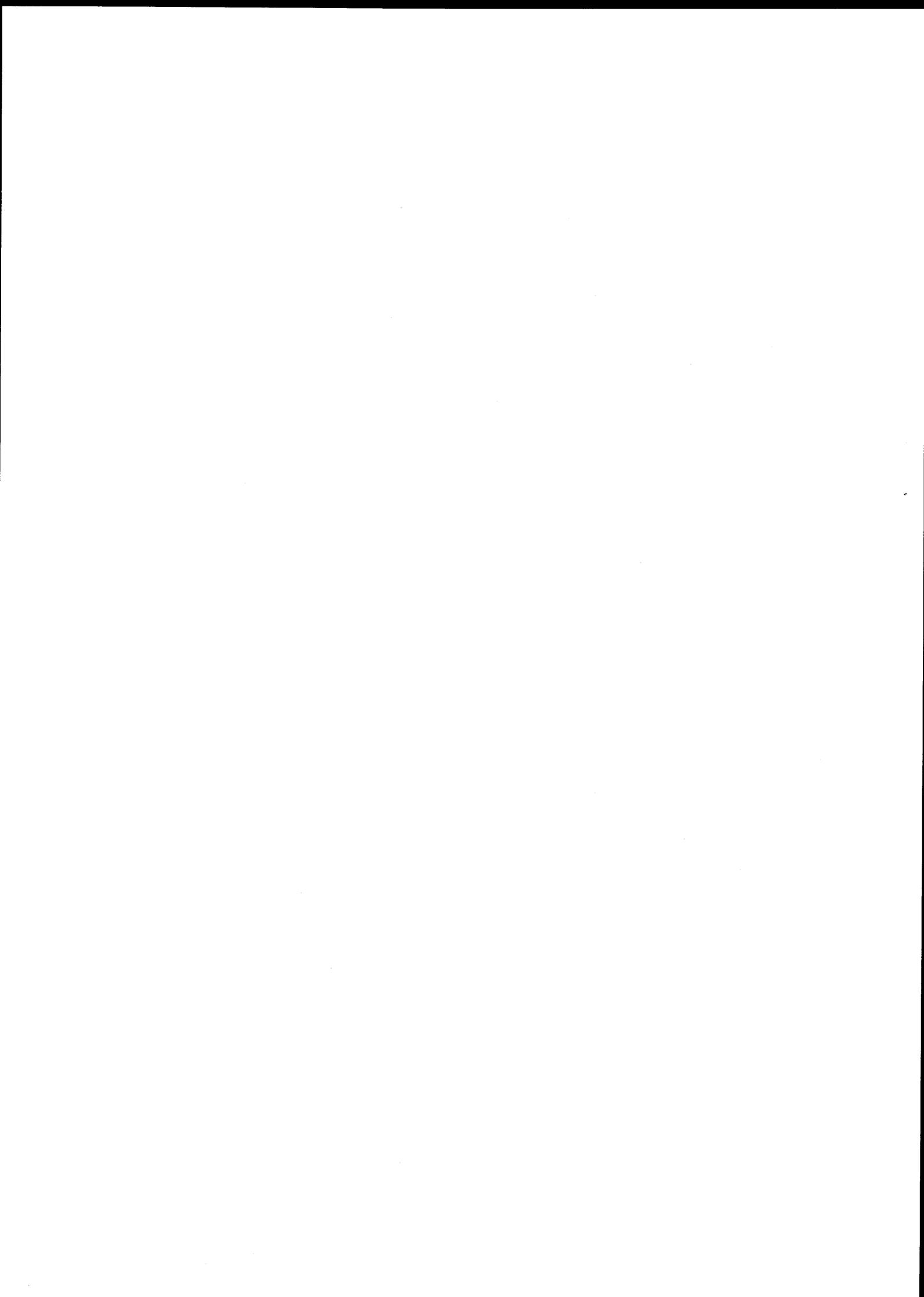
1° valore soglia: 24 mesi

2° valore soglia: 12 mesi



29cad1b4





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 748 del 07 giugno 2011

Aggiornamento Standard e Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale della "CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" e della "CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici" (LR n. 22/2002; DGR n. 1616/2008).

[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [

L'Assessore Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con provvedimento n. 1616 del 17 giugno 2008 la Giunta regionale approvava i requisiti e gli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale ai sensi della L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali". In particolare, si approvava l' "Allegato A" quale parte integrante e sostanziale del suddetto provvedimento, recante i requisiti e gli standard definitivi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture che operano nel settore della salute mentale in sostituzione dell' "Allegato A" della DGR n. 2473/2004. Tra le unità di offerta previste dalla DGR n. 1616/08 vi sono la "CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" e la "CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici".

Con deliberazione n. 651 del 9 marzo 2010 è stato approvato il nuovo Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012 (L.R. n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009) che, in tema di unità di offerta in questo ambito di intervento, prevede che:

- le CTRP (Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette) abbiano una capienza di massimo 14 posti;
- si introduca una nuova unità di offerta denominata "comunità alloggio a riabilitazione estensiva" in grado di realizzare trattamenti specialistici riabilitativi ed assistenziali, individualizzati e prolungati a favore di pazienti di età superiore ai 40 anni al momento dell'ingresso affetti da schizofrenia e psicosi schizofreniche, sindromi affettive gravi, gravi disturbi di personalità (dove la malattia è severa e persistente e accompagnata da scarsa autonomia personale e sociale) con eventuale comorbilità con una malattia organica grave, esclusi i pazienti affetti da demenza e/o ritardo mentale medio o grave.

Con il presente provvedimento si propone alla Giunta regionale un aggiornamento degli standard e dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale della "CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" e della "CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici" che tenga conto delle novità introdotte in tema di unità di offerta in questo ambito di intervento dal nuovo Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute mentale.

In particolare, per quanto riguarda la "CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici", si propone di approvare la revisione degli standard e dei requisiti di cui all' "**Allegato A**" del presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, che è stato elaborato dalla Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale dei requisiti e standard per la salute mentale prevista dalla DGR n. 1616/2008 ed è stato approvato nella seduta del 29 giugno 2010 dalla Commissione regionale per la Salute mentale di cui alla DGR n. 1720 del 24 giugno 2008.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell' argomento in questione ai sensi dell'art. 33 - 2° comma dello Statuto- il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- VISTA la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22;
- VISTA la DGR n. 1616 del 17 giugno 2008;
- Vista la DGR n. 1720 del 24 giugno 2008;
- Vista la DGR n. 651 del 9 marzo 2010.]

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette per pazienti psichiatrici (CTRP) abbiano quale capienza massima 14 posti;
3. di approvare l'aggiornamento dei requisiti e degli standard della Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici (CA), così come descritta dall' "**Allegato A**" che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e che sostituisce la relativa sezione;
4. di prendere atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
DELLE UNITA' DI OFFERTA NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE**CA - COMUNITA' ALLOGGIO per pazienti psichiatrici**

Denominazione	COMUNITA' ALLOGGIO per pazienti psichiatrici
Definizione	<p>Le CA sono strutture sociosanitarie, anche miste, destinate alla assistenza e riabilitazione di persone con problematiche psichiatriche che, durante il progetto riabilitativo, presentano parziali livelli di autonomia, e necessitano di sostegno per la gestione della propria autosufficienza.</p> <p>In base alle caratteristiche dei pazienti e alle conseguenti intensità assistenziali necessarie, si distinguono due moduli:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Modulo estensivo (24 hr di assistenza)b) Modulo di base (12 hr di assistenza) <p>Le strutture residenziali psichiatriche svolgono attività terapeutico riabilitativa e non sono da considerare abitazioni permanenti.</p>
Finalità	<p>Intervenire prevalentemente sulle abilità di base al fine di migliorare l'autogestione della vita quotidiana, le competenze e l'autonomia personale.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Modulo estensivo: strutture ad attività socio assistenziale elevata, destinate a pazienti con medio-bassi livelli di autonomia, per i quali è necessaria un'assistenza continuativa su 24 ore giornaliere e progetti terapeutico riabilitativi a lungo termine.b) Modulo di base: destinato a pazienti con buone risorse personali e livelli di autonomia tali da richiedere assistenza su 12 ore giornaliere e progetti terapeutico riabilitativi di breve o media durata, anche integrati con strutture semiresidenziali del DSM e/o altre risorse del territorio.
Utenza	<p>Utenti adulti, con problematiche psichiatriche:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Modulo estensivo: l'età al momento dell'ingresso è superiore ai 40 anni; schizofrenia e psicosi schizofreniche, sindromi affettive gravi, gravi disturbi di personalità sono da considerarsi diagnosi elettive; la malattia deve essere severa e persistente e accompagnata da scarsa autonomia personale e sociale; eventuale comorbilità con una malattia organica grave; in analogia con le altre unità di offerta della salute mentale, sono esclusi i pazienti affetti da demenza, ritardo mentale medio o graveb) Modulo di base: pazienti con buone risorse personali e livelli di autonomia tali da richiedere assistenza su 12 ore giornaliere e progetti terapeutico riabilitativi di breve o media durata
Capacità ricettiva	<ul style="list-style-type: none">a) Modulo estensivo: 12 utenti, elevabili fino al massimo di 20 utenti, in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni annob) Modulo di base; 6 utenti, elevabili fino al massimo di 10 utenti, in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni anno

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CA deve conformarsi ai seguenti requisiti**CA au 1**

La Direzione deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico dell'utente e sui costi aggiuntivi per le attività accessorie, in modo strutturato e costante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**CA au 2**

La struttura è dotata di caratteristiche delle civili abitazioni

- organizzazione interna che garantisca
 - o spazi e ritmi della normale vita quotidiana
 - o spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

CA au 3

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

CA au 4

Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti gli ambienti/locali comuni (zona pranzo, soggiorno, lavanderia, cucina e dispensa), spazi personali (camere da letto singole, doppie o triple), servizi igienici (almeno 1 bagno ogni 4 utenti e 1 bagno per gli operatori). Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti.

CA au 5

La superficie minima netta delle stanze escludendo il servizio igienico deve essere:

- 9mq per stanze a un posto letto
- 16 mq per stanze a due posti letto (derogabile del 10% per le strutture già in esercizio)
- 24 mq per stanze a tre posti letto (derogabile del 10% per le strutture già in esercizio)

Non sono ammesse camere da letto con più di 3 posti letto.

CA au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**A) MODULO ESTENSIVO****Ca au 7**

Il numero degli operatori in organico deve essere tale da garantire un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,70 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza programmata per

- Infermiere con lo scopo di garantire lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale
- Educatore-animatore (o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Psicologo psicoterapeuta

Devono essere assicurati interventi programmati per

- Medico di medicina generale
- medico psichiatra
- assistente sociale

CA au 8

Viene garantita la presenza di personale per 24 ore, con maggiore presenza di personale nelle ore diurne per assicurare le attività riabilitative.

CA au 9

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CA au 10

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile operi in più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

B) MODULO DI BASE**CA au 11**

Il numero degli operatori in organico deve essere tale da garantire un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,50 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza programmata per

- Infermiere con lo scopo di garantire lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale
- Psicologo psicoterapeuta
- Educatori-animatori (o tecnico della riabilitazione psichiatrica)

Devono essere assicurati interventi programmati per

- medico psichiatra
- assistente sociale

CA au 12

Viene garantita la presenza di personale per 12 ore, non necessariamente notturne.

CA au 13

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CA au 14

Devono essere concordati dei protocolli di collaborazione con i medici di medicina generale al fine di assicurare una adeguata presa in carico dei pazienti.

CA au 15

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile operi in più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

Per essere accreditata ogni CA deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

CA accr 1

Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise dagli ospiti della Comunità.

CA accr 2

Gli ospiti della Comunità devono avere libero accesso ad ogni locale/ambiente della Comunità ed avere la possibilità di personalizzare i propri spazi (es. camere da letto, spazi comuni), nel rispetto reciproco del diritto alla privacy degli altri ospiti.

CA accr 3

In tutte le fasi di erogazione del servizio, la Comunità Alloggio deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio inserimento lavorativo o occupazionale centri di aggregazione, attività culturali, ecc.).

CA accr 4

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CA accr 5

I familiari vengono coinvolti nella programmazione delle attività. La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle équipes delle singole Comunità che, in accordo con il DSM valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PP e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

CA accr 6

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

CA accr 7

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso le CA è di 36 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto stesso.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1170 del 08 settembre 2015

Recepimento dell'Accordo sul documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" approvato dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n. 137/CU del 13 novembre 2014.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente atto si recepisce il documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" approvato dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n. 137/CU del 13 novembre 2014.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Lo scorso 13 novembre 2014 è stato approvato in sede di Conferenza Unificata l'Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità".

L'Accordo in oggetto prevede che entro 6 mesi le Regioni e P.A. ne recepiscano i contenuti con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto degli assetti organizzativi dei propri servizi. Con specifico riferimento agli indicatori, costituisce impegno l'adozione e l'utilizzo degli indicatori individuati come principali. L'attuazione dell'Accordo sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e P.A., congiuntamente con il Ministero della Salute e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.).

L'Accordo in oggetto si propone di approfondire alcuni obiettivi prioritari indicati nel Piano di Azione Nazionale sulla salute mentale (PANSM), a sua volta oggetto di Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2 lett. C) del D.Lgs. 28 agosto 1997, 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane, stipulato in sede di Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013. La Regione del Veneto ha recepito le indicazioni contenute nel PANSM con DGR n. 1558 del 03 settembre 2013.

Il documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" ha l'obiettivo di definire standard dei percorsi assistenziali, di promuovere l'appropriatezza erogativa e la differenziazione delle prestazioni, di ottimizzare le risorse strutturali e professionali oltre che di sviluppare - all'interno di ciascuna Regione - processi di benchmarking tra i diversi Dipartimenti per la Salute Mentale.

A partire dall'evidenza che alcune condizioni psicopatologiche sono più significative sotto il profilo epidemiologico ed assorbono una parte consistente e prevalente dei budget dei servizi sanitari e socio-sanitari, l'Accordo individua i percorsi di cura riguardanti le persone con disturbi schizofrenici, con disturbo bipolare, con disturbi depressivi e con disturbi gravi di personalità. Ciò anche in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, che determinano elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare.

In salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la variabilità dei trattamenti, ferma restando la personalizzazione degli stessi, risulta molto pronunciata. A maggior ragione ciò vale per il trattamento dei disturbi mentali gravi, per la presenza di consistenti problemi clinici e psicosociali che necessitano di interventi complessi da declinare in specifici percorsi di cura dove indicare i professionisti responsabili del caso, i vari *setting* in cui viene erogato l'intervento, le tempistiche cliniche e organizzative, la descrizione delle procedure.

I percorsi di cura sono definiti strumenti di governo clinico elaborati sulla base di evidenze scientifiche aggiornate, con lo scopo di ridurre la variabilità dei trattamenti, di garantire qualità ai processi e di assicurare l'erogazione, senza ritardi, di trattamenti efficaci.

Nell'Accordo, i percorsi di cura sono declinati per ciascuno dei quattro raggruppamenti psicopatologici e, oltre a richiamare le linee guida di riferimento, si forniscono informazioni epidemiologiche, indicazioni circa le modalità di inquadramento diagnostico e raccomandazioni per ciascuna delle fasi della cura (presa in carico precoce, fase acuta, trattamenti continuativi a lungo termine). I percorsi tengono conto della caratterizzazione del problema di salute, in quanto lo sviluppo degli interventi è basato su sequenze di processi clinici differenziati a seconda dei livelli di gravità dell'espressione psicopatologica e della compromissione funzionale del paziente (*stepped care*).

Sono elementi comuni e qualificanti dei percorsi:

- la priorità assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio
- la collaborazione e l'interazione con i servizi di neuropsichiatria infantile per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche e con i medici di medicina generale
- la forte attenzione al "lavoro con le famiglie"
- l'individuazione di strategie per facilitare l'accesso ai servizi, per garantire equità e per garantire continuità delle cure
- l'orientamento al raggiungimento del maggior livello possibile di autonomia personale e sociale

In tal senso l'Accordo riprende e conferma valori, principi e orientamenti diffusamente presenti nella normativa regionale di settore ed in particolare nei progetti obiettivo regionali per la tutela della salute mentale.

Infatti, nei DSM veneti sono stati definiti e attivati percorsi di cura per i disturbi schizofrenici e i disturbi dell'umore differenziati per gravità e fase, in accordo con le indicazioni della letteratura e delle linee guida internazionali. Lo studio dei percorsi di cura per il trattamento dei disturbi di personalità (PD) gravi è iniziato più di recente e si è arricchito negli ultimi anni, in virtù di numerose ricerche, di nuove modalità standardizzate di diagnosi, trattamento e valutazione degli esiti. Non essendo proponibile a breve di poter istituire dei Centri di 3° livello specializzati nella cura dei disturbi di personalità (PD) gravi in analogia a quanto realizzato ad esempio con i Centri per i DCA (disturbi del comportamento alimentare), si ritiene adeguato far crescere competenze specialistiche nei Servizi Territoriali di 2° livello (ossia i Centri di Salute Mentale). La finalità è di far entrare nella pratica clinica normale anche il trattamento di questi disturbi mentali. Il processo di applicazione di questi processi di cura va esteso ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche e ai Servizi dell'età evolutiva e dell'adolescenza.

Lo strumento principale, individuato dall'Accordo in oggetto, per delineare i percorsi di cura è rappresentato da un set di indicatori sulla qualità organizzativa e di processo, ripetuti per ciascuno dei quattro raggruppamenti patologici e differenziati per gravità e per fase, scelti tra gli indicatori usati correntemente nella letteratura internazionale e collegati alle raccomandazioni delle principali linee guida. Gli indicatori clinici in oggetto sono in rapporto alle specifiche raccomandazioni di ciascuno dei percorsi, e suddivisi per le tre fasi di intervento: presa in carico precoce, gestione della fase acuta, trattamenti continuativi e a lungo termine. Sono, inoltre, divisi in due gruppi: indicatori principali e indicatori accessori. La finalità di questi indicatori di carattere clinico è quella di monitorare l'applicazione dei percorsi.

Si tratta ora di procedere al recepimento del documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità", tenendo in considerazione che la programmazione in essere nella Regione del Veneto, con particolare riferimento ai Progetti Obiettivo regionali per la tutela della salute mentale, già contiene buona parte delle indicazioni contenute nel documento in oggetto.

Gli indicatori sono ripetuti per ciascuno dei percorsi e distinti in "principali" ed "accessori", con priorità ai "principali" e prevedendo che siano rilevabili dai sistemi informativi correnti (sistema informativo per la salute mentale - SISM, flussi informativi sulla farmaceutica, sulle schede di dimissione ospedaliera, sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e sulle attività dei servizi per le tossicodipendenze). Viene inoltre previsto che possano essere utilizzati con modalità routinarie oppure su campioni di utenti o periodicamente.

Tenuto conto che l'Accordo prevede un recepimento a livello regionale e un monitoraggio da parte delle Regione, congiuntamente con il Ministero della Salute e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.), si è provveduto ad analizzare l'impatto dell'Accordo sull'attuale sistema informativo regionale.

L'analisi ha evidenziato la necessità di un recepimento progressivo in quanto in alcuni casi gli indicatori richiesti sono già utilizzati correntemente nel monitoraggio delle attività dei DSM, in altri casi necessita un'integrazione dei flussi informativi già esistenti (es. assistenza farmaceutica e assistenza specialistica ambulatoriale), in altri casi ancora sarà necessario estendere le banche dati esistenti o realizzare collegamenti con banche dati non sanitarie.

L'esito dell'analisi realizzata è riportato nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che raggruppa il set di indicatori in tre categorie:

1. Indicatori che è possibile calcolare con i flussi correnti (Flusso Assistenza Psichiatrica Territoriale - APT e Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO);
2. Indicatori che è possibile calcolare attraverso procedure di linkage con altri Database sanitari (ad es. flussi sull'assistenza specialistica, flussi sulle prescrizioni farmacologiche, etc.);
3. Indicatori calcolabili attivando raccolte dati ad hoc (ad es. questionari auto o eterosomministrati; rilevazioni aggiuntive) o con linkage con altri database non sanitari (ad es. dati del Ministero della Giustizia).

Sarà altresì necessario incaricare la Sezione Controlli Governo e Personale SSR - Settore Sistema Informativo SSR di apportare le modifiche necessarie per rendere il Sistema informativo dell'Area Sanità e sociale compatibile con il set di indicatori oggetto del presente provvedimento.

Infine, sarà necessario avviare un percorso di coordinamento e monitoraggio con i Dipartimenti di Salute Mentale in ordine all'applicazione locale del presente provvedimento, con particolare riferimento al set di indicatori per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi di cura oggetto del presente provvedimento, che coinvolga anche i Dipartimenti per le Dipendenze e i Servizi Distrettuali per l'Età evolutiva.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;
- Visto l'art. 2, comma 2, lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;
- Vista la DGR n. 1558 del 03 settembre 2013;

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire l'Accordo sul documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" approvato dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n. 137/CU del 13 novembre 2014, così come illustrato in premessa;
3. di prendere atto che la programmazione in essere nella Regione del Veneto, con particolare riferimento ai Progetti Obiettivo regionali per la tutela della salute mentale, richiama ampiamente le indicazioni contenute nel documento in recepimento;
4. di approvare l'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che classifica gli indicatori clinici per il monitoraggio dei percorsi di cura nei disturbi mentali gravi;
5. di demandare l'applicazione locale dell'Accordo in oggetto, così come illustrata in premessa, alle Aziende Sanitarie Locali attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale per quanto di loro competenza;
6. di incaricare la Sezione Controlli Governo e Personale SSR - Settore Sistema Informativo SSR di apportare le modifiche necessarie per rendere il Sistema informativo dell'Area Sanità e sociale compatibile con il set di indicatori oggetto del presente provvedimento;
7. di incaricare la Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Salute mentale e sanità penitenziaria di monitorare, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, l'applicazione locale del presente provvedimento con cadenza annuale;
8. di dare atto che alle attività previste dall'Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
9. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
10. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.

