

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria.
Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con Legge Regionale 11 novembre 2004, n. 1;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio dott. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88 della Legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato, sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, c.180, della Legge 311/2004";

VISTA la DGR 6 marzo 2007, n. 149, avente ad oggetto "*Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*";

VISTA la legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 che all'art. 26 stabilisce che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale delle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali sono da erogarsi a carico delle Aziende Sanitarie Locali;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTA la legge Regionale 29 aprile 2013, n. 2 “Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2013 (art.11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)”, ed in particolare l'art. 3, che approva il “Quadro A” allegato alla medesima, contenente l'elenco delle leggi regionali per le quali è autorizzata la spesa relativamente all'anno finanziario 2013, suddivise per missioni e programmi;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, che stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali”;

VISTO il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che delinea tre categorie principali di servizi:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: prestazioni assistenziali di medio-lungo periodo finalizzate alla prevenzione della salute o al contenimento di esiti degenerativi di patologie invalidanti. Sono di competenza delle A.S.L. e possono essere erogate sia ambulatorialmente, sia a domicilio, sia in strutture di tipo residenziale o semiresidenziale.
- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: servizi sociali in favore di persone con problemi di salute o con fragilità che possono mettere a rischio la loro salute (per esempio, contrasto alla povertà nei confronti di persone disabili, assistenza domiciliare a soggetti non autosufficienti, inclusione sociale di soggetti affetti da patologie, etc.). Sono attività di competenza dei comuni, per le quali è richiesta una compartecipazione da parte dei cittadini che ne beneficiano.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: servizi assistenziali caratterizzati da elevata rilevanza della parte sanitaria (per esempio, prestazioni erogate nella fase post-acuta di patologie invalidanti). Sono di competenza delle A.S.L.

Alle regioni spetta il compito di programmare gli interventi in ambito socio-sanitario, di determinare i criteri di finanziamento e la quota di compartecipazione dei cittadini, laddove necessario.

VISTO l'art.3, comma 2 del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che definisce nel definire le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, stabilisce che le stesse sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi (“2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi...”)

VISTO art.5, comma 2 del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che nell'indicare i criteri di finanziamento stabilisce che “La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni”;

VISTA la L. n.328/2000, recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, in particolare l’art. 20 della L. n. 328/2000 che istituisce il fondo nazionale per le politiche sociali, di seguito denominato FNPS;

VISTA la L.R. n. 38/1996, “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la L.R. n.41/2003, concernente “Norme in materia di autorizzazione all’apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socioassistenziali” e le relative deliberazioni attuative n. 1304/2004 e n. 1305/2004 e successive modificazioni;

ATTESO che, in coerenza con le indicazioni contenute nella L. n.328/2000, gli obiettivi della programmazione regionale in campo socio-assistenziale tendono a promuovere:

a) la realizzazione di forme associative tra i comuni a livello distrettuale per la programmazione degli interventi; b) l’integrazione tra gli interventi socioassistenziali e sociosanitari; c) la creazione di un sistema a rete dei servizi; d) la qualificazione degli interventi e dei servizi che devono rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini; e) la ricomposizione dei finanziamenti all’interno dei distretti sociosanitari, allo scopo di ottimizzare la spesa;

VISTA la DGR 10 maggio 2002, n. 583 “Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell’attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali”;

VISTA l’Intesa (Rep. n.82/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, in particolare l’art.8 (Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni) *“1.E’ necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l’accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo. Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione la condizione “economica” del nucleo familiare. 2.Si conviene altresì che il nuovo sistema della partecipazione dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla vigente legislazione nazionale, garantendo comunque l’unitarietà del sistema. 3.A tal fine si conviene che uno specifico gruppo di lavoro misto con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell’economia e delle finanze, di Agenas, coordinato dal Ministero della salute, definisca i contenuti della revisione del sistema di partecipazione entro il 30 novembre 2014.”*

