

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1673 del 12 novembre 2018

**Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:
--------------------------

Con il presente provvedimento, nel recepire il parere espresso dalla Quinta Commissione Consiliare nella seduta n. 101 del 5 giugno 2018, si definisce la programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.
---

L'Assessore Luca Coletto di concerto con l'Assessore Manuela Lanzarin 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 normativo 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 Ara 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-consulativa regionale per la salute mentale, istituita con DGR 1631 del 21 ottobre 2016.

Con DGR n. 59/CR del 28 maggio 2018 è stata trasmessa alla Quinta Commissione consiliare, per l'acquisizione del parere previsto dall'art. 9, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, della L.R. n. 23/2012 e s.m.i. la proposta di riorganizzazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta n. 101 del 5 giugno 2018 ha esaminato la DGR n. 59/CR/2018 (Pagr n. 320) ed ha espresso parere favorevole a maggioranza subordinatamente alle seguenti modifiche:

1. a pag. 10/16, penultimo capoverso, dopo le parole "*le Aziende Ulss*" aggiungere le parole "*sentiti i Comitati dei Sindaci*";
2. a pag. 16/16 punto 20 dopo le parole "*scadenze degli accreditamenti in essere*" aggiungere le parole "*il piano di adeguamento dell'offerta dovrà contemperare l'adeguamento tariffario di cui al punto 14*";
3. a pag. 16/16 aggiungere un ulteriore punto del dispositivo: "*...) La Commissione tecnico consulativa per la salute mentale istituita con DGR n. 1631 del 21 ottobre 2016 redige annualmente una relazione di monitoraggio da presentare alla competente Commissione consiliare*".

Con il presente atto, si recepiscono le modifiche espresse dalla Quinta Commissione Consiliare di cui al punto 1 e punto 3. Per quanto riguarda il punto 3, si precisa che la Commissione tecnico consultiva per la salute mentale sarà coadiuvata nella redazione annuale dal Servizio Epidemiologico Regionale e Registri di Azienda Zero.

Si ritiene di non recepire la modifica espressa dalla Quinta Commissione consiliare di cui al punto 2, in quanto la stessa potrebbe generare disequilibri regionali di carattere finanziario.

Altresì il presente provvedimento tiene conto sia della richiesta presentata da Confcooperative Veneto Federsolidarietà e Legacoop Veneto nel corso della Commissione tecnico consultiva per la salute mentale riunitasi il giorno 24 settembre 2018, accolta favorevolmente, in ordine all'aumento del costo del personale derivante dalla prossima approvazione del CCNL delle cooperative Sociali e dalla contrattazione regionale sia delle proposte del Collegio dei clinici e professori universitari di psichiatria della Regione Veneto. A seguito delle osservazioni del Collegio, presentate nel corso dell'incontro tenutosi il 24 settembre 2018, la nuova unità di offerta denominata "Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica RSSP" è stata rivisitata sia per quanto riguarda la capienza massima, limitata a 20 p.l., che per la dotazione dell'organico, rivolta a soddisfare le necessità socio-riabilitative, oltre che assistenziali, nel rispetto del principio della territorialità ed in armonia con lo spirito della delibera stessa.

Si procede, pertanto, alla riorganizzazione della rete extra ospedaliera residenziale per la salute mentale, al fine sia rendere il sistema coerente ai mutati bisogni socio-epidemiologici, sia di innovare l'attuale modello organizzativo sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, garantendo una equa distribuzione delle risorse sul territorio veneto.

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 rationale 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 fornito dai 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 della salute mentale.

L'integrazione e lo stretto raccordo, possibili solo in una organizzazione dipartimentale, fra le diverse unità di offerta 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 e socio-sanitari.

I parametri di riferimento da considerarsi per l'inserimento dell'utenza nel sistema di offerta residenziale sono il livello di intensità di cure richiesto e la congruità con i bisogni assistenziali individuati all'interno del Piano Terapeutico Individuale, e non solo la diagnosi in senso stretto. A tale scopo si evidenzia la necessità di definire diagnosticamente il bisogno riabilitativo a corollario della diagnosi clinica.

