

## **Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie.**

### ***L'accreditamento nel quadro normativo per il settore sanitario***

In ambito sanitario l'accreditamento è stato previsto dal Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502, che introduce norme volte al superamento del regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di contenimento della spesa, di responsabilizzazione del personale, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologia di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta.

Il Decreto Legislativo 07.12.1993 n. 517 modifica il sopra richiamato D.L. 502/1992, introducendo per la prima volta in ambito normativo il concetto di accreditamento quale criterio su cui devono essere fondati i nuovi rapporti, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

L'atto di indirizzo e coordinamento, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica il 14 gennaio 1997, definisce i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e chiarisce come i requisiti necessari per l'accreditamento siano ulteriori rispetto ai minimi previsti dal D.lgs n. 502/92, indicando la regione come soggetto previsto a elaborarli sulla linea dei criteri generali contenuti nell'atto medesimo.

Al riguardo va sottolineato, peraltro, che i requisiti strutturali e gestionali richiesti per l'autorizzazione all'esercizio dei presidi socio-assistenziali socio-sanitari e socio-educativi per anziani, disabili e minori stabiliti dalla Regione Piemonte con la D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000, recante le disposizioni attuative del D.P.R. 14.01.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" e attraverso successivi provvedimenti indicati in dettaglio in allegato A) al presente atto, aderiscono ai criteri definiti dalla normativa statale di riferimento e, per alcuni aspetti, appaiono più evoluti.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 attribuisce all'accreditamento la funzione di regolazione dell'offerta e ne fa uno strumento per individuare e selezionare i soggetti erogatori dei servizi, sulla base di accordi dove stabilire natura, quantità e qualità dei servizi da garantire ai cittadini, specificando che:

- l'accreditamento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private;
- i requisiti funzionali dell'attuazione dell'istituto dell'accreditamento sono diversi e ulteriori rispetto ai requisiti minimi autorizzativi, definiti dal D.P.R. del 14 gennaio 1997;
- il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di conferire lo stato di struttura accreditata compete alle singole regioni e province autonome.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.1999 perfeziona questa impostazione distinguendo tra autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali. Il primo livello previsto da tale decreto è il regime di "autorizzazione" definito sulla base del possesso di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. L'autorizzazione è gestita tenendo conto del fabbisogno complessivo rilevato in sede di programmazione regionale e della localizzazione delle strutture esistenti su scala regionale e locale, in modo da favorire l'accessibilità ai servizi nei diversi ambiti territoriali.

L'articolo 8-*quater* definisce l'accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa, e vengono valutati i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività.

All'articolo 8-*bis*, comma 3, si precisa inoltre che le disposizioni in tema di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali valgono anche per le strutture e le attività socio-sanitarie.

L'articolo 8-*quinquies* precisa che la qualificazione di soggetto accreditato non costituisce titolo per le aziende sanitarie per corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, se non in quanto le stesse siano definite con accordo contrattuale.

Con gli "accordi contrattuali" vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del Fondo Sanitario o con le risorse previste per le attività socio-sanitarie. L'accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non costituisce in capo alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale un obbligo a corrispondere ai soggetti accreditati la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori dei rapporti di cui all'articolo 8 *quinquies* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., nell'ambito del livello di spesa annualmente definito e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente.

Come si può notare da questa impostazione, il sistema di accreditamento previsto dal D.lgs. n. 229/99 si pone obiettivi inerenti la regolazione e la quantificazione del sistema di offerta, il controllo della spesa, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la tutela della salute delle persone, verificando l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate.

È interessante notare come il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 nell'elenco degli obiettivi, pone al secondo punto "*promuovere la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili*".

Volendo puntualizzare il percorso logico che parte dall'autorizzazione al funzionamento delle strutture erogatrici di prestazioni socio-sanitarie fino alla stipula degli accordi contrattuali con le aziende sanitarie si individuano le seguenti fasi:

- la realizzazione, per le tipologie previste, di nuove strutture destinate ad attività sanitarie e socio-sanitarie, ma anche l'adattamento delle strutture già esistenti, è subordinata all'autorizzazione rilasciata dal comune che acquisisce la verifica di compatibilità da parte della regione;
- l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie è subordinata al possesso dei requisiti di cui al D.P.R. del 14 gennaio 1997 e alla permanenza dei requisiti accertata attraverso verifiche periodiche. La verifica dei requisiti dà luogo al rilascio dell'autorizzazione relativamente all'attività alla quale è richiesta. Il regime autorizzativo viene esteso, oltre che alle strutture sanitarie e sanitarie a valenza sociale, anche a quelle sociali a valenza sanitaria;
- l'accreditamento istituzionale è definito come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati, oltre i requisiti di natura funzionale e qualitativa, anche i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività, con riferimento ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché a indici di appropriatezza nel quadro dell'offerta integrativa dei livelli stessi.

Con gli accordi contrattuali con i soggetti pubblici e con quelli privati, vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del fondo sanitario. Tenuto conto che la scelta è effettuata anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, lo stato di soggetto accreditato non costituisce soltanto presupposto necessario per la stipulazione degli accordi contrattuali, ma rende disponibili tipologia, quantità e qualità delle prestazioni.

## - **L'accreditamento nel quadro normativo per il settore sociale**

La legge 08.11.2000, n. 328, di riforma del *welfare*, punta ad ottenere come risultato un'assistenza su misura, tarata sulle esigenze dei singoli e delle famiglie in difficoltà, in grado di offrire, attraverso una rete integrata, un ventaglio di servizi, anche con il ricorso ai soggetti di Terzo Settore, in particolare la cooperazione sociale e al settore privato.

La gestione dell'offerta è una delle novità di maggiore interesse della legge. Gli enti gestori, quelli che si occupano dell'offerta dei servizi sociali, possono essere soggetti pubblici o soggetti privati e, dice la legge, anche i privati sono coinvolti quali soggetti attivi nella progettazione e realizzazione concreta degli interventi.

Comuni, regioni e stato, afferma la Legge 328/2000, promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi e il diritto di scelta. Ciò significa aver posto le premesse per creare la concorrenza, cambiando fundamentalmente i meccanismi economici e di accesso ai servizi fino ad allora conosciuti. In passato ogni realtà si trovava ad essere un oligopolista perfetto in quanto unico produttore nel suo bacino di riferimento. Certo, a livello territoriale più ampio si potevano trovare molti enti, ma nell'ambito della zona o del distretto il soggetto importante era uno solo o forse due a determinare sempre, di fatto, una scelta obbligata. Con l'offerta inferiore alla domanda e l'assenza di concorrenza si semplificava sia la gestione dell'azienda sia l'amministrazione del problema politico. La legge 328/2000, invece, giunge a sconvolgere definitivamente questo scenario.

Il tema dell'accreditamento sociale o socio-assistenziale è trattato sotto diversi aspetti all'articolo 11 della Legge quadro. È anzitutto considerato con riferimento alle responsabilità istituzionali deputate alla sua attuazione. Sostanzialmente sono distribuite a due livelli: le responsabilità dei comuni e quelle delle regioni. Per quanto riguarda l'autorizzazione, specifica che i comuni devono autorizzare i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale indipendentemente da chi sia il gestore. Devono essere autorizzati i gestori pubblici e i privati di cui all'articolo 1 comma 5, cioè tutti. Prevede che i requisiti per l'autorizzazione siano definiti da norme emanate dalla regione, che deve interpretare i requisiti minimi nazionali integrandoli in relazione alle esigenze locali.

Il secondo comma prevede che i comuni concedano autorizzazioni provvisorie per le strutture già operanti assegnando un termine per l'adeguamento.

Il terzo comma afferma che i comuni provvedono all'accreditamento e il quarto assegna alle Regioni il compito di disciplinare le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1 comma 5, cioè tutti gli erogatori dei servizi pubblici e privati, dell'autorizzazione a servizi sperimentali ed innovativi.

I comuni devono inoltre corrispondere ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale. Per metterli in grado di assolvere questo compito le regioni devono definire i criteri per l'accreditamento, tenendo anche conto che l'adozione della carta dei servizi da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi costituisce uno dei requisiti necessari ai fini dell'accreditamento.