VISTA la DGR 8 febbraio 2000, n.236 Approvazione progetto obiettivo regionale: “Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002”. Attuazione del progetto obiettivo nazionale: “Tutela salute mentale 1998-2000” approvato con DPR 10 novembre 1999;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che la DGR 8 febbraio 2000, n.236 nella premessa al progetto obiettivo regionale “Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002” individua tra i punti più significativi: la necessità d’integrare funzionalmente con altri servizi sanitari dell’AAUSL e con i servizi sociali dei Comuni le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del DSM;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

VISTO, in particolare l’Allegato 1 – parte 1.C - AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, evidenzia, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

Livello di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie D.P.C.M. 14 febbraio 2001	Normativa di riferimento
9. Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	b) prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale [cfr. % colonna a fianco	60%	2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento sociale e lavorativo.	D.P.R. 10 novembre 1999 «P.O. tutela della salute mentale 1998/2000»

VISTO il DPR 7 aprile 2006 “Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 87 del 18 dicembre 2009 “Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012”;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione nella qualità di Commissario ad Acta 5 settembre 2008 n.15 “Definizione dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell’assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche. Approvazione della “Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche” -All.1 e della “Relazione sulla attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007” -All.2”;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTA la L.R. 3 marzo 2003, n.4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTA la DGR 146/2005 Accreditamento provvisorio delle Strutture Residenziali Psichiatriche, Terapeutiche-Riabilitative, Socio-Riabilitative e Centri Diurni, autorizzate dalla Regione Lazio, ai sensi della D.G.R. del 21/3/2003, n. 252

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09 dicembre 2010 “*Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe” (ALL.2)*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 ed in particolare quanto disposto nella parte 4.3 “STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE - Definizioni”: “Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:

- *Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT). Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.*

- *Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale– psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale.*

Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l’acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un’assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:

- *S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi: strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.*

- *S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi: strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell’abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).*

- *Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.): strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in*

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza.

Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria.

Le S.R.S.R. si suddividono in:

- S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.

- S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico.

- S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana".

PRESO ATTO che nei due succitati decreti (DCA n.101 del 2010 e DCA n.8 del 2011) sono previste le seguenti tipologie assistenziali:

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Intensive (SRTRi)
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Estensive (SRTRe)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad elevata intensità assistenziale (SRSR 24h)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale (SRSR 12h).
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale (SRSR a fasce orarie).

VISTE le tariffe definite dal DCA 101 del 2010 per le sole

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Intensive (SRTRi)
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Estensive (SRTRe)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad elevata intensità assistenziale (SRSR 24h)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale (SRSR 12h).

VISTO il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 che prevede, tra i suoi obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica proponendo specifiche azioni mirate a differenziarne l'offerta per

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità;

VISTO il DCA n.287 del 16 settembre 2014 con il quale è stato recepito l'Accordo 2013 n.4/CU del 24 gennaio 2013 approvato dalla Conferenza Unificata "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*";

TENUTO CONTO dei Piani Operativi 2013-2015 adottati con DCA 5 luglio 2013 n.14 "Adozione della proposta di Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;

CONSIDERATO il Documento sulle strutture residenziali psichiatriche sancito dalla Conferenza Unificata con l'Accordo del 17 ottobre 2013 (Rep. Atti n.116/CU), che distingue le strutture residenziali psichiatriche sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo sia per il livello di intensità assistenziale offerto;

VISTO, in particolare, quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito alle tipologie di strutture residenziali psichiatriche:

"...distinte 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 particolare, in base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, sono individuate 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 sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3)";*

VISTO il DCA n.310 del 3 ottobre 2014 con il quale è stato recepito l'Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "*Le strutture residenziali psichiatriche*" -

VISTA, la corrispondenza delle tipologie assistenziali previste dal DCA 3 febbraio 2011 n.8 a quelle dell'accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 recepito dal DCA n.310 del 3 ottobre 2014, come riportato nella seguente tabella:

