



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO N. 193 DEL 29/12/2016

Oggetto: Riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche

PREMESSO:

- che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

- gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;
- i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento*";
- la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO

- l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”*;

VISTO

- gli acta prioritari n. **“v” e “vi”**, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015;

VALUTATA :

- L'istruttoria, agli atti degli Uffici regionali, condotta dalla UOD 05 Interventi socio-sanitari della Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;

PREMESSO :

- a) che la Legge 133/2008 con l'art. 79, nel modificare l'art. 8 sexies – comma 5 – del D. Lgs. 502/92, che ha stabilito che *“Il Ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”*;
- b) che lo stesso decreto Lgs. n. 502/92, come modificato dalla legge n. 133/2008, ha stabilito i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse precisando che importi tariffari fissati dalle singole regioni superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali;

CONSIDERATO:

- che con DGRC n. 7301 del 31/12/2001 sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione; che con DGRC n. 2132 del 20/06/2003 è stato approvato, in applicazione del citato *“Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1998-2000”*, il *“Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania”* il quale ha evidenziato la necessità di dare indirizzi e raccomandazioni omogenee alle AA.SS.LL. campane allo scopo di garantire livelli uniformi di assistenza sanitaria in materia;

CONSIDERATO:

- che con il Decreto del Commissariato ad Acta n. 5 del 10/01/2011 sono state determinate tra l'altro le tariffe per prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per persone affette da patologie psichiatriche – rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 – ed approvazione del documento recante *“Criteri – modalità di accesso e tarif-*

fe per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichiatrico”;

- che con tale decreto sono state individuate le sottoelencate Strutture psichiatriche intermedie:
 - a) Struttura Intermedia Residenziale (SIR) terapeutico-riabilitativa per la fase intensiva ad alta attività assistenziale – al massimo di 20 posti letto residenziali;
 - b) Struttura Intermedia Residenziale (SIR) terapeutico-riabilitativa per la fase estensiva a media attività assistenziale – al massimo di 20 posti letto residenziali;
 - c) Centro Diurno Psichiatrico (CDP) per l'attività a carattere estensivo – al massimo di 20 posti semiresidenziali;

VISTO :

- che il nuovo Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ottimizzare le attività;
- che in attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13 giugno 2013, dal titolo, *Le strutture residenziali psichiatriche*, fornisce nuovi indirizzi omogenei mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni;
- che sulla base di tali indirizzi vengono individuate, per tutto il territorio nazionale, specifiche tipologie di strutture residenziali psichiatriche correlate al livello di intervento terapeutico-riabilitativo, alla compromissione di funzioni e abilità del paziente, nonché al livello di intensità assistenziale;
- che il citato documento delle Regioni precisa che tali tipologie di strutture sono quelle a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura

VISTO :

- che con Decreto commissariale n. 94 del 11/08/2014 è stato recepito l'accordo di riconversione sottoscritto in data 2.7.2014 dalla Regione Campania con le Case di Cura Neuropsichiatriche e si è stabilito che, nell'ambito del processo di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, *“le attività svolte dalle stesse saranno considerate assimilate a quelle delle SIR di natura territoriale e che continueranno ad essere remunerate con le tariffe attualmente applicate alle strutture neuropsichiatriche sino al 28.2.2015, termine entro il quale si dovrà concludere il processo di riconversione e la definizione delle nuove tariffe”;*

VISTO :

- che di fatto nel corso del 2014 e del 2015 il suddetto percorso di riconversione non è stato declinato operativamente e le nuove tariffe non sono mai state definite;

CONSIDERATO

- che nel corso degli anni 2014 e 2015 è stato aggiornato il numero dei posti letto attivi nelle suddette tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali nelle singole ASL e si è modificato conseguentemente anche il fabbisogno relativo;

VISTO

- l'accordo previsto dal DCA 47/2015 in cui si tratta anche della riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche in cui si stabilisce che la remunerazione con le SDO di cui al DCA 32 del 27/3/2013 si prolunga fino alla definizione delle nuove tariffe per le residenze psichiatriche territoriali;