Secondo l'art. 8 della L. 328/2000, spetta ad ogni singola regione stabilire con legge i criteri per l'autorizzazione sulla base dei requisiti minimi strutturali e organizzativi fissati dallo stato (definiti dal D.P.C.M. 21 maggio 2001, n° 308); spetta poi al comune, verificato il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi, autorizzare i servizi e le strutture sociali pubbliche e private all'esercizio dell'attività.

Per quanto riguarda l'accreditamento, la normativa nazionale si limita a fissare le competenze istituzionali relative al processo, lasciando alle regioni ampie possibilità d'interpretazione circa le funzioni dello strumento ed i requisiti richiesti. Dunque, anche per l'accreditamento in ambito socio-

assistenziale, spetta alle regioni stabilire gli standard, ma, in questo caso, in modo totalmente autonomo rispetto a quello dell'ambito sanitario, dato che non sono previsti standard fissati a livello nazionale. Inoltre, dato che i requisiti per l'autorizzazione sono definiti "minimi", si deduce che i requisiti per l'accreditamento devono essere ulteriori rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione.

Va poi sottolineato come, in sostanza, la normativa nazionale preveda due differenze sostanziali fra l'autorizzazione e l'accreditamento: la prima prevede che solo il soggetto accreditato può vedersi corrispondere dai soggetti pubblici le tariffe per le prestazioni erogate, la seconda stabilisce che per ottenere l'accreditamento occorre possedere ulteriori requisiti, rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione, stabiliti autonomamente dalla regione.

La L.R. 8 gennaio 2004, n. 1, si è posta come obiettivo quello di costruire un sistema integrato di interventi e servizi che abbia, come afferma l'articolo 3, carattere di universalità e sia organizzato in modo da garantire a tutti i cittadini pari opportunità di fruizione e completa accessibilità ai servizi, salvaguardando in tal modo il rispetto della dignità della persona, della sua riservatezza e del suo diritto di scelta.

#### **- *L'accreditamento nel quadro normativo per l'area socio-sanitaria***

Il D.P.C.M. 29.11.2001, attraverso il quale si è provveduto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), ha riconosciuto nell'Allegato 3, punto d), la peculiarità dell'area dell'integrazione socio-sanitaria per il rilievo che assume nell'ambito delle politiche destinate sia al sostegno dell'individuo, della famiglia e della collettività, sia alla razionalizzazione e riorganizzazione dell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali, al fine di garantire le prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita. Il succitato Decreto ha altresì individuato, nell'ambito dell'area socio-sanitaria, una serie di attività e prestazioni che, per la loro stessa natura, tipologia e fasi del percorso clinico e assistenziale a cui si riferiscono, richiedono l'intervento congiunto del servizio sanitario e della rete sociale esistente intorno al cittadino.

Rispetto all'area socio-sanitaria, per la quale l'individuazione delle prestazioni a carico totale o parziale del servizio sanitario deve necessariamente tenere conto dei diversi livelli di dipendenza o di non autosufficienza e della conseguente diversificazione della risposta sanitaria e socio-assistenziale, il succitato Decreto fa riferimento all'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria di cui al D.P.C.M. 14.02.2001, emanato in attuazione del D.Lgs 30.12.1992, n. 502 e s.m.i. e dalla L. 328/2000. Con il D.P.C.M. 14.02.2001 sono state individuate le tipologie di prestazioni socio-sanitarie, le fasi assistenziali in cui si articolano tali prestazioni, nonché le competenze gestionali ed economiche facenti capo rispettivamente al comparto sanitario ed agli enti locali.

In Piemonte l'applicazione della normativa sui L.E.A. all'area dell'integrazione socio-sanitaria è disciplinata dalla D.G.R. 23.12.2003, n. 51-11389, e la stessa si è innestata in un sistema socio-sanitario in cui la rete delle prestazioni e la ripartizione dei relativi oneri erano disciplinate da una complessa e specifica normativa regionale, applicata sul territorio tramite appositi accordi convenzionali tra le Aziende Sanitarie e gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, che nel tempo hanno assicurato una gamma di risposte più ampia di quella prevista dal Decreto stesso.

La necessità di conseguire un livello sufficiente di differenziazione degli interventi e dei servizi per garantire la pluralità di offerta e il diritto di scelta da parte degli interessati, ha reso palese la necessità di una integrazione dei servizi gestiti direttamente dal sistema pubblico con quelli gestiti da soggetti privati.

Nell'ambito dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti, già con la D.G.R. 09.01.1995 n. 41- 42433 era stata individuata la rete delle strutture (R.S.A. e R.A.F.) con le quali le A.S.L. erano autorizzate a stipulare convenzione per il soddisfacimento delle esigenze espresse dal territorio.

Successivamente si è provveduto attraverso la D.G.R. 30.3.2005 n. 17-15226 e s.m.i. a definire il nuovo sistema integrato di risposte sanitarie ed assistenziali a favore delle persone anziane non autosufficienti, applicando i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.). Tale modello diversifica i servizi erogati a seconda dei bisogni specifici delle persone, individuando tre fasce assistenziali. Per ogni fascia assistenziale determina la relativa tariffa e individua la ripartizione fra quota a carico del Fondo Sanitario Regionale e quota a carico dell'utente/Comune.

Gli elementi critici della D.G.R. n. 41-42433/1995, hanno creato la necessità di introdurre elementi di flessibilità organizzativa, sotto forma di prestazioni personalizzate. Il principio guida della D.G.R. n. 17-15226/2005 è infatti l'adeguamento dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa.

Il modello integrato, partendo dalle tipologie di situazioni riferite a persone anziane che necessitano di interventi socio-sanitari integrati, è basato sull'individuazione di tre fasce d'intensità assistenziale (bassa, media e alta intensità più due livelli di incremento) degli interventi da erogarsi nell'ambito delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti. Di conseguenza, tale percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali per anziani non autosufficienti in fasce assistenziali che connotano l'intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampio ed articolato possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza.

La fascia d'intensità assistenziale è individuata nell'ambito del progetto personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare, il nucleo centrale per accedere ai servizi rivolti agli anziani. Funzione propria dell'U.V.G. è la predisposizione del progetto personalizzato di intervento in base alla tipologia del bisogno, considerando il rapporto fra:

- l'intensità terapeutica e riabilitativa dell'intervento, finalizzato a mantenere l'autonomia funzionale residua della persona;
- l'intensità socio-assistenziale dell'intervento, finalizzato a supportare, mantenere e migliorare la vita socio-relazionale delle persone anziane.

Ritenendo non più compatibile con il nuovo modello assistenziale definito attraverso la D.G.R. n. 17-15226/2005 il sistema del semplice convenzionamento delle strutture socio-sanitarie con il sistema pubblico, si è provveduto attraverso la DGR n. 18-15227 del 30.3.2005 a definire un nuovo sistema di rapporto tra sistema pubblico (sanitario e socio-assistenziale) e soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale. Tale provvedimento ha introdotto il nuovo principio del cosiddetto "convenzionamento aperto", che consente a tutte le strutture che ne fanno richiesta, di tipologia R.S.A. e/o R.A.F., autorizzate (sia secondo i requisiti strutturali di cui al regime definitivo sia secondo i requisiti strutturali di cui al regime transitorio) ex D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992 e D.G.R. n. 41- 42433/1995, di convenzionarsi con il sistema pubblico.

Occorre sottolineare come la D.G.R. n. 18-15227/2005 non si limiti, tuttavia, a richiamare il principio della libertà di convenzionamento delle strutture dotate dei requisiti richiesti per l'autorizzazione al funzionamento, ma vada anche a subordinare il convenzionamento stesso alla presentazione della seguente documentazione:

- dimostrazione della disponibilità di personale adeguato nel rispetto dei parametri definiti a livello regionale;
- illustrazione del modello organizzativo-gestionale con particolare riferimento ai servizi generali e di assistenza per gli ospiti non autosufficienti;
- schema del modello del P.A.I. adottato dalla struttura;

- formale adesione ad intraprendere un percorso migliorativo orientato all'acquisizione di ulteriori requisiti di qualità dell'organizzazione, qualità dell'assistenza, qualità del servizio, secondo le indicazioni fornite dalla deliberazione stessa nell'allegato C.