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "Le strutture residenziali psichiatriche" recepito con DCA n.310 del 3 ottobre 2014		DCA 3 febbraio 2011 n.8 (paragrafo 4.3 Strutture Residenziali Psichiatriche - DCA 101/2010)	
Tipologie	Sottotipologie	Tipologie	Sottotipologie
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).		SRTR int.	STIPIT
			SRTR int.
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)		SRTR est	
Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi (SRP3)	SRP3.1 con personale nelle 24 h	SRSR	SRSR24h
	SRP3.2 con personale nelle 12 h		SRSR12h
	SRP3.3 con personale per Fasce orarie		SRSR fasce orarie

CONSTATATO che le strutture residenziali psichiatriche attualmente accreditate dalla Regione sono strutture assimilabili a quelle classificate nel predetto accordo come SRP1, SRP2, SRP.3.1, con personale nelle 24 ore giornaliere, SRP.3.2, con personale nelle 12 ore giornaliere, e SRP. 3.3., con personale per fasce orarie;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2001 che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali che individua i trattamenti residenziali terapeutico – riabilitativi intensivi ed estensivi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed i trattamenti residenziali socio – riabilitativi a carico del Servizio Sanitario Nazionale per una quota pari al 40% della tariffa giornaliera;

VISTO l'art.8 (Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni) dell'Intesa (Rep. n.82/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 impone, tra l'altro che *"la pur necessaria revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo. Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione la condizione "economica" del nucleo familiare."*

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
 (deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATA l'elevata intensità riabilitativa dei programmi attuati e il livello di intensità assistenziale presente nelle Strutture Residenziali Socio-Riabilitative S.R.S.R. (24 ore/24- SRP3), che si evince dalla comparazione dei requisiti organizzativi di dette strutture con quelle residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRTR est/SRP2) stabiliti dal citato DCA n.8 del 2011;

DCA 8/2011: requisiti organizzativi	
SRTR EST	SRSR 24H
Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl):	Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.
1 Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto	1 Medici psichiatri (responsabili) a prescindere dal numero di posti letto
2 Medici psichiatri / Psicologi ogni 20 posti letto	1 Medici psichiatri / Psicologi ogni 20 posti letto
2 Infermieri ogni <u>20</u> posti letto	1 Infermieri ogni <u>20</u> posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.)
5 Terapisti / Educatori professionali ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia	5 Terapisti / Educatori professionali ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia
6 Operatori socio-sanitari ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)	5 Operatori socio-sanitari ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
0,3 Assistenti sociali ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)	0,3 Assistenti sociali ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)
Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.	Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.
Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.	
Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.	Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.
Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione	Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.	Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.
---	---

RITENUTA quindi l'opportunità, solo per la durata di 12 mesi, per i motivi esposti relativamente alle Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad elevata intensità assistenziale (S.R.S.R 24 ore/24) di stabilire la quota a carico della Sanità pari al 60% della retta e la quota a carico dell'utente/comune pari al 40% della retta;

VISTE le tariffe stabilite dal Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09 dicembre 2010 per le prestazioni rese dalle Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad alta e media intensità assistenziale: a) SRSR24h: 108€; b) SRSR 12h: 81€.

CONSIDERATO che la tariffa per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale (SRSR a fasce orarie), attualmente è definita soltanto in base ad accordi / convenzioni tra ASL e strutture accreditate presenti sul territorio e in tutte le ASL la tariffa ammonta ad € 81;

CONSIDERATO che tali rette sono attualmente oggetto di ridefinizione e che quindi saranno prossimamente rideterminate e, con successivo Decreto del Presidente ad Acta sarà indicata la quota sanitaria e la quota di compartecipazione;

RITENUTO pertanto, così come indicato nel DPCM 29 novembre 2001, di dover fissare la quota sanitaria corrispondente al 40% della retta e la quota di compartecipazione corrispondente al 60% delle tariffe succitate, per le sole strutture che erogano prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria, come di seguito indicato:

Regime residenziale – tariffa età adulta				
Cure residenziali per persone con disturbi mentali	Impegno riabilitativo/assistenziale	Tariffa giornaliera Decreto 101	Quota sanitaria (60%)	Quota sociale (Utente/Comune) (40%)
	SRSR h24	108 €	64,8+ IVA	43,2+ IVA