Appare utile, a tal fine, sottolineare alcuni concetti relativi all'utenza a cui sono rivolti i trattamenti residenziali.

Innanzitutto, vanno considerati i quadri psicopatologici 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 socio-riabilitativi 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 e, in ultima analisi, ridurre i costi assistenziali globali sia personali che collettivi di impatto sul sistema.

Una quota parte dei pazienti in carico ai DSM è lungoassistita e presenta prioritari bisogni di carattere assistenziale. La complessità e la comorbilità del paziente cronico sono tali per cui le risposte, anche residenziali e di carattere estensivo, devono essere articolate secondo una visione più ampia con il coinvolgimento e l'integrazione dei servizi del distretto competenti

In tale ottica, è stato costituito un Gruppo di lavoro regionale per la definizione di requisiti, criteri, fabbisogno posti letto e costi per attivare una nuova tipologia di UDO residenziale in grado di accogliere pazienti psichiatrici con grave compromissione del funzionamento personale e sociale.

Inoltre, vanno considerate le aree dei bisogni emergenti e complessi 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.

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.

Nel PANSM, al fine di stabilire l'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani 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.

Sono inoltre 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 previsto dal PANSM è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: a) il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; b) 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 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (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, da abuso di sostanze psicotrope anche 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, 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 1p.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>	<i>Totale p.l</i>	<i>Di cui p.l. a gestione diretta</i>	<i>Di cui p.l. a gestione indiretta (privati accreditati)</i>
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
<b>Totale p.l.</b>	<b>1859</b>	<b>669</b>	<b>1190</b>

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 di seguito descritto.

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 di 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, attraverso la sua integrazione con il 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 di p.l. 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.

La programmazione del sistema di offerta residenziale terapeutico e socio-riabilitativo della salute mentale deve far riferimento a quanto previsto dai LEA secondo il DPCM 12 Gennaio 2017. In base a quanto ivi previsto la compartecipazione della quota sanitaria delle strutture socio-sanitarie (CA base ed estensiva e GAP per quanto concerne la Regione del Veneto) è fissata al 40%, mentre la compartecipazione sociale al 60%.

Tenuto conto delle numerose osservazioni e criticità rilevate dai diversi portatori di interesse, la Giunta Regionale ritiene di adottare per l'anno 2018 una diversa ripartizione delle quote, specificatamente la quota sanitaria al 60% e la compartecipazione sociale al 40%.

Si precisa che eventuali provvedimenti per gli anni successivi difformi da quanto previsto dai LEA secondo il DPCM 12 Gennaio 2017 dovranno essere definiti con la legge finanziaria regionale.

La successiva Tabella 2 evidenzia il sistema tariffario rivisto alla luce delle elaborazioni del gruppo di lavoro - descritte nel dettaglio nell'Allegato E - in vigore dall'anno 2019.

Le tariffe massime di riferimento sono comprensive dell'aumento del costo del personale derivante dalla prossima approvazione del CCNL delle cooperative Sociali e dalla contrattazione regionale come da richiesta presentata da Confcooperative Veneto Federsolidarietà e Legacoop Veneto nel corso della Commissione tecnico consultiva per la salute mentale riunitasi il giorno 24 settembre 2018, accolta favorevolmente.

Tabella 2

Tipologia struttura	Tariffa massima di riferimento/die (euro)
CTRP tipo A - SRP 1	184,00
CTRP tipo B - SRP 2	143,00
Comunità alloggio estensiva - SRP 3.1	113,00
Comunità alloggio base - SRP 3.2	90,00
Gruppo appartamento protetto - SRP 3.3	45,00

Si precisa che le CTRP tipo A e B sono a totale carico sanitario.

La Tabella 3 rappresenta la programmazione prevista per le strutture residenziali terapeutico-riabilitative del sistema di offerta della salute mentale. Le quote di compartecipazione sociale per le strutture socio-sanitarie (CA estensiva, CA base, GAP) saranno definite annualmente con legge regionale.