**ALLEGATO A alla Dgr n. 1170 del 08 settembre 2015****CLASSIFICAZIONE DEGLI INDICATORI CLINICI PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI DI CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI SECONDO I FLUSSI SANITARI CORRENTI DELLA REGIONE DEL VENETO.**

La tabella seguente riporta il numero degli indicatori principali e di quelli accessori, per ciascuno dei raggruppamenti patologici. Tra parentesi il numero di indicatori nella prima categoria di rilevazione.

DISTURBO	INDICATORI PRINCIPALI	INDICATORI ACCESSORI	INDICATORI TOTALI
DISTURBO SCHIZOFRENICO	13 (9)	35 (19)	48 (28)
DISTURBO BIPOLARE	12 (8)	26 (13)	38 (21)
DISTURBO DEPRESSIVO	10 (7)	13 (7)	23 (14)
DISTURBO GRAVE DI PERSONALITA'	10 (9)	18 (6)	28 (15)

Classificazione degli indicatori clinici in tre categorie:

- 1) Indicatori che è possibile calcolare con i flussi correnti (Flusso Assistenza Psichiatrica Territoriale – APT e Schede di Dimissione Ospedaliera – SDO);
- 2) Indicatori che è possibile calcolare attraverso procedure di linkage con altri Database sanitari (ad es. flussi sull'assistenza specialistica, flussi sulle prescrizioni farmacologiche, etc.);
- 3) Indicatori calcolabili attivando raccolte dati ad hoc (ad es. questionari auto o eterosomministrati; rilevazioni aggiuntive) o con linkage con altri database non sanitari (ad es. dati del Ministero della Giustizia).

Gli indicatori della prima categoria possono essere calcolati attraverso procedure informatiche già esistenti e possono riguardare anche anni precedenti l'estrazione dell'indicatore.

Gli indicatori della seconda categoria richiedono la messa a punto di nuove procedure informatiche che una volta implementate possono riguardare anche anni precedenti l'estrazione dell'indicatore.

Gli indicatori della terza categoria richiedono la messa a punto o l'adozione di questionari o raccolte dati, o la modifica degli attuali flussi correnti, oppure la condivisione dei database sanitari con quelli di altre amministrazioni. Quest'ultima categoria non può essere retroattiva.

**INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO
SCHIZOFRENICO** (gli indicatori principali sono individuati da una X)

A- Presa in carico precoce

INDICATORE	principale	1° categoria	2° categoria	3° categoria
1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta			X	
2. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio		X		
3. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale				X
4. Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti all'esordio		X		
5. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio	X	X		
6. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio	X	X		
7. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio		X		
8. Attività multi professionale erogata nei CSM per i pazienti con disturbo all'esordio		X		
9. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio	X	X		
10. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X	X		
11. Interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio basati sulle evidenze nei pazienti all'esordio		X		
12. Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio		X		

B- Gestione della fase acuta

13. Ricoveri in regime di TSO		X		
14. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X	X		
15. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X	X		
16. Contenzione fisica in SPDC				X
17. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC				X
18. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto	X		X	
19. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici	X		X	
20. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X	X		
21. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC		X		
22. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC		X		
23. Revisione del programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti		X		

C- Trattamenti continuativi e a lungo termine***C1) mantenimento e promozione del recupero psicosociale***

24. Treatment gap nella schizofrenia		X		
25. Continuità della cura		X		
26. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente	X	X		
27. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	X	X		
28. Piano di trattamento individuale				X
29. Case manager				X
30. Attività multi professionale erogata nei CSM				
31. Trattamenti psicoeducativi		X		
32. Pazienti in trattamento psicoterapico		X		
33. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici	X		X	
34. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico			X	
35. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici long-acting			X	
36. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci long-acting			X	
37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento			X	
38. Visita psichiatrica in CSM entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico			X	
39. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici	X		X	
40. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze				X
41. Conclusione non concordata del trattamento		X		
42. Pazienti senza casa, pazienti destinatari di provvedimento penale				X
43. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio			X	
44. Mortalità nei pazienti in carico			X	

C2) interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

45. Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali nel territorio		X		
46. Attività riabilitative territoriali		X		
47. Supporto all'abitare		X		
48. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo		X		

**INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO
BIPOLARE** (gli indicatori principali sono individuati da una X)

A - Presa in carico precoce

INDICATORE	principale	1° categoria	2° categoria	3° categoria
1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta			X	
2. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio		X		
3. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.				X
4. Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti all'esordio		X		
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio		X		
6. Intensità dell'assistenza territoriale nei pazienti con disturbo all'esordio	X	X		
7. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari nei pazienti con disturbo con disturbo all'esordio	X	X		
8. Trattamento psicoterapico nei pazienti con disturbo all'esordio.	X	X		
9. Trattamenti psicoeducativi per i pazienti con disturbo all'esordio.	X	X		
10. Interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio basati sulle evidenze nei pazienti all'esordio		X		

B - Gestione della fase acuta

11. Ricoveri in regime di TSO.		X		
12. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X	X		
13. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X	X		
14. Contenzione fisica in SPDC				X
15. Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori dell'umore nel periodo successivo all'episodio acuto.	X		X	
16. Screening delle condizioni mediche generali			X	
17. Monitoraggio della litiemia in pazienti all'inizio del trattamento con litio.			X	
18. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X	X		
19. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC		X		
20. Rivalutazione del caso in pazienti con frequenti ricadute		X		

C - Trattamenti continuativi e a lungo termine***C1 - Mantenimento e promozione del recupero psicosociale***

21. Accessibilità al DSM		X		
22. Continuità della cura		X		
23. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente	X	X		
24. Interventi rivolti ai familiari	X	X		
25. Trattamento psicoterapico		X		
26. Trattamento psicoeducativo		X		
27. Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore.	X		X	
28. Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio	X		X	
29. Monitoraggio della funzionalità renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio			X	
30. Monitoraggio della funzionalità epatica, dell'emocromo e della formula leucocitaria in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato			X	
31. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici			X	
32. Visita psichiatrica in CSM entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzatore			X	
33. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze				X
34. Conclusione non concordata del trattamento		X		
35. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio			X	
36. Mortalità nei pazienti in carico			X	

C2 - Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

37. Interventi riabilitativi		X		
38. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo				

**INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI DEL
DISTURBO DEPRESSIVO** (gli indicatori principali sono individuati da una X)

A- Presa in carico precoce

INDICATORE	principale	1° categoria	2° categoria	3° categoria
1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta			X	
2. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio		X		
3. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale				X
4. Valutazione standardizzata dei problemi clinici e psicosociali all'esordio				X
5. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio	X	X		
6. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio		X		
7. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X	X		

B- Gestione della fase acuta

8. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X	X		
9. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X	X		
10. Trattamento continuativo con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto	X		X	
11. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X	X		
12. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC	X	X		
13. Attività clinica durante la fase acuta di trattamento		X		

C- Trattamenti continuativi e a lungo termine**C1) mantenimento e promozione del recupero psicosociale**

14. Percorsi di cura nei CSM	X	X		
15. Attività multi professionale erogata nei CSM		X		
16. Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente	X		X	
17. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari		X		
18. Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente	X		X	
19. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze			X	
20. Conclusione non concordata del trattamento		X		
21. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio			X	
22. Mortalità nei pazienti in carico			X	

C2) interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

23. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo		X		
---	--	---	--	--

INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITA' (gli indicatori principali sono individuati da una X)

A- Presa in carico precoce

INDICATORE	principale	1° categori	2° categori	3° categori
1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta			X	
2. Monitoraggio delle condizioni cliniche dell'età evolutiva che possono evolvere in DGP			X	
3. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio		X		
4. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale				X
5. Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti	X	X		
6. Attività multi professionale erogata nei CSM		X		

B- Gestione della fase acuta

7. Pazienti ricoverati in SPDC	X	X		
8. Ricoveri in regime di TSO	X	X		
9. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X	X		
10. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X	X		
11. Contenzione fisica in SPDC				X
12. Revisione del programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti		X		

C- Trattamenti continuativi e a lungo termine

C1) mantenimento e promozione del recupero psicosociale

13. Contratto terapeutico				X
14. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	X	X		
15. Pazienti in trattamento psicoterapico	X	X		
16. Pazienti con trattamenti psicoterapici complessi ad elevata intensità di cura	X	X		
17. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto			X	
18. Trattamento continuativo con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto			X	
19. Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori dell'umore nel periodo successivo all'episodio acuto			X	
20. Politerapia nel periodo successivo all'episodio acuto	X		X	
21. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze			X	
22. Conclusione non concordata del trattamento		X		
23. Pazienti senza casa, pazienti destinatari di provvedimento penale				X
24. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio			X	
25. Mortalità nei pazienti in carico			X	

C2) interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

26. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo		X		
27. Trattamenti residenziali	X	X		
28. Trattamenti semiresidenziali		X		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1558 del 03 settembre 2013

Recepimento del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (C.U. 24 gennaio 2013).

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si recepisce il Piano di azioni nazionali per la salute mentale e si individuano le aree che rimangono carenti nella programmazione regionale di settore per le quali si provvederà ad emanare specifiche Raccomandazioni regionale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Nella seduta del 24 gennaio 2013 la Conferenza Unificata ha approvato il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) che impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili.

Il PANSM tiene conto di una serie di indicazioni internazionali e nazionali che includono:

- Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008);
- Green Paper (2006) ed European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione Europea
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita nel nostro ordinamento con legge 176/1991 e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con legge 18/2009;
- Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008;
- DPCM 1° aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale;
- Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012;
- Patto per la Salute 2010-2012.

Da un punto di vista metodologico la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi prevede:

- . La definizione degli obiettivi di salute per la popolazione;
- . La definizione delle azioni e degli attori;
- . La definizione dei criteri e degli indicatori di verifica e di valutazione.

In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, "recovery-oriented";
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative;

- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Il PANSM si sostanzia in una serie di azioni programmatiche, distinte in tre sezioni:

- a) tutela della salute mentale in età adulta;
- b) tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza;
- c) integrazione e coordinamento con altre aree;

per ciascuna delle quali vengono individuati:

- gli obiettivi;
- le azioni;
- gli indicatori.

Buona parte delle azioni previste per le Regioni e le Province autonome dal PANSM rientrano nella programmazione di settore già attuata o in corso di attuazione da parte della Regione del Veneto con particolare riferimento al Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) e ai conseguenti provvedimenti applicativi, come si evince dalle Tabelle di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Le aree che rimangono carenti nella programmazione regionale di settore riguardano l'emanazione di Raccomandazioni regionali in materia di:

- . Diagnosi e caratteristiche di base dei Piani terapeutici individualizzati (PTI);
- . Trattamenti farmacologici e psicoterapici;
- . Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
- . Presa in carico dei disturbi di personalità;
- . Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
- . Contenzione e lavoro in SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura);
- . Prevenzione e lotta allo stigma;
- . Trattamento acuzie e emergenze;
- . Percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità.

Al tal fine si propone di dare mandato alla Commissione regionale per la Salute mentale, di cui alla DGR n. 2086 del 7 dicembre 2011, di elaborare entro 6 mesi dall'approvazione del presente provvedimento una proposta di Raccomandazioni regionali nelle materie sopra elencate da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

Per quanto concerne l'applicazione a livello locale del PANSM si propone di demandarla alle Aziende Sanitarie Locali attraverso il Dipartimenti di Salute Mentale per quanto di loro competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53 - 4° comma dello Statuto - il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- VISTA la DGR 651 del 9 marzo 2010;

- VISTO l'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata Rep. Atti n. 4/CU del 24 gennaio 2013 "Piano di azioni nazionali per la salute mentale"

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013;
3. di demandare l'applicazione locale del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale alle Aziende Sanitarie Locali attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale per quanto di loro competenza;
4. di dare mandato alla Commissione regionale per la Salute mentale, di cui alla DGR n. 2086 del 7 dicembre 2011, di elaborare entro 6 mesi dal presente provvedimento una proposta di Raccomandazioni regionali da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale nelle seguenti materie, di cui all'**Allegato A**:
 - Diagnosi e caratteristiche di base dei Piani terapeutici individualizzati (PTI);
 - Trattamenti farmacologici e psicoterapici;
 - Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
 - Presa in carico dei disturbi di personalità;
 - Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
 - Contenzione e lavoro in SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura);
 - Prevenzione e lotta allo stigma;
 - Trattamento acuzie e emergenze;
 - Percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione nei modi e termini di rito.



ALLEGATO A alla Dgr n. 1558 del 03 settembre 2013

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativo alla Tutela della Salute Mentale

OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	ATTUAZIONE NELLA REGIONE VENETO
<p>1. Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utente</p>	<p>Implementazione specifica nei DSM dei percorsi clinici territoriali differenziati:</p> <p>a) accoglienza e valutazione b) percorso di consulenza con i MMG c) assunzione in cura d) percorso di Presa in carico o trattamento integrato (con PTI e case manager)</p>	<p>– presenza di pianificazione nazionale e regionale (progettualità innovativa) – protocolli operativi nei DSM, con i criteri di valutazione diagnostica – corsi formazione per operatori CSM – rilevazione informatica dei percorsi clinici – presenza strumenti del PTI</p>	<p>– Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) – Indicatori per la valutazione dei DSM (DGR n. 166 del 22 febbraio 2011) – Disciplinare tecnico per il flussi informativi dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) (DGR n. 1883 del 23 giugno 2009) – Indicatori per la valutazione dei DSM del Veneto (dati anno 2010) – DA FARE: Linee guida diagnostiche e caratteristiche di base dei PTI</p>
<p>2. Identificazione precoce di pazienti con disturbi psichici gravi e dei soggetti a rischio</p>	<p>a) raccomandazione ai DSM di elaborare progetti sperimentali integrati con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15-21 a.) a rischio di disturbi psichici gravi</p>	<p>– percentuale, nel territorio regionale, di servizi con equipe dedicate a progetti integrati per la individuazione dei disturbi psichici gravi nel passaggio all'età giovanile</p>	<p>– Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010): Allegato "salute mentale nell'infanzia e</p>

<p>di psicosi in una visione preventiva integrata con i servizi NPIA</p>	<p>b) raccomandazione ai Dipartimenti di salute mentale di utilizzare le scale di valutazione nell'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia</p> <p>c) elaborazione raccomandazioni ai DSM circa l'appropriatezza del trattamento farmacologico dell'esordio psicotico e del periodo che segue</p> <p>d) implementazione di trattamenti psicologici strutturati di provata efficacia clinica</p> <p>e) implementazione di interventi psicoeducazionali del nucleo familiare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di utilizzo di scale di valutazione per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico - verifica tramite audit clinici dell'adesione alle linee guida ministeriali 	<p>adolescenza"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011) - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242 del 22 febbraio 2012) - Progetto Get-Up dell'Università di Verona - Protocolli/Gruppi di lavoro specializzati interarea DSM-NPI-EE - DA FARE: raccomandazioni sui trattamenti farmacologici e psicoterapici
<p>3. Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore</p>	<p>a) raccomandazioni regionali finalizzate a incrementare la disponibilità di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi per pazienti affetti da disturbi dell'umore, che prestino particolare attenzione al rilievo di sintomi predittivi di un aumentato rischio suicidario</p> <p>b) raccomandazioni regionali che definiscano le misure organizzative idonee secondo le linee - guida OMS per ridurre la possibilità di effettuare tentativi di suicidio nelle strutture sanitarie e in carcere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle raccomandazioni e altri indicatori clinico-organizzativi, tenuto conto delle raccomandazioni nazionali in materia - presenza di Raccomandazioni regionali basate sulle linee guida nazionali - presenza di protocolli nelle strutture - verifica dell'impatto delle raccomandazioni sui servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - DA FARE (Raccomandazioni regionali)

<p>4. Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità</p>	<p>a) formulazione di profilo clinico assistenziale per la valutazione ed il trattamento dei disturbi borderline di personalità, comprendente le raccomandazioni cliniche (psicoterapeutiche, psicofarmacologiche) e di assetto organizzativo del percorso di trattamento indicato.</p> <p>a) valorizzare il ruolo della psichiatria e del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG</p> <p>b) sviluppare la collaborazione tra SPDC e altri reparti ospedalieri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi - presenza nei CSM di Protocolli di collaborazione con i MMG - presenza in ospedale di Protocolli di collaborazione con i Dipartimenti medici 	<ul style="list-style-type: none"> - Esperienze e pubblicazioni di ricerche effettuate dalle diverse aziende sanitarie sulla creazione di apposite équipe per il trattamento dei disturbi borderline - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) - Progetto "Riconoscere la depressione": Piano Regionale Prevenzione del Veneto - anni 2010/2012 (DGR n. 3139 del 14 dicembre 2010) - Presenza nei CSM di protocolli di collaborazione con MMG (vedi indicatori DGR 166); - Presenza di protocolli di collaborazione con le diverse UU.OO. Ospedaliere - DA FARE: Raccomandazioni regionali per la presa in carico dei disturbi di personalità
<p>5. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"</p>			
<p>6. Sviluppo del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p>	<p>a) definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA , in collaborazione tra DSM, NPIA, MMG e strutture ospedaliere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DGR n. 3540 del 19 ottobre 1999) - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute

			<p>mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi del Comportamento Alimentare: Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i DCA tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate (DGR n. 94 del 31 gennaio 2012) - Ricerca Sanitaria Finalizzata "BIOVEDA" 2011 (sottoprogetto 3: organizzazione dei servizi)
<p>7. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento</p>	<p>a) raccomandazioni per l'attivazione e lo sviluppo di modelli di psicologia/psichiatria di consultazione con i MMG ed i servizi ospedalieri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di Protocolli di collaborazione coerenti i modelli adottati 	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR 651 del 9 marzo 2010) - Indicatori per la valutazione dei DSM (DGR n. 166 del 22 febbraio 2011) - Progetti Cronos e delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) Organizzazione nelle Aziende Sanitarie Locali. - Relazione delle attività dei centri di consultazione ospedaliera
<p>8. Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico</p>	<p>a) raccomandazioni regionali che inducano nei dipartimenti di salute mentale azioni volte a promuovere corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con i MMG</p> <p>b) raccomandazioni regionali sulla necessità di stabilire piani di collaborazione fra i dipartimenti di salute mentale, i</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della presenza di Protocolli di collaborazione sulla base delle Raccomandazioni regionali 	<ul style="list-style-type: none"> - In molte aziende ULSS sono stati sviluppati "Progetti Benessere" per il miglioramento della qualità di vita complessiva dei pazienti psichiatrici. - DA FARE (Raccomandazioni regionali)

	<p>dipartimenti di prevenzione e sanità pubblica e quelli di cure primarie, per organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti psichiatrici</p>		
<p>9. Trattamenti psichiatrici ospedalieri</p>	<p>a) differenziazione dell'offerta per livelli di intensità di cura b) implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione suicidio</p>	<p>- esistenza protocolli e di sistemi di monitoraggio sulla base delle indicazioni nazionali</p>	<p>- Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) (DGR n. 847 del 31 marzo 2009) - DA FARE: Raccomandazioni su contenzione e lavoro in SPDC</p>
<p>10. Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità</p>	<p>a) ricognizione degli attuali assetti regionali delle strutture residenziali psichiatriche b) rilevazione dell'organizzazione regionale sui programmi riabilitativi individuali c) descrizione della tipologia degli interventi di assistenza (sanitaria / sociale) d) definizione di requisiti e standard idonei delle unità di offerta</p>	<p>- elaborazione di linee guida condivise con omogenee indicazioni su: <ul style="list-style-type: none"> ▪ percorsi riabilitativi individuali ▪ requisiti di accreditamento strutture ▪ livelli di integrazione socio-sanitaria coerenti con i LEA <p>- presenza di provvedimenti regionali conseguenti</p> </p>	<p>- Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (DGR n. 1616 del 17 giugno 2008 e successive modifiche: DGR n. 518 del 2 marzo 2010; DGR n. 748 del 7 giugno 2011) - Report annuale sulla tipologia, intensità assistenziale organizzazione, presenze delle diverse strutture residenziali nei DSM; - Ricerca Regionale "Progres Veneto" di analisi delle strutture residenziali regionali (aggiornamenti).</p>
<p>11. Prevenzione e lotta allo stigma</p>	<p>a) sviluppo di specifiche iniziative in ambito nazionale, regionale e locale, con impegno a coinvolgere in tutte le fasi della campagna i gruppi e le associazioni che operano per l'inclusione sociale e l'empowerment, attraverso:</p>	<p>- presenza di indicazioni nazionali - presenza di Raccomandazioni regionali conseguenti - verifica delle collaborazioni locali con i</p>	<p>- Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) - Indicatori per la valutazione dei</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - ricognizione della rete sociale e individuazione delle aree di disagio - sviluppo di collaborazioni con Dipartimento prevenzione – sanità pubblica, Distretti, Comuni, MMG e associazioni utenti e familiari della rete territoriale - collaborazione con le scuole 	<p>soggetti coinvolti</p>	<p>DSM (DGR n. 166 del 22 febbraio 2011)</p> <p>– DA FARE (Raccomandazioni regionali)</p>
--	---	---------------------------	--

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA

Risultato accertabile

Garantire livelli essenziali di assistenza per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza

OBBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	ATTUAZIONE NELLA REGIONE VENETO
<p>1. Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva</p>	<p>a) produzione di specifiche indicazioni regionali (PSSR, LG regionali, linee di indirizzo, raccomandazioni in materia)</p> <p>b) inclusione nelle indicazioni di un range completo di servizi multi professionali integrati (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero)</p> <p>c) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei accordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - esistenza di indicazioni regionali che identifichino una rete omogenea e diffusa di servizi per l'età evolutiva in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza - definizione al loro interno delle diverse tipologie di strutture necessarie in ambito ambulatoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei accordi tra di esse - evidenziazione nelle indicazioni della necessità della presenza all'interno di tutti i servizi di equipe multiprofessionali stabili e dedicate, con formazione e competenze specifiche sui disturbi neuropsichici dell'età evolutiva - esistenza di atto che definisce i requisiti 	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR 651 del 9 marzo 2010); Allegato "salute mentale nell'infanzia e adolescenza" - Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011) - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242 del 22 febbraio 2012) - DA FARE: Raccomandazioni per trattamento acuzie e emergenze
<p>2. Esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche</p>	<p>a) monitoraggio della situazione esistente e della sua adeguatezza al bisogno, per giungere a una fotografia nazionale</p> <p>b) sperimentazione di strutture in grado di intervenire anche in situazioni complesse e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio regionale del numero e delle caratteristiche delle strutture semiresidenziali e residenziali/abitanti in fascia di età - monitoraggio della durata media dei 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le unità di offerta rivolte a