Questi requisiti ulteriori richiesti dalla D.G.R. n. 18-15227/2005 sono importanti in quanto rispecchiano una nuova concezione di qualità del servizio, una concezione non più ristretta ai soli requisiti strutturali e gestionali di cui alla precedente normativa, ma tendente a considerare come servizio di qualità quello in grado di porre la persona e le sue esigenze al centro dell'organizzazione.

In altri termini la D.G.R. n. 18-15227/2005 costituisce, di fatto e di diritto, il provvedimento che disciplina l'accreditamento transitorio delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, cioè di tutte quelle strutture che - essendo in possesso dei requisiti strutturali sia del regime definitivo sia di quello transitorio definiti dalla normativa di riferimento e necessari per l'esercizio dell'attività - garantiscono trattamenti sia a prevalente valenza sanitaria sia sanitari di base, integrati da livelli graduati di assistenza tutelare ed alberghiera, il tutto in relazione al grado di deterioramento fisico e psico-relazionale delle persone assistite.

Il processo di qualificazione e potenziamento dei servizi socio-sanitari destinati a persone disabili adulte (e limitatamente ai centri diurni a soggetti ultraquattordicenni) è stato affrontato con la D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699. Attraverso tale provvedimento - rispetto al quale, peraltro, occorrerà procedere in seguito ad un percorso di aggiornamento - sono stati definiti i modelli organizzativo-gestionali dei servizi a favore delle persone disabili ed i correlati riferimenti alle tipologie strutturali nonché l'individuazione dei costi per l'erogazione delle prestazioni e la relativa ripartizione degli stessi fra oneri a carico del fondo sanitario regionale ed oneri non sanitari. Successivamente con D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288, sono stati individuati i requisiti strutturali e gestionali di nuove tipologie di strutture destinate a disabili gravi privi del sostegno familiare, intese come sostituzione dello stesso nucleo familiare.

La già citata D.G.R. n. 51-11389/2003 relativamente all'articolazione dei servizi e degli interventi socio sanitari per persone con disabilità ha previsto modelli prestazionali suddivisi per fasce assistenziali differenziate per intensità della risposta erogata rispetto ai bisogni trattati. Con tale deliberazione vengono previsti gli incrementi tariffari suddivisi per livelli di intensità delle prestazioni (base, medio, alto), in relazione al bisogno della persona inserita in struttura, che comportano maggiorazioni ai costi previsti dalla succitata D.G.R. n. 230-23699/1997.

In tale ambito il livello di intervento adeguato ed appropriato alle esigenze dell'utente viene individuato dalla Unità di Valutazione Handicap (U.V.H.) attraverso la definizione del progetto personalizzato.

Relativamente all'area dei minori - per la quale si ricorda la priorità che gli interventi a loro favore siano finalizzati al mantenimento in famiglia - si è provveduto nel corso di questi anni a definire, in attuazione della legge 328/2000, i requisiti strutturali e gestionali con specifici provvedimenti amministrativi regionali secondo le varie tipologie indicate in dettaglio in allegato A alla presente deliberazione. E' altresì opportuno tenere presente che il D.P.C.M. 29.11.2001 indica i livelli essenziali di assistenza che il sistema sanitario deve garantire relativamente alle aree attività sanitarie e di integrazione socio-sanitaria e, nello specifico, sancisce la competenza sanitaria relativamente alle prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale destinate a disabili fisici psichici e sensoriali, nonché la competenza sanitaria per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime residenziale e semiresidenziale in favore di minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico. Coerentemente a tale indirizzo, il Piemonte con la già richiamata D.G.R. n. 51-11389/2003 ha stabilito che, in relazione alle prestazioni socio-sanitarie a favore delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie, si attivi un percorso concertato mediante la definizione di un modello organizzativo coordinato fra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale. Con D.G.R. 15.3.2004, n.

41-12003, si è quindi provveduto a definire le tipologie, i requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi residenziali per minori, assegnando altresì al sistema sanitario le competenze per le attività di assistenza residenziale e semiresidenziale destinate a minori affetti da disturbi comportamentali e/o da patologie di interesse neuropsichiatrico, sulla base di quanto stabilito dal D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, punto 1 C.

Per quanto riguarda il convenzionamento da parte delle strutture per disabili e minori con il sistema pubblico occorre precisare che l'attuale sistema prevede il riconoscimento della idoneità delle singole strutture facenti parte della rete a fornire risposte efficaci ed efficienti in ordine alle prestazioni individuate e definite nei progetti assistenziali da parte delle competenti Unità valutative, e della conseguente spesa stabilita nell'ambito dei criteri tariffari individuati attraverso la normativa regionale di riferimento.

#### **- Procedure di accreditamento per le strutture socio-sanitarie**

Premesso quanto sopra occorre ora tenere presente che ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera s), della Legge 27.12.2006, n. 296 (Finanziaria 2007), a decorrere dal 1° gennaio 2008, sono cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'art. 8-quater del D.lgs 502/1992 e s.m.i.. Inoltre, poiché l'art. 1, comma 796, lettera t), della predetta Legge n. 296/2006, stabilisce che le regioni sono tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che, a partire dal 1° gennaio 2010, cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del D.Lgs 502/1990 e s.m.i., occorre adottare il provvedimento disciplinante le procedure di accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie.

L'accREDITamento costituisce lo strumento fondamentale che consentirà un cambiamento estremamente significativo nella gestione dei servizi socio-sanitari. Il cambiamento consiste nel passaggio dall'autorizzazione al successivo accreditamento delle strutture socio-sanitarie, cioè da un sistema statico, burocratico, meramente autorizzativo che finora si limita a prevedere il semplice rapporto convenzionale con il sistema pubblico delle strutture autorizzate, ad un processo dinamico, in continua evoluzione che per sua stessa natura tende al miglioramento continuo in termini di efficacia e di efficienza.

La Regione Piemonte già a partire dal 1997 attraverso la D.G.R. 14.4.1997, n. 124-18354, ha stabilito gli indirizzi per l'esercizio delle funzioni di autorizzazione all'apertura e funzionamento nonché di vigilanza relative alle strutture socio-assistenziali ed attraverso la D.G.R. 05.8.1998, n. 83-25268 - attuativa del Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997/1999, di cui alla L.R. 12.12.1997, n. 61 - ha stabilito di disciplinare le funzioni di autorizzazione all'apertura, all'esercizio e alla vigilanza sulle strutture socio-sanitarie, in particolare le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) e le R.I.S.S. (Residenze Integrate Socio-Sanitarie) in maniera coordinata ed omogenea rispetto a quanto previsto per i presidi socio-assistenziali. Con il provvedimento avanti richiamato, si è stabilito che l'istanza per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio per avviare le attività nelle suddette strutture socio-sanitarie deve essere presentata al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente (ad esclusione delle strutture operanti nell'ambito territoriale della Città di Torino per le quali le funzioni sono esercitate dal Comune stesso per le strutture di tipologia R.A.F., mentre le R.S.A. sono autorizzate dall'A.S.L. territorialmente competente, e quelle a gestione diretta A.S.L. per le quali le medesime funzioni sono esercitate direttamente dalla Regione), vale a dire allo stesso soggetto giuridico che rilascia il provvedimento amministrativo per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle strutture socio-assistenziali e che esercita altresì, le funzioni di vigilanza.

Con la L.R. 8 gennaio 2004, n. 1, si è stabilito all'articolo 9, comma 5, di affidare ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali - che devono assicurare le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Aziende Sanitarie Locali - le

attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale.

In particolare l'art. 26, comma 4, della legge 1/2004, prevede che la giunta regionale definisca i criteri e le procedure per l'esercizio delle funzioni di vigilanza nonché le tipologie dei servizi e delle strutture oggetto della vigilanza, i requisiti gestionali ed organizzativi dei servizi socio assistenziali, socio educativi e socio sanitari pubblici e privati a ciclo residenziale e semiresidenziale.

La stessa legge regionale, all'art. 54, stabilisce che, nelle more del provvedimento della giunta regionale di cui al sopra richiamato art. 26, le funzioni amministrative di vigilanza, comprese quelle relative alle R.S.A., sono esercitate dalle A.S.L. e dal Comune di Torino per i servizi e le strutture operanti sul proprio territorio, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi regionali di riferimento.