Tabella 3

<i>UDO</i>	<i>Totale p.l.</i>	<i>di cui a gestione diretta</i>	<i>Di cui a gestione indiretta (privati accreditati)</i>	<i>Formula di calcolo del costo massimo per inserimenti in strutture private accreditate</i>	<i>Quota sanitaria</i>	<i>Costo totale massimo per UDO</i>
CTRP tipo A	409	153	256	256 p.l. x 365 gg x	184 euro	17.192.960,00
CTRP tipo B	410	162	248	248 p.l. x 365 gg. x	143 euro	12.944.360,00
CA estensiva	614	191	423	423 p.l. x 365 gg. x	68 euro	10.498.860,00
CA base	340	82	258	258 p.l. x 365 gg. x	54 euro	5.085.180,00
GAP	275	81	194	194 p.l. x 365 gg. x	27 euro	1.911.870,00
Totale	2048	669	1379			47.633.230,00
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						59.383.230,00

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 alla 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 59.383.230,00.

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 parametrate 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 60 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 loro collocazione in 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, sentiti i Comuni dei Sindaci, 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 3 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 della struttura, 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 previsto 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 considerazione delle valutazioni emerse nei 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 dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) è stabilita in 48 mesi estendibili fino a 72 mesi con rivalutazione annuali in UVMD, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.

- 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 rivalutazione annuali in UVMD con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- GAP - SRP 3.3 - La durata del progetto è definita dai Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) con rivalutazione annuali in UVMD.

Si prevede altresì la possibilità per un numero limitato di percorsi (10%) di derogare alla permanenza massima in struttura (CTRP tipo A, CTRP tipo B, CA modulo estensivo, CA modulo base) per non oltre un terzo di quanto sopra indicato.

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 particolare, 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 residenziali 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 nelle strutture terapeutico e socio-riabilitative utilizzando almeno quanto previsto nell'**Allegato B**.

Relativamente ai pazienti psichiatrici con grave residua compromissione del funzionamento personale e sociale e con elevato fabbisogno assistenziale, si ritiene opportuno istituire una nuova UDO denominata "Residenza Socio-Sanitario Psichiatrica" (RSSP).

Al fine di individuare l'attuale fabbisogno, è stata promossa una rilevazione a cura delle aziende Ulss dei soggetti per i quali i Dipartimenti di Salute Mentale sostengono i costi di inserimento in strutture residenziali diverse dalle UDO salute mentale, di età superiore o uguale a 45aa., con bisogno prevalente assistenziale e con precedenti trattamenti riabilitativi in strutture residenziali salute mentale e non, con almeno 10 anni complessivi in carico, anche economico, al DSM.

Per quanto concerne la programmazione, è stato tenuto conto dei seguenti parametri:

- attuale fabbisogno, definito come sopra specificato;
- margini di stabilizzazione del fenomeno;
- equa distribuzione delle risorse;
- adeguata dislocazione logistica delle strutture.

Si prevede di istituire una "Residenza Socio-Sanitario Psichiatrica" (RSSP) nelle Aziende Ulss n. 1-3-4-5 e due nei territori delle Aziende Ulss 2-6-7-8-9 per complessivi 280 p.l. allo scopo di garantire sia una risposta adeguata alla necessità cogente sia una risposta prospettica strutturata alle necessità lungoassistenziali.

Nell'**Allegato C** sono specificati i criteri di inclusione ed esclusione, i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, la dotazione di personale previsto, il fabbisogno regionale individuato, a seguito del lavoro svolto dal Gruppo regionale all'uopo costituito.

## Percorsi di residenzialità leggera: "Abitare supportato"

Relativamente alla necessità di implementare i percorsi di residenzialità leggera, come precedentemente espresso, per 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 D**. Di fatto, la domiciliarità 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 delle UDO terapeutico e socio-riabilitative

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 partecipazione 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 esclusa se dovuta) per le diverse UDO. La metodologia utilizzata dal gruppo di lavoro per dettagliare quanto sopra è riportata nell'**Allegato E**. Si precisa che il costo del personale è comprensivo dell'aumento del costo del personale derivante dalla prossima approvazione del CCNL delle cooperative Sociali e dalla contrattazione regionale come da richiesta presentata da Confcooperative Veneto Federsolidarietà e Legacoop Veneto nel corso della Commissione tecnico consultiva per la salute mentale riunitasi il giorno 24 settembre 2018, accolta favorevolmente.

