

one 10,11
17/10/2017



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL PIEMONTE

Consiglio Regionale del Piemonte

PRI



A00038120/A0300C-01 18/10/17 CR

CL.02-18-02/1213/2017IX

Al Presidente del
Consiglio regionale
del Piemonte

17:49 17 OTT 2017
AM1000 3659

ORDINE DEL GIORNO N. 1209

ai sensi dell'articolo 18, comma 4, dello Statuto e
dell'articolo 103 del Regolamento interno,

trattazione in Aula

trattazione in Commissione

x



OGGETTO: Linee di indirizzo sull'applicazione della DGR 19 Settembre 2016, n. 29-3944, "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i."

Il Consiglio regionale,

premessato che

- l'assenza di criteri certi, oggettivi e pienamente trasparenti per l'esercizio e per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche in Piemonte è all'origine dell'approvazione, da parte della Giunta regionale, della DGR 19 Settembre 2016, n. 29-3944, "Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 - 1517/2015 e s.m.i.";
- tale misura, che adotta il modello organizzativo AGENAS GISM, pone tra i propri obiettivi qualificanti l'appropriatezza delle cure, l'omogenizzazione dei servizi sull'intero territorio regionale e la razionalizzazione dei costi a carico del sistema sanitario;
- rilevando numerose criticità, nel settembre 2016 la IV Commissione Consiliare, previo confronto con enti locali, operatori del settore, associazioni e terzo settore, anche alla luce della mozione n. 604 approvata all'unanimità dal Consiglio Regionale il 23 dicembre 2015, ha condizionato il proprio parere favorevole alla

proposta di integrazione della delibera originaria in oggetto, chiedendo l'avvio di un percorso di monitoraggio sull'attuazione della misura che ne affrontasse le possibili conseguenze negative in termini di qualità delle cure e di garanzia universale del diritto alla salute;

considerato che

- la cura e il benessere della persona malata hanno sempre doverosa centralità;
- la criticità fondamentale rilevata dalla IV Commissione consiliare concerneva la nuova classificazione delle strutture residenziali in tre tipologie, di cui soltanto due (le SRP1 e le SRP2 nei loro due livelli) hanno piena valenza sanitaria, mentre la maggior parte degli attuali gruppi appartamento che ospitano malati cronicizzati vengono fatti rientrare nell'ambito socio assistenziale (le SRP3), con compartecipazione della spesa da parte delle famiglie (ed eventualmente degli enti locali) e con interventi terapeutici eseguiti non da personale interno alle strutture, ma rimessi al Centro di Salute Mentale del territorio di riferimento;
- la medesima Commissione ha inoltre posto l'accento sulle notevoli differenze territoriali nello sviluppo di progetti residenziali. Alla luce di tale circostanza, i tempi e le modalità di accreditamento fissati dalla DGR 29-3944 per standardizzare e uniformare i servizi, se da un lato possono certo favorire il potenziamento della residenzialità nei territori in cui essa non si è finora sviluppata, rischia di depotenziare o danneggiare gravemente quelli in cui è una pratica diffusa e d'avanguardia;
- sotto il profilo occupazionale, la nuova DGR 29-3944 non affronta in modo definitivo il tema della modifica dei criteri relativi al possesso dei titoli di studio per consentire il mantenimento in servizio degli operatori attualmente impiegati;
- in termini generali, a tutt'oggi manca in Piemonte un piano complessivo della salute mentale e della domiciliarità che fornisca la cornice culturale e programmatica alla delibera di revisione della residenzialità psichiatrica;

constatato che

- il parere favorevole della IV Commissione consiliare alla DGR 29-3944 è stato vincolato alle seguenti condizioni:
 - definizione, concertata con l'ANCI, dei criteri ISEE da applicare all'area della salute mentale, tenendo conto della particolare fragilità dei nuclei familiari dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale;
 - in merito agli aspetti riguardanti la compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti delle strutture SRP3 (residenzialità psichiatrica afferente all'ambito socio assistenziale), impegno a rivedere le percentuali di

compartecipazione tra il Fondo Sanitario e il cittadino, in modo da ridurre l'impatto economico sulle famiglie degli assistiti, e sviluppo di un'azione politica rivolta al governo centrale per modificare l'attuale definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di ricomprendere anche le strutture socio riabilitative tra le prestazioni a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale;