<p>dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in stretta integrazione con i servizi territoriali</p>	<p>di acuzie, in stretta integrazione con i servizi territoriali</p> <p>c) promozione di buone pratiche di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri</p>	<p>ricoveri di preadolescenti e adolescenti con DRG psichiatrico</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenza di progetti innovativi per la risposta a situazioni di acuzie psichiatrica in preadolescenza e adolescenza - presenza e applicazione di raccomandazioni relative alla collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri 	<p>minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242 del 22 febbraio 2012)</p>
<p>3. Definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta</p>	<p>a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., i servizi di Salute Mentale dell'adulto ed altri servizi per l'età adulta, inclusivi di linee per il monitoraggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - esistenza di linee di indirizzo regionali - n° protocolli esistenti / n° DSM/altri servizi per l'età adulta e servizi NPIA - esistenza di modalità di monitoraggio dei passaggi e degli eventuali drop out successivi, di analisi delle motivazioni e di attivazione di interventi correttivi - n° ricoveri in SPDC intorno al 18° anno (tra 16 e 18 anni e tra 18 e 20 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR 651 del 9 marzo 2010); Allegato "salute mentale nell'infanzia e adolescenza" - Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011) - Protocolli di collaborazione fra DSM - NPI - Età Evolutiva - SERD per il trattamento degli adolescenti con problematiche complesse e collaborazioni sulla presa in carico.
<p>4. Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare di un pz minore con disturbi neuropsichici e genitore/i con disturbi psichici</p>	<p>a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., servizi di salute mentale dell'adulto e Dipartimenti Dipendenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n° protocolli esistenti / n° servizi (NPIA, DSM, Dipendenze) 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatori per la valutazione dei DSM (DGR n. 166 del 22 febbraio 2011) - U.V.M.D. per utenti adolescenti (DSM - NPI - Età Evolutiva - Tutela Minori - SERD)

<p>e/o dipendenza patologica</p>	<p>a) interventi di sensibilizzazione del territorio per l'individuazione precoce di segnali di rischio e l'invio tempestivo</p> <p>b) raccomandazioni regionali finalizzate ad un miglioramento della specificità e dell'appropriatezza e del coordinamento degli interventi nell'ambito dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, incluso il ricovero ospedaliero, e della loro integrazione e coordinamento</p> <p>c) sperimentazione di modelli di intervento e/o di équipe integrate con i DSM/dipendenze/aree consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce nelle psicosi e nei disturbi psichici gravi, fortemente integrate con i servizi esistenti</p>	<p>- n° interventi di sensibilizzazione/abitanti</p> <p>- presenza di raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva</p> <p>- presenza di protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali ecc) che possono a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acuzie</p>	<p>- Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010); Allegato "salute mentale nell'infanzia e adolescenza"</p> <p>- Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011)</p> <p>- Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242 del 22 febbraio 2012)</p> <p>- Indicatori per la valutazione dei DSM (DGR n. 166 del 22 febbraio 2011)</p> <p>- Protocolli di collaborazione con MMG e PLS e Istituzione di U.V.M.D. per utenti adolescenti fra diversi servizi (DSM - NPI - Età Evolutiva - SERD).</p> <p>- Programmi di educazione rivolti alla popolazione scolastica sulle tematiche della salute mentale</p>
<p>5. Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza</p>	<p>a) raccomandazioni regionali per la diagnosi precoce, l'appropriatezza della presa in carico, in particolare: - nelle situazioni di rischio evolutivo</p>	<p>- evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle aziende sanitarie</p>	<p>- Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011)</p>
<p>6. Identificazione precoce delle patologie neuropsichiche</p>	<p>a) raccomandazioni regionali per la diagnosi precoce, l'appropriatezza della presa in carico, in particolare: - nelle situazioni di rischio evolutivo</p>	<p>- evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle aziende sanitarie</p>	<p>- Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011)</p>

<p>e conseguente trattamento tempestivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nei disturbi neurologici e neuro evolutivi precoci - nella disabilità complessa e nell'autismo 	<ul style="list-style-type: none"> - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'intervento integrato territorio-ospedale e del raccordo con la rete dei servizi pediatrici - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'integrazione operativa con la scuola, i servizi sociali territoriali, il sistema giudiziario e quello dei servizi sanitari privati accreditati. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolli di collaborazione con MMG e PLS e U.V.M.D. rivolte agli utenti adolescenti
<p>7. Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) coordinamento e gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato b) formazione specifica e mirata 	<ul style="list-style-type: none"> - attivazione di tavolo di lavoro stabile con tutti gli interlocutori coinvolti (servizi di NPIA, dipartimento dipendenze, servizi di salute mentale, servizi della giustizia, servizi sociali, terzo settore ecc) - presenza di indicazioni regionali relative agli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato - attivazione di percorsi di formazione specifica integrata tra i diversi servizi 	<ul style="list-style-type: none"> - DPCM 1° aprile 2008: regolamentazione e gestione dell'inserimento in comunità di minori e giovani adulti (DGR n. 940 del 7 aprile 2009) - Recepimento Protocollo d'Intesa fra la Regione Veneto – Direzione Piani e Programmi Socio-sanitari e Il Centro Giustizia Minorile per il Veneto, relativo all'invio in Comunità di minori ai sensi del DPCM 01/04/08 (Decreto n. 93 del 1° luglio 2009)
<p>8. Strutturazione di un adeguato sistema di monitoraggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di indicazioni regionali per la strutturazione di un sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi per i disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza 	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di un sistema informativo dedicato - monitoraggio delle attività ambulatoriali - monitoraggio dei tassi di ricovero per diagnosi NPIA e dei reparti in cui avvengono, con particolare attenzione ai TSO ed ai ricoveri in SPDC 	<ul style="list-style-type: none"> - Linee guida per i servizi distrettuali per l'età evolutiva (DGR n. 1533 del 27 settembre 2011): sezione "Indicatori"

INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CON ALTRE AREE

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza e percorsi assistenziali integrati

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	ATTUAZIONE NELLA REGIONE VENETO
<p>1. Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità: handicap psichiatrico adulto stabilizzato e disabilità adulta per disturbi psicotici organici (insufficienza mentale, autismo, disturbi neurologici con gravi sintomi psichiatrici, ecc.).</p>	<p>a) produzione di raccomandazioni regionali rivolte ai servizi competenti delle ASL;</p> <p>b) definizione di percorsi assistenziali aziendali, anche attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;</p> <p>c) condivisione dei percorsi assistenziali integrati, per quanto nelle specifiche competenze, con gli Ambiti territoriali e le Agenzie sociali e territoriali che possono utilmente partecipare alla loro realizzazione, anche mediante una programmazione partecipata degli interventi ed eventuali specifici Progetti</p> <p>d) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia per il trattamento terapeutico-riabilitativo e per l'assistenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle ASL; - numero di percorsi assistenziali integrati (almeno 1 utile per ciascuna patologia evidenziata) - numero di protocolli di intesa stipulati tra diverse Agenzie; - % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) - Approvazione Linee di Indirizzo regionali per i Disturbi dello Spettro Autistico (DGR n. 2959 del 28 dicembre 2012) - Protocolli di collaborazione DSM – Disabilità Età Adulta - DA FARE (Raccomandazioni regionali per disabilità adulti)
<p>2. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alle dipendenze patologiche</p>	<p>a) definizione di protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche;</p> <p>b) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture territoriali, riabilitative residenziali e semi-residenziali dedicate;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % di ASL con protocolli stipulati; - Evidenza dell'Atto di definizione dei requisiti; - % di operatori coinvolti nelle iniziative 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende UISS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica (DGR n. 3745 del 5 dicembre 2003)

	<p>c) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia;</p> <p>d) condivisione dei percorsi assistenziali con gli Ambiti Sociali e gli altri soggetti pubblici e privati della rete locale per la tutela dei diritti di cittadinanza;</p> <p>e) monitoraggio regionale sui programmi e sulle azioni intraprese a livello locale.</p>	<p>formative specifiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> - n° di programmi specifici nell'ambito dei Piani di Zona; - frequenza dei Report periodici di monitoraggio. 	
<p>3. Miglioramento dell'assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato</p>	<p>a) recepimento regionale delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni;</p> <p>b) diffusione ed applicazione delle linee di indirizzo;</p> <p>c) definizione regionale dei modelli organizzativi di assistenza negli istituti di pena;</p> <p>d) strutturazione dei servizi sanitari di assistenza penitenziaria secondo il modello organizzativo regionale;</p> <p>e) formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia;</p> <p>f) monitoraggio regionale in raccordo con il Tavolo permanente nazionale per la Sanità Penitenziaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - atto regionale di recepimento delle linee di indirizzo - n° di Iniziative di informazione e disseminazione riguardo alle linee di indirizzo - evidenza dell'Atto regionale di definizione del modello organizzativo - monitoraggio dei servizi implementati - % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche - frequenza dei Report di monitoraggio con i modelli di reportistica specifici - verifica dell'adozione delle linee guida per la prevenzione del suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Recepimento Accordo Stato-Regioni su "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale: approvazione Programma Operativo e modalità di attuazione (DGR n. 2722 del 24 dicembre 2012) - Approvazione delle Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria (DGR n. 2337 del 29 dicembre 2011) - DPCM 1° aprile 2008: autorizzazione all'Azienda ULSS n. 20 per l'apertura del reparto di Osservazione psichiatrica, all'interno della Casa Circondariale di Verona (DGR n. 3585 del 30 dicembre 2010) - Protocollo di Intesa fra la Regione del Veneto e il Ministero della Giustizia in materia di prevenzione dei suicidi (DGR n. 2210 del 21 settembre 2010)
<p>4. Presa in carico dei pazienti internati in</p>	<p>a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di</p>	<ul style="list-style-type: none"> - definizione di una scheda individuale di monitoraggio; 	<ul style="list-style-type: none"> - DPCM 1° aprile 2008: sperimentazione di una struttura

<p>OPG</p>	<p>collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti ricoverati</p> <p>b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi e delle risorse assegnate ai DSM per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG</p> <p>c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale</p> <p>d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità</p> <p>e) formazione specifica ed integrata</p> <p>f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale</p>	<p>- numero dei protocolli di collaborazione</p> <p>- verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati</p> <p>- % degli internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente</p> <p>- evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti</p> <p>- % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;</p> <p>- frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica</p>	<p>intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato (DGR n. 3442 del 30 dicembre 2010)</p> <p>- DPCM 1° aprile 2008: approvazione del progetto di struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato presentato dall'Azienda ULSS 21 di Legnago (VR) (DGR n. 1331 del 17 luglio 2012)</p> <p>- Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 13/10/2011 "integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC" (DGR n. 899 del 22 maggio 2012)</p> <p>- Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dagli OPG: individuazione modalità di presentazione dei progetti da parte delle Az. ULSS del Veneto – DSM realizzati nel 2012 (DGR n. 1968 del 2 ottobre 2012)</p> <p>- DM della Salute 28/10/2010: interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale: approvazione delle modalità di attuazione e di spesa (DGR n. 2089 7 dicembre 2011)</p>
------------	--	---	---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1616 del 17 giugno 2008

Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali").

[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali Stefano Antonio Valdegamberi, riferisce quanto segue:

Con Legge Regionale n. 22 del 2002 la Regione Veneto ha individuato le competenze dei soggetti pubblici e privati nell'attuazione dei processi di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento dei Servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Con deliberazione n. 2501 del 6 agosto 2004 la Giunta Regionale ha dato prima attuazione alla L.R. n. 22/2002 approvando un provvedimento, che si articola, fra gli altri, nei seguenti punti:

- adozione della classificazione delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, nel puntuale rispetto della normativa regionale e nazionale di riferimento;
- adozione del Manuale applicativo, che disciplina le fasi di ogni processo e la relativa tempistica, anche relativamente alle strutture già in esercizio e a quelle che "ex novo" sono assoggettate all'autorizzazione;
- definizione, in esecuzione dell'art. 10 L.R. n. 22/2002, dei requisiti minimi (organizzativi, strutturali e tecnologici) generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, nonché dei requisiti minimi specifici per alcune delle strutture indicate nella classificazione.
- adozione, in aggiunta ai requisiti minimi, di ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accredimento istituzionale.

A modifica e integrazione della sopra richiamata D.G.R. n. 2501/2004 si sono succeduti altri provvedimenti della Giunta Regionale tesi a perfezionare la definizione di alcune tipologie di strutture, a individuare i requisiti minimi generali e minimi specifici per tipologie di strutture precedentemente prive di apposita disciplina, nonché ad aggiornare alcuni requisiti per renderli maggiormente rispondenti alla normativa nel frattempo intervenuta.

In relazione ai suddetti provvedimenti applicativi della L.R. n. 22/2002 si è reso necessario un approccio unitario e integrato per quanto riguarda le unità di offerta che operano nell'ambito della salute mentale, approccio che ora rientra a pieno titolo tra gli indirizzi di questa Giunta regionale così come si evincono sia dalla sezione dedicata alla salute mentale nel P.d.L. n. 235 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009" sia dalla D.G.R. n. 2145 del 10 luglio 2007 che ha istituito un apposito servizio regionale per la gestione unitaria degli interventi regionali nel settore della tutela della salute mentale.

A tal fine la Direzione regionale Piani e programmi socio sanitari, su indicazione della Commissione regionale per la salute mentale di cui alla D.G.R. n. 373 del 11.02.2005, ha costituito un Gruppo di Lavoro composto da primari dei Dipartimenti di Salute mentale, un rappresentante della cooperazione sociale e un rappresentante dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria. Tale Gruppo di lavoro ha prodotto un documento di requisiti e standard, riferito a tutte le unità di offerta in ambito di salute mentale previsto nel SSSR del Veneto, che è stato sottoposto alla valutazione della stessa Commissione regionale per la salute mentale, che include tra l'altro una rappresentanza delle Associazioni dei familiari, delle Società scientifiche, nonché alla valutazione del Collegio dei Primari psichiatri e della cooperazione sociale. Ciascuna componente coinvolta ha accolto positivamente il documento elaborato dal Gruppo di lavoro, proponendo dei contributi migliorativi, tutti recepiti nell'Allegato al presente provvedimento che si propone all'approvazione della Giunta regionale.

Nel corso dell'elaborazione del citato documento di requisiti e standard sono emerse ulteriori proposte che pure si ritiene opportuno proporre all'approvazione della Giunta regionale e che includono:

- l'attuazione, da parte della Direzione regionale Piani e programmi socio sanitari in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, di un percorso di formazione sui nuovi requisiti e standard da realizzarsi a livello provinciale e rivolto alle strutture del pubblico e del privato che operano nel settore della salute mentale;
- la costituzione di una Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale dei requisiti e standard per la salute mentale oggetto del presente provvedimento;

- la costituzione di un Gruppo di lavoro per l'elaborazione di una proposta di schema-tipo di Regolamento per i Dipartimenti di salute mentale.

La Regione per tramite dell'Agenzia Socio Sanitaria Regionale del Veneto ha dato avvio al progetto tecnico per esecuzione del progetto-programma di accreditamento di eccellenza, per la definizione di standard /requisiti secondo il modello del CCHSA, attraverso diversi focus group, tra i quali uno specifico per la salute mentale, nel quale parteciperanno degli esperti specifici del settore. A tal proposito la Direzione Piani programmi Socio Sanitari e l'Agenzia Socio Sanitaria individueranno un gruppo di esperti del settore, che si interfacerà con il comitato scientifico per proporre e analizzare degli standard/requisiti in tema di accreditamento d'eccellenza nel settore della salute mentale.

Inoltre, si ritiene opportuno per quanto riguarda la tempistica e le procedure per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta per la salute mentale rimandare alla D.G.R. n. 2501/2004 e successive modifiche e integrazioni, mentre per quanto riguarda gli indicatori di attività e di risultato rimandare al Progetto obiettivo per la salute mentale attualmente vigente di cui alla D.G.R. n. 4080 del 22 dicembre 2000. D'altra parte, al fine di velocizzare l'introduzione e l'applicazione dei nuovi requisiti e standard per la salute mentale di cui al documento allegato si demanda all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria la predisposizione delle relative liste di verifica.

Nelle more dell'individuazione delle competenze da parte delle Segreterie alla Sanità e al Sociale, ai sensi della DGR n. 2501/2004, la Direzione Piani e Programmi Socio-sanitari è l'autorità competente al rilascio del provvedimento di autorizzazione per tutte le strutture afferenti al settore della salute mentale, tranne che per le tipologie ospedaliere, per le quali procederà di concerto con la Direzione dei Servizi Sanitari, lo stesso dicasi per la responsabilità dell'istruttoria che porterà all'accreditamento istituzionale da parte della Giunta Regionale.

Infine, si propongono i seguenti oneri di accreditamento, previsti dall'art. 19 della L.R. 22/2002:

CSM - CENTRI DI SALUTE MENTALE. Euro 1.270,00

CTRP -COMUNITA' TERAPEUTICA - RIABILITATIVA PROTETTA. Euro 1.270,00

CA - COMUNITA' ALLOGGIO. Euro 870,00

GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO. Euro 650,00

DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)Euro 870,00

CD - CENTRO DIURNOEuro 870,00

SPDC - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURAEuro 1.270,00

DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATEEuro 1.270,00

DAY HOSPITAL OSPEDALIERO (DHO). Euro 1.270,00

stabilendo altresì che, gli oneri previsti per la procedura di accreditamento istituzionale sono dovuti esclusivamente dalle strutture afferenti ad una titolarità diversa da un'Azienda ULSS o Comune (anche in forma associata), e saranno accreditati sul conto di tesoreria della Regione del Veneto.

Il relatore conclude la propria relazione sottoponendo all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, II° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- Vista la Legge 241/1990;
- Vista la L.R. 11/2001 art.133;
- Vista la L.R. 22/2002;
- Vista la DGR n. 2473/2004 esecutiva;
- Vista la DGR 2501/2004, esecutiva;
- Vista la DGR n. 3855/2004 esecutiva;
- Vista la DGR n. 393/2005 esecutiva;
- Vista la DGR n. 4261/2005 esecutiva;

- Vista la DGR n 2288/2006 esecutiva;
- Vista la DGR n. 4080/2000 esecutiva;
- Vista la DGR n. 84/2007 esecutiva.]

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'**Allegato A** del presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, recante i requisiti e gli standard definitivi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture che operano nel settore della salute mentale in sostituzione dell'**Allegato A** della DGR 2473/2004;
3. di autorizzare le autorità competenti, in fase rilascio della autorizzazione all'esercizio, a concedere, per le strutture in esercizio e per quelle già autorizzate alla realizzazione, deroghe ai requisiti e agli standard strutturali dell'**Allegato A** fino ad un massimo del 20%, con esclusione di quelli dove è espressamente negata tale possibilità;
4. di demandare all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria la traduzione dei singoli standard dell'**Allegato A** in requisiti articolati nel formato ufficiale di lista di verifica finora utilizzato, sostituendole a quelle approvate con DGR n. 2501/2004;
5. di fissare gli importi degli oneri di accreditamento, previsti dall'art. 19 della L.R. 22/2002, pari a quelli descritti in premessa;
6. di stabilire che gli oneri previsti per la procedura di accreditamento istituzionale, sono dovuti esclusivamente dalle strutture afferenti ad una titolarità diversa da un'Azienda ULSS o Comune (anche in forma associata), e saranno accreditati sul conto di tesoreria della Regione del Veneto;
7. di stabilire che la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento, secondo quanto previsto dall'Art. 16 della Lr. 22/2002, verrà svolta sulla base degli indicatori contenuti nel Progetto obiettivo per la salute mentale attualmente vigente di cui alla D.G.R. n. 4080 del 22 dicembre 2000;
8. di demandare all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria il conseguente aggiornamento della classificazione e del manuale delle procedure di attuazione della L.R. 22/2002, documenti approvati con DGR 2501/2004;
9. di demandare alla Direzione regionale Piani e programmi socio sanitari in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria l'attuazione di un percorso di formazione sui nuovi requisiti e standard da realizzarsi a livello provinciale e rivolto alle strutture del pubblico e del privato che operano nel settore della salute mentale;
10. di stabilire che la Direzione regionale Piani e Programmi Socio-sanitari è l'autorità competente al rilascio del provvedimento di autorizzazione, nonché dell'istruttoria che porterà all'accreditamento istituzionale da parte della Giunta Regionale, per tutte le strutture afferenti al settore della salute mentale, tranne che per le tipologie ospedaliere per le quali procederà di concerto con la Direzione regionale dei Servizi Sanitari;
11. di demandare al Dirigente regionale della Direzione regionale Piani e programmi socio sanitari la costituzione con proprio provvedimento di una Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale dei requisiti e standard per la salute mentale oggetto del presente provvedimento.



**AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
ED
ACCREDITAMENTO
DELLE UNITÀ DI OFFERTA NELL'AMBITO DELLA
SALUTE MENTALE**

INDICE

PREMESSE AL DOCUMENTO	3
1. STANDARD GENERALI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE	4
2. STANDARD SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE	9
SERVIZI TERRITORIALI	9
CSM – CENTRI DI SALUTE MENTALE	9
STRUTTURE RESIDENZIALI	12
CTRTP –COMUNITA' TERAPEUTICA – RIABILITATIVA PROTETTA.....	13
CA - COMUNITA' ALLOGGIO.....	16
GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO.....	19
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	21
DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE	21
CD - CENTRO DIURNO	23
SERVIZI OSPEDALIERI	25
SPDC - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	25
DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATE.....	28
DAY HOSPITAL OSPEDALIERO	30
SERVIZI INNOVATIVI E SPERIMENTALI.....	31
3. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – INDIRIZZI ORGANIZZATIVI.....	32
4. REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	38
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	38
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	45

PREMESSE AL DOCUMENTO

Tale documento contiene gli standard ed i requisiti inerenti l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle unità di offerta che afferiscono all'ambito della salute mentale.