A tale riguardo si precisa che con D.G.R. 11.02.2008, n. 32-8191, si è stabilito di confermare che - nelle more dell'adozione del provvedimento regionale attuativo delle disposizioni indicate dall'art. 26 della L.R. n. 1/2004 in materia di vigilanza - le funzioni amministrative relative alla vigilanza (che include l'autorizzazione all'apertura e al funzionamento), comprese quelle relative alle R.S.A., vengono esercitate dalle AA.S.L. e dal Comune di Torino per il territorio di sua competenza, mentre quelle relative alle R.S.A. gestite dalle AA.S.L., vengono esercitate dalla Regione, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi di riferimento, così come previsto, rispettivamente, dal comma 1 e dal comma 2 dell'art. 54 della medesima L.R. n. 1/2004.

L'autorizzazione viene definita, all'art. 27 della L.R. n. 1/2004, come il provvedimento che conferisce al soggetto che ne fa richiesta il diritto all'esercizio dei servizi e dell'attività delle strutture sulla base di requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle disposizioni statali e regionali.

L'art. 29 della L.R. n. 1/2004 stabilisce che l'accreditamento costituisce titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione ed affida alla giunta regionale il compito di definire le procedure del processo di accreditamento, da coordinarsi con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie. In ordine agli ulteriori requisiti richiesti, il precitato art. 29 precisa che gli stessi devono svilupparsi sulla base dei seguenti criteri:

- a) adozione della carta dei servizi e di strumenti di comunicazione e trasparenza;
- b) localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;
- c) eliminazione di barriere architettoniche;
- d) qualificazione del personale;
- e) coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio;
- f) adozione di programmi e di progetti assistenziali individualizzati, calibrati sulla necessità delle singole persone;
- g) adozione di strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati.

Si rende pertanto necessario sulla base della normativa vigente, sopra richiamata, determinare - come da Allegati B), C), E), al presente provvedimento - gli standard di qualità ulteriori rispetto a quelli individuati per l'autorizzazione al funzionamento che costituiscono i requisiti per l'accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili e minori aventi natura giuridica di diritto pubblico e privato.



Tenuto tuttavia conto che l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) ed i Protocolli di attività relativi all'accoglienza in struttura e alla umanizzazione della permanenza nelle residenze, previsti nell'Allegato E) al presente provvedimento, potrebbero richiedere una ridefinizione dei modelli organizzativi e gestionali di ogni singola struttura e la necessità di percorsi formativi per il personale per una applicazione condivisa, convinta e quindi efficace, si prevede una fase di applicazione graduale differendone l'applicazione a decorrere dall'1/7/2011 e prevedendo nel contempo una sperimentazione gestionale da definirsi con successivo provvedimento.

Resta inteso che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accreditamento, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza.

Il presente provvedimento risulta coerente con quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 (P.S.S.R.), approvato con D.C.R. 24.10.2007, n. 137-40212, il quale si pone come obiettivo l'incremento dei posti letto convenzionati per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti fissandolo in 2 posti letto ogni 100 anziani ultra sessantacinquenni al termine dei quattro anni di validità del Piano stesso, nonché con le strategie generali di sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi nell'area della disabilità e della tutela minorile. Si sottolinea, infine, che con D.G.R. 01.3.2000 n. 32-29522 e s.m.i. si è provveduto, ai sensi dell'art. 8/ter del D.LGS 502/1992 e s.m.i., a stabilire modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie.

A tal riguardo occorre precisare e tenere conto che sono ancora operanti presidi residenziali in possesso della sola registrazione ovvero di "mantenimento del titolo autorizzativo" nonché presidi residenziali, o nuclei strutturali, per anziani non autosufficienti, in possesso dei requisiti minimi previsti al p.to 4 del "*Regime transitorio*" delle R.S.A. e al p.to 4 del "*Regime transitorio*" per le R.A.F. di cui all'Allegato A) della D.G.R. 09.01.1995, n. 41-42433.

Nel primo caso trattasi di presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. 26.9.1992, n° 38-16335, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3 "*Regime transitorio*" "*Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento*" della predetta D.G.R. n° 38-16335/1992, ovvero dei presidi di cui alla D.G.R. 23.02.2004, n. 60-11842.

Nel secondo caso trattasi di presidi, ovverosia di nuclei strutturali, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. n. 41 - 42433/1995, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo.

Per quanto riguarda gli adeguamenti strutturali di cui ai punti precedenti occorre tenere presente che a decorrere dalla data di esecutività della D.G.R. 12.11.2001, n. 43-4413 "*L.R. 8/11/2000 n. 328 relativa alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. "Indirizzi operativi per l'applicazione del DM 21/5/2001 n. 308" attuativo della legge - Approvazione*", per le strutture socio-assistenziali e per le strutture socio-sanitarie di tipologia R.A.F. i requisiti definitivi previsti sono quelli stabiliti dai provvedimenti regionali indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento.

Si ritiene inoltre che qualora la Regione definisca nuove tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali non comprese nell'elenco delle tipologie esistenti e richiamate nell'All. A) al presente atto, il relativo provvedimento dovrà contenere, oltre alla definizione dei requisiti strutturali e gestionali, anche le modalità per il rilascio del titolo autorizzativo ed i criteri specifici per l'accreditamento.

Al riguardo si precisa che, per quanto riguarda gli standard di qualità, assume, tra l'altro, particolare rilievo qualificante del processo di accreditamento, ancorché attuato in modo graduale ,

l'individuazione di percorsi assistenziali integrati (PIC) ed indicatori di processo funzionali riferiti al momento alle sole strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, così come dettagliati nel documento predisposto dall'ARESS e riportati nell'allegato E), del presente atto, fermo restando la necessità di definire in via successiva percorsi assistenziali riferiti alle altre tipologie di utenza ricomprese nel presente provvedimento.

Contemporaneamente si ritiene opportuno procedere - come da Allegato A) al presente provvedimento - in osservanza anche a quanto disposto dal comma 2 dell'art. 37 della L.R. n. 1/2004, a classificare le strutture residenziali e semiresidenziali con indicazione degli atti normativi che ne definiscono i relativi requisiti strutturali, gestionali e organizzativi nonché dei soggetti istituzionali cui compete l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al funzionamento, oltre che la funzione di vigilanza e la tipologia di accreditamento cui fare riferimento (socio-sanitario oppure sociale).

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede;

viste le D.D.G.R.: 29.6.1992, n. 38-16335; 22.02.1993, n. 147-23154; 09.01.1995, n. 41-42433; 09.12.1997, n. 230-23699; 09.12.1997, n. 34-23400; 01.3.2000, n. 37-29527; 12.11.2001, n. 43-4413; 07.02.2002, n. 39-29311; 10.6.2002, n. 42-6288; 15.3.2004, n. 41-12003; 06.4.2009, n. 38-11189;

visto l'art. 8, comma 4, del D.lgs 30.12.1992, n. 502 e s.m.i., che prevede la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi;

visto il D.P.R. 14.01.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

vista la D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000, recante le disposizioni attuative del D.P.R. 14.01.1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

dato atto che i requisiti strutturali richiesti per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dei presidi socio-sanitari stabiliti dalla Regione Piemonte attraverso i provvedimenti richiamati nella relazione che precede aderiscono ai criteri definiti dalla normativa statale di riferimento e, per alcuni aspetti, appaiono più evoluti;

vista la D.G.R. 14.4.1997, n. 124-18354, che stabilisce gli indirizzi per l'esercizio delle funzioni amministrative di autorizzazione all'apertura e funzionamento nonché di vigilanza relative alle strutture socio-assistenziali;

vista la D.G.R. 05.8.1998, n. 83-25268, con la quale si è provveduto a disciplinare le funzioni di autorizzazione all'apertura, all'esercizio e alla vigilanza sulle strutture socio assistenziali, socio educative e socio-sanitarie - in particolare le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Integrate Socio-Sanitarie - in maniera coordinata ed omogenea rispetto a quanto previsto per i presidi socio-assistenziali;

visto il D.Lgs 19.6.1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

rilevato che l'articolo 8-*bis*, comma 3 del D.Lgs n. 229/1999, subordina l'esercizio di attività socio-sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale agli istituti di cui all'art. 8-*ter* e 8-*quater*;

