CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE AL CONSIGLIO REGIONALE

Il nuovo modello di assistenza residenziale per la tutela della salute mentale. Modifiche e integrazioni alla D.C.R. 357-1370 del 28.1.1997 'Standards strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modificha della D.G.R. 191-37198 del 17.4.1990 ratificata dal Consiglio regionale con deliberazione 9-9044 del 29.7.90 e della D.C.R. 245-11504 del 31.7.86'.

Con la D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997 sono stati definiti i requisiti e gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), oltre che la possibilità di interventi alternativi al ricovero per le persone con problemi di salute mentale attraverso l'inserimento in strutture residenziali protette, come i Gruppi Appartamento.

Nell'ambito di tale deliberazione la rete delle strutture residenziali per la tutela della salute mentale si articola in una triplice tipologia, comprendente i Centri di Terapie Psichiatriche, le Comunità Protette di tipologia A e B, le Comunità Alloggio; la deliberazione prevede altresì una rete di interventi, disposti e gestiti dal D.S.M., finalizzati:

- al sostegno socio-sanitario e lavorativo alla persona (Allegato B),
- a fornire soluzioni alternative al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali di tipo protetto (Allegato C).

Con Sentenza n. 2531 del 27.4.2005, il TAR Piemonte ha disposto il parziale annullamento della D.C.R. n. 357-1370/1997, relativamente al punto 5 dell'Allegato A, concernente le Comunità Alloggio ed all'Allegato C, nella parte concernente i Gruppi Appartamento.

Dopo l'entrata in vigore della D.C.R. n. 357-1370/1997, il quadro normativo, relativamente alla tutela della salute mentale, è andato modificandosi e si è principalmente indirizzato alla definizione di un nuovo modello di assistenza residenziale in grado di garantire flessibilità, adattabilità e maggior controllo.

Il modello assistenziale regionale deve quindi puntare:

- a riportare la persona ed i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi, partendo dal presupposto che l'inserimento residenziale costituisce solo una delle risposte di cui il sistema sanitario e socio-sanitario dispone per far fronte al percorso di salute delle persone con problemi di salute mentale;
- ad orientare l'attuale offerta di servizi esistenti verso una migliore articolazione ed organizzazione, nel rispetto dei principi di appropriatezza e strutturando l'assistenza residenziale e territoriale secondo livelli d'intensità prestazionale progressivi e flessibili, tali da garantire un'efficace continuità assistenziale e la riduzione degli inserimenti impropri.
- Garantire un migliore accesso ai Servizi pubblici o convenzionati da parte dei clienti garantendo e definendo in maniera chiara il diritto a scegliere il proprio luogo di cura o, quanto meno, ad individuarlo con la propria équipe curante all'interno di una rete definita di strutture accreditate.

In considerazione di quanto sopra, il modello organizzativo di cui al presente provvedimento aggiunge alcuni provvedimenti normativi su gli interventi alternativi alla residenzialità quali i Gruppi Appartamento e la ri-determinazione degli alloggi assistiti.

In una ottica di miglioramento del Servizio erogato dai Dipartimenti di Salute Mentale vengono indicati, come elementi di integrazione della normativa inerente la residenzialità leggera e come futuri capitoli da approfondire e sviluppare per migliorare la Rete Generale dei Servizi Residenziali, quattro ulteriori obiettivi:

1) Verifica della congruità dei piani di trattamento farmaceutico individuale.
2) Congruità dei percorsi di cura e strumenti di verifica.
3) Superamento delle case di cura psichiatrica
4) Disposizioni finali.

Si ritiene inoltre, al fine di una corretta e regolamentare attuazione di quanto sopra esposto, prevedere un'azione di verifica e controllo del rispetto della normativa regionale e in caso di accertata violazione un regime sanzionatorio.

Tutto ciò premesso;

Il Consiglio Regionale

visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

Vista l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 dicembre 1996;

visto il DPR 14 gennaio 1997;

vista la D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997;

visto il D.P.C.M. 14.2.2001;

visto il "Patto della Salute" per gli anni 2010-2012 di cui all'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 3.12.2009;

vista la D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000;

vista la D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007;

visto il provvedimento della del Conferenza Unificata 20.3.2008, "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale";

vista la D.G.R. n. 63-12253 del 28.9.2009;

d e l i b e r a

di approvare le disposizioni di cui agli allegati A), ad integrazione dell'allegato A) della della D.C.R. n. 357-1370 , dell'allegato B) a sostituzione dell'allegato B) della D.C.R. n. 357-1370 come parte integrante e sostanziale della presente deliberazione oltre che l'eliminazione dell'allegato C) della D.C.R. n. 357-1370.