Nello specifico si ricorda che:

- l'autorizzazione all'esercizio, è l'istituto che, verificato il possesso delle condizioni minime di funzionamento, permette alle strutture pubbliche e private di iniziare/continuare ad operare
- L'accreditamento istituzionale, è l'istituto che, verificato il possesso di requisiti ulteriori di qualificazione, riconosce alle strutture, laddove in coerenza con la programmazione, la facoltà di operare per conto del Sistema Socio Sanitario pubblico. Solo con il possesso di questo istituto la struttura privata può accedere alla contrattazione e al finanziamento pubblico.

La **prima parte** del documento riguarda **standard generali** strutturali, tecnologici e organizzativi, che sono stati definiti **per tutte le unità di offerta dedicate alla salute mentale**, a prescindere dalla tipologia specifica di afferenza.

La **seconda parte** invece riguarda gli **standard specifici delle singole tipologie** di unità di offerta distinte in tre macrocategorie:

- Territoriali
- Ospedalieri
- Servizi innovativi e sperimentali

distinte a loro volta in residenziali semiresidenziali.

La **terza parte** riguarda la definizione di **indirizzi relativi all'organizzazione e al funzionamento del DSM**, necessari per contestualizzare e rendere concreto quanto richiesto a servizi/strutture accreditande.

La **quarta parte** contiene le indicazioni del tavolo di lavoro relativamente all' **applicabilità** e a **specifiche** da aggiungere ai **requisiti generali** del **settore sanitario** perché trovino corretta applicazione in ambito salute mentale.

L'impostazione, quindi, è che l'unità di offerta rispetti nell'ordine:

1. i requisiti/standard generali dell'ambito sanitario
2. i requisiti/standard generali dell'ambito salute mentale
3. i requisiti/standard specifici, relativi a
 - o il regime di erogazione (residenziale e semiresidenziale)
 - o la singola tipologia di servizio

1. STANDARD GENERALI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE

Per essere autorizzata all'esercizio ogni Struttura erogatrice deve conformarsi ai seguenti requisiti:

G au 1

L'Ente Gestore deve inoltre prevedere per l'esercizio delle proprie attività della copertura assicurativa, secondo le norme vigenti e la tipologia delle prestazioni e delle attività svolte, dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli utenti, dal personale, dai volontari.

G au 2

Gli indicatori ricavati dai dati rilevati vengono diffusi con periodicità almeno semestrale a tutti gli operatori delle Strutture

G au 3

Vi sono buone procedure scritte in relazione a:

- 1) Il servizio di Emergenza (118)
- 2) I medici di medicina generale

G AU – EDIFICI E LORO ARREDI

G au 4

Le strutture non ospedaliere sono collocate in posizione e con caratteristiche che facilitino l'accesso dei pazienti, facilmente raggiungibile con mezzi pubblici o privati, non isolata ma situata in un normale contesto residenziale urbano, oppure in aree rurali tali comunque da garantire la vicinanza a mezzi di trasporti pubblici e la facile accessibilità, al fine di favorire lo scambio sociale e limitare lo stigma

G au 5

Vi sono locali per il personale

G au 6

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, in rapporto alla funzione
Nelle strutture residenziali si può favorire anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo

G au 7

Vi sono buone procedure scritte per la manutenzione e la pulizia degli ambienti

Per essere accreditate le Strutture devono:

1. **essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
2. **essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
3. **documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

G accr 1

La Struttura concorda con il DSM le modalità di raccordo con il piano strategico e gli strumenti di verifica dei risultati conseguiti.

G accr 2

Viene attuato dalla Struttura un controllo dei processi di gestione e dei costi delle attività erogate:

- a) Valutazione delle prestazioni erogate al paziente con periodicità almeno semestrale.
- b) Valutazione dei costi generati con il sistema tariffario giornaliero e a prestazione.

G accr 3

Ogni Struttura deve definire e documentare un Programma d'Intervento, comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte, del quale deve essere fornita copia ed adeguata informazione agli utenti.

Il programma deve esplicitare:

- a) i principi ispiratori e la metodologia degli interventi, con
 - a. la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento,
 - b. le modalità di relazione con i familiari,
 - c. la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale),
 - d. le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature,
- b) i problemi specifici per i quali l'intervento è indirizzato
- c) le modalità di valutazione e verifica degli interventi,
- d) le modalità di ammissione, dimissione ed il raccordo con il DSM.

G accr 4

Deve essere definito e documentato un chiaro Regolamento Interno della Struttura, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti.

Tale regolamento deve descrivere:

- 1) i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza
- 2) le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti
- 3) le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana

G AC - INTEGRAZIONE DELLE STRUTTURE NELLA COMUNITÀ LOCALE, CON ALTRI SERVIZI E AGENZIE E TRA LE COMPONENTI ORGANIZZATIVE INTERNE**G accr 5**

Vi sono buone procedure scritte concordate all'interno del DSM, in relazione a:

- 1) Il Servizio integrazione Lavorativa dell'Az.Ulss in relazione all'inserimento lavorativo
- 2) Il Servizio di Urgenza/emergenza
- 3) I SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei di alcologia
- 4) Il servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (*In particolare per quanto riguarda la presa in carico e la continuità terapeutica negli adolescenti*)
- 5) Il servizio materno-infantile ed i consultori, per problematiche complesse
- 6) I medici di medicina generale

G AC - MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITÀ**G accr 6**

Vengono effettuati progetti di MCQ sulla completezza e la qualità dei dati rilevati dal sistema informativo

G accr 7

Sono state effettuate o sono progettate per l'anno in corso iniziative di confronto con strutture analoghe, ossia studi multicentrici o confronto di indicatori

**AC - RELAZIONI CON IL PUBBLICO
PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE****G accr 8**

Vi sono procedure concordate all'interno del DSM relative alla gestione trasparente delle liste di attesa e agli eventuali criteri di priorità

G accr 9

Vi sono procedure concordate all'interno del DSM per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte dei pazienti/clienti o dei loro familiari e per la gestione dei tempi e dei modi per la risposta

AC – RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**G accr 10**

Vengono attivati programmi di psicoeducazione per familiari volti a favorire

- il riconoscimento dei segni precoci di crisi
- l'adesione al trattamento terapeutico
- le capacità di comunicazione e di soluzione dei problemi

G accr 11

Gli utenti e i familiari hanno facoltà di formulare consigli relativi al funzionamento e ai regolamenti della struttura

AC – DOCUMENTAZIONE CLINICA**G accr 12**

Oltre alla cartella medica, vi sono anche una cartella o scheda infermieristica e, per le strutture riabilitative, una cartella riabilitativa, eventualmente unite in una unica cartella integrata.

La documentazione può essere su supporto cartaceo o informatico, garantendo anche in questo caso un controllo sugli accessi a tutela della privacy e adeguati strumenti per la conservazione sicura dei dati

Le cartelle cliniche sono accuratamente redatte, ordinate e ben leggibili

La cartella deve essere redatta in grafia leggibile e con un facile riconoscimento della titolarità degli aggiornamenti.

AC – CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA**G accr 13**

Per ciascun utente, la struttura individua un operatore di riferimento, il cui nominativo deve essere riportato nella cartella dell'utente e comunicato all'utente stesso ed, eventualmente, alla sua famiglia, cui spetta coordinare gli interventi fra le diverse figure professionali e fra le diverse strutture interessate dal progetto di cura

G accr 14 .1

è definito e documentato un progetto personalizzato (PP)

G accr 14.2

Il progetto personalizzato è definito sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, della sua patologie delle sue risorse e dei bisogni espressi
- della capacità di supporto offerte dalle strutture terapeutiche o riabilitative del territorio, della famiglia, del contesto sociale e dei servizi della rete
- della motivazione al trattamento e della compatibilità del progetto terapeutico;
- del carico assistenziale dei familiari
- di un coinvolgimento dei familiari, qualora opportuno e nel rispetto della privacy
- di un coinvolgimento del Medico di Medicina Generale

G accr 14 .3

Il progetto personalizzato comprende:

- gli obiettivi specifici che si vogliono ottenere
- i motivi per la ammissione/esclusione dal trattamento su criteri espliciti e trasparenti
- l'individuazione dell'operatore di riferimento

- la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi con attenzione a:
 - gli interventi farmacologici, psicologici, educativi, riabilitativi e sociali
 - gli eventuali interventi domiciliari
 - gli interventi di rete e le risorse non sanitarie eventualmente necessarie
 - le modalità di attività di verifica sul PP e la loro realizzazione (procedure, tempi e strumenti)
 - i risultati raggiunti
 - gli eventuali interventi in caso di abbandono delle cure

G accr 15

La Struttura applica procedure, concordate all'interno del DSM, relativamente a:

- 1) l'accoglimento degli utenti, le documentate modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari
- 2) i criteri della presa in carico
- 3) La richiesta di consenso informato scritto
- 4) le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza
- 5) La mancata presentazione agli appuntamenti (se previsti)
- 6) L'abbandono da parte dei pazienti gravi
- 7) La conclusione dei trattamenti
- 8) Il rientro dei pazienti ospitati presso strutture residenziali fuori regione

AC – INTEGRAZIONE**G accr 16**

Viene promossa un'organizzazione partecipata del lavoro secondo il modello di lavoro per équipe

G accr 17

L'organizzazione prevede discussione in riunioni regolari di tutto il servizio o di rappresentanti delle diverse componenti organizzative per discutere i vari momenti e le difficoltà incontrate nel lavoro con gli utenti al fine di monitorare il funzionamento della struttura e migliorare le modalità della integrazione dell'assistenza

G accr 18

Nel passaggio di un utente ad altra struttura vengono fornite le informazioni essenziali con relazione scritta sulle condizioni, il trattamento dell'utente e gli scopi dell'invio

AC PERSONALE**AC - Gestione****G accr 19**

Vi è un piano relativo al fabbisogno di personale, per numero e qualifica professionale, in rapporto agli obiettivi strategici della Struttura.

G accr 20

Sono definite procedure per mettere tutto il personale del servizio a conoscenza degli obiettivi strategici della struttura e del DSM.

G accr 21

Ciascun operatore ha un proprio fascicolo dove vengono conservati tra l'altro:

- a. un curriculum aggiornato
- b. la documentazione dei corsi a cui ha partecipato come discente e come docente
- c. i riferimenti di eventuali pubblicazioni

G accr 22

Viene stimato il carico di lavoro dei vari operatori e si rispettano i limiti massimi e minimi preventivamente stabiliti

G accr 23

Vengono monitorati, confrontati e discussi regolarmente i dati relativi alla organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al Turnover delle varie categorie di personale

AC - FORMAZIONE**G accr 24**

Devono essere concordate, attraverso appositi protocolli, linee e modalità formative degli operatori delle strutture e delle èquipe.

G accr 25

Il piano formativo previsto per l'autorizzazione all'esercizio è annuale, coinvolge tutto il personale e gli operatori del privato sociale che operano in convenzione con il DSM ed è dotato di adeguate risorse economiche finanziarie.

G accr 26

È presente un progetto scritto di formazione e di aggiornamento del personale, che definisca anche le modalità con cui integrare la formazione organizzata dal DSM e la formazione a scelta individuale

G accr 27

Le iniziative formative promosse devono essere sottoposte ad accreditamento ECM dove previsto

G accr 28

Vi sono procedure, per la valutazione delle iniziative formative e per valutare il reale impatto per la qualità degli interventi in collaborazione con le Associazioni dei familiari e degli utenti in conformità con quanto stabilito dal Consiglio di Dipartimento.

G accr 29

Il personale utilizza pienamente, ove previsto, il tempo contrattualmente riservato all'attività di formazione

2. STANDARD SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE

SERVIZI TERRITORIALI

“Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio” DPR 14/01/1997

CSM – CENTRI DI SALUTE MENTALE

Denominazione	CENTRI di SALUTE MENTALE
Definizione	Il Centro di Salute Mentale è una struttura territoriale che è alla base della organizzazione delle unità operative che compongono il Dipartimento ed è il punto di impulso e coordinamento delle attività sul territorio di riferimento della medesima.
Finalità	Il CSM coordina e svolge, nel suo ambito territoriale, tutte le funzioni di programmazione ed articolazione integrata delle attività per la prevenzione e la tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, verificando altresì l'esito delle stesse. Il CSM assicura una attività territoriale programmata nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati, erogando altresì interventi sia ambulatoriali che territoriali. Eroga attività domiciliare coinvolgendo la famiglia del paziente ed il suo MMG (secondo le linee guida della Assistenza Domiciliare Integrata), prevedendo altresì particolari e specifici protocolli clinico / operativi per i pazienti non cooperativi. Si tratta di una struttura ad accesso diretto, cui direttamente può rivolgersi il paziente. Sarebbe opportuno che l'accesso venisse preferenzialmente filtrato dal MMG.
Utenza	Soggetti adulti affetti da disturbi psichiatrici
Bacino di utenza	Di norma un CSM ogni 100.000 abitanti

Per essere autorizzato all'esercizio ogni CSM deve conformarsi ai seguenti requisiti:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

CSM au 1

Vi sono uno o più CSM, in rapporto agli standard del bacino di utenza, con il parametro di norma di uno ogni 100.000 abitanti (range ammesso 80.000 – 150.000)

Il CSM può dotarsi anche di Ambulatori di Salute Mentale per talune attività ambulatoriali e domiciliari finalizzate ad una parte del territorio di competenza, identificabili con un Distretto o con altre peculiarità territoriali:

Tali ambulatori devono rispettare i requisiti degli ambulatori specialistici.

CSM au 2

Il CSM è attivo per almeno 12 ore nei giorni feriali e almeno 6 ore nei giorni prefestivi.

CSM au 3

Il CSM è dotato di un numero locali e spazi adeguato in relazione alla popolazione servita.

Ciascun Centro di salute mentale dispone, oltre a quanto previsto dai requisiti dell'ambulatorio specialistico, almeno di:

- locale per attività terapeutiche comuni
- locale per riunioni

CSM au 4

Dispone di mezzi di trasporto per le visite domiciliari e l'eventuale trasporto di utenti

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**CSM au 5**

È presente un protocollo che garantisca interventi in condizioni di urgenza ed un collegamento funzionale organizzativo con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

CSM au 6

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra
- Psicologo psicoterapeuta
- Infermiere
- Assistente sociale
- Educatore-animatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Operatori socio sanitari e/o Operatore tecnico assistenziale

CSM au 7

Deve essere presente personale idoneo a svolgere attività amministrative e di segreteria.

CSM au 8

La dotazione organica del servizio per un modulo tipo di 100.000 abitanti deve garantire la presenza continuativa di almeno un medico ed un infermiere durante l'orario di apertura.

CSM au 9

Le altre figure professionali hanno presenza programmata in relazione alla popolazione del territorio di riferimento

CSM au 10

È individuato un responsabile medico psichiatra per le attività diagnostiche e terapeutiche svolte dal CSM e per gli aspetti organizzativi del personale. Avrà compito di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

CSM au 11

Il sistema informativo consente di conoscere il numero di abbandoni e di persi di vista.

CSM au 12

La quantità del personale in servizio è di almeno un operatore equivalente a tempo pieno ogni 3000 abitanti.

Per essere accreditato ogni CSM deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

CSM accr 1

Vi sono buone pratiche condivise, esplicite e di comprovata validità per le modalità di registrazione dei nuovi accessi

CSM accr 2

Viene attuata nella Struttura una valutazione degli esiti dei trattamenti relativamente allo stato della patologia, alla qualità della vita e al grado di adesione ai trattamenti.

Gli indicatori per tali valutazioni sono quelli indicati nello specifico allegato del Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale. Le modalità sono concordate con il DSM

CSM accr 3

Quando il servizio prende in carico un paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le problematiche cliniche presenti ed i trattamenti consigliati e ne sollecita la collaborazione. Analoghe comunicazioni seguono i mutamenti negli indirizzi diagnostici e terapeutici e di adesione alle cure. Quando il servizio conclude il trattamento con il paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente gli eventuali ulteriori trattamenti consigliati

CSM accr 4

Sono esplicitati i tempi di attesa per le visite urgenti e non urgenti

CSM accr 5

Fa parte dei compiti istituzionali del CSM l'eventuale supporto terapeutico o psicologico educativo alla famiglia.

STRUTTURE RESIDENZIALI

Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.
DPR 14/10/1997

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CTRP deve conformarsi ai seguenti requisiti

SRG au 1

L'accesso ai servizi residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato. Il progetto personalizzato deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

SRG au 2

Il Progetto personalizzato, le verifiche e gli aggiornamenti vanno condivisi con l'utente e ove possibile e nel rispetto della privacy con i suoi familiari.

SRG au 3

Deve essere definita la modalità di collaborazione con uno o più medici specialisti in psichiatria per la gestione dei casi.

Deve essere inoltre garantita la presenza programmata di psicologo, assistente sociale, infermieri professionali e/o personale della riabilitazione per esigenze specifiche dell'utenza ospitata.

SRG au 4

Deve essere presente un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti dalla struttura.

SRG au 5

Le informazioni ed i dati sull'utente devono essere inseriti in una cartella personale.

In questa sono presenti anche documenti relativi a

- Le fasi dello sviluppo del progetto personalizzato
- Le attività educative orientate alla autonomia personale
- Le attività terapeutico riabilitative

SRG au 6

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno, con orari e modalità esplicitate, compatibili con la organizzazione generale

Per essere accreditato ogni struttura residenziale deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

SRG accr 1

L'accesso ai servizi residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra la Struttura e il DSM.

SRG accr 2

Esistono buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per far visitare e per illustrare la struttura prima dell'ammissione al possibile utente ed eventualmente ai familiari, e per l'accoglimento del paziente

SRG accr 3

Nella cartella personale dell'utente la struttura deve indicare il documento di autorizzazione all'inserimento

SRG-accr 4

Il progetto personalizzato è condiviso con l'Ente Locale qualora sia prevista la compartecipazione dell'utente e/o dell'ente locale stesso ed è in tutti gli altri casi comunque comunicato all'ente locale.

CTRP –COMUNITA' TERAPEUTICA – RIABILITATIVA PROTETTA

Denominazione	COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA
Definizione	<p>Strutture residenziali destinate ad un intervento terapeutico – riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale. I pazienti vengono inseriti con un progetto personalizzato, documentato periodicamente verificato dall'équipe che ha in carico il paziente.</p> <p>In base alle caratteristiche dei pazienti e alla conseguenti intensità assistenziali necessarie, si distinguono due moduli:</p> <p style="margin-left: 40px;">a) Modulo ad alta intensità assistenziale</p> <p style="margin-left: 40px;">b) modulo ad attività assistenziale intermedia</p> <p>Le strutture residenziali psichiatriche svolgono attività terapeutico riabilitativa e non sono da considerare abitazioni permanenti.</p>
Finalità	<p>Necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>modulo ad alta intensità assistenziale</u>, nel trattamento protratto di situazioni di gravità per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero - <u>modulo ad attività assistenziale intermedia</u>, nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo.
Utenza	I pazienti adulti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da psicopatologia rilevante, avere risorse attivabili con adeguati interventi terapeutico riabilitativi e/o assenza o precarietà del supporto familiare.
Capacità ricettiva*	12 – 20* pazienti

***Nota**

Ogni struttura, anche mista, ospita di norma fino a 12 utenti elevabili fino al massimo di 20 utenti in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni anno qualora esistano le caratteristiche, i requisiti e le figure professionali, per numero e qualifica adeguate, per un n° superiore a 12.

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CTRP deve conformarsi ai seguenti requisiti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**CTRP au 1**

La CTRP è dotata delle caratteristiche delle civili abitazioni, ed ha una organizzazione interna che garantisca

- o sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana
- o sia le specifiche attività sanitarie,
- o con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

CTRP au 2

La superficie utile funzionale non deve essere inferiore a 20mq per utente;

CTRP au 3

Sono previsti per le stanze singole 9 mq (non derogabile) e per le stanze doppie 16 mq (derogabile del 10% per le strutture già attivate) e per le stanze triple 24mq (derogabile del 10% per le strutture già attivate).

CTRP au 4

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

CTRP au 5

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di

- cucina e dispensa
- di lavanderia e guardaroba.

Rientrano tra gli spazi dedicati ai servizi generali, e devono quindi essere garantiti

- locali per attività amministrative
- locali per attività sanitarie/colloqui
- spogliatoio e deposito effetti personali
- servizi igienici per il personale.

CTRP au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

CTRP au 7

Gli spazi dedicati alle attività comuni devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di soggiorno, pranzo, socializzazione, attività ricreative e attività riabilitative secondo le modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

CTRP au 8

Negli alloggi deve essere garantita la presenza di almeno un servizio igienico ogni 4 utenti, facilmente accessibile dalla stanza da letto.

In corrispondenza agli spazi dedicati ai servizi collettivi deve essere localizzato almeno un gruppo di servizi igienici comuni, in posizione tale da essere facilmente raggiungibile dagli utenti con percorsi brevi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**A) MODULO BASE AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE****CTRP au 9**

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra
- Psicologo psicoterapeuta
- Infermiere
- Assistente sociale
- Educatore-animatore(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Operatori socio sanitari e/o Operatore tecnico assistenziale

CTRP au 10

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CTRP au 11

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,25 /1.

CTRP au 12

Deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività. La dotazione organica del servizio deve garantire la presenza di almeno 2 operatori nelle ore notturne.

CTRP au 13

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Medico Psichiatra. Qualora il Responsabile sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

B) MODULO AGGIUNTIVO AD INTENSITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA**CTRP au 14**

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,90 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza per

- un medico psichiatra
- uno psicologo psicoterapeuta
- una presenza infermieristica che garantisca lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- educatori-animatori(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale
- assistente sociale

CTRP au 15

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CTRP au 16

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Medico Psichiatra o Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

CTRP au 17

Deve essere garantita la presenza notturna di almeno un operatore qualificato.

Per essere accreditata ogni CTRP deve:

1. **essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
2. **essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
3. **documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

Bacino di utenza

Di norma ¹ ogni 100.000

CTRP accr 1

Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise dagli ospiti della Comunità.

CTRP accr 2

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso i servizi residenziali è di norma di 12 mesi per le CTRP di tipologia A e di 24 mesi per quelle di tipo B, in entrambi i casi rinnovabili, dopo adeguata ridefinizione del progetto.