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 ed operativo da consolidare ed incentivare. La gestione ottimale della filiera riabilitativa è quella che valorizza un rapporto pubblico-privato, adeguatamente regolamentato, in cui è centrale sia il ruolo dei Dipartimenti di Salute mentale nella presa in carico (case-management) sia la precisa specificità professionale nonché assunzione di 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** UDO per l'area salute mentale per pazienti con elevato bisogno assistenziale: Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP);
- **Allegato D** Percorsi di residenzialità leggera;
- **Allegato E** Metodologia elaborazione costi medi e sistema di controllo dei tempi massimi di permanenza.

Eventuali integrazioni e/o revisioni di quanto previsto nel presente provvedimento 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 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 il DPCM 12 Gennaio 2017;

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;

Vista la DGR 59/CR del 28 maggio 2018;

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

Visto il parere della Quinta Commissione consiliare rilasciato nella seduta n. 101 del 5 giugno 2018 (Pagr n. 320);

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 3;
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 considerazione delle valutazioni emerse nei 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 dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) è stabilita in 48 mesi estendibili fino a 72 mesi con rivalutazione annuali in UVMD, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- 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 rivalutazione annuali in UVMD 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) con rivalutazione annuali in UVMD.

7. di prevede altresì la possibilità per un numero limitato di percorsi (10%) di derogare alla permanenza massima in struttura (CTRP tipo A, CTRP tipo B, CA modulo estensivo, CA modulo base) per non oltre un terzo di quanto sopra indicato.

8. 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;

9. 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**;

10. di istituire una nuova UDO per l'area salute mentale per pazienti con elevato bisogno assistenziale denominata Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP), con tariffa unica onnicomprensiva di 100,00 €/die, e quota sanitaria di 70,00 €/die;

11. di approvare **l'Allegato C** nel quale sono specificati i criteri di inclusione ed esclusione, i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, la dotazione di personale previsto, la programmazione regionale per la nuova UDO di cui al punto precedente;

12. di rinviare a successivo provvedimento dirigenziale la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato alla definizione di uno strumento di valutazione multidimensionale specifico ed adeguato per inserimento e il monitoraggio degli esiti in detta UDO;

13. di approvare **l'Allegato D** "residenzialità leggera: abitare supportato" che ne descrive le caratteristiche;

14. 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;

15. di stabilire per l'anno 2018 la seguente ripartizione della quote: 60% quota sanitaria e 40% compartecipazione sociale;

16. di stabilire per l'anno 2019 le seguenti tariffe massime di riferimento/die:

Tipologia struttura	Tariffa massima di riferimento/die (euro)
CTRP tipo A - SRP 1	184,00
CTRP tipo B - SRP 2	143,00
Comunità alloggio estensiva - SRP 3.1	113,00
Comunità alloggio base - SRP 3.2	90,00
Gruppo appartamento protetto - SRP 3.3	45,00

17. di stabilire che eventuali provvedimenti per gli anni successivi al 2018 difformi da quanto previsto dai LEA secondo il DPCM 12 Gennaio 2017 dovranno essere definiti con la legge finanziaria regionale;

18. 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;
19. di approvare l'**Allegato E** 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;
  20. di stabilire che la decorrenza del computo della permanenza degli utenti nelle diverse unità di offerta va effettuato a far data dall'entrata in vigore del presente provvedimento;
  21. 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 della struttura, 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;
  22. 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 60 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;
  23. 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;
  24. di stabilire che la Commissione tecnico consultiva per la salute mentale istituita con DGR n. 1631 del 21 ottobre 2016 redige annualmente, coadiuvata dal Servizio Epidemiologico Regionale e Registri di Azienda Zero, una relazione di monitoraggio da presentare alla competente Commissione consiliare;
  25. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
  26. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.