PRESO ATTO

- che si rende necessario, anche a seguito di una serie di confronti sul tema avuti con le Associazioni di categoria, aggiornare la classificazione delle strutture residenziali psichiatriche definita dal decreto commissariale n. 5/2011 sulla base delle innovazioni introdotte dal documento di indirizzo della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome al fine di realizzare una differenziazione e specializzazione delle strutture e dei relativi programmi terapeutici-riabilitativi, nonché provvedere a definire in via definitiva le nuove tariffe relative alle strutture residenziali psichiatriche a diverso livello di intensità di cura;

PRESO ATTO

- che pertanto il piano di riconversione previsto dal DCA 92/2014 deve essere aggiornato alla luce delle considerazioni sopra esposte e alla luce della situazione attuale dell'offerta residenziale e semiresidenziale per pazienti psichiatrici e del relativo fabbisogno non ancora soddisfatto;

DECRETA

per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

- di **APPROVARE** l'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente decreto, avente come oggetto "*Classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche territoriali a diverso livello di intensità di cura e aggiornamento delle relative tariffe giornaliere utili anche per la riconversione delle case di cure neuropsichiatriche*", contenente la nuova classificazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base dei livelli di intensità assistenziale, i requisiti di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche, nonché l'integrazione di alcune tariffe giornaliere residenziali ad alta intensità riabilitativa, confermando per il resto quanto previsto dal DCA 5/2011;
- di **STABILIRE** che tale nuova disciplina si applica a tutte le strutture residenziali psichiatriche già in esercizio, a quelle di nuova istituzione, nonché a quelle derivanti dalla riconversione delle cosiddette case di cura neuropsichiatriche;
- di **STABILIRE** che a partire dal prossimo 1 Marzo 2017 non possono più essere ammessi ricoveri ospedalieri di neuropsichiatria;
- di **INCARICARE** la Direzione per la Tutela della Salute e Coord. SSR di dare corso ai successivi provvedimenti di propria competenza;
- di **TRASMETTERE** il provvedimento alle Aziende Sanitarie campane, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. ed al BURC per la pubblicazione, ai sensi degli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni

Classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche territoriali a diverso livello di intensità di cura e aggiornamento delle relative tariffe giornaliere utili anche per la riconversione delle case di cure psichiatriche

1) PREMESSA

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM) dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'inserimento in una struttura residenziale avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

2) IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) E IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione:

- disturbi schizofrenici,
- disturbi dello spettro psicotico,
- sindromi affettive gravi,
- disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire

sulla base di strumenti di valutazione standardizzati, le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale (sia in termini di assistenza materiale che in termini di grado di autosufficienza);
- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa.

Da tali elementi deve scaturire la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'Equipe multidisciplinare del CSM che ha in carico l'utente anche in collaborazione con la struttura residenziale in funzione dei programmi e delle attività riabilitative offerte dalla stessa.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni:

1. Dati anagrafici, diagnosi clinica, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
2. Motivo dell'invio da parte del CSM;
3. Osservazione delle problematiche relative a:
 - a) area psicopatologica;
 - b) area della cura di sé / ambiente;
 - c) area della competenza relazionale;
 - d) area della gestione economica;
 - e) area delle abilità sociali;
 - f) Obiettivi dell'intervento.
4. Aree di intervento e precisamente descrizione della tipologia e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - a) Terapia farmacologica
 - b) Psicoterapia
 - c) Interventi psicoeducativi

a) interventi abilitativi e riabilitativi

e) Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa

5. Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi,

3) **TIPOLOGIA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE**

Le strutture residenziali psichiatriche campane definite con il decreto commissariale 5/2011 sono classificate 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. Si definisce la seguente classificazione di strutture residenziali:

SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere intensivo da max 20 posti letto residenziali;

SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere estensivo da max 20 posti letto residenziali

CDP - Centri Diurni Psichiatrici. Sono strutture che operano in regime semiresidenziale da max 20 posti letto

Solo ed esclusivamente nel caso delle Case di Cura Neuropsichiatriche soggette al processo di riconversione sarà possibile realizzare strutture con un numero maggiore di posti letto, ma comunque senza superare per ogni modulo funzionalmente e strutturalmente autonomo il numero massimo di 20 posti letto, avendo anche riguardo a mantenere nettamente separati i percorsi di cura nel caso delle strutture che accolgono più discipline.

SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere intensivo

- **Definizione**

Si tratta di strutture al massimo di 20 posti letto residenziali con assistenza sanitaria sulle 24 ore che svolgono funzioni diagnostico-terapeutiche, riabilitative di base e trattamenti psicosociali finalizzati al reingresso nella comunità.

Vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

Sono, inoltre, criteri di eleggibilità le seguenti condizioni:

- patologia psichiatrica maggiore, secondo i sistemi di classificazione diagnostica in uso;
- accettazione volontaria di inserimento residenziale;
- assenza di grave discontrollo degli impulsi;
- assenza di urgente disintossicazione da sostanze;
- non prevalenti patologie organiche (es. demenza, ritardo mentale, sindromi astinenziali, internistiche)

L'accoglienza è finalizzata a:

- approfondimento diagnostico-terapeutico;
- pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale;
- recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base);
- valutazione longitudinale della capacità di autogestione e del mantenimento di stabilità clinica;

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
 - compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
 - problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
 - aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.
- Livelli di intensità assistenziale:

Come stabilito dal nuovo Documento della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome del 13 giugno 2013 le suddette strutture assicurano l'esecuzione di PTRP con diversi livelli di intensità assistenziale e riabilitativa. Pertanto, si prevedono:

a) Programmi ad elevata attività assistenziale e intensiva riabilitativa:

Solo nelle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, è possibile realizzare nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo dei PTRP per gestire eventuali fasi che richiedono:

1. un ulteriore periodo di stabilizzazione del quadro clinico alla dimissione da un ricovero ordinario presso un SPDC entro un periodo non superiore a 60 giorni dalla data di dimissione;
2. la necessità di valutazione della terapia farmacologica e la stabilizzazione della stessa (necessità di wash-out, modifica terapia, switch farmacologici che richiedono un'osservazione clinica diretta, etc.);
3. approfondimento diagnostico-terapeutico;
4. pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale;
5. recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base).

b) Programmi con attività intensiva riabilitativa:

Questi PTRP assicurano un livello assistenziale caratterizzato dall'attuazione di programmi che prevedono un'attività riabilitativa di intensità superiore a quella clinica.

Rientrano in tale tipologia le attività riabilitative che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio lungo-termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

• Durata

I programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa di cui alla precedente lettera a) possono avere una durata di 60 giorni, prorogabile, una sola volta e per massimo ulteriori trenta giorni, durante i quali sarà necessario aggiornare e rivalutare il PTRP dell'utente per l'individuazione di setting assistenziali adeguati a gestire la condizione clinica ed il programma riabilitativo definito per lo stesso.

I programmi nei moduli ad attività intensiva riabilitativa di cui alla lettera b) non possono essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione e riformulazione del PTRP da parte dell'équipe multidisciplinare del CSM competente per territorio di residenza dell'utente.

• Tariffe:

1. Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa: la tariffa viene determinata in euro 160,00/giorno in quanto si tratta di programmi in cui

prevalere l'aspetto sanitario e per i quali si richiede la possibilità dell'intervento del medico psichiatra sull'arco delle 24 h (mediante utilizzo dell'istituto della reperibilità). Superato il periodo massimo previsto, compreso la proroga, qualora non venga effettuata rivalutazione e aggiornamento del PTRP, la tariffa sarà automaticamente abbattuta al valore della tariffa per i trattamenti estensivi;

2. Programmi di attività intensiva riabilitativa: si applica la medesima tariffa stabilita dal decreto commissariale n. 5/2011 per le strutture residenziali terapeutiche riabilitative nella fase intensiva, pari a euro 142,20/giorno.

Le tariffe pro-die pro-capite per gli inserimenti nelle tipologie di strutture sopra citate, si applicano dal 1 marzo 2017.

- Requisiti strutturali ed organizzativi

Nella tipologia di strutture residenziali SIR.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Per tale tipologia si confermano:

- i requisiti minimi strutturali, organizzativi ed impiantistici definiti dalla DGRC 3958 e s.m.i.;
- i requisiti organizzativi stabiliti dal citato DCA n. 5/2011 relativi alle strutture Struttura Residenziale Terapeutico riabilitativa nella fase intensiva;
- i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dal regolamento consiliare n. 3/2007 e s.m.i.

SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

- Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;

- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
 - problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
 - aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente
- Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione sempre nell'ambito del PTRP definito dall'équipe multidisciplinare dell'UOCSM competente per territorio di residenza dell'utente

- Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione e riformulazione del PTRP da parte dell'équipe multidisciplinare dell'UOCSM competente per territorio di residenza dell'utente

- Tariffe:

Per le strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere Estensivo si applica la medesima tariffa stabilita dal DCA n. 5/2011 per le strutture residenziali terapeutiche riabilitative nella fase estensiva, pari a 126,86 euro/giornata con un abbattimento della tariffa del 15% in caso di permanenza oltre il periodo massimo previsto.

Le tariffe pro-die pro-capite per gli inserimenti nelle tipologie di strutture sopra citate, si applicano dal 1 marzo 2017.

- Requisiti strutturali ed organizzativi

Nella tipologia di strutture residenziali SRP 2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Per tale tipologia si confermano:

- i requisiti minimi strutturali, organizzativi ed impiantistici definiti dalla DGRC 3958 e s.m.i.;
- i requisiti organizzativi stabiliti dal citato DCA n. 5/2011 relativi alle strutture Struttura Residenziale Terapeutico riabilitativa nella fase estensiva;

- i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dal regolamento consiliare n. 3/2007 e s.m.i.

CDP – Centri Diurni Psichiatrici

Ospitano soggetti durante le ore diurne che necessitano di interventi di riabilitazione e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale elaborati sulla base del PTRP redatto dall'equipe multidisciplinare dell'UOCSM di riferimento dell'utente anche in collaborazione con il personale della struttura. Le attività sono erogate per almeno otto ore al giorno per sei giorni la settimana e sono sostenute da equipe multiprofessionali. Il programma di reinserimento sociale è realizzato in stretta collaborazione con tutte le agenzie che concorrono agli obiettivi del PTRP.

Il programma di reinserimento socio-riabilitativo e l'accesso è realizzato sotto la supervisione del DSM.

- Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, prorogabile per altri 6 mesi con motivazione e riformulazione del PTRP da parte dell'equipe multidisciplinare dell'UOCSM competente per territorio di residenza dell'utente.

- Tariffe:

Per le attività connesse al centro diurno psichiatrico si applica la tariffa stabilita dal DCA n. 5/2011, pari a euro 63,74. Le tariffe pro-die pro-capite per gli inserimenti nelle tipologie di strutture sopra citate, si applicano dal 1 marzo 2017.

- Requisiti strutturali ed organizzativi

Le figure professionali previste per i centri diurni e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Per tale tipologia si confermano:

- i requisiti minimi strutturali, organizzativi ed impiantistici definiti dalla DGRC 3958 e s.m.i.;
- i requisiti organizzativi stabiliti dal citato DCA n. 5/2011 relativi alle strutture Struttura Residenziale Terapeutico riabilitativa nella fase estensiva;
- i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dal regolamento consiliare n. 3/2007 e s.m.i.

Modalità di accesso a tutte le tipologie di strutture

L'accesso avviene su invio dell'equipe multidisciplinare del CSM di riferimento dell'utente, mediante la redazione del PTRP contenente una valutazione iniziale e gli

obiettivi di progetto anche coinvolgendo il personale della struttura che realizzerà il progetto ed in funzione delle attività offerte. Durante ed al termine del percorso deve essere effettuata una valutazione multi professionale da parte dei soggetti coinvolti (il CSM inviante, il terapeuta di riferimento) e deve essere redatta una relazione conclusiva con la quale il paziente viene inviato dimesso dal programma residenziale e/o semiresidenziale ed avviato ad altro setting assistenziale.

La durata del progetto terapeutico è regolata da quanto previsto dal DCA 5/2011 in base al progetto dell'utente ed alla struttura in cui si svolge. Deve prevedere valutazioni periodiche la cui frequenza deve essere tale da garantire un monitoraggio del PTRP e gli eventuali adeguamenti in base ai risultati raggiunti.