CTRP accr 3

La Struttura fornisce un supporto psicologico educativo alla famiglia.

CTRP accr 4

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formulazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

CTRP accr 5

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CTRP accr 6

Gli utenti hanno facile accesso a uno spazio verde riservato

¹ Di tipo A o B o comprendente entrambe le tipologie in una stessa struttura

CA - COMUNITA' ALLOGGIO

Denominazione	COMUNITA' ALLOGGIO
Definizione	Le CA sono strutture sociosanitarie, anche miste, destinate alla prosecuzione della assistenza a favore di persone con problematiche psichiatriche che, eventualmente al termine del progetto riabilitativo/protetto, presentano parziali livelli di autonomia, e necessitano di sostegno per la gestione della propria autosufficienza. Sono strutture ad attività socio assistenziale elevata, con la presenza di personale in parte della giornata.
Finalità	Accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia.
Utenza	Utenti adulti, con problematiche psichiatriche
Capacità ricettiva	In ogni CA possono essere ospitati 6*.

*Nota

Ogni struttura ospita di norma fino a 6 utenti elevabili fino al massimo di 10 utenti, in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni anno qualora esistano le caratteristiche, i requisiti e le figure professionali, per numero e qualifica adeguate, per un n° superiore a 6.

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CA deve conformarsi ai seguenti requisiti

CA au 1

La Direzione deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico dell'utente e sui costi aggiuntivi per le attività accessorie, in modo strutturato e costante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

CA au 2

La struttura è dotata di caratteristiche delle civili abitazioni

- organizzazione interna che garantisca
 - o spazi e ritmi della normale vita quotidiana
 - o spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

CA au 3

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

CA au 4

Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti gli ambienti/locali comuni (zona pranzo, soggiorno, lavanderia, guardaroba cucina e dispensa), spazi personali (camere da letto singole o doppie), servizi igienici (almeno 2). Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti.

CA au 5

La superficie minima netta delle stanze escludendo il servizio igienico deve essere:

- 9mq per stanze a un posto letto
- 16 mq per stanze a due posti letto (derogabile del 10% per le strutture già in esercizio)

Non sono ammesse camere da letto con più di 2 posti letto.

CA au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**Ca au 7**

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,50 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza programmata per

- Infermiere con lo scopo di garantire lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale

Devono essere assicurati interventi programmati per

- medico psichiatra
- psicologo psicoterapeuta
- assistente sociale
- educatori-animatori(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)

CA au 8

Viene garantita la presenza di personale per 12 ore, non necessariamente notturne.

CA au 9

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CA au 10

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile operi in più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

Per essere accreditata ogni CA deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

Bacino di utenza

1 ogni 50.000 abitanti

CA accr 1

Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise dagli ospiti della Comunità.

CA accr 2

Gli ospiti della Comunità devono avere libero accesso ad ogni locale/ambiente della Comunità ed avere la possibilità di personalizzare i propri spazi (es. camere da letto, spazi comuni), nel rispetto reciproco del diritto alla privacy degli altri ospiti.

CA accr 3

In tutte le fasi di erogazione del servizio, la Comunità Alloggio deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio inserimento lavorativo o occupazionale centri di aggregazione, attività culturali, ecc.).

CA accr 4

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CA accr 5

I familiari vengono coinvolti nella programmazione delle attività. La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle équipes delle singole Comunità che, in accordo con il DSM valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PP e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

CA accr 6

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

CA accr 7

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso le CA è di 36 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto stesso.

GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO

Denominazione	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO
Definizione	Accoglie persone con problematiche psichiatriche in situazioni di disagio sociale ed abitativo all'interno di un appartamento o di una casa. Il personale di assistenza è presente per 4 ore nei giorni feriali (6 giorni).
Finalità	Prevenzione dell'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria, il supporto lavorativo e l'integrazione nella comunità locale.
Utenza	Persone adulte con problematiche psichiatriche, che eventualmente hanno già compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali a più elevato livello di protezione, che abbiano raggiunto un buon livello di autosufficienza, in grado di assolvere da soli o con un minimo di sostegno, le funzioni di vita quotidiana. Spesso sono in grado di condurre attività occupazionali e lavorative.
Capacità ricettiva	Struttura mista, fino a quattro ospiti

Per essere autorizzata all'esercizio ogni GAP deve conformarsi ai seguenti requisiti**GAPau 1**

La struttura deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico del cliente e sui costi aggiuntivi per le attività accessorie, in modo strutturato e costante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**GAP au 2**

E' una struttura dotata di caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca spazi e ritmi della normale vita quotidiana

GAPau 3

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

GAPau 4

Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti i ambienti/locali comuni (zona pranzo, soggiorno, lavanderia, guardaroba cucina e dispensa), spazi personali (camere da letto singole o doppie), servizi igienici.

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti.

GAPau 5

La superficie minima netta delle stanze escludendo il servizio igienico deve essere:

- 9 mq per stanze a un posto letto
- 16 mq per stanze a due posti letto (derogabile del 10% per strutture già in esercizio)

Non sono ammesse camere da letto con più di 2 posti letto.

GAPau 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**GAPau 7**

Il rapporto numerico tra funzione di assistenza ed educazione e ospiti deve essere tale da garantire la presenza, per 4 ore a giornata per sei giorni settimanali di almeno un operatore:

- OSS
- educatore-animatore(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)

GAPau 8

Viene garantita la funzione di coordinamento all'interno della struttura, svolta anche da personale in organico, adeguatamente qualificato o da assistente sociale.

Per essere accreditato ogni GAP deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

1 ogni 50.000

GAPaccr 1

Devono essere esplicitate regole di vita definite e condivise dagli ospiti del gruppo appartamento.

GAPaccr 2

In tutte le fasi di erogazione del servizio, la struttura deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio inserimento lavorativo o occupazionale centri di aggregazione, attività culturali, ecc.).

GAPaccr 3

I familiari devono essere coinvolti nella programmazione delle attività.

La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle équipes delle singole Comunità che, in accordo con il DSM valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PP e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

GAPaccr 4

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

GAPaccr 5

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso il GAP è di 24 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto personalizzato.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI**DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE**

Denominazione	DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)
Definizione	Costituisce un'area per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime semiresidenziale diurno..
Finalità	In esso si realizzano interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi per situazioni di sub-acuzie psichiatriche per le quali non sia necessaria od opportuna la degenza in regime di ricovero ospedaliero.
Utenza	Utenti psichiatrici adulti con problematiche cliniche che richiedano interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi per i quali si ritiene insufficiente l'intervento ambulatoriale e non necessaria od opportuna la degenza ospedaliera
Capacità ricettiva	Di norma Fino a 12 pazienti/die

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DHT deve conformarsi ai seguenti requisiti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**DHT au 1**

Di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri. In particolare dispone di

- 1) spazi dedicati per interventi psicoterapeutici di gruppo e individuali
- 2) locale per trattamenti farmacologici
- 3) servizi igienici per utenti
- 5) un locale spogliatoio per il personale con servizi igienici annessi

DHT au 2

La struttura garantisce un'apertura di almeno 4 ore al giorno, nei giorni feriali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**DHT au 3**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- psicologo psicoterapeuta
- Infermiere

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 0,25/1, garantendo per le ore di apertura la presenza in turno di almeno un infermiere e il coordinatore.

DHT au 4

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

DHT au 5

L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno del DHT, svolta anche da personale in organico, adeguatamente qualificato.

Il personale con funzione di coordinamento all'interno del servizio deve essere in possesso del titolo di laurea specialistica (medico psichiatra o psicologo psicoterapeuta), salvaguardando le situazioni esistenti.

Per essere accreditato ogni DHT deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

Bacino di utenza	Almeno 1 ogni 100.000
-------------------------	-----------------------

DHT acc 1

È un'articolazione funzionale del CSM ed è collocato di preferenza nella sede di quest'ultimo

DHT acc 2

L'accesso ai servizi semi-residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra la Struttura e il DSM. il progetto terapeutico e riabilitativo deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

DHT accr 3

Il tempo di attesa non deve superare i 10 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento salvo saturazione dei posti disponibili.

DHT acc 4

Il Progetto terapeutico va condiviso con l'utente e qualora opportuno e nel rispetto della privacy con i suoi familiari.

La definizione delle modalità di partecipazione è definita dal DSM.

CD - CENTRO DIURNO

Denominazione	CENTRO DIURNO (CD)
Definizione	Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico educativo - riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo), collocata di preferenza nel contesto territoriale finalizzata a favorire l'integrazione sociale.
Finalità	Essa mirerà primariamente al recupero degli aspetti di disabilità legati a malattia mentale, al miglioramento del funzionamento psicosociale, al recupero di abilità nelle relazioni interpersonali, nella autonomia personale. Mirerà ad una integrazione nel contesto sociale di appartenenza e nella quotidianità, utilizzando la relazione interpersonale, altre opportunità risocializzanti, espressive e formative, sino anche a favorirne l'eventuale inserimento lavorativo.
Utenza	L'azione terapeutico riabilitativa dovrà realizzarsi con pazienti adulti che presentino disabilità sociali, relazionali e lavorative conseguenti o correlate alla malattia mentale
Capacità ricettiva	Fino a 20 pazienti

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CD deve conformarsi ai seguenti requisiti**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI****CD au 1**

Il Centro Diurno dispone di spazi adeguati organizzati ed articolati in rapporto alle attività ed ai posti disponibili

In particolare dispone di

- 1) locali polifunzionali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste
- 2) un locale cucina
- 3) un locale deposito materiali
- 4) un locale spogliatoio per il personale con servizi igienici annessi
- 5) servizi igienici per personale e per utenti
- 6) zona pranzo
- 7) eventuale zona riposo

CD au 2

La struttura garantisce un'apertura di 8 ore al giorno, nei giorni feriali

CD au 3

La superficie minima complessiva deve essere di almeno 10 mq per ospite.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**CD au 4**

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Educatore-animatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Operatori socio sanitari

Devono essere assicurati interventi programmati per:

- medico psichiatra o psicologo psicoterapeuta
- infermiere
- assistente sociale
- Istruttori tecnici

CD au 5

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CD au 6

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 0,25 /1.

CD au 7

Viene garantita la funzione di coordinamento all'interno del Centro Diurno, svolta anche da personale in organico alla struttura, se in possesso del titolo di laurea specialistica in area psico - pedagogica, o medica. L'attività del centro può essere organizzata per moduli o gruppi, prevedendone il relativo momento di coordinamento

Per essere accreditato ogni CD deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

Bacino di utenza

1 ogni 50.000

CD acc 1

È un'articolazione funzionale del CSM ed è collocato di preferenza nella sede di quest'ultimo

CD accr 2

In tutte le fasi di erogazione del servizio, il Centro Diurno deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio piscina, centri di aggregazione, cinema, associazioni di volontariato, ecc.).

CD accr 3

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CD accr 4

L'accesso ai servizi semi-residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra l'utente, la Struttura e il DSM. Il progetto terapeutico e riabilitativo deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

CD accr 5

Il tempo di attesa non deve superare i 10 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento salvo saturazione dei posti disponibili

CD accr 6

I familiari possono essere coinvolti nella programmazione delle attività del Servizio

CD accr 7

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso la struttura è di 12 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto personalizzato.

SERVIZI OSPEDALIERI

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti.
DPR 14/01/1997

SPDC - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Denominazione	SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
Definizione	Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la struttura di degenza nell'ambito dell'Ospedale.
Finalità	Deputato ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, volontari (TSV) o obbligatori (TSO), esplicitando altresì attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni altro degente ricoverato nei diversi reparti dell'area ospedaliera, qualora presenti sofferenza psichiatrica
Utenza	Pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase acuta
Capacità ricettiva	Fino a 16 posti letto

Per essere autorizzata all'esercizio ogni SPDC deve conformarsi ai seguenti requisiti

Il SPDC deve rispettare anche i requisiti previsti per l'area di degenza.

SPDC au 1

L'accesso al SPDC avviene, previo accordo con il medico di guardia:

- su valutazione diagnostica da parte del Pronto Soccorso dell'Ospedale o di altre unità operative, previo accordo su consulenza con il medico di guardia,
- oppure
- con invio diretto da parte delle altre componenti del DSM.

SPDC au 2

La struttura deve essere fisicamente ubicata negli ospedali generali delle Aziende ULSS/ Ospedaliere, dotati di pronto soccorso funzionante 24/24 e della pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche mediche e chirurgiche.

SPDC au 3

La struttura organizza la propria attività per rendere disponibili posti letto per ricoveri programmati e per ricoveri urgenti.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**SPDC au 4**

Il SPDC dispone oltre che degli spazi previsti per l'area di degenza anche di un locale per soggiorno e comunque spazi dedicati alle attività terapeutiche comuni.

SPDC au 5

Il SPDC è attivo 24/24 ore per tutti i giorni dell'anno.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**SPDC au 6**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- Infermiere
- OSS

Il rapporto numerico tra tutti gli operatori non medici e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,6/1.

Deve essere garantita la presenza programmata delle seguenti figure professionali:

- Psicologo psicoterapeuta
- Assistente sociale

SPDC au 7

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

SPDC au 8

Deve essere garantita rispetto alle esigenze della sua utenza:

- 1) Medici: deve essere garantita la presenza medica per almeno 12 ore al giorno in forma attiva. Per le ore notturne in rapporto con le esigenze della zona di riferimento e con le richieste di interventi urgenti dal SPDC stesso, da altre unità operative e dal PS, dovrà essere presente un servizio di guardia attiva o di reperibilità.
- 2) Infermieri: almeno uno per turno
- 3) Operatori di assistenza: almeno uno per turno

Deve essere garantita la presenza di almeno 3 operatori (infermieri e oss) durante il giorno e 3 durante la notte.

SPDC au 9

Dev'essere presente un responsabile medico psichiatra per gli aspetti organizzativi del DPP, che avrà anche compito di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

SPDC au 10

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno e ricevere visite di familiari e conoscenti con tempi e modalità in accordo con le esigenze organizzative del Servizio.

L'accesso al reparto per i familiari e i conoscenti è conformato alle modalità e agli orari di tutti gli altri reparti ospedalieri, fatte salvo situazioni di particolare difficoltà.

SPDC au 11

Alla dimissione, viene compilata una lettera di dimissione secondo un formato predefinito comprendente la identificazione del periodo di degenza, la diagnosi di ingresso e di dimissione, le condizioni dell'utente alla dimissione, esami diagnostici effettuati, principali interventi effettuati, raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Tale lettera è indirizzata al medico curante e alle altre componenti organizzative del DSM interessate

Su autorizzazione esplicitata nel modulo del consenso informato, la famiglia è informata dell'andamento del paziente e riceve alla dimissione una lettera con indicazioni della condizione del paziente, delle raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Per essere accreditate ogni SPDC deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

I posti letto in SPDC in ambito regionale sono individuati in numero non inferiore ad uno ogni 10.000 abitanti e comunque un massimo di sedici per 100.000 abitanti

SPDC accr 1

Viene redatto un report annuale di valutazione del numero di ricoveri volontari e in TSO, dell'indice di occupazione, della durata media dei ricoveri, delle caratteristiche dei ricoveri protratti, del turnover dei pazienti e dell'eventuale ricorso ad altre strutture per saturazione della Struttura, degli eventuali eventi critici avvenuti

SPDC accr 2

Viene redatto un rapporto annuale di valutazione della congruità dei DRG di dimissione rispetto alle finalità specifiche delineate dalla Regione.

SPDC accr 3

Vi sono buone pratiche condivise, esplicitate e comprovate per la presa in consegna e la protezione dei beni di valore degli utenti (portafogli, orologi costosi, ecc.)

SPDC accr 4

Vi è la possibilità, in accordo con il Pronto Soccorso, di tenere in osservazione un paziente prima di decidere il ricovero.

SPDC accr 5

È previsto che, tra i compiti del consulente psichiatra, vi sia quello di segnalare il paziente che necessita di controlli specialistici psichiatrici, al centro di salute mentale di competenza territoriale e, corrispettivamente, che il centro di salute mentale preveda la possibilità di appuntamenti specifici in tempi brevi e garantisca la presa in carico e la continuità terapeutica per questa tipologia di pazienti.

DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATE

Denominazione	DEGENZA PSICHIATRICA in STRUTTURE PRIVATE
Definizione	Struttura di degenza privata in ambito di patologie psichiatriche.
Finalità	Deputata ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, esclusivamente volontari (TSV) esplicando altresì attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni altro degente ricoverato in eventuali altri reparti della Struttura Privata, qualora presenti sofferenza psichiatrica
Utenza	Pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase acuta

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DPP deve conformarsi ai seguenti requisiti**DPP au 1**

Il ricovero riguarda esclusivamente pazienti in regime di volontarietà.

Deve essere improntato al rispetto della individualità e della dignità del paziente, deve escludere forme di coercizione fisica, mirando a garantire la volontarietà della permanenza.

DPP au 2

La struttura organizza la propria attività per rendere disponibili posti letto per i ricoveri programmati e per ricoveri urgenti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**DPP au 3**

La Struttura dispone oltre agli spazi previsti per l'area di degenza anche di un locale per soggiorno e comunque spazi dedicati alle attività terapeutiche comuni

DPP au 4

La Struttura è attiva 24/24 ore per tutti i giorni dell'anno.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**DPP au 5**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- Infermiere
- OSS

Il rapporto numerico tra tutti gli operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,6/1.

Deve essere garantita la presenza programmata delle seguenti figure professionali:

- Psicologo psicoterapeuta
- Assistente sociale

DPP au 6

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

DPP au 7

Deve essere garantita rispetto alle esigenze della sua utenza:

- 1) Medici: deve essere garantita la presenza medica per almeno 12 ore al giorno in forma attiva. Per le ore notturne in rapporto con le esigenze della zona di riferimento e con le richieste di interventi urgenti. Dovrà essere previsto un servizio di guardia attiva o di reperibilità.
- 2) Infermieri: almeno uno per turno
- 3) Operatori di assistenza: almeno uno per turno

DPP au 8

Dev'essere presente un responsabile medico psichiatra per gli aspetti organizzativi del DPP, che avrà anche compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

DPP au 9

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno e ricevere visite di familiari e conoscenti con tempi e modalità in accordo con le esigenze organizzative del Servizio.

DPP au 10

Alla dimissione, viene compilata una lettera di dimissione secondo un formato predefinito comprendente la identificazione del periodo di degenza, la diagnosi di ingresso e di dimissione, le condizioni dell'utente alla dimissione, esami diagnostici effettuati, principali interventi effettuati, raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Tale lettera è indirizzata al medico curante e alle altre componenti organizzative del DSM interessate

Per essere accreditate ogni DPP deve :

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

DPP accr 1

L'accesso alla Struttura avviene sulla base di criteri concordati con il DSM della Az.Ulss ove è ubicata.

DPP accr 2

La struttura comunica tempestivamente, e comunque entro tre giorni dall'evento, l'avvenuto accoglimento di pazienti con patologia psichiatrica. La comunicazione dovrà essere diretta al responsabile dell'équipe psichiatrica competente per l'area di residenza del paziente. A fine trattamento, analoga comunicazione, contenente gli elementi descrittivi della cura effettuata in rapporto alla diagnosi rilevata, andrà inviata al responsabile della citata équipe, con l'indicazione della data di cessazione dell'accoglimento.

DPP acc 3

Le strutture devono essere fisicamente ubicate in luoghi facilmente raggiungibili con mezzi pubblici o veicoli privati.

DPP accr 4

Viene redatto un report annuale di valutazione del numero di ricoveri, dell'indice di occupazione, della durata media dei ricoveri, delle caratteristiche dei ricoveri protratti, del turnover dei pazienti e dell'eventuale ricorso ad altre strutture per saturazione della Struttura, degli eventuali eventi critici avvenuti

DPP accr 5

Viene redatto un rapporto annuale di valutazione della congruità dei DRG Di dimissione rispetto alle finalità specifiche delineate dalla Regione

DPP accr 6

Vi sono buone pratiche condivise, esplicitate e comprovate per la presa in consegna e la protezione dei beni di valore degli utenti (portafogli, orologi costosi, ecc.).

DHO – DAY HOSPITAL OSPEDALIERO

Denominazione	DAY HOSPITAL OSPEDALIERO (DHO)
Definizione	Costituisce una modalità di erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a breve e medio termine che richiedono una modalità di presa in carico (realizzabile in regime di ricovero diurno); tali prestazioni sono erogate all'interno della struttura di degenza. Il DHO può svolgere la funzione sua propria anche nelle ore notturne, in regime, dichiarato, di Night Hospital (DHON), con assoggettamento anche per il posto in DHON al DPR 20/10/1992.
Finalità	Ha la funzione di ridurre i ricoveri ordinari nonché di limitarne la durata quando il ricovero si renda indispensabile. In DHO l'attività terapeutica è prevalente e si incentra su problematiche cliniche acute o subacute, mentre non è prevalente la necessità di integrazione socio sanitaria, essendo il problema attivo primariamente sanitario.
Utenza	Pazienti psichiatrici adulti in fase acuta e sub acuta per i quali si rende opportuno limitare ricoveri altrimenti impropri o mantenere nella degenza una continuità con il contesto ambientale o terapeutico extraospedaliero
Capacità ricettiva	È individuabile all'interno dei posti letto autorizzati per l'area di degenza (Nota: In un posto di DHO si potranno realizzare al massimo due trattamenti nelle 24 ore)

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DHO deve conformarsi ai seguenti requisiti**DHO au 1**

L'accesso al DHO avviene previa valutazione diagnostica da parte del Medico Responsabile della struttura di degenza.

DHO au 2

Il Responsabile del DHO è il medico Responsabile dell'area di degenza.

La figura che svolge tale funzione avrà la responsabilità per le attività diagnostiche e terapeutiche svolte nella struttura e dalla struttura e per gli aspetti organizzativi del personale.

SERVIZI INNOVATIVI E SPERIMENTALI

Ambulatoriali, residenziali, semiresidenziale

Le strutture possono essere organizzate limitatamente a talune patologie di particolare rilevanza

A tale scopo è necessario, oltre alla conformità ai requisiti generali previsti

- Specifico atto formale di istituzione da parte della Az.Ulss
- Definizione dell'organico necessario
- Definizione degli aspetti organizzativi e strutturali specifici
- Eventuale definizione di figure professionali a competenza specifica in relazione ad ambiti particolari di intervento.

3. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

Le seguenti indicazioni costituiscono degli indirizzi relativi all'organizzazione e al funzionamento del DSM che costituiscono una cornice di riferimento e un presupposto necessario all'autorizzazione all'esercizio ma soprattutto all'accreditamento Istituzionale delle singole unità di offerta in ambito della salute mentale.

1 -

E' formalmente istituito in ogni Az.Ulss un Dipartimento di Salute Mentale, per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica di uno specifico bacino di utenza.

Il DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE rappresenta il riferimento per la salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, e la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo primariamente sul territorio, nell'ambito della comunità.

Il DSM opera altresì per la promozione della salute mentale con iniziative che coinvolgono attivamente la cittadinanza.

2 -

Il DSM è suddiviso in Unità Operative Complesse, relative a una popolazione di 100.000 abitanti, possibilmente coincidenti con uno o più distretti sociosanitari e che prevedono il completo sviluppo e integrazione degli interventi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e ospedalieri.

3 -

Ogni Unità Operativa Complessa ha una direzione unica di cui sono definiti i poteri gestionali, le responsabilità ed i rapporti con la Direzione dell'Azienda-Ulss.

I responsabili di ogni Unità Operativa psichiatrica (équipe), partecipano alla definizione del documento di budget del DSM che acquisisce anche il parere del consiglio del Dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è sistematicamente verificato. Entro il mese di febbraio di ogni anno viene redatta una relazione annuale che riporta per il DSM e per le singole équipe le attività svolte, i costi sostenuti, i risultati e progressi raggiunti, nonché lo stato dei rapporti con le altre strutture pubbliche e private accreditate esistenti nel territorio e con le rappresentanze dei pazienti e dei loro familiari e con i MMG.

4 -

La Az.Ulss approva uno specifico regolamento del DSM.

Tale regolamento deve basarsi su un regolamento tipo approvato dalla Regione, tenendo conto delle specificità locali (ad esempio presenza dell'Università, presenza di più Unità complesse, etc). Esso deve:

- specificare attribuzioni, facoltà e compiti della Direzione
- specificare il tipo di rapporto con le altre componenti direzionali organizzative della ULSS, in particolare con la Direzione strategica aziendale
- specificare il rapporto con le direzioni delle unità complesse componenti
- specificare il rapporto con la componente Universitaria, l'Azienda integrata ove presenti
- specificare gli organi che lo compongono
- specificare le modalità di partecipazione alla progettazione, monitoraggio e valutazione, per il personale, gli utenti, i familiari, il volontariato ed il privato sociale
- prevedere un proprio Consiglio di DSM composto da membri di diritto ed elettivi (Associazione dei familiari accreditate, Conferenza dei Sindaci, Coop. Sociali accreditate) con diritto di voto
- specificare le modalità di partecipazione alla stesura del piano di zona e all'attuazione degli obiettivi in esso specificati
- specificare le modalità con cui si integra all'organizzazione distrettuale.

5 -

Il DSM elabora ogni cinque anni un documento, disponibile a chi ne faccia richiesta, e che può identificarsi con la Carta dei Servizi, in cui specifica:

- a. la "missione" del DSM e delle sue componenti organizzative;
- b. le priorità di intervento del DSM e delle sue componenti organizzative;

- c. le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, gli orari, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti;
- d. i tempi medi di attesa;
- e. gli eventuali costi a carico dell'utente (in applicazione dei LEA);
- f. i rapporti di collaborazione e i protocolli d'intesa con i servizi sanitari e sociali;
- g. la ubicazione delle strutture componenti, con le informazioni relative alla raggiungibilità con i vari mezzi di trasporto;
- h. i diritti ed i doveri degli utenti e dei familiari;
- i. l'orario delle visite;
- j. l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti e a favorire il funzionamento di comitati misti tra servizio e rappresentanti degli utenti;
- k. le modalità di rilevazione del gradimento degli utenti e dei loro familiari;
- l. le modalità per l'accoglimento e la analisi dei reclami e dei suggerimenti degli utenti e dei loro familiari con i tempi di risposta;
- m. la tutela della riservatezza dei dati;
- n. le modalità per ottenere copia della documentazione clinica.

Gli utenti vengono informati in forma scritta (ed eventualmente anche verbale) sui seguenti aspetti:

- modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti;
- diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure;
- doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti;
- modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento;
- servizi sociali, sanitari e di volontariato utilizzabili

I pazienti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli effetti principali e collaterali dei farmaci e la eventuale loro gestione, sul decorso del disturbo

I familiari vengono informati sui seguenti aspetti:

- modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti
- modalità di contattare i curanti o i referenti, gruppi di auto-mutuo-aiuto, servizi sociali, le Associazioni di volontariato, in particolare le Associazioni di familiari e utenti per la tutela della salute mentale che i pazienti e i familiari stessi possono utilizzare
- doveri e impegni verso il servizio

6 -

Della carta esiste una versione in forma di opuscolo disponibile per la distribuzione agli utenti e ai loro familiari, alle Direzioni della Az.Ulss, alle strutture sociali e sanitari, ai medici di medicina generale e alle associazioni di volontariato della zona. Possono esistere più opuscoli separati per le varie componenti organizzative

7 -

Il DSM, tenuto conto dei dati epidemiologici, e della attività svolta, del personale, degli utenti, dei familiari, dei rappresentanti della comunità locale corrispondente al bacino d'utenza, elabora annualmente un piano strategico che specifica

- a) una analisi della attività svolta nell'anno precedente, sotto il profilo quantitativo, qualitativo e degli esiti
- b) le attività che il DSM e le sue componenti organizzative si impegnano a svolgere a favore degli utenti e dei familiari;
- c) obiettivi specifici, riguardanti sia il volume delle prestazioni sia la qualità delle stesse
- d) tali obiettivi devono essere misurabili, identificati in specifici responsabili e con scadenze definite
- e) le risorse necessarie

Il piano strategico costituisce elemento di negoziazione in occasione della definizione del budget tra Direttore Generale e Direttore del DSM e tra Direttore del DSM e Responsabili delle componenti organizzative.

8 -

Annualmente viene effettuata una conferenza di servizio, per discutere realizzazioni e prospettive del DSM, con la partecipazione degli operatori, dei rappresentanti dei pazienti, dei familiari e degli enti locali.

9 -

Il DSM dispone delle strutture stabilite dalla normativa nazionale e regionale vigente, gestite direttamente o in convenzione.

10 -

Il DSM è dotato di un suo finanziamento adeguato, negoziato con la Direzione, in funzione di obiettivi concordati. Tale finanziamento dovrebbe risultare in sede consuntiva a non meno del 5% del bilancio sanitario complessivo e che tenga conto delle indicazioni espresse nel Progetto Obiettivo, nel Piano Socio Sanitario Regionale e nel Piano di zona.

11 -

L'attribuzione di risorse al DSM tiene conto di specifiche esigenze documentate, ad esempio concentrazioni di utenti gravi in particolari aree metropolitane, responsabilità del trattamento di extracomunitari, notevole dispersione territoriale

12 -

Il DSM per i suoi aspetti organizzativi dispone di personale amministrativo e di ore di personale specifico per le competenze tecniche

13

L'organizzazione interna deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e, oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

14

Le strutture sono dotate di un sistema informativo in grado di raccogliere, elaborare ed archiviare dati di struttura, processo ed esito.

Le strutture possono concordare fra di loro specifici protocolli di collaborazione a questo scopo.

Il Sistema Informativo deve essere almeno in grado di rilevare:

- i dati ed il loro andamento temporale delle caratteristiche anagrafiche e cliniche della utenza, con indicazioni su prevalenza ed incidenza delle varie patologie ed attenzione a specifiche caratteristiche relative a peculiarità del bacino di utenza
- il tipo e la quantità delle prestazioni effettuate
- il carico di lavoro del personale
- dati relativi alla struttura e al personale

15

La Struttura è individuata quale centro di costo, della quale esiste adeguata gestione contabile presso il DSM e la Az.Ulss di riferimento

16

Viene attuata nella Struttura una valutazione degli esiti dei trattamenti durante la permanenza e dopo 12 mesi dalla dimissione: con gli indicatori di patologia, qualità della vita, stato di salute, grado di adesione ai trattamenti;

Gli indicatori per tali valutazioni sono quelli indicati nello specifico allegato del Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale. Le modalità sono concordate con il DSM

17

Vi sono buone procedure e protocolli concordati all'interno del DSM, in relazione a:

- 1) Gli Ospedali della Az.ULSS per le attività di psichiatria di consultazione e di collegamento
- 2) Agenzie accreditate del privato sociale, in particolare per quanto riguarda la gestione dei pazienti e la formazione professionale del personale
- 3) Il Servizio integrazione Lavorativa dell'Az.Ulss in relazione all'inserimento lavorativo
- 4) Le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio della Az.Ulss
- 5) Il Servizio di Urgenza/emergenza
- 6) Gli enti locali, in particolare le strutture sociali
- 7) Le forze dell'ordine (carabinieri, polizia, vigili). Possono includere anche aspetti informativi sulle caratteristiche del disagio mentale
- 8) La magistratura
- 9) Le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM
- 10) Gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio

- 11) I SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei di alcologia
- 12) Il servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (*In particolare per quanto riguarda la presa in carico e la continuità terapeutica negli adolescenti*)
- 13) I distretti scolastici, e la medicina scolastica per le situazioni a rischio
- 14) Il servizio materno-infantile ed i consultori, per problematiche complesse
- 15) I servizi di assistenza alla disabilità
- 16) I servizi di psicogeriatrica, quelli relativi alla assistenza agli anziani ed in particolare con quelli che si occupano di deterioramento senile
- 17) I medici di medicina generale
- 18) L'Università per la formazione e la ricerca.

18

Il sistema informativo del DSM consente di rilevare l'utilizzo di tutte le strutture territoriali e di degenza accreditate del territorio di competenza.

19

Il DSM riesce a valutare il ricorso degli abitanti del bacino di riferimento a servizi fuori zona

21

Il sistema informativo del DSM è in grado di rilevare il numero di inserimenti lavorativi, distinguendo tra le varie tipologie

22

Il sistema informativo del DSM consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget

23

È stato costituito a livello di DSM uno specifico nucleo di valutazione e Miglioramento Continuo Qualità a carattere multidisciplinare, presieduto dal direttore del dipartimento.

24

Il nucleo di valutazione e di Miglioramento Continuo di Qualità collabora con progetti congiunti con gli uffici centrali dell'azienda preposti al MCQ e alle relazioni con il pubblico

25

Il nucleo suddetto può avere accesso a materiale bibliografico aggiornato e a strumenti per la elaborazione dei dati

26

Il servizio dispone di opuscoli e dépliant scritti in modo divulgativo per gli utenti ed i loro familiari sui principali disturbi psichiatrici ed il loro trattamento

27

Il DSM favorisce la costituzione e il funzionamento di associazioni e/o di gruppi di auto-mutuo-aiuto di utenti

28

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per quanto riguarda l'eventuale coinvolgimento dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento, tenendo conto della volontarietà dell'intervento da parte del familiare e del diritto alla privacy da parte dell'utente del "carico" assistenziale dei familiari

29

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relative ai rapporti con le associazioni di familiari

30

Il DSM definisce iniziative condivise e codificate circa il sostegno alla famiglia

31

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relativamente alla collaborazione con il Terzo Settore, per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione dei volontari

32

Il DSM d'intesa con il SIL intraprende iniziative con i datori di lavoro e le associazioni imprenditoriali della zona per accertare le possibilità di inserimento lavorativo degli utenti

33

Il DSM intraprende programmi di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia.

34

Ogni Struttura rende disponibili gli interventi di maggiore efficacia comprovata

- tenendo conto delle acquisizioni validate della letteratura recente
- definendo obiettivi misurabili e progetti personalizzati
- definendo le modalità di verifica dei risultati raggiunti

35

Il DSM utilizza i dati di valutazione dei risultati sul singolo utente durante il trattamento e in Follow up, per ridefinire in accordo con la singola Struttura, le metodologie operative ed il progetto personalizzato nel suo complesso.

36

Il DSM utilizza i dati complessivi dei risultati, per ridefinire in accordo con la singola Struttura, le metodologie operative

Il DSM promuove:

- 1) l'effettuazione precoce degli interventi negli esordi, specie all'interno di un rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale
- 2) la prevenzione del rischio suicidio con
 - a. la riduzione dei suicidi e degli atti auto lesivi degli utenti in carico
 - b. in particolari categorie di popolazione a rischio, soprattutto anziani e adolescenti
- 3) La promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi di educazione alla salute e di medicina preventiva e con la comunità locale

37

Vi sono nel DSM buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per quanto riguarda il coordinamento tra le strutture terapeutiche e riabilitative

38

Vi sono buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relative alle modalità della integrazione tra le attività di ricovero, residenziali, di day-hospital, di centro diurno, ambulatoriali, domiciliari, pubbliche e private

39

Vi comprovate sono protocolli, di collaborazione con l'Università per gli aspetti di formazione e ricerca

40

Poichè le strutture private convenzionate che siano attive in un definito bacino di utenza di équipe psichiatrica, non sono da sole in grado di dare una risposta globale alle necessità terapeutiche dei pazienti psichiatrici, esse dovranno allora inserirsi nel sistema di rete della équipe psichiatrica pubblica che ha in carico il paziente, ancorchè eventualmente trattato in area privato/accreditata. Pertanto andranno definiti protocolli di intesa operativa tra DSM e strutture private che prendano in cura pazienti psichiatrici, al fine di rendere il loro intervento integrato alla rete dei servizi dipartimentali pubblici.

41

I trattamenti terapeutico riabilitativi avvengono nel pieno rispetto della dignità della persona mirando all'esclusione di metodi di coercizione fisica.

42

Nei centri ospedalieri con numero di letti particolarmente elevato, va previsto uno psichiatra con il compito specifico di psichiatria di consultazione preferibilmente con un rapporto di 1 : 700 posti letto ospedalieri, ovvero una U.O. semplice di psichiatria di consultazione.

43

Annualmente il DSM elabora un progetto formativo rivolto a tutte le componenti professionali del DSM, compresi gli operatori del privato sociale, che preveda percorsi formativi possibilmente accreditati ECM su obiettivi aziendali e su specifici aspetti della professione e che venga finanziato in base a quanto definito contrattualmente ogni anno per le varie figure professionali.

4. REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE SANITARIE

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AU.1.1	La Direzione aziendale provvede alla definizione della mission e delle politiche complessive dell'azienda, esplicitando gli obiettivi da raggiungere sia per la tipologia ed i volumi sia per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare	
GENER01.AU.1.1.1	La Direzione identifica le prestazioni/servizi erogati	
GENER01.AU.1.2.1	Gli obiettivi sono articolati nel tempo	
GENER01.AU.1.2.2	Gli obiettivi devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati	
GENER01.AU.1.3	La Direzione aziendale definisce l'organizzazione interna ed evidenzia i livelli di responsabilità delegati, i ruoli e le funzioni delle strutture sotto ordinate, nonché la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi/prestazioni/attività erogate.	
GENER01.AU.1.3.1	La Direzione aziendale ha designato un suo rappresentante (o un gruppo con responsabile designato) che, a prescindere da altre responsabilità, abbia autorità e responsabilità per garantire il conseguimento degli obiettivi per la qualità della struttura	
GENER01.AU.1.3.2	La Direzione aziendale esplicita alle strutture sotto ordinate (se esistenti) il piano dell' organizzazione.	
GENER01.AU.1.4	La Direzione aziendale definisce annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia ed il volume delle attività previste nonché il piano organizzativo	
GENER01.AU.2.1	La Direzione della Struttura organizzativa, qualora non coincida con l'azienda, stabilisce con la Direzione aziendale le politiche complessive della struttura, formalizzate in apposito documento	
GENER01.AU.2.1.1	La Direzione di struttura organizzativa definisce ed esplicita, l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane, economiche e relativi volumi per:	n.a. perché già richiesto nei requisiti specifici

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AU.2.1.1.1	- le attività ambulatoriali	n.a.
GENER01.AU.2.1.1.2	- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post acuti)	n.a.
GENER01.AU.2.3	La Direzione della struttura organizzativa definisce e esplicita l'organizzazione della propria struttura con l'indicazione dei ruoli e delle funzioni delle unità sotto ordinate e definisce i livelli di responsabilità delegati	
GENER01.AU.2.8	La Direzione definisce annualmente il budget o un programma attività/risorse.	Anche per ogni altra categoria di personale e posizione funzionale esiste una descrizione scritta che chiarisca gli ambiti di attività, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia degli interventi
GENER02.AU.1.1	La Direzione della Struttura ha designato un suo rappresentante (o un gruppo riconosciuto con un Resp. individuato) che, a prescindere da altre responsabilità abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di valutazione periodica delle attività	
GENER02.AU.1.2	Le attività di valutazione svolte sono documentate	
GENER02.AU.2.1	E' valutato sistematicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici programmati	
GENER02.AU.2.6	Vengono svolte verifiche e valutazioni periodiche della validità del Sistema Informativo nel suo complesso.	
GENER03.AU.1.1	Esiste a livello aziendale un servizio di relazione con l'utente (informazioni, reclami, ecc.)	
GENER03.AU.2.1	La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utente che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari di apertura dei servizi e altre modalità di accesso.	
GENER03.AU.3.8	Vengono fornite informazioni riguardanti sicurezza e salute sul luogo del lavoro	
GENER03.AU.3.9	Il personale è informato sull'esistenza di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti	
GENER04.AU.1.1	Il fabbisogno di personale è definito in rapporto ai volumi e alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale e secondo le seguenti specifiche:	
GENER04.AU.1.1.1	- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale	
GENER04.AU.1.1.2	- per posizione funzionale	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER04.AU.1.3	Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso di titoli previsti dalla normativa vigente	Qualora il personale venga assunto senza pubblico concorso, occorre anche una documentata esperienza nel settore specifico, per un periodo non inferiore a un anno, svolta in un servizio accreditato.
GENER04.AU.2.1	Sono definite le modalità per agevolare l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione	
GENER04.AU.3.1	Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono programmate su base annuale, con individuazione del responsabile	
GENER05.AU.1.1	E' stato individuato un referente del sistema informativo responsabile, che oltre alle responsabilità specifiche previste dalla normativa nazionale, abbia la responsabilità delle procedure di raccolta, verifica della qualità e diffusione dei dati.	
GENER05.AU.1.2	Il sistema informativo deve perseguire i seguenti obiettivi:	
GENER05.AU.1.2.1	- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda	
GENER05.AU.1.2.3	- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza	
GENER05.AU.1.3	la Direzione assicura:	
GENER05.AU.1.3.1	- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione	
GENER05.AU.1.3.2	- la struttura del sistema informativo	
GENER05.AU.1.3.3	- le modalità di raccolta	
GENER05.AU.1.3.4	- la diffusione ed utilizzo delle informazioni	
GENER05.AU.1.3.5	- la valutazione della qualità dei dati	
GENER05.AU.1.3.6	- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.	
GENER05.AU.1.2.2	- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati	
GENER05.AU.2.1	E' stato predisposto un sistema interno di gestione della documentazione sanitaria.	
GENER05.AU.2.3	La raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida è facilmente accessibile al personale	
GENER05.AU.2.3.1	La raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida è aggiornata o confermata ogni tre anni	
GENER06.AU.1.1	E' predisposta una procedura per garantire la continuità dell'assistenza all'utente.	
GENER06.AU.1.3	Sono disposte istruzioni operative per prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER06.AU.1.4	Sono disposte istruzioni operative per pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	
GENER06.AU.1.5	Sono disposte istruzioni operative per pulizia e sanificazione degli ambienti	
GENER06.AU.1.6	Sono disponibili procedure per l'acquisizione del consenso informato	
GENER06.AU.1.8	E' disponibile una procedura relativa alle modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti, comprovanti un'attività sanitaria	
GENER06.AU.1.9	In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche	
GENER06.AU.1.10	Sono predisposte procedure per la definizione delle modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza.	
GENER06.AU.2.1	È stato predisposto un piano di emergenza per i casi di calamità interne e/o naturali che possono interessare la struttura che prevede almeno gli elementi indicati nell'apposita colonna	
GENER06.AU.3.1	E' istituita una commissione per il controllo delle infezioni ospedaliere con i compiti previsti dalla normativa regionale più recente	solo per spdc
GENER07.AU.1.1	La Direzione ha designato un suo rappresentante (o un gruppo riconosciuto con un Responsabile individuato) che, a prescindere da altre responsabilità abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di miglioramento delle attività	
GENER07.AU.1.3	La struttura e/o le sue articolazioni organizzative (se presenti) partecipano annualmente ad almeno un progetto di valutazione e miglioramento della qualità coinvolgendo il personale	
GENER08.AU.1.1	Protezione antisismica -Se la struttura è ubicata in zona sismica esiste dichiarazione che essa risponde ai requisiti per la protezione antisismica.	
GENER08.AU.1.2	Salubrità luoghi lavoro e uso esclusivo della struttura -Sono rispettati i requisiti di igiene dei luoghi di lavoro e quando il luogo è a destinazione sanitaria il suo uso è esclusivo.	
GENER08.AU.1.3	Anti infortunistica -Sono rispettati i requisiti sulla sicurezza anti-infortunistica	
GENER08.AU.1.3.1	In attesa della realizzazione degli adeguamenti dei luoghi di lavoro al dettato del D.Lgs 626/94 sono garantiti i livelli equivalenti di sicurezza	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.1.4	Barriere architettoniche -Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di barriere architettoniche	Non applicabile laddove la struttura richieda ambiente familiare e domestico quale quello di un'abitazione civile
GENER08.AU.1.5	Illuminazione e condizioni microclimatiche -Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa in materia di illuminazione e condizioni microclimatiche.	
GENER08.AU.1.6	Protezione acustica -La struttura è rispondente ai criteri di protezione acustica ai sensi della normativa vigente.	
GENER08.AU.1.7	Segnaletica -La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata.	
GENER08.AU.1.8	Sicurezza elettrica e continuità elettrica -Gli impianti di produzione (gruppi elettrogeni), di trasformazione, di distribuzione dell'energia elettrica sono conformi alla normativa vigente	Non va intesa come impianti di produzione all'interno dei servizi ambulatoriali e residenziali
GENER08.AU.1.8.1	Sicurezza Impianti elettrici -Gli impianti a servizio dei locali ad uso medico sono verificati secondo la periodicità prevista dalle normative	
GENER08.AU.1.9	Impianti di climatizzazione e riscaldamento -Gli impianti di climatizzazione e di riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio	
GENER08.AU.1.10	Impianti idrosanitari -La struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche	
GENER08.AU.1.11	Impianti di distribuzione dei gas -Gli impianti di distribuzione dei gas combustibili sono costruiti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.12	Impianti di distribuzione dei gas-Gli impianti di distribuzione dei gas medicali sono costruiti nel rispetto della normativa vigente	solo per spdc
GENER08.AU.1.12.1	Impianti di distribuzione dei gas-L'impianto di distribuzione dei gas medicali è dotato di attacchi tali da evitare collegamenti accidentali	solo per spdc
GENER08.AU.1.12.2	Impianti di distribuzione dei gas -L'impianto di erogazione dei gas medicali è sottoposto a manutenzione e verifica periodica secondo protocolli prefissati	solo per spdc
GENER08.AU.1.13	Impianti elevatori -Gli ascensori e montacarichi sono realizzati secondo le norme vigenti	
GENER08.AU.1.13.1	Impianti elevatori-Il numero degli ascensori è adeguato al flusso delle persone e dei materiali	
GENER08.AU.1.13.2	Impianti elevatori -Esiste un servizio di pronto intervento in caso di arresto dell'impianto con presenza di persone all'interno della cabina	
GENER08.AU.1.14	Impianti ed apparecchi a pressione -Gli impianti e gli apparecchi a pressione sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.15	altri impianti -Gli impianti radiotelevisivi, elettronici, antenne sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.16	altri impianti - -Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.1.17	Protezione materiali esplosivi -Sono rispettati i requisiti previsti per la protezione da materiali esplosivi.	
GENER08.AU.1.18	Norme anti fumo -Sono rispettati i requisiti previsti per il rispetto del divieto di fumo in conformità alla normativa vigente.	
GENER08.AU.1.19	Protezione antincendio -Sono rispettati i requisiti di protezione antincendio secondo la normativa vigente	
GENER08.AU.1.19.1	Gestione della sicurezza antincendio -Sono adottate misure intese a ridurre la probabilità di insorgenza di incendi	
GENER08.AU.1.19.2	Gestione della sicurezza antincendio -Esistono contenuti minimi dei corsi di formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, in relazione al livello di rischio dell'attività	
GENER08.AU.1.20	Radiazioni ionizzanti -L'utilizzo delle apparecchiature e/o delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa vigente a tutela e protezione dei lavoratori	solo per spdc
GENER08.AU.1.21	Radiazioni ionizzanti -L'utilizzo delle apparecchiature e/o delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, viene effettuato nel rispetto della normativa vigente per la protezione della popolazione	solo per spdc
GENER08.AU.1.22	Smaltimento delle acque-Lo smaltimento delle acque viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.23	Smaltimento rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo (ex potenzialmente infetti) -Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.24	Smaltimento rifiuti speciali pericolosi (ex tossico - nocivi) -Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.25	Smaltimento rifiuti radioattivi -Se la struttura produce rifiuti radioattivi, il loro smaltimento viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.26	Smaltimento rifiuti -Esiste un piano per la raccolta differenziata dei rifiuti	
GENER08.AU.2.1	Esiste documentazione predisposta dai servizi tecnici incaricati relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva della struttura e degli impianti	
GENER08.AU.2.2	Sono stati individuati i responsabili degli interventi di manutenzione delle strutture e degli impianti	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.2.3	Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti	
GENER09.AU.1.1	Le apparecchiature biomediche disponibili sono conformi alle disposizioni di legge	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.1.2	Esistono specifiche procedure per gli acquisti delle apparecchiature biomedicali e delle attrezzature mediche	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.1.2.1	Le procedure prevedono la consultazione dei servizi tecnici, di SPP e eventualmente di ingegneria clinica e di valutazione della tecnologia (Technology assessment)	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.2.1	Sono effettuati i collaudi di accettazione per le apparecchiature biomediche	
GENER09.AU.3.1	La Direzione dispone di un inventario delle attrezzature/ apparecchiature in dotazione	
GENER09.AU.3.2	L'inventario viene aggiornato in modo costante e continuativo	
GENER09.AU.3.3	Le attrezzature/ apparecchiature sono corredate della documentazione prevista dalla legge	
GENER09.AU.4.1	La Direzione ha disposto regole per l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomedicali	
GENER09.AU.4.2	La Direzione ha disposto regole per l'utilizzo economico delle apparecchiature biomedicali	n.a.
GENER09.AU.4.3	Esiste un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria) e correttiva (straordinaria) delle attrezzature / apparecchiature biomediche	
GENER09.AU.4.4	Il piano è reso noto agli operatori ai diversi livelli.	
GENER09.AU.4.5	Esiste una procedura che prevede per ogni apparecchiatura biomedica una cartella che riporta i dati significativi di ogni intervento manutentivo.	
GENER09.AU.4.6	Esiste una Organizzazione per la gestione del controllo di qualità delle apparecchiature biomedicali e sanitarie	