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

ALLEGATO A

Inserimento degli Articoli 6-7-8-9-10-11-12 **NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. n. 357-1370**

Articolo 6) Gruppi Appartamento

Appartengono a questo raggruppamento funzionale quelle strutture che ospitano utenti con un grado di autonomia che consente loro di vivere in situazioni supportate dagli operatori solo in alcune fasce orarie, o che prevedono passaggi nella giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana. Per alcune funzioni progettuali specifiche (es. valutazione e orientamento progettuale; consolidamento/mantenimento supportivo di autonomie acquisite) può essere prevista la presenza di operatori in struttura anche nel turno notturno in pronta disponibilità.

I programmi erogati in queste strutture non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale e sono rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e devono essere definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti. Comprendono un ampio spettro di attività possibili con particolare attenzione agli interventi di rete sociale. I destinatari sono di norma pazienti di età inferiore ai 50 anni per i GA, e fino ai 65 anni per gli Alloggi Assistiti, di competenza psichiatrica o che necessitino di un supporto abitativo incentrato sulla riabilitazione psicosociale e sul reinserimento sociale (doppie diagnosi con SERT e disabilità)

LOCALIZZAZIONE E REQUISITI STRUTTURALI MINIMI

La collocazione delle strutture deve porsi come obiettivo prioritario l'inserimento sociale dell'ospite, offrendogli la possibilità di usufruire di una rete di servizi generali, sociali, sanitari, educativi e ricreativo-culturali. Il concetto di "localizzazione" e la sua descrizione acquista, nel caso specifico di questa struttura, valore di requisito essenziale da soddisfare primariamente.

Il Gruppo Appartamento e l'Alloggio Assistito devono essere quindi ubicati nell' hinterland urbano, nei centri cittadini o in nuclei abitativi rurali, coerenti con la logica secondo la quale deve essere agevolato l'inserimento sociale. Devono tassativamente essere evitate localizzazioni isolate o troppo distanti dai servizi primari, commerciali o poco serviti dalle reti di comunicazione (bus, treni, tram …)

Il tratto caratteristico della vita in comune e del lavoro fondato sul processo relazionale di un piccolo nucleo di persone che convivono deve essere anche garantito nella scelta di una struttura idonea; le caratteristiche funzionali ed organizzative devono essere quelle tipiche di una civile abitazione e, devono permettere lo svolgimento sia dei momenti di vita in comune, sia degli spazi di autonomia per il singolo.

Fanno parte della Area della Residenzialità Leggera

a. **GRUPPI APPARTAMENTO (di tipo A -e di tipo B)**
b. **ALLOGGI ASSISTITI O SUPPORTATI (A.A.)**

GRUPPI APPARTAMENTO (GA)

Il G.A. è un presidio a carattere socio assistenziale a rilievo sanitario; rivolto a soddisfare specifiche esigenze di residenzialità assistita di tipo non asilare e utile per pazienti giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale.

I G.A. possono essere attivati sia dai DSM, sia dal privato profit e non profit.

Il G.A. inteso come struttura può essere organizzato in nuclei nel numero totale di due; un G.A. composto da due nuclei è tale solo se è garantita l'ubicazione all'interno di un unico stabile catastalmente individuabile. In uno stesso stabile non possono essere attivati più di 2 nuclei (per 10 pl totali)

Un singolo nucleo può ospitare fino a 6 persone. ma il numero massimo consentito nel caso di un G.A. composto da due nuclei è pari o inferiore a 10. Vista la particolare attenzione che viene posta sul lavoro di gruppo e sul clima relazionale tra gli ospiti si ritiene utile individuare nel numero minimo di 4 posti la capienza da destinare ad un Gruppo Appartamento per essere considerato tale.

REQUISITI SOGGETTIVI

L'autorizzazione è subordinata da parte del richiedente:

- della personalità giuridica di Ente o Società con finalità commerciali in regola con le norme vigenti.
- della qualifica di ONLUS ai sensi del Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n.460 o delle qualifiche equiparate, ai sensi dell'art.10, comma 8, del medesimo decreto.

REQUISITI MINIMI EDILIZI:

- Requisiti edilizi delle civili abitazioni; stabilità in situazioni normali od eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti circa le civili abitazioni;
- Requisiti igienici previsti da Regolamenti locali di igiene (D.M.5.07.1975); sicurezza degli impianti (L.n. 46 del 05.03.1990, D.P.R. n. 447/91 e D.P.R. 380/01 e s.m.i.);
- I Gruppi Appartamento devono essere “visitabili” ai sensi delle norme Regionali e Nazionali vigenti sull’abbattimento delle barriere architettoniche (L.236/89 art. 2 comma H); le *strutture esistenti* e già funzionanti devono possedere il requisito di Adattabilità di cui all’art. 6 del D.M. 236/89; il requisito della visitabilità *nei nuovi Gruppi Appartamento* composti da due nuclei si ritiene soddisfatto quando almeno uno dei due nuclei risponde alle caratteristiche strutturali di cui all’art.5 del D.M. 236/89.