considerato che l'art. 8-*ter* del D.Lgs n. 229/1999, prevede, al comma 1, che la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate all'autorizzazione e precisa che la stessa è necessaria oltre che per la costruzione di nuove strutture anche per l'adattamento di strutture già esistenti e per la loro diversa utilizzazione, ampliamento o trasformazione nonché trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate;

tenuto conto che l'art. 8-*ter*, comma 3, del D.Lgs n. 229/1999, stabilisce che, per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni edilizie, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione, da effettuarsi in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree d'insediamento prioritario di nuove strutture;

considerato che, ai sensi dell'art. 8-*ter*, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999, spetta alle Regioni determinare: a) le modalità ed i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate al soggetto richiedente; b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati;

precisato che l'art. 8-*quater* del D.Lgs n. 229/1999, definisce l'accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa, e vengono valutati i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività;

ribadito che l'accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non costituisce, in capo alle Aziende ed agli Enti del Servizio Sanitario regionale, impegno di remunerazione delle prestazioni erogate e di utilizzo dei posti letto al di fuori di quelli utilizzati dai cittadini assistibili nell'ambito del livello di spesa e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente;

vista la D.G.R. 01.3.2000, n. 32-29522 e s.m.i., con la quale si è provveduto, ai sensi dell'art. 8-*ter* del D.LGS 502/1992 e s.m.i., a stabilire modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie;

visto il D.P.C.M 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

visto il D.P.C.M. 29.11.2001 sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.;

vista la L.R. 08.01.2004, n. 1, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento";

sottolineato che ai sensi dell'art. 9, comma 5, della L.R. n. 1/2004, si è stabilito di affidare ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali - che devono assicurare le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Aziende Sanitarie Locali - le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale;

precisato che con D.G.R. 11.02.2008, n. 32-8191, si è stabilito di confermare che - nelle more dell'adozione del provvedimento regionale attuativo delle disposizioni indicate dall'art. 26 della L.R. n. 1/2004 in materia di vigilanza - le funzioni amministrative relative alla vigilanza, comprese quelle relative alle R.S.A., vengono esercitate dalle AA.S.L. e dal Comune di Torino per il territorio di sua competenza, mentre quelle relative alle R.S.A. gestite dalle AA.S.L., vengono esercitate dalla Regione, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi di riferimento, così come previsto, rispettivamente, dal comma 1 e dal comma 2 dell'art. 54 della medesima L.R. n. 1/2004;

ritenuto, pertanto, in attesa del suddetto provvedimento regionale - peraltro in fase di programmazione e confronto - di attribuzione ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali delle funzioni amministrative relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale, di confermare, transitoriamente, la competenza nella materia *de qua* - ivi comprese le procedure di accreditamento - alle AA.S.L. secondo quanto definito nella sopra richiamata D.G.R. 11.02.2008, n. 32-8191 ed al Comune di Torino per il territorio di sua competenza secondo le modalità adottate di concerto con le A.S.L. ai sensi dell'art 6 comma 2, lettera (e della L.R. n. 1 dell'8 gennaio 2004 in coerenza con le procedure di cui al presente atto ferma restando l'opportunità che le funzioni amministrative relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza siano assegnate ad un centro di responsabilità diverso da quello competente alla stipula delle convenzioni;

ritenuto inoltre di stabilire che, in coerenza a quanto previsto dall'art. 54 della L.R. n. 1/2004, le strutture socio-sanitarie gestite direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali sono accreditate dalla Regione con le modalità previste negli atti amministrativi regionali inerenti le funzioni di vigilanza;

ritenuto di stabilire che il termine del procedimento - che si conclude con l'accreditamento e la successiva stipula dell'accordo contrattuale disciplinante i rapporti tra i soggetti pubblici titolari delle funzioni ed i soggetti gestori dei servizi residenziali - venga fissato in novanta giorni sia per le strutture private che per le strutture pubbliche dalla data di presentazione della relativa istanza, fatto salvo quanto previsto dal presente atto per la fase di prima applicazione;

valutata altresì l'opportunità di prevedere l'adozione di uno schema contrattuale tipo regionale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici titolari ( Aziende sanitarie Locali e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali ) e soggetti gestori delle strutture, da adottarsi con successivo provvedimento entro tempi funzionali al presente atto;

avuto riguardo al fatto che l'autorizzazione viene definita, all'art. 27 della L.R. n. 1/2004, come il provvedimento che conferisce al soggetto che ne fa richiesta il diritto all'esercizio dei servizi e dell'attività delle strutture sulla base di requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle disposizioni statali e regionali;

visto l'art. 29 della L.R. n. 1/2004 mediante il quale si stabilisce che l'accreditamento costituisce titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità, rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione, ed affida alla Giunta regionale il compito di definire le procedure del processo di accreditamento, da coordinarsi con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie;

rilevato che in ordine agli ulteriori requisiti richiesti, il precitato art 29 fornisce precise indicazioni circa i criteri sulla base dei quali devono svilupparsi;

vista la D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226 e s.m.i., con la quale è stato approvato il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, in applicazione del D.P.C.M. 29.11.2001 All. 1 punto 1.C;

viste le DD.G.R. 31.7.2006, n. 2-3520 e 01.8.2008, n. 39-9365 con le quali, fra l'altro, si sono apportate ulteriori specificazioni alla D.G.R. n. 17-15226/2005;

vista la D.G.R. 23.12.2003 N. 51-11389 con la quale è stata approvata l'articolazione dei servizi e degli interventi socio sanitari per persone con disabilità, in applicazione del D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1.C;

vista la D.G.R. 30.3.2005, n. 18-15227, che, di fatto e di diritto, disciplina l'accreditamento transitorio delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti;

vista la D.C.R. 24.10.2007, n. 137-40212, di approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010;

dato atto che per quanto riguarda la figura e le funzioni di responsabile di struttura trovano applicazione le disposizioni di cui a D.G.R. 14/7/2008, n. 35-9199;

vista la D.G.R. n. 38-11189 del 6/4/2009 con la quale sono stati definiti i requisiti organizzativi, gestionali dei centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da morbo di Alzheimer ed altre demenze;

dato atto che, per le motivazioni sopra espresse, le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 18-15227/2005 costituiscono, - in attuazione di quanto previsto dalla legge 27.12.2006, n 296, art. 1, comma 796, lettera s) sino alla data del 31.12.2009, accreditamento provvisorio per le strutture socio-sanitarie private e sino al 31.12.2010 per le strutture socio-sanitarie pubbliche;

ritenuto opportuno definire che:

- i presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. 26.9.1992, n. 38-16335, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3 "*Regime transitorio*" "*Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento*" della predetta D.G.R. n. 38-16335/1992, ovvero dei presidi di cui alla D.G.R. 23.02.2004, n. 60 - 11842 accedano alle procedure di accreditamento previste dal presente provvedimento previa la realizzazione dei necessari adeguamenti strutturali di cui al vigente regime definitivo, così come richiamati nell'Allegato a), adeguamenti strutturali autorizzabili subordinatamente alla acquisizione, laddove necessaria, della verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n. 32-29522 e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-*ter*, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999- rilasciata dalla competente Direzione Regionale; conseguentemente le strutture private e pubbliche in questione, attualmente operanti secondo il cosiddetto regime di "mantenimento autorizzativo" o "registrazione", dovranno eseguire gli interventi di adeguamento previsti per le singole tipologie strutturali e acquisire la relativa autorizzazione al funzionamento entro il 31.12.2013; fermo restando che Il mancato adeguamento entro tale data comporterà la revoca del titolo autorizzativo;
- i presidi pubblici e privati, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. n. 41 - 42433/1995, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo (cosiddetto "regime transitorio"), possano presentare istanza di accreditamento secondo le procedure definite dal presente atto, unitamente ad una dichiarazione d'impegno a produrre entro il 29.10.2010 per i soggetti privati ed entro il 31.10.2011 per i soggetti pubblici al competente soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento, un progetto di livello definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali del regime definitivo come indicato nell'Allegato A) al presente provvedimento, unitamente ad un piano finanziario e ad un cronoprogramma dell'intervento

che, comunque, dovrà concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione dell'istanza. Tali adeguamenti potranno essere realizzati – anche con una ridefinizione di posti letto per nucleo inferiore a dieci e/o multipli di dieci e comunque nel limite massimo dei posti attualmente autorizzati - subordinatamente alla acquisizione, della verifica di compatibilità - prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n. 32-29522 e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999 - rilasciata dalla competente Direzione regionale, con l'avvertenza che l'omessa, la tardiva, l'incompleta o la non conforme presentazione della suddetta documentazione, comporterà un eventuale ridefinizione tariffaria o revoca dell'accreditamento - già assegnato per effetto della presente statuizione sub condizione –secondo criteri e modalità da definirsi nell'ambito delle procedure applicative della DGR n. 17-15226/2005 e s.m.i;