- monitoraggio dei servizi da attuare a livello territoriale attraverso il coinvolgimento degli Enti gestori nella progettazione dei percorsi di risocializzazione dei pazienti; al contempo, entro 90 giorni dall'approvazione della delibera, istituzione di un tavolo regionale volto a verificare nel tempo lo stato di applicazione della delibera stessa rispetto alla salute dei pazienti, al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica;
- in relazione all'evoluzione del quadro normativo nazionale, valutare l'introduzione nella normativa regionale di nuove disposizioni sui criteri relativi al possesso dei titoli di studio per consentire il mantenimento in servizio degli operatori attualmente impiegati;
- sul piano politico generale, il più rapido avvio del tavolo di confronto sulla salute mentale, in modo da arrivare ad un riordino del sistema delle cure psichiatriche, nella direzione della domiciliarità, accanto alla revisione dei servizi territoriali residenziali. Parallelamente, avvio di un percorso politico di revisione e rafforzamento della governance dei servizi sociosanitari, miranti all'effettiva integrazione dei soggetti territoriali attuatori e ad un'azione a tutto campo sulle politiche della salute;

sottolineato che

- la Regione Piemonte può rivendicare con orgoglio numerose esperienze di cura dei pazienti psichiatrici che hanno dato piena attuazione alla legge 180/1978 (nota come "Legge Basaglia"), ben più avanzate rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza e al rigido riparto delle residenze in tre tipologie;
- va respinta sul piano culturale qualsiasi equazione semplicistica e infondata tra patologia psichiatrica e cronicità, men che meno, in caso di stabilizzazione cronica, va immaginato che l'inguaribilità coincida con la non curabilità; al contrario va assunto un concetto più evoluto di "cura" e di "assistenza", da intendersi come complesso di azioni e interventi volti ad "abilitare" le persone al massimo livello possibile;

- il valore terapeutico delle diverse forme residenziali si fonda principalmente sull'unitarietà del progetto di cura individuale, attraverso la multidisciplinarietà dell'approccio e la conseguente compresenza di diverse figure professionali dell'ambito sanitario e sociale;
- il Tar del Piemonte, pronunciandosi a settembre 2017 in favore della legittimità della DGR 29-3944, ha non solo evidenziato come il parere della IV Commissione consiliare sia positivamente intervenuto su alcuni "aspetti qualificanti" della versione originaria della delibera, ma ha anche auspicato l'adozione di atti conseguenti;
- sempre il Tar chiosa rilevando la prospettata "apertura del percorso applicativo della riforma a possibili modifiche *in itinere*, anche per ciò che concerne gli incombenti imposti alle strutture private, il che lascia intendere come la Regione abbia scelto [...] di affidare ad una fase di sperimentazione iniziale la valutazione di eventuali effettive criticità meritevoli di intervento correttivo", col rischio però che detto correttivo e detta sperimentazione possano essere, nei fatti, frustrati dall'attuale modulazione della "fase transitoria";
- la DGR 29-3944, così come integrata e rettificata dalla successiva DGR 14-4590 del 23/01/2017, prevede una "fase transitoria" della durata di tre anni, entro cui dovrà concludersi il percorso di ricollocazione dei pazienti, per condurre verso le nuove forme di residenzialità "senza incidere sulla assistenza erogata";
- è previsto che entro 3 mesi dall'emanazione del provvedimento (*rectius*, dal giorno 8/09/2017, data di pubblicazione della sentenza del Tribunale Amministrativo, che, nelle more del giudizio di merito, aveva sospeso l'efficacia della delibera, salvo poi respingere i ricorsi), le strutture, previa assicurazione della continuità assistenziale dei pazienti inseriti e di nuovi ingressi, debbano presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento e che, una volta presentata l'istanza, abbiano 4 mesi di tempo per adeguarsi ai nuovi requisiti definiti per ciascuna tipologia di struttura, salvo verifica da parte dell'ASL nei 90 giorni successivi (e dunque entro 210 giorni dall'istanza di autorizzazione);
- nonostante la rettifica dei termini già intervenuta nel gennaio scorso, è ancora formalmente previsto che, all'istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, il legale rappresentante della struttura, sotto la propria responsabilità, compri la "sussistenza" dei requisiti richiesti dalla delibera, nonostante siano previsti 4 mesi ulteriori per l'adeguamento, precisandosi ulteriormente che "il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio, a dimostrare il possesso di tutti i

requisiti previsti per l'esercizio della struttura", mentre lo standard di personale è assicurato "in relazione alla progressiva presa in carico di utenti";

- il termine di 4 mesi per l'adeguamento a tutti gli standard è molto stringente e rischia, soprattutto, di non permettere alle strutture di recepire eventuali modifiche o integrazioni, frutto del monitoraggio dei servizi erogati ad oggi e dei "risvolti occupazionali", da parte dell'apposito Tavolo istituito nel dicembre scorso e che deve ancora avviare i suoi lavori;
- dal marzo scorso la Regione Piemonte è ufficialmente uscita dal piano di rientro sanitario, riacquisendo piena autonomia in materia;