REQUISITI MINIMI DI SICUREZZA:

I Gruppi Appartamento dovranno essere dotati di tutti gli accorgimenti atti ad assicurare la protezione passiva ed attiva prevista dalla normativa antincendio; collocazione preferibilmente ai piani bassi degli stabili.
Rispetto della norma UNI7697 circa il posizionamento di vetri anti-infortunistici fino alla quota di mt. 1.00 dalla quota pavimento
Rispetto delle norme di sicurezza circa il pericolo di “cadute accidentali dall’alto. nella fattispecie della norma della DGR38/92 “Accessibilità alla struttura” art 16, che precisa che i davanzali delle finestre e i parapetti dei balconi devono essere posti ad h. > cm.100.00 dal piano pavimento” deve essere incrementata sino ad H>cm 110,00/120,00 dal piano pavimento.
Devono esser posti all’interno del G.A. almeno 1 rilevatore di fumo (Cucina) ed almeno 1 lampada emergenza.
Per la cottura dei cibi adottare piastre elettriche, forni a micro -onde e macchinette espresso per le bevande calde, evitando l’uso di fiamme.

I Gruppi Appartamento dovranno garantire la disponibilità delle SEGUENTI AREE FUNZIONALI:

- area soggiorno/pranzo/lettura (1)
- Cucina (1)

- dispensa/locale di sgombero/ripostiglio

(1)Queste aree funzionali potranno essere promiscue e liberamente unite in un unico locale.

Dovranno altresì essere garantiti i seguenti requisiti:

- rapporto di superficie tra nucleo abitativo e servizi collettivi generali ausiliari non inferiore ad 1/1
- camere 1 p.l. (mq. 9.00) 2 p.l. (mq.14.00) 3p.l. (mq.21.00) (quest'ultima nella misura massima di una per nucleo e solo per i GA) con servizi igienici in rapporto di 1 ogni 4 p.l.
- Arredamento di tipo non ospedaliero

REQUISITI DEL PERSONALE

La Pianta Organica del personale operante nel singolo GA e la valutazione della idoneità dei relativi profili professionali, oltre che l'adeguamento alle richieste formative dell'ECM è uno dei parametri necessari per la concessione della autorizzazione al funzionamento.
Il titolare del Progetto di Servizio deve quindi definire ed indicare con esattezza il personale operante nella singola struttura e la rispettiva qualifica; nel caso in cui venga modificata la Pianta Organica del personale deve essere effettuata rapida segnalazione al competente Organo di Vigilanza.

Profili Professionali Sanitari

- medico psichiatra
- psicologo iscritto all'albo
- educatore professionale interfacoltà
- infermiere professionale
- tecnico della riabilitazione psichiatrica
- OSS

Profili Professionali Non Sanitari

- assistente sociale
- educatore professionale
- animatore professionale
- mediatore culturale

REQUISITI PROGETTUALI

I G.A. e gli A.A. devono essere inseriti in una rete progettuale complessa che si caratterizza per la unità dell'intervento (stesura del Progetto Personalizzato). La *titolarità* del progetto e la sua periodica verifica rimane in carico al DSM competente per territorio del paziente ed il suo sviluppo avviene in collaborazione con la équipe del GA, che è r*esponsabile* del percorso di cura all'interno degli obiettivi riabilitativi della struttura. Il dipartimento di Salute Mentale inviante deve produrre con cadenza trimestrale una relazione inerente l'andamento dell'inserimento residenziale del paziente ed effettuare una rivalutazione semestrale del progetto. È obbligo dei CSM predisporre un apposito registro che certifichi le visite effettuate presso le strutture ospitanti i pazienti in carico al Servizio.
Il responsabile del G.A. o chi per esso deve:
a) produrre relazione semestrale inerente l'andamento dell'ospite con descrizione delle attività svolte.
b) collaborare alla realizzazione del Progetto Personalizzato come concordato con il DSM, in particolare, per quanto riguarda lo sviluppo dei processi di autonomia e integrazione sociale, che caratterizzano gli inserimenti nei GA
c) ridefinire, insieme al DSM, i criteri di valutazione degli esiti e degli obiettivi terapeutici dei PP, utilizzando modulistica idonea
d) rivalutare i PP con il DSM di riferimento, almeno una volta all'anno.
e) comunicare tempestivamente al DSM eventuali modificazioni del quadro psicopatologico degli ospiti, tramite fax, mail e successivamente in originale.