Regime residenziale – tariffa età adulta				
Cure residenziali per persone con disturbi mentali	Impegno riabilitativo/assistenziale	Tariffa giornaliera Decreto 101	Quota sanitaria (40%)	Quota sociale (Utente/Comune) (60%)
	SRSR h12	81 €	32,4+ IVA	48,6+ IVA
	SRSR fasce orarie	81€	32,4+ IVA	48,6 + IVA

CONSIDERATO che quindi ad oggi risulta sul territorio regionale il sotto indicato numero di posti residenziali, divisi per tipologie assistenziali con le relative rette ed indicate la quota sanitaria e la quota di compartecipazione:

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Private Accreditate	N.Posti Letto	Tariffa giornaliera	60% sanitario	40% Compartecipazione utente/sociale	Tot. Spesa sanitaria (N.P.L x quota x365 g)	Tot. Compartecipazione (N.PL x quotax 365 gg)
SRSR h24	518	108	64,80	43,20	12.251.736,00	8.167.824,00
Private Accreditate	N.Posti Letto	Tariffa giornaliera	40% sanitario	60% Compartecipazione utente/sociale	Tot. Spesa sanitaria (N.P.L x quota x365 g)	Tot. Compartecipazione (N.PL x quota x 365 gg)
SRSR h12	83	81	32,4	48,6	981.558,00	1.472.337,00
SRSR fasce orarie	21	81	32,4	48,6	248.346,00	372.519,00
Totale					13.481.640,00	10.012.680,00

Gestione diretta						
Private Accreditate	N.Posti Letto	Tariffa giornaliera	60% sanitario	40% Compartecipazione utente/sociale	Tot. Spesa sanitaria (N.P.L x quota x365 g)	Tot. Compartecipazione (N.PL x quotax 365 gg)
SRSR h24	95	108	64,8	43,2	2.246.940,00	1.497.960,00
Gestione diretta						
Private Accreditate	N.Posti Letto	Tariffa giornaliera	40% sanitario	60% Compartecipazione utente/sociale	Tot. Spesa sanitaria (N.P.L x quota x365 g)	Tot. Compartecipazione (N.PL x quotax 365 gg)
SRSR h12	29	81	32,4	48,6	342.954,00	514.431,00
SRSR fasce orarie	78	81	32,4	48,6	922.428,00	1.383.642,00
Totale					3.512.322,00	3.396.033,00

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- di stabilire, la quota sanitaria corrispondente al 40% e la quota di compartecipazione corrispondente al 60% della retta al momento in vigore per le strutture SRSR h12 e SRSR a fasce orarie;
- di stabilire, la quota sanitaria corrispondente al 60% e la quota di compartecipazione al 40% della retta al momento in vigore per le SRSR h24 per un periodo di tempo pari a 12 mesi;
- di stabilire la quota di compartecipazione a carico dell'utente o del Comune di residenza, per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento in regime residenziale attengono alle sottoindicate tipologie di strutture:

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Regime residenziale – tariffa età adulta				
Cure residenziali per persone con disturbi mentali	Impegno riabilitativo/assistenziale	Tariffa giornaliera Decreto 101	Quota sanitaria (60%)	Quota sociale (Utente/Comune) (40 %)
	SRSR h24	108 €	64,8+ IVA	43,2+ IVA
Regime residenziale – tariffa età adulta				
Cure residenziali per persone con disturbi mentali	Impegno riabilitativo/assistenziale	Tariffa giornaliera Decreto 101	Quota sanitaria (40%)	Quota sociale (Utente/Comune) (60 %)
	SRSR h12	81 €	32,4+ IVA	48,6+ IVA
	SRSR fasce orarie	81€	32,4 +IVA	48,6+ IVA

- di indicare che le presenti disposizioni entreranno in vigore a far data dal 1° gennaio 2016;
- di inviare il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali per gli adempimenti di competenza.

Con successivo Decreto del Commissario ad Acta verrà rideterminata la retta relativa alle SRSR a fasce orarie;

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso giurisdizionale al TAR entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso amministrativo straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla notifica, comunicazione o pubblicazione dello stesso.

NICOLA ZINGARETTI