- siano da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e, pertanto, autorizzabili ad ogni effetto, anche "blocchi strutturali" e/o nuclei all'interno di strutture con pluralità di servizi della medesima area funzionale, purché siano rispettati gli standard previsti per i servizi collettivi, generali, sanitari e ausiliari per tutta la struttura, con la specificazione che per i servizi di cucina, lavanderia e stireria, magazzini è ammesso l'utilizzo dei rispettivi servizi centralizzati a disposizione dell'intero complesso strutturale del soggetto gestore;
- i presidi già operanti che hanno concluso, alla data di adozione del presente provvedimento, interventi di realizzazione, adattamento di strutture esistenti, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede, con i requisiti del regime definitivo possano presentare istanza di accreditamento, previa acquisizione del previsto titolo autorizzativo al funzionamento conseguente all'intervento, fermo restando che, laddove necessario, occorre acquisire, anche in sanatoria, la verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n. 32-29522 e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione regionale;
- i presidi pubblici e privati in possesso di titolo autorizzativo temporaneo concesso come strutture per persone affette da morbo di Alzheimer – individuati nelle Tabelle 2 e 5 della D.G.R. 06.4.2009, n° 38-11189 – nonché i presidi pubblici e privati in possesso del parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92 per la creazione di Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) – individuati nelle Tabele 3 e 6 della D.G.R. 06.4.2009, n° 38-11189 – sono da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto purché rispondano, per quanto attiene ai requisiti delle camere da letto del Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) e dei servizi igienici dei Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo, ai requisiti strutturali del regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo o del parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92, fermo restando l'obbligo di realizzare gli adeguamenti ulteriori previsti dalla succitata D.G.R. n° 38-11189/2009;

ritenuto opportuno precisare che per quanto riguarda gli adeguamenti strutturali di cui ai punti precedenti occorre tenere presente che a decorrere dalla data di esecutività della D.G.R. 12.11.2001, n. 43-4413 "*L.R. 8/11/2000 n. 328 relativa alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. "Indirizzi operativi per l'applicazione del DM 21/5/2001 n. 308" attuativo della legge - Approvazione*", per le strutture socio-assistenziali e per le strutture socio-sanitarie di tipologia R.A.F. i requisiti definitivi previsti sono quelli stabiliti dai provvedimenti regionali indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento integrati con quelli richiamati dalla succitata D.G.R. n. 43-4413/2001;

ribadito che con l'adozione del presente provvedimento si dà attuazione a quanto disposto sia dal D.P.R. 14 gennaio 1997 sia dall'articolo 1, comma 796, lettera s), della Legge 27.12.2006, n. 296 (Finanziaria 2007), in ordine alla cessazione dei transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'art. 8-*quater* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.- sia dall'art. 1, comma 796, lettera t), della predetta

Legge n. 296/2006, il quale stabilisce che le regioni sono tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che a partire dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-*quater*, comma 7, del D.Lgs 502/1990 e s.m.i;

visto l'Allegato A) al presente atto deliberativo, mediante il quale si provvede, in osservanza anche a quanto disposto dal comma 2 dell'art. 37 della L.R. n. 1/2004, a classificare le strutture residenziali e semiresidenziali con indicazione degli atti normativi che definiscono i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi ed individuano i soggetti istituzionali cui compete l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al funzionamento, oltre che la funzione di vigilanza e la tipologia di accreditamento cui fare riferimento (socio-sanitario o sociale);

ritenuto necessario prevedere, relativamente alle tipologie di strutture per disabili denominate "Gruppo appartamento per disabili gravi motori o fisici" e "Comunità di tipo familiare per disabili gravi", che - a parziale rettifica della D.G.R. n. 42 - 6288 del 10/6/2002 - le stesse, ai fini del presente provvedimento di accreditamento, dovranno essere oggetto di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal competente soggetto indicato in allegato A), fermo restando che la verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. n. 32 - 29522 del 1/3/2000 e s.m.i in attuazione del disposto di cui all'art 8 ter, comma 5 del D.Lgs n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione Regionale decorre per tali tipologie con riferimento a strutture che entrano in funzione successivamente alla data di adozione del presente atto;

ritenuto di precisare che, nelle more della definizione delle procedure di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari, eventuali interventi integrati in attuazione della D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 - ivi compresi i Centri Addestramento Disabili Diurni, Laboratori - Centri di lavoro guidato e altri servizi sociali di comunità - non rientrano tra le procedure di accreditamento di cui al presente atto, ma sono oggetto di rapporti economici, gestionali e qualitativi disciplinati da convenzioni stipulate tra le parti;

ritenuto di stabilire il 31/12/2010 quale data di conclusione della fase sperimentale gestionale, prevista dalla D.G.R. n. 51-11959 del 8/3/2004 e di prevedere altresì che tale sperimentazione venga ricondotta ad una delle tipologie di cui all'allegato A al presente atto o a eventuale altra futura tipologia tenuto conto della specificità dell'utenza accolta, fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accreditamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

relativamente alle strutture classificate Comunità Terapeutiche per Minori ai sensi della D.G.R n. 41 - 12003 del 15/3/2004 a titolarità e totale spesa in carico all'ambito sanitario - si ritiene di applicare le procedure di accreditamento contenute nel presente atto;

ritenuto di stabilire che le strutture denominate: Comunità Educativa Integrata e Pensionato Integrato e qualificate, ai sensi della D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003, come sperimentali per un periodo massimo di tre anni, qualora non rinnovate per motivate esigenze, vengano ricondotte, al termine della sperimentazione, ad una delle altre tipologie strutturali e gestionali dell'area minori identificate nell'Allegato A) al presente provvedimento o ad altra futura tipologia, fermo restando, nel frattempo, la possibilità dell'accREDITAMENTO secondo le procedure stabilite dal presente provvedimento per l'area minori;

considerata altresì la necessità di meglio definire i requisiti strutturali e gestionali delle strutture attualmente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili e Comunità Alloggio con standard gestionali RAF di cui alla D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003, tenuto conto delle specificità dell'utenza accolta, appare opportuno rinviare ad un successivo provvedimento - da adottarsi entro il 31/12/2010 - tale definizione, fermo restando, nelle more di tale atto, la possibilità di accedere alle procedure di accREDITAMENTO della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

ritenuto di stabilire che per le strutture definite dalla recente D.G.R. n 10 – 11729 del 13/7/2009 “Casa Famiglia ad accoglienza mista”, le stesse possono essere accreditate secondo le procedure di cui al presente provvedimento con riferimento all'area tipologica di accoglienza individuata nell'Allegato B) al presente atto, fermo restando che la verifica di compatibilità - prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n 32 – 29522 e s.m.i, in attuazione del disposto di cui all'art 8 ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999 - rilasciata dalla competente Direzione Regionale, deve essere richiesta solo per le strutture che saranno autorizzate in data successiva alla adozione del presente provvedimento;

visti gli allegati B), C), E) al presente provvedimento, attraverso i quali, in attuazione di quanto disposto dal D.Lgs 502/1992 e s.m.i., si definiscono gli ulteriori requisiti necessari per il riconoscimento dell'accREDITamento definitivo delle strutture socio-sanitarie;

visto l'Allegato D) al presente provvedimento, attraverso il quale si definiscono modalità e procedure per la presentazione dell'istanza e per il rilascio del provvedimento di accREDITamento definitivo delle strutture socio-sanitarie e dato atto che eventuali modifiche od integrazioni di tali modalità potranno essere apportate mediante Determinazione dirigenziale da parte della Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia o dal competente Settore della Direzione stessa, sentita anche la Direzione regionale Programmazione Sanitaria;

ritenuto di stabilire che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accREDITamento, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza.