Il processo di inserimento dell'ospite deve essere programmato e verificato e la fase dell'ingresso avviene solo previo consenso di tutti gli attori responsabili (utente, medico curante e responsabile del G.A.); l'ospite al momento del suo ingresso firma un contratto **di inserimento riabilitativo** che regolamenta alcuni aspetti legati alla sua permanenza presso la struttura.
La verifica del Progetto Personalizzato, alla sua scadenza (durata massima annuale), deve prevedere una compartecipazione della équipe curante e della équipe inviante e la individuazione di risultati ed obiettivi condivisi da proporre all'ospite.
Al fine di garantire una migliore presa in carico in Gestione Integrata della patologia psichiatrica si dovrà completare la rete dei sistemi informativi utili per memorizzare il percorso precedente ed attuale della persona, attraverso la attuazione di una apposita piattaforma che consenta un rapido interfaccia tra lo specialista del CSM, il Medico di Medicina Generale e la équipe curante nel caso di inserimento presso strutture accreditate.

TIPOLOGIE

Il Gruppo Appartamento prevede diverse tipologie di operatori e diverse coperture orarie in base al livello di intensità riabilitativa ed assistenziale del Progetto di Servizio-che deve rispondere a specifici bisogni riabilitativi e assistenziali degli ospiti inseriti. Le funzioni di approvvigionamento, refezione,lavanderia e pulizia degli spazi personali possono essere svolte con la partecipazione degli ospiti. Tali attività, opzionali, sono parte integrante del Progetto Personalizzato.
Le aree di intervento possono essere così sintetizzate:

- ASSISTENZA
- RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE
- OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE (intesa come indicazione al trattamento)

Sono previste due tipologie di GA in base alla Area di Intervento e, per ognuna di esse due categorie determinate dalla copertura oraria (H24 oppure < H24):

A) GRUPPO APPARTAMENTO "AREA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA".
   1) Gruppo Appartamento tipo A Alta Intensità: osservazione e orientamento al trattamento. Riabilitazione supportata nei casi in cui non sia indicata la Comunità Terapeutica.
   2) Gruppo Appartamento tipo A Media Intensità.

Gestione di autonomie avanzate, sono previste la attivazione di borse lavoro e inserimenti lavorativi; elemento fondante è, quindi, il supporto educativo che migliori le capacità inerenti la autonomia abitativa e le competenze lavorative.

B) GRUPPO APPARTAMENTO "AREA ASSISTENZIALE"
   1) Gruppo Appartamento tipo B Alta Intensità;

Attività riabilitativo-assistenziale sulla lungodegenza, attuazione di un progetto riabilitativo fondato sul consolidamento delle abilità di base. Costruzione di progetti in rete con Centri Diurni e formazione-lavoro

   2) Gruppo Appartamento tipo B Media Intensità.

Attività assistenziale di supporto su fasce orarie, integrazione con Centro Diurno e inserimento in attività ricreative.

ORGANICO BASE

Il personale, ai sensi della normativa nazionale e regionale attualmente in vigore, è individuato in base all'elenco delle professioni che si suddividono in sanitarie e socio-sanitarie o assistenziali. Dette tipologie professionali sono impiegabili all'interno dei Gruppi Appartamento, vista la peculiarità dello strumento residenziale finalizzato all'inserimento nel tessuto sociale, in base alle caratteristiche del Progetto di Servizio.

REQUISITI MINIMI DI PERSONALE

L'organico base dei Gruppi Appartamento deve essere composto da:

1) Un coordinatore della Struttura che deve avere una esperienza documentata pari ad almeno 2 anni nel settore.

2) Una équipe composta al 60% del minutaggio base da **personale educativo del profilo sanitario** a seconda della tipologia del Gruppo Appartamento (vedi tabelle successive) e per il restante 40% da figure scelte tra quanto indicato nell'elenco indicato nel paragrafo "Requisiti del Personale". I Gruppi Appartamento autorizzati al funzionamento con incremento orario pari al 20% potranno individuare le figure professionali da inserire in Pianta Organica all'interno dell'elenco indicato nel paragrafo "Requisiti del Personale".

Il monte ore dedicato al *personale ausiliario* (pulizie, cucina, manutenzione, etc…) non è specificato nelle seguenti tabelle in quanto incluso a livello di costo nella retta e determinato, a livello di turnistica, a seconda delle esigenze del G.A. . Quindi nell'elenco del personale a disposizione per i turni deve essere menzionato il personale ausiliario sotto un apposita voce, tale voce deve essere distinta da quelle dedicate al personale deputato all'intervento di assistenza e riabilitazione all'interno della struttura.
La struttura opera 7 giorni su 7 per 52 settimane all'anno. Per completare il ciclo diurno/notturno nei Gruppi Appartamento ad ALTA INTESITÀ **è prevista la presenza di operatori in pronta reperibilità in struttura** inseriti nella Pianta Organica.

ORGANIZZAZIONE INTERNA

Per ciò che concerne la "costruzione dei turni" i Gruppi Appartamento, vista la loro caratteristica fondante di struttura inserita sul territorio, volta a stimolare l'inserimento sociale del paziente, possono strutturare settimanalmente la propria organizzazione, rispettando però alcuni vincoli/strumenti ineludibili:

1) Il monte ore totale settimanale minimo è quello derivante dal calcolo del minutaggio giornaliero per singolo ospite riportato nelle tabelle.
2) Le strutture ad ALTA INTENSITÀ devono comunque garantire la *presenza notturna* dell'operatore ed un costante servizio di reperibilità attivabile nell'arco della giornata.