In casi che debbono essere debitamente motivati e sostenuti da valutazioni cliniche e degli esiti raggiunti è possibile prorogare la durata del PTRP nei modi e nei tempi previsti dal DCA 5/2011.

In caso di proroga il PTRP deve contenere il programma terapeutico e le azioni propedeutiche alla dimissione con indicazione del tempo ulteriore necessario alla risoluzione delle criticità che hanno portato al prolungamento dell'inserimento residenziale.

La responsabilità del raggiungimento degli esiti del trattamento è della struttura residenziale, la responsabilità della presa in carico resta al CSM.

Fino alla fine della fase di accreditamento l'accesso avverrà attraverso un atto formale (Deliberazione del Direttore Generale della ASL ovvero Determinazione del Direttore del DSM, a seconda dell'organizzazione aziendale), che impegnerà la spesa e la successiva liquidazione.

Questa procedura non si applica ai PTRP ad alta intensità clinico-assistenziale per il quali ai fini della loro realizzazione sarà sufficiente un atto formale a firma del Direttore dell'UO CSM competente per territorio a cui seguiranno le procedure per la liquidazione della spesa così come previsto dal precedente capoverso.

Completato il processo di riconversione e di accreditamento, ciascuna ASL dovrà provvedere alla contrattualizzazione delle strutture ricadenti sul proprio territorio, attivando, dove necessario, la compensazione interaziendale.

4) **IL FABBISOGNO DI POSTI LETTO E LA RICONVERSIONE DELLE CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE**

Il Fabbisogno di Posti letto

La Regione attraverso il monitoraggio della spesa sostenuta per l'acquisto di prestazioni riabilitative di tipo residenziale in ambito extraregionale dovrà valutare, entro il 2017, l'aggiornamento dell'indice di fabbisogno di posti letto di tipo residenziale fissato dal DCA 49/2010 in modo da consentire, in base al principio della territorialità, l'assistenza dei cittadini campani con disagio mentale nei luoghi più prossimi a quelli di origine.

Con il DCA n. 94 del 11.08.2014 avente ad oggetto: *“Riconversione case di cura neuropsichiatriche. Verbale di accordo del 2.7.2014. Determinazioni.”* è stato

denaro il numero di posti letto che le case di cura neuropsichiatriche potevano riconvertire in posti letto per attività riabilitative residenziali psichiatriche. La tabella 1 evidenzia il fabbisogno di posti letto per attività riabilitative sia residenziali sia semiresidenziali.

Tabella 1 – Fabbisogno di posti letto Strutture Residenziali Psichiatriche

Provincia	ASL	Fabbisogno provinciale			Offerta pubblica esistente			Posti letto già accreditati			Fabbisogno residuo 1			Applicazione DCA 94/2014	Fab. Resid. 2
		RES	SEMI	TOT	RES	SEMI	TOT	RES	SEMI	TOT	RES	SEMI	TOT		
AV	AV	86	86	172	28	10	38	10	0	10	48	76	124	102	22
BN	BN	57	57	114	54	72	126	0	0	0	3	-15	-12		-12
CE	CE	181	181	362	66	128	194	55	0	55	60	53	113	60	53
NA	NA1	195	195	390	179	205	384	0	0	0	16	-10	6	136	-130
	NA2	204	204	408	129	185	314	20	20	40	55	-1	54	-	54
	NA3	212	212	424	110	151	261	0	0	0	102	61	163	37	126
TOTALE NAPOLI		611	611	1222	418	541	959	20	20	40	173	50	223	173	50
SA	SA	219	219	438	126	169	295	0	0	0	93	50	143	172	-29
TOTALE REGIONE		1154	1154	2032	692	920	1612	75	20	105	377	214	591	507	84

L'eccedenza sulla provincia di Salerno rispetto al fabbisogno residuo (pari a 29 p.l.), dovrà essere oggetto di accordo di riconversione con l'azienda sanitaria locale e le strutture in riconversione per l'individuazione di altre tipologie di strutture per le quali vi sia esigenza per carenze territoriali.