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AC.1.5	La Direzione aziendale ha definito e documentato le politiche complessive dell'azienda per la qualità dell'assistenza	
GENER01.AC.1.5.1	Per lo sviluppo delle politiche per la qualità dell'assistenza sono stati consultati i responsabili di struttura organizzativa	
GENER01.AC.1.5.2	Le politiche per la qualità sono portate a conoscenza degli operatori	
GENER01.AC.1.6	La Direzione aziendale effettua periodicamente un'analisi dei bisogni della propria utenza.	
GENER01.AC.1.7	Fin dal primo contatto la struttura valuta se è in grado di soddisfare i bisogni dell'utente e si attiva per soddisfarli.	nota: Si consiglia di approfondirlo nel documento specificandolo ulteriormente
GENER01.AC.2.5	Il Documento delle politiche della struttura è stato elaborato, oltre che con la Direzione aziendale con il contributo del personale della struttura organizzativa	
GENER01.AC.2.6	Il Documento delle politiche della struttura è stato elaborato con il personale di altre Strutture o Servizi direttamente coinvolte.	
GENER01.AC.2.7	Il Documento è verificato e revisionato dalla Direzione ad opportuni intervalli	
GENER01.AC.2.8.1.	La Direzione definisce per le prestazioni/servizi erogati regolamenti interni e/o standard di prodotto intesi come linee guida , Protocolli o Profili di Cura Aziendali (PCA) aggiornati.	
GENER01.AC.2.8.2	I regolamenti interni e gli standard di prodotto sono tempestivamente o periodicamente aggiornati	
GENER01.AC.2.8.3	La Direzione definisce all'interno del budget o di rapporti attività/ risorse i progetti obiettivo	
GENER02.AC.1.1.1	La struttura effettua la valutazione periodica delle attività	
GENER02.AC.1.1.2	Le procedure prevedono l'assegnazione delle responsabilità per ogni specifica valutazione/controllo	
GENER02.AC.2.1.2	E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi di attività definiti in base bisogni	
GENER02.AC.2.1.4	E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini di costi sostenuti per prestazioni/servizi erogati e/o processi assistenziali	
GENER02.AC.2.2	Il paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali	
GENER02.AC.2.3	E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla soddisfazione degli operatori	
GENER02.AC.2.4	E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla adeguatezza delle risorse	
GENER02.AC.2.5	Vengono effettuate verifiche e valutazioni sull'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale (problema) che ha fatto nascere l'esigenza formativa	
GENER02.AC.2.7	I dati risultanti dalle attività di valutazione svolte vengono presentati e discussi con le parti interessate	
GENER02.AC.2.8	Le attività di valutazione svolte sono documentate	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER02.AC.3.1	Esistono indicazioni per l'attuazione del "governo clinico"	n.a.
GENER02.AC.3.2	Le linee guida favoriscono l'integrazione fra gli operatori ospedalieri e territoriali	n.a.
GENER02.AC.3.3	Esiste un comitato di direzione del governo clinico o un programma con un responsabile individuato per del governo clinico.	n.a.
GENER02.AC.3.4	Esiste un budget assegnato per intraprendere progetti/azioni per la gestione delle tematiche del governo clinico.	n.a.
GENER02.AC.3.5	Vengono implementate e aggiornate con azioni sistematiche le linee guida	
GENER02.AC.3.6	Vengono applicati in modo sistematico e costante strumenti di garanzia della qualità clinica (audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico-assistenziali)	
GENER02.AC.3.7	Vengono effettuate valutazioni periodiche sull'outcome clinico	Si fa riferimento agli indicatori specificati nel PO regionale in atto
GENER02.AC.3.8	Sono presenti linee guida e percorsi diagnostico-assistenziali all'interno delle U.O. per patologie prevalenti	
GENER02.AC.4.1	E' valutato il grado di raggiungimento della soddisfazione del personale	
GENER02.AC.4.2	E' valutato il grado di raggiungimento della soddisfazione degli utenti	da considerare anche quella dei familiari
GENER03.AC.1.2	La struttura ha attivato iniziative per ridurre le barriere linguistiche e culturali e assicurare l'accessibilità alle prestazioni.	
GENER03.AC.2.2.1	La documentazione di informazione dell'utenza fornisce ulteriori elementi rispetto a quelli indicati per l' AU	
GENER03.AC.2.3	La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa con sistematicità	
GENER03.AC.2.4	La documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative	
GENER03.AC.2.5	La documentazione per l'informazione dell'utenza è redatta con l'apporto delle associazioni rappresentative degli utenti	n.a.
GENER03.AC.2.6	Esistono modalità documentate per informare con sistematicità ed eguaglianza i pazienti (o i tutori) circa le condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al di là del consenso informato.	
GENER03.AC.2.7	La Struttura predispone, ridiscute e aggiorna la documentazione per l'informazione dell'utenza con l'apporto dei responsabili di struttura e del personale	
GENER03.AC.3.1	La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa all'interno della Struttura	
GENER03.AC.3.1.1	Sono disponibili appositi mezzi e modalità per la circolazione delle informazioni	
GENER03.AC.3.2	Il personale della struttura è informato sui budget o sui programmi attività/risorse	
GENER03.AC.3.3	Esiste un sito internet/intranet	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER03.AC.3.3.2	E' garantito l'accesso a testi, riviste, letteratura specialistica medica e amministrativa (almeno a livello aziendale)	
GENER03.AC.3.4	Sono garantiti sistematici momenti di coordinamento e di integrazione almeno tra i responsabili delle diverse articolazioni organizzative interne	
GENER03.AC.3.5	Esistono momenti sistematici di coordinamento ed integrazione della Struttura con altre strutture sanitarie, soggetti sanitari e/o soggetti non sanitari	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER03.AC.3.6	È redatto un rapporto annuale consuntivo sulle attività svolte con informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e sui problemi ancora aperti	
GENER03.AC.3.7	Il rapporto annuale sulle attività è portato a conoscenza ai vari livelli	
GENER04.AC.1.2	Viene svolta un'attività di valutazione per l'attribuzione del personale sulla base delle caratteristiche specifiche a svolgere un determinato tipo di lavoro	
GENER04.AC.2.1.1	Esiste una documentazione predisposta dal livello aziendale da distribuire al nuovo personale	
GENER04.AC.2.2	È predisposto un piano di affiancamento per l'addestramento del personale di nuova acquisizione o di quello assegnato a nuove funzioni (tutoring)	
GENER04.AC.3.3	La programmazione delle attività di formazione e aggiornamento è sviluppata coinvolgendo gli operatori	
GENER04.AC.3.4	Esiste registrazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale	
GENER04.AC.3.5	Le conoscenze maturate all'esterno vengono documentate e condivise con tutto il personale interessato attraverso relazioni o meeting o pubblicazioni su strumenti a circolazione interna	
GENER05.AC.1.4	Sono predisposte specifiche procedure di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta	
GENER05.AC.1.5	Sono previsti collegamenti funzionali tra gli archivi	
GENER05.AC.2.1.2	E' resa possibile l'identificazione e la rintracciabilità dei documenti	
GENER05.AC.2.1.3	E' resa possibile l'individuazione dei destinatari della documentazione	
GENER05.AC.2.2	Per ogni tipologia principale di documento è regolamentata la gestione documentale	
GENER06.AC.1.2	Esistono linee guida per la definizione delle priorità di accesso alle prestazioni	
GENER06.AC.1.7	Sono disponibili protocolli, linee guida, regolamenti interni e profili di cura (PCA) per le prestazioni/servizi erogati	
GENER06.AC.1.11	Vi sono disposizioni che regolano l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita dei pazienti.	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER06.AC.1.12	I piani clinico-assistenziali sono formulati nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER06.AC.1.13	Esiste un regolamento che garantisca la privacy del paziente	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER06.AC.1.14	Esistono procedure che regolano l'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea	n.a.
GENER06.AC.3.3	Nell'atto aziendale sono esplicitate le politiche per la gestione dei rischi	
GENER06.AC.3.4	E' favorito lo scambio di esperienze tra addetti ai lavori su problemi connessi alla gestione dei rischi clinici e non clinici	
GENER06.AC.3.5	E' stata fatta una valutazione del rischio clinico con un piano di azione per ridurre i rischi chiave identificati come meritevoli di urgente attenzione.	Vi è un monitoraggio nel tempo degli incidenti
GENER06.AC.3.6	I protocolli scritti e aggiornati per il controllo dei rischi biologici sono portati a conoscenza del personale	
GENER06.AC.3.7	Esistono procedure per la gestione dei pazienti ad alto rischio e dei servizi considerati ad alto rischio.	
GENER06.AC.3.8	E' disponibile un protocollo condiviso di profilassi antibiotica per pazienti sottoposti ad interventi chirurgici	n.a.
GENER06.AC.3.9	L'organizzazione effettua il monitoraggio dei rischi che derivano da eventuali difetti di alcune tipologie di presidi: protesi vascolari, protesi ortopediche, lenti intraoculari, pace maker.	n.a.
GENER06.AC.3.10	L'organizzazione adotta apposita scheda/reporting per segnalazione eventi avversi.	è da intendersi come generica procedura di segnalazione
GENER06.AC.3.11	Esiste un Clinical Incident Reporting System operativo nell'organizzazione	n.a.
GENER06.AC.3.12	La Direzione aziendale e di struttura organizzativa supportano attivamente le pratiche di gestione dei rischi da parte dell'organizzazione:	
GENER06.AC.3.12.1	- allocando risorse per la gestione del rischio	
GENER06.AC.3.12.2	- rendendo consapevoli clienti/utenti, personale dipendente, altri operatori e volontari dei propri ruoli e delle proprie responsabilità riguardo alla gestione dei rischi	
GENER07.AC.1.4	Il progetto di miglioramento della qualità, è utilizzato anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RNM, TAC, Angioplastiche, etc.)	Da intendersi In relazione agli episodi di ricovero e ai percorsi complessi di cura

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER07.AC.2.1	I progetti e/o attività di miglioramento sono prioritizzati in funzione di esigenze documentate sulla base di valutazioni e verifiche interne, privilegiando l'umanizzazione della cura e la centralità del paziente	Vi è un piano scritto strategico (a medio/lungo termine) per le attività di MCQ <i>Nel documento dovrebbero essere almeno specificati:</i> - l'organizzazione - con le relative responsabilità - dei programmi di MCQ, - le risorse in termini di tempo degli operatori, di sostegno segretariale e di altro tipo e per la formazione che la direzione intende mettere a disposizione delle attività di MCQ e di relazioni con il pubblico, - le modalità con cui mettere in atto i suggerimenti emersi dai progetti di MCQ
GENER07.AC.2.2	I progetti e/o attività di miglioramento sono formalizzati e contengono obiettivi chiaramente definiti	
GENER07.AC.2.3	Esiste documentazione dei progetti non terminati e/o in merito al loro fallimento	
GENER07.AC.2.4	Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento dei progetti	
GENER07.AC.2.4.1	Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento con i pazienti/ familiari singoli o loro organizzazioni	
GENER07.AC.2.5	Esiste traccia documentale dei cambiamenti apportati a fronte dell'implementazione di progetti e/o attività di miglioramento	Sono in corso documentati progetti MCQ che negli ultimi 24 mesi sono arrivati alla fase di identificazione degli interventi migliorativi nelle aree identificate come rilevanti nei Piani Socio Sanitari nazionali e Regionali e nei Progetti Obiettivo sulla Salute Mentale Nazionali e Regionali Il sistema qualità viene riesaminato in modo documentato ad intervalli regolari per valutare le sue capacità di produrre miglioramenti
GENER07.AC.2.6	Sono stati attivati progetti orientati al miglioramento dell'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali	si specifica la necessità di evidenziare le ricadute effettive sull'operatività della struttura

DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTO DI STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE
A LIVELLO REGIONALE E PER SINGOLA AZIENDA ULSS

AZIENDE	Pop > 42 anni (ISTAT 2011)	RILEVAZIONE DELL'ESISTENTE						PROGRAMMAZIONE 2014-2015	
		CTRP	CENTRI ex art 26 e strutture assimilate	HOSPICE	OSPEDALE DI COMUNITÀ	UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE(**)	STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE		
		n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl complessivi programmati	n° pl da attivare	
ULSS n.1	73.252	28	100	8	20	10	88	27	
ULSS n.2	46.650	13	0	4	20	10	56	7	
ULSS n.3	88.758	20	0	8	-	28	106	42	
ULSS n.4	94.705	12	10	9	16	38	113	20	
ULSS n.5	87.209	34	0	0	25	10	105	42	
ULSS n.6	159.792	71	12	7	-	77	192	57	
ULSS n.7	114.097	33	30	0	-	10	137	91	
ULSS n.8	119.404	36	0	0	20	10	143	75	
ULSS n.9	207.771	30	10	12	-	27	249	144	
ULSS n.10	112.832	30	0	17	-	10	135	72	
ULSS n.12	177.114	20	0	41	40	75	213	0	
ULSS n.13	137.297	18	0	0	-	10	165	111	
ULSS n.14	37.582	14	0	0	-	0	45	33	
ULSS n.15	119.781	20	0	12	-	20	144	74	
ULSS n.16	257.450	40	0	26	60	26	309	115	
ULSS n.17	98.971	23	0	8	-	10	119	69	
ULSS n.18	97.996	42	0	8	-	10	118	69	
ULSS n.19	42.133	0	0	0	-	0	50	38	
ULSS n.20	241.358	68	22	21	15	80	290	97	
ULSS n.21	78.395	14	0	0	-	10	94	59	
ULSS n.22	139.179	55	0	0	20	82	167	21	
Totale	2.531.726	621	184	181	236	553	3.038	1.263	
Standard per 1.000 abit. > 42 anni							1,20		

(*) il numero dei pl attivati è derivato dal rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" (giugno 2011)

(**) il numero di pl attivati classificati nella tipologia di Unità Riabilitative Territoriali comprende i pl cosiddetti di RSA a valenza riabilitativa e i pl SAPA

AZIENDA ULSS N.1

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	5

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	18	28	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	5	100	
HOSPICE		8		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		20		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		61	88	27

Strutture a Vocazione Territoriale¹

- Centro Sanitario Polifunzionale "Auronzo di Cadore"

¹ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA					
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
1.340	0	10	391	939	0

AZIENDA ULSS N. 2

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	3

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	12	13	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	3	0	
HOSPICE		4		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		20(*)		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		49	56	7

(*) assegnati al Centro di Servizio di Alano di Piave

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA			
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
Totale	57	0	304	871	22
1.232				35	

AZIENDA ULSS N.3

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	7

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	22	20	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	6	0	
HOSPICE		8		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		28		
TOTALE		64	106	42

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA					
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	200	0	40	1.401	0
1.641	200	0	40	1.401	200

AZIENDA ULSS N.4

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	8

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	23	12	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	7	10	
HOSPICE		9		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		16		20 presso ex ospedale RSA "Muzan"
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		38		
TOTALE		93	113	20

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA						
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	57	0	129	1.183	26	31
1.369						

AZIENDA ULSS N. 5

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	7

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	22	34	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	6	0	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		25		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		63	105	42

Strutture a Vocazione Territoriale²

- Centro Sanitario Polifunzionale di Montecchio Maggiore

Nel numero di posti letto da attivare sono compresi n. 5 posti letto a valenza provinciale afferenti al Centro di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale.