GA TIPO A) *RIABILITATIVO* ALTA INTENSITÀ (60%MONTE ORE ED.PROF/TECNICO DELLA RIABILIT.)

G.A. TIPO A ALTA INTENS	BASE	INCREMENTO 10%
MINUTI	150 MIN/PAZ + NOTTURNO	+10% (15 MIN) + NOTTURNO
TOTALE	150 MIN	165 MIN/PAZ

GA TIPO A) *RIABILITATIVO* MEDIA INTENSITÀ (60%MONTE ORE ED.PROF/TECNICO DELLA RIABILIT.)

G.A. TIPO B	BASE	INCREMENTO 20%
MINUTI	80 MIN/PAZ	+10% (8 MIN)
TOTALE	80 MIN	88 MIN/PAZ

G.A TIPO B *ASSISTENZIALE* AD ALTA INTENSITÀ (60% MONTE ORE OSS)

GA TIPO B ALTA INTENS	BASE	INCREMENTO 10%
MINUTI	150 MIN/PAZ + NOTTURNO	+10% (15MIN) + NOTTURNO
TOTALE	150 MIN	165 MIN/PAZ

GA TIPO B *ASSISTENZIALE* MEDIA INTENSITÀ (60% MONTE ORE OSS.)

G.A. TIPO B	BASE	INCREMENTO 20%
MINUTI	80 MIN/PAZ	+10% (8 MIN)
TOTALE	80 MIN	88 MIN/PAZ

INSERIMENTO ART. 7 NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 7) ALLOGGI ASSISTITI (O SUPPORTATI) (A.A.)

Sono nuclei abitativi nei quali si affiancano le capacità abitative e/o di convivenza dei pazienti in carico al DSM garantendone la permanenza nel territorio e nel contesto sociale. Questa soluzione ha carattere *tendenzialmente stabile e duraturo* ed è rivolta ai pazienti di età inferiore ai 65 anni..
Negli alloggi assistiti è prevista la presenza di persone con un buon grado di autonomia, che, come detto, necessitano prioritariamente di un affiancamento pratico nella gestione della quotidianità.

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE
Gli AA sono nuclei abitativi situati in alloggi di civile abitazione che possono ospitare non più di 4 persone, in cui vengono inserite persone residenti nell'ASL e seguite dal DSM.
Nello stesso stabile non possono essere attivati più di due Alloggi Assistiti.
Ogni stanza non può avere più di 2 posti letto.

Requisiti Strutturali:

Requisiti minimi edilizi:
- Requisiti edilizi delle civili abitazioni;stabilità in situazioni normali od eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti circa le civili abitazioni;
- requisiti igienici previsti da Regolamenti locali di igiene (D.M.5.07.1975); sicurezza degli impianti (L.n. 46 del 05.03.1990, D.P.R. n. 447/91 e D.P.R. 380/01 e s.m.i.); abitabilità in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti, **adattabilità del singolo nucleo**, secondo il DM. 236/89 e D.P.R. n. 503/96.

Requisiti minimi di sicurezza:
Gli Alloggi Assistiti dovranno essere dotati di tutti gli accorgimenti atti ad assicurare la protezione passiva ed attiva prevista dalla normativa antincendio; collocazione preferibilmente ai piani bassi degli stabili.
Rispetto della norma UNI7697 circa il posizionamento di vetri anti-infortunistici fino alla quota di mt. 1.00 dalla quota pavimento

Rispetto delle norme di sicurezza circa il pericolo di “cadute accidentali dall’alto” DGR38/92 “Accessibilità alla struttura” art 16, che precisa che i davanzali delle finestre e i parapetti dei balconi devono essere posti ad h. > cm.110/120 dal piano pavimento.
Devono esser posti all’interno dell’A.A.. almeno 1 rilevatore di fumo (Cucina) ed almeno 1 lampada emergenza.
Per la cottura dei cibi adottare piastre elettriche, forni a micro -onde e macchinette espresso per le bevande calde, evitando l’uso di fiamme.

Gli A.A. dovranno garantire la disponibilità di questi spazi FUNZIONALI:

area soggiorno/pranzo/lettura (1)
cucina(1)
dispensa/locale di sgombero/ripostiglio

(1)Queste aree funzionali potranno essere promiscue e liberamente unite in un unico locale

Dovranno altresì essere garantiti i seguenti requisiti:

- Apporto di superficie tra nucleo abitativo e servizi collettivi generali ausiliari non inferiore ad 1/1
- camere 1 p.l. (mq. 9.00) 2 p.l. (mq.14.00) con servizi igienici in rapporto di 1 ogni 4 p.l.