L'ultima colonna della citata tabella riporta il fabbisogno di posti letto semiresidenziali o residenziali al termine del processo di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche e disponibile, pertanto, per nuove eventuali richieste di accreditamento istituzionale.

La riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche

Viene confermata la riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, come previsto dal DCA 94/2014, in parte in strutture territoriali residenziali psichiatriche, previa istanza dei soggetti interessati. E' prevista una prima fase connessa all'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, ai sensi della DGRC 3958/2001 e s.m.i., e una successiva fase di accreditamento istituzionale.

Tali strutture sanitarie sono tenute ad adottare tutte le misure necessarie per adeguarsi ai contenuti dei requisiti minimi per l'autorizzazione alla realizzazione per trasformazione e all'esercizio e ulteriori di accreditamento istituzionale stabiliti dalle vigenti norme regionali, comunque entro e non oltre 180 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto sul BURC. Tali istanze di riconversione rivestono carattere prioritario e la Direzione Generale della Tutela della Salute e del Coordinamento del SSR dovrà provvedere a emanare le opportune disposizioni recanti le modalità e termini operativi.

I flussi informativi

Le attività assistenziali svolte dalle ex case di cura neuropsichiatriche dal 1 marzo 2017 (indipendentemente dalla conclusione dell'effettivo processo di riconversione già in atto), ai sensi e per effetto del combinato disposto del DCA n. 94 del 11.08.2014 e del DCA 47/2015, devono essere considerate assimilate alle strutture territoriali residenziali psichiatriche come definite dal presente decreto e devono essere remunerate dalle ASL con le tariffe ivi previste. Pertanto, con la suddetta decorrenza non è più consentito da parte delle citate case di cura trasmettere, per tale attività di assistenza neuropsichiatrica, schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Nelle more della conclusione del procedimento di accreditamento istituzionale tali strutture sono da intendersi provvisoriamente autorizzate ad erogare prestazioni residenziali di psichiatria e remunerate con le tariffe stabilite con il presente provvedimento. La dotazione di posti letto residenziali è quella indicata nel citato DCA n. 94 del 11.08.2014 e dal presente DCA.

In particolare, per quanto attiene al debito informativo relativo alla struttura, si precisa che il Codice Struttura va compilato continuando ad utilizzare il codice NSIS dei flussi ministeriali già assegnati (HSP della ex casa di cura), per alimentare sia il flusso ministeriale STS24 sia il File H. Relativamente al File H2 nel caso la lunghezza del campo sia superiore a 6 caratteri (scheda 27.0) esso andrà completato con due caratteri 0 in coda secondo la seguente tabella 3.

Tabella 3 – Ex Case di Cura Neuropsichiatriche – Codice Struttura

DESCRIZIONE *	SCHEDA 3.0	SCHEDA 27.0
Ex CdC VILLA DEGLI ULIVI	150025	15002500
Ex CdC VILLA CAMALDOLI	150078	15007800
Ex CdC COLUCCI	150088	15008800
Ex CdC VILLA ELISA	150107	15010700
Ex CdC VILLA DEI PINI	150147	15014700
Ex CdC LA QUIETE	150171	15017100
Ex CdC VILLA CHIARUGI	150178	15017800

* Resta inteso che le suddette strutture territoriali psichiatriche hanno l'obbligo di alimentare anche il flusso informativo SISM secondo le direttive che fornirà la Direzione Generale Tutela della Salute della Regione.

In merito, invece, al campo Codice Prestazione (scheda 42.0) in continuità con l'attuale nomenclatore delle prestazioni di salute mentale e con l'attuale architettura, si continua la numerazione secondo lo schema sotto riportato illustrato in tabella 4.

Tabella 4 – Ex Case di Cura Neuropsichiatriche – Codice Prestazione

Assistenza	Nuovo codice	Descrizione Prestazione	Riferimento	Tariffa Giornaliera
SME	003.017	Residenziale elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa	Presente DCA	€ 160,00
SME	003.014	Residenziale intensiva	DCA 5/11	€ 142,20
SME	003.015	Residenziale estensiva	DCA 5/11	€ 126,86
SME	003.016	Semiresidenziale (Centro diurno)	DCA 5/11	€ 63,74