² È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA					
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	0	44	109	1.576	0
1.729	0				0

AZIENDA ULSS N. 6

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
2	13

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	39	71	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	12	12	
HOSPICE		7		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		20 (Centro Sanitario di Sandrigo)
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		77		
TOTALE		135	192	57

Strutture a Vocazione Territoriale³

- Centro Sanitario Polifunzionale di Sandrigo

³ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA						
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	115	0	471	1.934	0	115

AZIENDA ULSS N.7

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	9

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	28	33	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	8	30	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		46	137	91

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA								
Totale	1.797	Di cui per religiosi	128	8	335	1.326	61	67
		Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi		

AZIENDA ULSS N.8

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	10

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	29	36	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	9	0	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		20		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		68	143	75

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA					
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
1.719	24	26	308	1.361	12
					12

AZIENDA ULSS N. 9

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
2	17

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	51	30	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	15	10	
HOSPICE		12		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		27		
TOTALE		105	249	144

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA					
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
2.802	86	0	342	2.374	45
					41

AZIENDA ULSS N. 10

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	9

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	28	30	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	8	0	
HOSPICE		17		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		63	135	72

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA					
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e non accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
Totale	0	0	62	767	0

AZIENDA ULSS N. 12

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
2	12

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	44	20	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	13	0	
HOSPICE		41		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		40		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		75		
TOTALE		213	213	0

Strutture a Vocazione Territoriale⁴

- Centro Sanitario Polifunzionale "Al Mare Lido"
- Eventuale attivazione di 50 pl aggiuntivi di strutture intermedie di cui 20 presso l'Ospedale Civile di Venezia

⁴ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA				
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
2.169	0	0	81	2.088	0	0

AZIENDA ULSS N. 13

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	11

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	34	18	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	10	0	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		40 (Struttura di Noale)
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		54	165	111

Strutture a Vocazione Territoriale⁵

- Noale

⁵ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA				
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	25	0	85	784	0	25
894						

AZIENDA ULSS N. 14

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	3

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	9	14	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	3	0	
HOSPICE	0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ	0		12 (Struttura di Cavarzere)
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI	0		
TOTALE	12	45	33

Strutture a Vocazione Territoriale⁶

- Cavarzere

⁶ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA				
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	23	0	0	246	0	23

AZIENDA ULSS N. 15

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	10

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	29	20	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	9	0	
HOSPICE		12		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		20		
TOTALE		70	144	74

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA				
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale						
1.036	35	0	19	982	0	35

AZIENDA ULSS N. 16

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
2	20

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	63	40	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	19	0	
HOSPICE		26		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		60		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		26		
TOTALE		194	309	115

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

		TIPOLOGIA			
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi
3.205	55	0	576	2.574	0
					55

AZIENDA ULSS N. 17

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	7

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	25	23	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	7	0	
HOSPICE		8		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		50	119	69

Strutture riabilitative⁷

- Conselve

⁷ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA						
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
977	0	0	138	839	0	0

AZIENDA ULSS N. 18

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	7

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	24	42	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	7	0	
HOSPICE		8		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		49	118	69

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA						
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	0	0	326	1.177	0	0
1.503						

AZIENDA ULSS N. 19

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	3

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	9	0	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale quota per assistiti ULSS</i>	3	0	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		0		
TOTALE		12	50	38

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA						
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
619	0	0	139	480	0	0

AZIENDA ULSS N. 20

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
2	19

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	59	68	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	18	22	
HOSPICE		21		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		15		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		80		
TOTALE		193	290	97

Strutture a Vocazione Territoriale⁸

- Centro Sanitario Polifunzionale di Tregnago
- Centro Sanitario Polifunzionale di Cologna Veneta

⁸ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

		TIPOLOGIA				
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
3.234	542	33	195	2.464	497	45

AZIENDA ULSS N. 21

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	6

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	19	14	
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	<i>pl a valenza interaziendale</i> quota per assistiti ULSS	6	0	
HOSPICE		0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		0		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		10		
TOTALE		35	94	59

Strutture a Vocazione Territoriale⁹

- Bovolone

⁹ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

TIPOLOGIA					
	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	0				
1.264	0	0	200	1.064	0

AZIENDA ULSS N. 22

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
1	12

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE <i>Totale regionale n. 621 pl attivati</i>	34		55
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE <i>Totale regionale n.184 pl attivati</i>	10		0
HOSPICE	0		
OSPEDALE DI COMUNITÀ	20		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI	82		
TOTALE	146	167	21

Strutture a Vocazione Territoriale¹⁰

- Centro Sanitario Polifunzionale di Caprino Veronese
- Centro Sanitario Polifunzionale di Isola della Scala (con attivazione di 50 pl aggiuntivi di Ospedale di Comunità)

¹⁰ È attivato conformemente ai disciplinari delle Strutture di ricovero intermedie, definito con il Piano aziendale ed autorizzato con provvedimento regionale.

Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)

TIPOLOGIA						
Totale	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e accreditabili per non autosufficienti religiosi
1.768	268	0	138	1.362	76	192

REGIONE VENETO

N° DISTRETTI	N° AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
26	198

STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	Tipologia di pl	N° p.l attivati	N° p.l programmati	N° p.l da attivare
COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE	<i>pl a valenza interaziendale</i>	621		
CENTRI EX ART.26 E STRUTTURE ASSIMILATE	<i>pl a valenza interaziendale</i>	184		
HOSPICE		181		
OSPEDALE DI COMUNITÀ		236		
UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI		553		
TOTALE		1.775	3.038	1.263

**Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani rilevata al 31.12.2012
(esclusi i centri diurni)**

	Di cui per religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio per comunità alloggio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio e non accreditabili per non autosufficienti	Posti letto autorizzati all'esercizio per autosufficienti religiosi	Posti letto autorizzati all'esercizio e non accreditabili per non autosufficienti religiosi
Totale	1.615	121	4.388	27.792	739	876
33.916						

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2704 del 29 dicembre 2014

Recepimento dell'Accordo sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche": Conferenza Unificata, Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si recepisce il documento "Le strutture residenziali psichiatriche" approvato in sede di Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 n. 116/CU.
--

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

In sede di Conferenza Unificata è stato approvato l'Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "*Le strutture residenziali psichiatriche*", Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013.

Tale Accordo era previsto dal Piano di Azioni Nazionale per la salute mentale (PANSM), a sua volta oggetto di Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2 lett. C) del D.Lgs. 28 agosto 1997, 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane, stipulato in sede di Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013.

Il documento concernente "*Le strutture residenziali psichiatriche*" trae spunto da due considerazioni:

- a) le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenersi inadeguate rispetto all'evoluzione dei bisogni di salute e delle metodologie e strumenti terapeutici e riabilitativi;
- b) gli assetti normativi regionali presentano una notevole eterogeneità rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

Il documento propone specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità, fornendo indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del DSM, come individuato dal Progetto obiettivo nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" (DPR 1° novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, il documento "*Le strutture residenziali psichiatriche*" individua tre tipologie di struttura residenziale:

1. Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
2. Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

3. Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi (SRP3), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente:

- a) nelle 24 ore (SRP3.1);
- b) nelle 12 ore (SRP3.2);
- c) per fasce orarie (SRP3.3).

Nella Regione del Veneto le strutture di residenzialità psichiatrica sono state definite, in attuazione del succitato Progetto Obiettivo nazionale Tutela della salute mentale 1998-2000, con il Progetto Obiettivo regionale Tutela della salute mentale approvato con DGR n. 4080 del 22 dicembre 2000 e integrate, nella tipologia della Comunità Alloggio estensiva, dal Progetto Obiettivo regionale Tutela della salute mentale 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010).

I requisiti e gli standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale di tutte le unità di offerta della salute mentale in applicazione della LR n. 22 del 16 agosto 2002 sono stati definiti con DGR n. 1616 del 17 giugno 2008, successivamente modificata con DGR n. 518 del 2 marzo 2010 e con DGR n. 748 del 7 giugno 2011.

Le strutture di residenzialità psichiatrica attualmente previste nella programmazione regionale sono le seguenti:

- CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta
- modulo ad alta intensità assistenziale
- modulo ad attività assistenziale intermedia
- CA - Comunità Alloggio
- modulo estensivo
- modulo di base
- GAP - Gruppo Appartamento Protetto

Per completezza d'informazione vanno citati anche il Gruppo appartamento e la Comunità di tipo familiare per pazienti psichiatrici, unità di offerta non soggette all'autorizzazione all'esercizio, che entrano a far parte del sistema di offerta dei servizi in quanto previsti dal Piano Sociale Regionale, ma non prevedono alcuna compartecipazione sanitaria ai relativi costi (DGR n. 84 del 6 marzo 2007 All. B).

Si tratta ora di recepire l'Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata sul documento concernente "*Le strutture residenziali psichiatriche*" Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013 in **Allegato A**, prendendo atto che la programmazione in essere nella Regione del Veneto in materia di residenzialità psichiatrica è in linea con gli indirizzi dell'Accordo in oggetto e stabilendo, con riferimento all'articolazione delle strutture di residenzialità psichiatrica nella Regione del Veneto, le seguenti corrispondenze:

. la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo A - ad alta intensità assistenziale;

. la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo B - ad intensità assistenziale intermedia;

. la Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3), corrisponde:

- alla Comunità Alloggio Estensiva, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore (SRP3.1);
- alla Comunità Alloggio di Base, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 12 ore (SRP3.2);
- al Gruppo Appartamento Protetto (GAP), nella sottotipologia con personale sociosanitario presente per fasce orarie (SRP3.3).

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

VISTA la LR n. 22 del 16 agosto 2002;

VISTA la DGR n. 1616 del 17 giugno 2008;

VISTA la DGR n. 518 del 02 marzo 2010

VISTA la DGR n. 651 del 09 marzo 2010;

VISTA la DGR n. 748 del 07 giugno 2011

VISTA la DGR n. 1558 del 03 settembre 2013;

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire l'Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata sul documento concernente "*Le strutture residenziali psichiatriche*" Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013 (**Allegato A**);
3. di prendere atto che la programmazione in essere nella Regione del Veneto in materia di residenzialità psichiatrica è in linea con gli indirizzi dell'Accordo in oggetto e stabilendo, con riferimento all'articolazione delle strutture di residenzialità psichiatrica nella Regione del Veneto, le seguenti corrispondenze:
 - . la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo A - ad alta intensità assistenziale;
 - . la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di tipo B - ad intensità assistenziale intermedia;
 - . la Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3), corrisponde:
 - alla Comunità Alloggio Estensiva, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore (SRP3.1);
 - alla Comunità Alloggio di Base, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 12 ore (SRP3.2);
 - al Gruppo Appartamento Protetto (GAP), nella sottotipologia con personale sociosanitario presente per fasce orarie (SRP3.3);
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto nei modi e termini di rito.



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Rep. Atti n. 115/CU del 17 ottobre 2013

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 17 ottobre 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 14 giugno 2013 con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento in oggetto;

VISTA la lettera in data 11 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha comunicato il proprio nulla osta all'ulteriore prosieguo dell'iter istruttorio;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2013, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi sull'argomento il 9 ottobre 2013 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;

PS





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CORRERENZA UNIFICATA

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

P
e
HB



FROM

14 06 2013

12:25/ST. 12:22

P003

ALLEGATO A



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

13/054/CR7A/C7

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Indice:

Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche



Roma, 13 giugno 2013



FROM

14 06 2013 12:25/ST. 12:22

P004

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

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

Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica¹, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, si rinvia a successivi documenti di indirizzo.

A premessa degli indirizzi programmatici esposti nel documento, si forniscono le seguenti considerazioni.

La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

La seconda, pur in un contesto di specifica attenzione programmatica da parte delle Regioni, si riferisce all'eterogeneità, come risulta da una ricognizione effettuata allo scopo, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'iscrizione, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, partecipazione alla spesa.

¹ quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia).





FROM

14 08 2013 12:25/ST. 12:22

P005

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'iscrizione in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Si segnala - come evidenziato nel PANSM - che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui delinea le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.





FROM

14 06 2013 12:26/ST. 12:22

P006

3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi² di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale. Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
 - area psicopatologica
 - area della cura di sé / ambiente:
 - area della competenza relazionale
 - area della gestione economica
 - area delle abilità sociali
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Terapia farmacologica
 - Psicoterapia
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

² espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità





FROM

14 08 2013 12:28/ST. 12:22

P007

- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Queste sono le tipologie a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura.

Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale socio-sanitario.

Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:





FROM

14 06 2013 12:26/ST, 12:22

P008

- la numerosità e l'intensità degli interventi complessivamente erogati;
- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome ricollegate con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Per quanto riguarda i programmi per la post-acuzie, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale.

SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Si tratta di 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, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e dagli interventi psicosociali ricevuti, e quando





FROM

14 06 2013 12:26/ST. 12:22

l'inserimento nella vita socio-lavorativa c/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Arete di intervento (alta intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. È da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;
- **area di risocializzazione:** offerta 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;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.





FROM

14 08 2013 12:27/ST. 12:22

P010

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale 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).

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- **area riabilitativa:** offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- **area di risocializzazione:** offerta 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;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono





FROM

14 06 2013 12:27/ST. 12:22

P011

i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e 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 base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati o dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psiconatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni o abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti





FROM

14 06 2013 12:27/ST. 12:22

- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Area di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

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

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

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un'esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) 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.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'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.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **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;





FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

P013

- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

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

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorta 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.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

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





FRON

14 06 2013 12:28/ST, 12:22

5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazioni, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

In questo ambito, occorre sottolineare l'importanza – tenuto conto dei particolari e specifici fattori di rischio e di *burn out* del lavoro con persone affette da disturbi psichiatrici maggiori - di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro di equipe.

Requisiti concernenti la Comunicazione

"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:





FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti.

Requisiti concernenti Appropriatazza clinica e sicurezza

"L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. approccio alla pratica clinica secondo evidenze;
2. promozione della sicurezza e gestione dei rischi;
3. programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;
4. strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.





FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

6. Monitoraggio e verifiche.

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale. L'individuazione degli indicatori compete al Gruppo SISM-Sottogruppo Indicatori, coordinato dal Ministero della Salute.

Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 13 giugno 2013



Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016 (i)

Art. 10 - Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

1. La Giunta regionale approva, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio (ii) contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie.

3. Sono fatte salve le specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'[articolo 15](#) dello Statuto.

(i) La legge è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte Costituzionale con ricorso n. 119/2012 (G.U. 1^a serie speciale n. 42/2012), con il quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 4, 9, comma 1 e 10, comma 1, per violazione degli articoli 97, 121 e 123 della Costituzione e degli articoli 46 e 58 dello Statuto della Regione Veneto. Secondo il ricorrente, le disposizioni impuginate alteravano gli equilibri e violavano il riparto di competenze tra Giunta e Consiglio regionale così come definite dalle norme costituzionali e statutarie sopra citate. Con ordinanza n.253/2013 (G.U. 1^a serie speciale n. 44/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 3 dicembre 2012, n. 46 (Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute) di ciascuna delle norme censurate; in particolare l'articolo 1 della predetta legge ha previsto che il direttore generale alla sanità e al sociale sia nominato dalla Giunta regionale su proposta del Presidente della Giunta, mentre con riferimento alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale l'articolo 2 ha sostituito la previsione del parere obbligatorio e vincolante della competente commissione consiliare con il solo parere obbligatorio di quest'ultima.

(ii) Comma così modificato da comma 5 articolo 2 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha soppresso dopo le parole "obbligatorio" le parole "e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso".

n. 21 Legnago e ULSS n. 22 Bussolengo e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Verona.

5. Le Aziende di cui al comma 4 devono garantire un'organizzazione capillare di sportelli e servizi al fine di agevolare gli utenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie; devono altresì garantire entro il 31 dicembre 2017 l'attivazione del 50 per cento dei posti letto degli ospedali di comunità ed entro il 31 dicembre 2018 l'attivazione del 70 per cento dei posti letto degli ospedali di comunità nel rispetto degli equilibri di bilancio (10) e devono infine garantire entro il 31 dicembre 2017 l'attivazione di almeno il 60 per cento dei medici di medicina generale nelle medicine di gruppo integrate e l'attivazione di almeno l'80 per cento entro il 31 dicembre 2018.

6. Ogni riferimento, contenuto nella vigente normativa, ai bacini territoriali delle Aziende ULSS, dal 1° gennaio 2017 è da intendersi riferito agli ambiti territoriali come individuati al comma 4 e all'[Allegato A](#)) alla presente legge.

7. Entro sessanta giorni dalla presentazione del bilancio consuntivo 2017 da parte delle Aziende ULSS, l'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, quantifica i risparmi ottenuti, limitatamente al primo anno, dalla riduzione delle Aziende ULSS. Entro centoventi giorni l'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero e con l'Azienda ULSS interessata, elabora il piano degli interventi da attuarsi con il sopra indicato risparmio al fine di omogenizzare i servizi forniti ai cittadini dell'intera Azienda ULSS. Tale piano verrà inviato alla Giunta regionale e alle competenti commissioni consiliari per il parere di competenza.

8. Nell'ambito dei territori delle Aziende ULSS di cui al presente articolo che si costituiscono in esito ad una procedura di incorporazione di Aziende ULSS soppresse, la Giunta regionale, in ragione di particolari esigenze organizzative connesse a peculiarità territoriali ed a flussi turistici, nonché a flussi dei pazienti ed a garanzia della emergenza – urgenza, può introdurre, previo parere della competente commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde e sentite le Conferenze dei Sindaci dei territori coinvolti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali.

Art. 15 - Riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari a seguito della ridefinizione dell'assetto delle ULSS e in conformità a quanto previsto dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”.

1. Nel rispetto dei principi sanciti dalla legislazione statale in materia in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”, che pone al centro del sistema la persona, mediante l'umanizzazione delle cure, la realizzazione di percorsi di cura partecipati e condivisi dagli utenti, l'equità nell'accesso ai servizi, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, garantendo nel contempo la sostenibilità economica del servizio sanitario regionale e facendo seguito alla ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, ai sensi dell'[articolo 14](#) della presente legge, la Giunta regionale provvede ad una riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari, al fine di: (11)

- a) continuare a garantire un'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio regionale, salvaguardando la specificità dei territori bellunese e del polesine, delle aree montane e lagunari, nonché delle aree a bassa densità abitativa;
- b) sviluppare la rete dell'assistenza territoriale, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare, che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure;
- c) rideterminare l'offerta dell'assistenza ospedaliera secondo una logica di rete coordinata, al fine di migliorare l'accesso alle cure e garantire un'adeguata risposta ai fabbisogni;
- d) sviluppare le reti cliniche integrate, anche con il territorio, a garanzia degli standard minimi prestazionali per l'operatore e per la sicurezza dei pazienti;
- e) potenziare il sistema degli Osservatori e delle Strutture a supporto della programmazione e delle reti cliniche, che formano il Sistema dei Centri regionali, quali: Coordinamenti e Programmi regionali, Centri specializzati, Sistema Epidemiologico Regionale, Osservatorio regionale Politiche Sociali;
- f) definire gli indirizzi che migliorino l'appropriatezza, sul versante della domanda e dell'offerta, sotto il profilo prescrittivo ed economico con riferimento all'assistenza specialistica, protesica, farmaceutica e dei dispositivi medici, mediante il miglioramento dell'accessibilità, la riorganizzazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) quale strumento gestionale fondamentale del governo della domanda e dell'offerta, anche al fine di ridurre le liste d'attesa;
- g) promuovere la prevenzione collettiva secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta e tutte le Strutture a diverso titolo coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale declinate nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli;
- h) attuare il modello organizzativo di rete dei Dipartimenti di Prevenzione, che preveda l'individuazione di alcune funzioni ed attività da svolgersi su scala multizonale, con livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale, interistituzionale, anche mediante un potenziamento dei servizi dei Dipartimenti stessi;
- i) sostenere il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona, garantendo l'equità territoriale, favorendo lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione nelle varie aree, quali: famiglia, infanzia, adolescenza, giovani, anziani, disabili, dipendenze, salute mentale, sanità penitenziaria, promuovendo la piena integrazione tra i soggetti pubblici e privati coinvolti nella costruzione e gestione del sistema integrato;
- l) sviluppare gli strumenti necessari per supportare il governo del sistema:
 - 1) valorizzare le risorse umane che operano nel servizio sanitario regionale, mediante una revisione di ruoli e competenze, nonché con un'adeguata attività formativa;
 - 2) favorire presso le Aziende ULSS lo sviluppo di un approccio metodologico che consenta una coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni sanitari, il loro indirizzo e la relativa gestione, sviluppando una rete di processi integrati, nella quale il contenimento di costi e la gestione efficiente dei servizi non siano disgiunti dal perseguimento della qualità, dell'efficacia, della sicurezza e dell'appropriatezza delle prestazioni;
 - 3) migliorare gli strumenti finalizzati all'individuazione e alla valutazione del rischio clinico da un lato, alla sua gestione e prevenzione dall'altro;

- 4) verificare l'attualità di procedimenti e requisiti previsti dalla vigente disciplina per l'accreditamento istituzionale, anche mediante un monitoraggio delle prestazioni erogate, ai fini di un'eventuale revisione del sistema;
- 5) promuovere il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi;
- 6) portare a compimento la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico e del sistema informativo integrato, alimentato dai soggetti pubblici e privati accreditati, che devono quindi adeguare le proprie infrastrutture tecnologiche, garantendo così sia una gestione integrata dei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, sia la possibilità di consultazione dei dati inseriti da parte di operatori e utenti;
- 7) implementare il sistema di monitoraggio nei confronti di Aziende ULSS, Azienda ospedaliera di Padova, Azienda ospedaliero-universitaria integrata di Verona e IOV finalizzato a migliorare la qualità dei servizi erogati, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, garantire l'unitarietà del sistema, mantenendo nel contempo il controllo della spesa;
- 8) implementare il costante monitoraggio della gestione delle risorse finanziarie che, in conformità alla forte integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari che caratterizza il sistema veneto, avviene in modo integrato, così da poter governare in maniera sempre più puntuale le dinamiche di spese ed investimenti nel servizio sanitario regionale.

Art. 16 - Verifica dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS ed iniziative conseguenti.

1. L'articolazione delle Aziende ULSS, così come ridefinita dall'[articolo 14](#) della presente legge, viene sottoposta dalla Giunta regionale ad una prima verifica, al termine del primo triennio dalla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero in coincidenza con l'adozione dei Piani socio-sanitari regionali al fine di valutare i risultati raggiunti sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate.

2. A tal fine la Giunta regionale, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, attiva presso l'Area Sanità e Sociale un Osservatorio regionale, con competenza in materia di:

- a) monitoraggio della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale, introdotta dall'articolo 14 della presente legge;
- b) acquisizione di eventuali richieste formulate dai Comitati dei Sindaci di distretto di cui all'articolo 26, che rappresentino almeno i 2/3 delle popolazioni interessate e che appartengano alla medesima circoscrizione provinciale.

3. L'Osservatorio regionale, di cui al comma 2 del presente articolo, si avvale di articolazioni, denominate Osservatori aziendali, attivati presso ogni Azienda ULSS, con il compito di:

- a) rilevare i dati aziendali, così come definiti dall'Osservatorio regionale;
- b) raccogliere i dati con le modalità e con le cadenze definite dall'Osservatorio regionale;
- c) trasmetterli all'Osservatorio regionale.

4. La composizione dell'Osservatorio regionale e degli Osservatori aziendali viene individuata dalla Giunta regionale con deliberazione, sulla quale esprime parere la competente commissione consiliare.

5. I dati e le richieste così raccolti vengono trasmessi dall'Osservatorio regionale all'Azienda Zero che li analizza in ragione delle competenze di cui all'[articolo 2](#),