REQUISITI DEL PERSONALE

La responsabilità clinica e la spesa per le attività di natura sanitaria sono in carico all’ASL di appartenenza.
Poiché i pazienti inseribili negli AA hanno una buona autonomia, i livelli di supporto e assistenza si articolano come segue:

Copertura assistenziale NON OLTRE 25 ore settimanali di cui il 60% minimo di educatore professionale/OSS ed il 40% individuabile nel paragrafo “Requisiti del Personale”.
Non è prevista la presenza notturna dell’operatore

ESERCIZIO DELLA VIGILANZA SUI GRUPPI APPARTAMENTO E SUGLI ALLOGGI ASSISTITI.
Al fine di garantire una adeguata vigilanza relativamente agli aspetti strutturali e organizzativi nei G.A. e negli A.A. si istituisce per ogni ASL una Commissione di Vigilanza, con incarico annuale non rinnovabile, costituita da: un operatore sanitario del DSM o dell’Assessorato alla Sanità e 2 rappresentanti delle Associazioni di familiari e pazienti riconosciute giuridicamente e inserite in un apposito registro regionale.
La Commissione dovrà svolgere almeno due controlli annuali relativamente a quanto previsto dalla Delibera in oggetto e trasmettere, entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno, relazione alla ASL di competenza.
Tale documento dovrà essere
a) inserito nella Cartella Individuale del paziente.
b) inserito in un apposito archivio destinato alle strutture convenzionate con il Servizio e -facilmente-. consultabile su richiesta
c) consegnato in copia conforme all'originale al Responsabile della Struttura.
d) inviato alla Commissione di Vigilanza.

La Commissione di Vigilanza e i rappresentati del DSM , in caso di visita di controllo, devono poter visionare attraverso lo strumento di una bacheca pubblicamente esposta la regolare presenza del personale denunciato attraverso la Pianta Organica; la mancata esposizione o l'irregolare compilazione della Bacheca del Personale comporterà una ammenda.

INSERIMENTO ART. 8 NELL’ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 8) INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il D.S.M. attiva progetti di assistenza domiciliare psichiatrica al domicilio privato, all'interno della residenza del paziente e ove esista una rete familiare in grado di assisterlo.
Per tale attività il D.S.M. si avvale del supporto di operatori da individuarsi nel progetto riabilitativo.
Per gli assistiti a domicilio il D.S.M. può avvalersi di personale proprio implementando l'organico del C.S.M. in proporzione alla popolazione assistita e all'entità degli interventi attuali e/o utilizzando in parte personale in convenzione con il privato sociale e/o con Associazioni giuridicamente riconosciute, Associazioni di familiari e Associazioni di volontariato.
Può essere attivata una pronta disponibilità notturna e festiva.

INSERIMENTO ART. 9 NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 9) AFFIDO FAMILIARE

In via sperimentale per tutto il periodo di valenza del nuovo Piano Sanitario Regionale, il D.S.M. può prevedere l'affido familiare di pazienti psichiatrici.
Per tali finalità è previsto un sostegno economico da erogare alla famiglia affidataria. La famiglia affidataria deve essere individuata dal medico responsabile del progetto terapeutico/riabilitativo del paziente; deve aver frequentato un apposito corso di formazione organizzato dal D.S .M. L'efficacia di tale percorso deve essere costantemente verificata dal D.S.M.
L'affidamento familiare si configura come terapeutico/riabilitativo, pertanto di esclusiva competenza sanitaria.

INSERIMENTO ART. 10 NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 10) VERIFICA DELLA CONGRUITÀ DEI PIANI DI TRATTAMENTO FARMACEUTICO INDIVIDUALE

L'Assessorato alla Sanità verifica la congruità dei Piani di Trattamento farmaceutici individuali all'interno delle strutture ospedaliere, protette, extraospedaliere e residenziali e delle prescrizioni effettuate dai Medici di Medicina Generale. A tale fine prevede che mensilmente i Direttori Sanitari, i Responsabili dei Centri di Salute Mentale e i Direttori dei Distretti Sanitari trasmettano all'Assessorato i dati inerenti il consumo di farmaci antidepressivi e psicotropi contenente le seguenti informazioni:

a) Numero di pazienti sottoposti a terapia farmacologica.
b) Spesa farmaceutica per singola ASL, divisa a sua volta fra: ospedaliera, residenziale e relativa alle prescrizioni dei MMG.
c) Principi attivi prescritti e percentuale di farmaci generici utilizzati.

INSERIMENTO ART. 11 NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 11) CONGRUITÀ DEI PERCORSI DI CURA.