IMPEGNA

la Giunta Regionale del Piemonte

richiamate per intero le premesse quali parte integrante e sostanziale del dispositivo

- a precisare che l'istanza iniziale di autorizzazione e accreditamento delle strutture è mero atto di avvio del procedimento, non comporta l'attestazione della sussistenza dei requisiti, anzi è volto ad avviare il percorso di progressivo adeguamento ai nuovi standard;
- a prevedere una dilazione dei termini di adeguamento, in caso di specifiche necessità e a fronte di un preciso piano che richieda tempi superiori ai 4 mesi ordinariamente riconosciuti;
- a integrare il percorso previsto per l'accredimento delle strutture residenziali psichiatriche con una verifica periodica della coerenza tra le istanze presentate e le necessità segnalate dalle Aziende Sanitarie, identificando, in tal modo, le "buone pratiche" sviluppate negli anni, da valorizzare e diffondere, con l'ammissione di eventuali specifiche esigenze di adeguamento alle regole generali;
- ad avviare, a tal fine, un monitoraggio condiviso dell'attuazione complessiva della delibera, attraverso l'apposito Tavolo regionale, con particolare riguardo alla verifica periodica della congruità delle tariffe;
- ad avviare tempestivamente la concertazione con ANCI Piemonte al fine di adottare, per l'accesso ad alcune tipologie di struttura residenziale, uno strumento capace di rendere omogenea l'applicazione dell'ISEE, tale da contenere i costi per i pazienti e le loro famiglie e, al contempo, garantire la stabilizzazione di specifiche risorse regionali a favore di Comuni ed Enti Gestori, al di là del primo triennio di applicazione della delibera;
- a provvedere tempestivamente all'adozione di un piano regionale complessivo sulla domiciliarità e, più in generale, sulla salute mentale, per costruire una vera rete di servizi integrati;

- ad accelerare la determinazione dei fabbisogni reali in materia di salute mentale, ottenuti dall'attenta valutazione dei pazienti, per consentire alle strutture di adeguarsi, investendo economicamente sui reali bisogni espressi dai Dipartimenti di Salute Mentale, anche ai fini della definizione della pratica di autorizzazione e accreditamento;
- a definire, nel più breve tempo possibile, il budget per la salute mentale da destinare a ciascuna azienda sanitaria, garantendo nella prima fase di applicazione della delibera il mantenimento della spesa storica riconosciuta alla residenzialità da commisurare ai bisogni dei pazienti, ammettendo, a titolo sperimentale, l'adozione di percorsi di cura sostenuti attraverso "budget di salute" personalizzati;
- a valutare, di conseguenza, l'integrazione della tariffa giornaliera, fissata in delibera per ciascuna tipologia di struttura sulla base dei livelli essenziali, con un extra budget, predeterminato nel tetto massimo, per arricchire, in tutte le tipologie residenziali, anche a titolo sperimentale, interventi terapeutici e di cura complessa, comunque a carico dalla sanità pubblica, che comportino l'attività di equipe multiprofessionali;
- a chiarire che, in relazione ai fabbisogni assistenziali degli utenti, gli operatori rientranti nelle tipologie dettagliate dal numero 5 al numero 8, sezione 1.9 dell'Allegato B alla DGR 29-3944 (operatori con titoli del pregresso ordinamento, operatori con titolo di psicologo, operatori con attestati di qualifica o titoli professionali di educatore rilasciati dal sistema della formazione professionale regionale, operatori con laurea in pedagogia/scienze della formazione, scienze dell'educazione), al fine di garantire la continuità assistenziale, possano contribuire "anche integralmente" al raggiungimento del monte orario previsto nei requisiti gestionali per le strutture SRP1, SRP2 (livello 1 e 2) ed SRP3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), estendendo, in tal modo, il margine di flessibilità già previsto in delibera;
- a specificare che il criterio di cinque posti letto (e relativi multipli) per nucleo residenziale non costituisce in alcun modo un requisito minimo vincolante per l'accreditamento delle strutture residenziali, ma semplice parametro dei requisiti necessari;
- ad adottare tempestivamente le misure necessarie per addivenire ad una sanatoria definitiva dei titoli di studio, che consenta il mantenimento in servizio degli operatori attualmente impiegati nelle strutture residenziali piemontesi, anche oltre la fase sperimentale di prima attuazione.

Torino, 17 ottobre 2017

FIRMATO IN ORIGINALE