Ritenuto di evidenziare sin da ora ché i prossimi provvedimenti regionali disciplinanti i requisiti strutturali dei presidi dovranno privilegiare l'implementazione di misure atte a ridurre i consumi energetici degli edifici, quali il ricorso alle fonti solari per la produzione dell'acqua calda sanitaria.

Considerato altresì, al fine di consentire l'effettivo esercizio del diritto di scelta ed all'informazione, di prevedere che le ASL e il Comune di Torino, per il territorio di propria competenza, si dotino di procedure di gestione atte a garantire la piena e trasparente informazione ai cittadini piemontesi sulle strutture socio-sanitarie accreditate, ed a darne comunicazione alle Direzioni regionali competenti che provvederanno analogamente per l'intero territorio regionale;

rilevata, infine, la necessità di provvedere al monitoraggio costante sullo stato di attuazione del presente provvedimento e delle progressioni in esso previste, anche al fine di verificare l'eventuale incidenza dei nuovi percorsi di qualità sui costi di gestione delle strutture interessate e, conseguentemente, il loro eventuale impatto sulla definizione delle tariffe;

visto il parere favorevole espresso dal CORESA nella seduta del 28 luglio 2009;

sentita la competente commissione consiliare la quale ha espresso parere favorevole in data 10.09.2009;

con voto unanime reso in forma palese,

d e l i b e r a

- 1) di approvare, in esecuzione di quanto disposto dall'art. 37, comma 2, della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1, l'Allegato A), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che comprende la classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali ed i correlati riferimenti normativi e amministrativi contenenti i requisiti strutturali, gestionali, e organizzativi nonché l'indicazione dei soggetti istituzionali cui compete, alla data del presente atto, l'adozione dei provvedimenti per l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al



funzionamento delle varie tipologie di strutture, la funzione di vigilanza e la tipologia di accreditamento;

- 2) di definire con il presente provvedimento criteri, modalità e procedure per l'accreditamento definitivo delle strutture classificate come socio-sanitarie nell'Allegato A) al presente provvedimento, con i requisiti strutturali organizzativi e gestionali ivi richiamati. Le altre attività socio-sanitarie integrate di cui alla D.G.R n.51 – 11389 del 23/12/2003 attualmente in atto sul territorio regionale dovranno essere garantite attraverso i vigenti accordi locali;
- 3) di stabilire che per essere accreditate le strutture socio-sanitarie devono possedere gli ulteriori requisiti di cui al punto successivo, oltre i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dai provvedimenti analiticamente indicati in allegato A) al presente atto, costituenti elemento sostanziale del provvedimento autorizzativo all'apertura e al funzionamento;
- 4) di approvare gli allegati B) C) E) costituenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con i quali si definiscono gli ulteriori requisiti necessari per l'accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie private e pubbliche;
- 5) di stabilire che i requisiti definiti con il presente provvedimento per l'accreditamento delle strutture classificate socio-sanitarie nell'Allegato A), decorrono per le strutture avente natura giuridica privata a far data dal 01.01.2010 e per le analoghe strutture pubbliche a far data dal 01.01.2011 e ciò al fine di consentire ai soggetti pubblici gestori delle stesse di adottare e/o modificare i propri atti di programmazione e organizzazione, rimanendo inteso che sino a tale data le strutture pubbliche possono continuare ad operare secondo le disposizioni che attualmente definiscono i rapporti convenzionali con il sistema pubblico;
- 6) di stabilire che per l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) ed i Protocolli di attività relativi all'accoglienza in struttura e alla umanizzazione della permanenza nelle residenze, previsti nell'Allegato E), una fase di graduale attuazione differendone l'applicazione a decorrere dal 1/7/2011 e prevedendo nel contempo una sperimentazione regionale da definirsi con successivo provvedimento rivolto alla verifica delle eventuali criticità gestionali ed organizzative;
- 7) di approvare l'allegato D), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale si definiscono modalità e procedure per la presentazione dell'istanza e per il rilascio del provvedimento di accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie, dando atto che eventuali modifiche od integrazioni di tali modalità potranno essere apportate mediante determinazione dirigenziale da parte della Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia o dal competente Settore della Direzione stessa, sentita anche la Direzione regionale Programmazione Sanitaria;
- 8) di stabilire che l'accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non costituisce, in capo alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale, impegno di remunerazione delle prestazioni erogate e di utilizzo dei posti letto al di fuori di quelli utilizzati dai cittadini assistibili nell'ambito del livello di spesa e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente;
- 9) di stabilire che ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 8, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno stabilito a livello regionale per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, le AA.SS.LL. sono tenute a porre a carico del S.S.R. un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione regionale e locale;
- 10) di precisare che il presente provvedimento costituisce attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997 e che i requisiti minimi stabiliti da detto D.P.R. si affiancano sia a quelli già previsti dalla normativa regionale attualmente in vigore sia a quelli definiti con il presente provvedimento,

nonché a quelli che potranno derivare da successive modifiche, e ciò con riferimento agli standard migliorativi rispetto al livello minimo, il cui possesso è condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria;

- 11) di stabilire che, per le motivazioni di cui in premessa, in attuazione di quanto previsto dalla L. 27.12.2006, n. 296, art. 1, comma 796, lettera s), le disposizioni di cui alla D.G.R. 30.3.2005, n. 18-15227, costituiscono, sino alla data del 31.12.2009, accreditamento provvisorio per le strutture socio-sanitarie private e sino al 31.12.2010 per le strutture socio-sanitarie pubbliche;
- 12) di stabilire che, in via transitoria e, nelle more dell'adozione dell'atto deliberativo previsto dall'art. 26 della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1, il provvedimento di accreditamento delle strutture in questione e le successive procedure di verifica e di accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti di cui al presente atto viene rilasciato dalle AA.S.L. secondo quanto definito nella D.G.R. 11.02.2008, n. 32-8191 ed al Comune di Torino per il territorio di sua competenza secondo le modalità adottate di concerto con le ASL ai sensi dell'art 6 comma 2, lettera e) della L.R. n.1 del 8 gennaio 2004 in coerenza con le procedure di cui al presente atto, ferma restando l'opportunità che le funzioni amministrative di autorizzazione, accreditamento e vigilanza siano assegnate ad un centro di responsabilità diverso da quello competente alla stipula delle convenzioni;
- 13) di stabilire che, in coerenza a quanto previsto dall'art. 54 della L.R. n. 1/2004, le strutture socio-sanitarie gestite direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali sono accreditate dalla Regione con le modalità previste negli atti amministrativi regionali inerenti le funzioni di vigilanza;
- 14) di dare atto che il termine del procedimento - che si conclude con l'accreditamento e la successiva stipula dell'accordo contrattuale disciplinante i rapporti tra i soggetti pubblici titolari delle funzioni ed i soggetti gestori dei servizi residenziali – è fissato in novanta giorni sia per le strutture private sia per le strutture pubbliche dalla data di presentazione della relativa istanza, fatto salvo quanto previsto al successivo punto 22 ) per la fase di prima applicazione;
- 15) di stabilire che relativamente alle tipologie di strutture per disabili denominate “Gruppo appartamento per disabili gravi motori o fisici” e “Comunità di tipo familiare per disabili gravi”, che - a parziale rettifica della D.G.R. n. 42-6288 del 10/6/2002 - le stesse, ai fini del presente provvedimento di accreditamento, dovranno essere oggetto di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal competente soggetto indicato in allegato A), fermo restando che la verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. n. 32-29522 del 1/3/2000 e s.m.i in attuazione del disposto di cui all'art 8 ter, comma 5 del D.Lgs n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione Regionale decorre per tali tipologie con riferimento a strutture che entrano in funzione successivamente alla data di adozione del presente atto;
- 16) di precisare che, nelle more della definizione delle procedure di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari, eventuali interventi integrati in attuazione della D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 – ivi compresi i Centri Addestramento Disabili Diurni, Laboratori – Centri di lavoro guidato e altri servizi sociali di comunità – non rientrano tra le procedure di accreditamento di cui al presente atto, ma sono oggetto di rapporti economici, gestionali e qualitativi disciplinati da convenzioni stipulate tra le parti;
- 17) di stabilire il 31/12/2010 quale data di conclusione della fase sperimentale gestionale, prevista dalla D.G.R. n. 51-11959 del 8/3/2004 e di prevedere altresì che tale sperimentazione venga ricondotta ad una delle tipologie di cui all'allegato A al presente atto o a eventuale altra futura tipologia tenuto conto della specificità dell'utenza accolta, fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accreditamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