L'Assessorato alla Sanità, di concerto con i Dipartimenti di Salute Mentale, individua dei modelli di verifica della congruità dei percorsi di cura e istituisce un monitoraggio a campione sui seguenti aspetti:

a) Costi medi della residenzialità e degli interventi domiciliari.
b) Durata media della presa in carico delle singole strutture.
c) Percentuale di pazienti che hanno usufruito di borse lavoro o effettuato corsi di formazione e inserimenti lavorativi e quanti abbiamo poi effettivamente ottenuto un contratto lavorativo, con dati suddivisi per tipologia contrattuale.

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

INSERIMENTO ART. 12 NELL'ALLEGATO A) DELLA D.C.R. N. 357-1370

Art. 12 FLESSIBILITÀ ED EFFICIENZA DEI PERCORSI DI CURA.

I percorsi di cura, per definirsi come tali, devono coniugare sia il risparmio di risorse economiche per il Servizio Inviante, sia la massima efficacia terapeutica per il paziente attraverso la individuazione di chiari elementi di esito che consentano una reale valutazione dell'intervento. A tale fine è obiettivo dei Dipartimenti avviare e incentivare, per ciò che concerne la area residenziale, i progetti sperimentali che stimolino la creazione di filiere di strutture, costituite eventualmente anche da strutture accreditate afferenti a soggetti giuridicamente diversi tra di loro, ma appositamente sviluppate per individuare diversi livelli di intervento durante le diverse fasi del percorso.

ALLEGATO B

“TUTELA DELLA SALUTE MENTALE”

1) **DISPOSIZIONI GENERALI**

Le strutture residenziali C.T.P. e C:P: (comprensive dei due livelli assistenziali) sono da ritenersi strutture sanitarie extraospedaliere finalizzate ad accogliere per periodi determinati pazienti in carico al C.S.M. per progetti terapeutico Ð riabilitativi. Gli oneri di gestione sono a carico del F.S.N.

La C.P. può essere a gestione diretta dei D.S.M., a gestione mista o a totale gestione del privato sociale e/o imprenditoriale.

Ai fini autorizzativi i C.T.P. e le C.P. procedono con le modalità previste dalle norme vigenti per le R.S.A. con il parere obbligatorio dei dirigenti dei D.S.M. e l’acquisizione del parere espresso da CO.RE.SA. di cui alla L.R. 30/84 così come modificata dalla L.R. 78/96 esclusivamente per le strutture in regime definitivo.

L’onere finanziario è a totale carico del D.S.M. che ha provveduto all’inserimento e per tutto il periodo del progetto riabilitativo.

Nel caso di strutture residenziali a gestione privata l’inserimento avviene previa stipula di regolare convenzione fra struttura ed USL inserente.

L’inserimento avviene per un tempo predeterminato non superiore a 24 mesi e deve essere verificato semestralmente.

Nella C.P. di tipo A) e nel C.T.P. l’inserimento può essere prorogato fino a 36 mesi.

Nella C.P di tipo B) alla scadenza l’inserimento può essere rinnovato per ulteriori periodi di 12 mesi a fronte di motivate relazioni del D.S.M. che ha in carico il paziente

Ogni CP. Non può ospitare più del 75% di pazienti in regime di proroga.

Ai fini organizzativi per le strutture socio assistenziali a valenza sanitaria denominate C.A. si procede ai sensi della normativa vigente con le modalità previste per le strutture socio assistenziali con l’acquisizione del parere obbligatorio del Responsabile del D.S.M.

L’inserimento in C.A. avviene su richiesta del D.S.M. competente per territorio sulla base di un progetto terapeutico e riabilitativo periodicamente verificato e può costituire una soluzione residenziale di lungo periodo per pazienti che abbiano perso autonomia abitativa.

L’eventuale inserimento di pazienti non residenti deve essere concordato dal D.S.M. inserente con il responsabile del D.S.M. competente per territorio.

Gli interventi ordinati a soddisfare bisogni di natura culturale, ricreativa, espressiva e di tempo libero, di natura economica, abitativa, nonché di risocializzazione sociale, ove gli stessi non siano parte integrante del programma terapeutico e riabilitativo, rientrano nelle competenze e sono gestiti direttamente dai servizi sociali, in collaborazione con il D .S .M.

Tutte le strutture facenti parte del D .S .M. a gestione diretta o convenzionate, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalla presente deliberazione ed essere regolarmente autorizzate.

2) INTERVENTI DI TIPO ECONOMICO

Al fine di poter offrire un'intere gamma di servizi, strutture e/o prestazioni si ritiene di prevedere le seguenti tipologie di interventi:

ASSEGNO TERAPEUTICO

L'assegno terapeutico, già annoverato dalla Provincia in base al R.D. 16.8.1909 n. 615 e previsto dalla D.C.R. n. 245-11364 swl 3 1.7.1986, avente le finalità di ridurre i ricoveri in O.P., può essere erogato al fine di ridurre i ricoveri in strutture residenziali sanitarie e deve essere parte integrante del progetto terapeutico Ð riabilitativo.
L'assegno terapeutico si configura quindi come alternativo al ricovero e pertanto di esclusiva competenza sanitaria.
Può essere erogato al paziente, ai familiari, ovvero al tutore.
Gli assegni "terapeutici" non sono sostitutivi di intervanti previdenziali o assistenziali cui il paziente ha diritto (es. pensioni di invalidità, contributi dei Servizi Sociali, ecc)

BORSE LAVORO

Il D.S.M. nell'ambito di quanto previsto dal D.P.R 7.4.1994 alla lettera A), 40 comma, 9^{i} alinea può istituire con propri fondi "Borse Lavoro" per inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce d'utenza giovane ed adulta.
La Borsa Lavoro consiste in un sostegno economico a favore dell'inserendo e/o del datore di lavoro o di entrambi.
Il paziente dev essere in carico al C.S.M.; la borsa lavoro deve essere parte integrante di un progetto terapeutico/riabilitativo.
L'intervento deve avere finalità esperienziali e formative e non configurarsi come sostitutivo di assunzione.
Deve inoltre essere temporaneo e possibilmente finalizzato ad inserimenti anche agevolati, più stabili.
In particolare in caso di inserimenti presso coperative di tipo B) la quota-lavoro fornita tramite Borse Lavoro non deve essere influente rispetto alla produzione richiesta dall'affidamento di lavoro.
La Borsa Lavoro si configura quindi come intervento terapeutico/riabilitativo, pertanto di esclusiva competenza sanitaria.
Gi interventi economici previsti, non si configurano come diritto acquisito da parte dei pazienti, bensì come beneficio temporaneo per il periodo della valenza del progetto terapeutico/riabilitativo, che deve essere periodicmente verificato.

INSERIMENTI LAVORATIVI

Le Aziende U.S.L. devono riservare una quota di lavori di pulizie, manutenzione (compresa quella delle aree verdi), e attività analoghe, per l'affidamento ai sensi della L. 38119 a cooperative sociali di tipo B) al fine dell'inserimanto lavorativo di pazienti seguiti dal D.S.M. nell'ambito dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

SUPERAMENTO DELLE CASE DI CURA PSICHIATRICHE

Il DPR del 14 Gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" relativamente ai presidi di tutela della salute mentale individua il numero di posti massimi in 20, prevedendo in casi eccezionali la possibilità di autorizzarne fino a 120.
Le case di cura neurospichiatriche, in quanto strutture di tipo ospedaliero, hanno la funzione di vicariare il ricovero in SPDC nella fase di acuzie o subacuzie
Nella nostra regione, esistendo più di 600 posti autorizzati nelle case di cura neuropsichiatriche è evidente che non ci si trovi di fronte ad una situazione di eccezionalità, di congruità di cura e di efficienza soprattutto considerando l'effettivo fabbisogno di ricovero in acuzie o subacuzie . Il rispetto della normativa nazionale che, al fine di evitare "residui manicomiali" ha posto in 20 il numero massimo di posti letto per le strutture terapeutiche e riabilitative per garantire una cura più adeguata ed una razionalizzazione dei costi prevista anche dalla revisione della spesa ospedaliera, impone il superamento delle attuali autorizzazioni.
A tal fine la Giunta regionale predispone entro 365 giorni una progressiva riduzione dei posti autorizzati fino a giungere ad un numero massimo di 120 posti complessivi nel territorio della Regione Piemonte e individuando altre strutture per l'ospitalità dei pazienti oggi presenti nelle Case di cura Psichiatriche. Dispone altresì che il computo dei posti letto delle case di cura, in virtù della natura ospedaliera di tali strutture, sia considerato entro il fabbisogno regionale di posti ospedalieri in psichiatria e neurologia Entro tale data viene stabilita la quota da dedicare ai DSM ed agli SPDC, in una percentuale del 80% della produttività acquistata dalla Regione per le case di cura neuropsichiatriche, mentre il restante 20% sarà destinata agli invii diretti del MMG, che devono essere comunque segnalati e valutati dal DSM oltre che sottoposti a verifica di appropriatezza.

RICONOSCIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DEI FAMIGLIARI E PAZIENTI

La Regione Piemonte entro 120 giorni dall'approvazione del presente atto individua i criteri per il riconoscimento della Associazioni dei Famigliari e pazienti che verranno successivamente inserite in uno specifico Albo Regionale, per la permanenza nel quale si provvederà a verifica annuale dei requisiti. Le associazioni presenti in suddetto Albo faranno altresì parte della Commissione di verifica e valutazione così come prevista nella presente delibera-zione.

DISPOSIZIONI FINALI

Non è consentito alcun tipo di modello di intervento sanitario o assistenziale a favore dei pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale che non rispetti i disposti della presenta delibera.
È previsto un termine di 180 giorni dall'entrata in vigore del presente dispositivo per l'attuazione di quanto previsto nella presente delibera.