- 18) di stabilire che relativamente alle strutture classificate Comunità Terapeutiche per Minori ai sensi della D.G.R. n. 41-12003 del 15/3/2004 – a titolarità e totale spesa in carico all'ambito sanitario – si applichino le procedure di accreditamento contenute nel presente atto;
- 19) di stabilire che le strutture denominate: Comunità Educativa Integrata e Pensionato Integrato e qualificate, ai sensi della D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003, come sperimentali per un periodo massimo di tre anni qualora non rinnovate per motivate esigenze, vengano ricondotte, al termine della sperimentazione, ad una delle altre tipologie strutturali e gestionali dell'area minori identificate nell'Allegato A) al presente provvedimento o ad altra futura tipologia, fermo restando, nel frattempo, la possibilità dell'accREDITamento secondo le procedure stabilite dal presente provvedimento per l'area minori;
- 20) di stabilire che relativamente alle strutture attualmente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili e Comunità Alloggio con standard gestionali RAF di cui alla D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003, e tenuto conto delle specificità dell'utenza accolta, entro il 31/12/2010 vengano definiti idonei requisiti strutturali e gestionali fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accREDITamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;
- 21) di stabilire che per le strutture definite dalla recente D.G.R. n. 10 – 11729 del 13/7/2009 “Casa Famiglia ad accoglienza mista”, le stesse possono essere accreditate secondo le procedure di cui al presente provvedimento con riferimento all'area tipologica di accoglienza individuata nell'Allegato B) al presente provvedimento, fermo restando che la verifica di compatibilità - prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n 32 – 29522 e s.m.i, in attuazione del disposto di cui all'art 8 ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999 - rilasciata dalla competente Direzione Regionale, deve essere richiesta solo per le strutture che saranno autorizzate in data successiva alla adozione del presente;
- 22) di prevedere che, in fase di prima applicazione, i termini per la presentazione dell'istanza di accREDITamento, secondo le modalità, le procedure e la documentazione prescritta, come da Allegato D) al presente provvedimento, sono fissati per le strutture private per il giorno 7 novembre 2009 e per quelle pubbliche dal 1/1/2010 al 30 settembre 2010 ed i termini per la conclusione del procedimento sono fissati rispettivamente per il giorno 31/12/2009 e 31/12/2010;
- 23) di definire i seguenti criteri per le procedure di accREDITamento relativamente alle varie situazioni in cui operano attualmente i presidi residenziali:
- 23/A) i presidi pubblici e privati classificati socio-sanitarii nell'allegato A), in possesso di autorizzazione al funzionamento in regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo stesso, accedono alle procedure di accREDITamento alla sussistenza degli ulteriori requisiti di cui agli allegati B), C), E);
- 23/B) i presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. n. 26.9.1992, n° 38-16335, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3 "*Regime transitorio*" "*Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento*" della predetta D.G.R. n. 38-16335/1992, ovvero dei presidi di cui alla D.G.R. n. 60 – 11842 del 23.02.2004, potranno accedere alle procedure di accREDITamento previste dal presente provvedimento previa la realizzazione dei necessari adeguamenti strutturali di cui al vigente regime definitivo, così come richiamati nell'Allegato A), adeguamenti strutturali autorizzabili subordinatamente alla acquisizione, laddove necessaria, della verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. n. 32-29522 del 01.3.2000, e s.m.i., in attuazione del disposto

di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione Regionale; conseguentemente tali strutture, attualmente operanti secondo il cosiddetto regime di "mantenimento autorizzativo" o "registrazione", dovranno eseguire gli interventi di adeguamento previsti per le singole tipologie strutturali e acquisire la relativa autorizzazione al funzionamento entro il 31.12.2013 fermo restando che il mancato adeguamento entro tale data comporterà la revoca del titolo autorizzativo;

- 23/C) i presidi pubblici e privati, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della D.G.R. n. 41-42433/1995, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo (cosiddetto "regime transitorio"), possono presentare istanza di accreditamento secondo le procedure definite dal presente atto, unitamente ad una dichiarazione d'impegno a produrre entro il 29.10.2010 per i soggetti privati ed entro il 31.10.2011 per i soggetti pubblici al competente soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento, un progetto di livello definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali del regime definitivo come indicato nell'Allegato A) al presente provvedimento, unitamente ad un piano finanziario e un cronoprogramma dell'intervento che, comunque, dovrà concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione dell'istanza. Tali adeguamenti potranno essere realizzati anche con una ridefinizione di posti letto per nucleo inferiore a dieci e/o multipli di dieci e comunque nel limite massimo dei posti attualmente autorizzati - subordinatamente alla acquisizione, della verifica di compatibilità - prevista dalla D.G.R. 01.3.2000, n. 32-29522 e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999 - rilasciata dalla competente Direzione regionale, con l'avvertenza che l'omessa, la tardiva, l'incompleta o la non conforme presentazione della suddetta documentazione, comporterà un eventuale ridefinizione tariffaria o revoca dell'accreditamento - già assegnato per effetto della presente statuizione sub condizione - secondo criteri e modalità da definirsi nell'ambito delle procedure applicative della DGR n. 17-15226/2005 e s.m.i.;
- 23/D) sono accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto anche "blocchi strutturali" e/o nuclei all'interno di strutture con pluralità di servizi della medesima area funzionale, purché siano rispettati gli standard previsti per i servizi collettivi, generali, sanitari e ausiliari per tutta la struttura, con la specificazione che per i servizi di cucina, lavanderia e stireria, magazzini è ammesso l'utilizzo dei rispettivi servizi centralizzati a disposizione dell'intero complesso strutturale del soggetto gestore;
- 23/E) i presidi già operanti che hanno concluso, alla data di adozione del presente provvedimento, interventi di realizzazione, adattamento di strutture esistenti, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede, con i requisiti del regime definitivo possono presentare istanza di accreditamento, previa acquisizione del previsto titolo autorizzativo al funzionamento conseguente all'intervento, fermo restando che, laddove necessario, occorre acquisire, anche in sanatoria, la verifica di compatibilità prevista dalla D.G.R. n. 32-29522 del 01.3.2000, e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione regionale;
- 23/F) I presidi pubblici e privati in possesso di titolo autorizzativo temporaneo concesso come strutture per persone affette da morbo di Alzheimer - individuati nelle Tabelle 2 e 5 della D.G.R. 06.4.2009, n° 38-11189 - nonché i presidi pubblici e privati in possesso del parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92 per la creazione di Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) - individuati nelle Tabelle

3 e 6 della D.G.R. 06.4.2009, n° 38-11189 – sono da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto purché rispondano, per quanto attiene ai requisiti delle camere da letto del Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) e dei servizi igienici dei Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo, ai requisiti strutturali del regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo o del parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92, fermo restando l'obbligo di realizzare gli adeguamenti ulteriori previsti dalla succitata D.G.R. n° 38-11189/2009;

- 24) di stabilire che per le istanze d'accreditamento presentate successivamente ai termini previsti dal presente provvedimento, diventa in ogni caso imprescindibile - oltre il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dalla normativa di riferimento, comunque indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento, nonché gli ulteriori requisiti di qualità pure essi già definiti dal presente provvedimento attraverso gli allegati B) C) E), e quelli che, eventualmente, potranno essere introdotti con successivi atti deliberativi - il favorevole parere di compatibilità, previsto dalla D.G.R. n. 32-29522 del 01.3.2000, e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs n. 229/1999, rilasciato dalla competente Direzione regionale;
- 25) di prevedere che qualora la Regione definisca nuove tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali non comprese nell'elenco delle tipologie esistenti e richiamate nell'All. A) al presente atto, il relativo provvedimento dovrà contenere, oltre alla definizione dei requisiti strutturali e gestionali, anche le modalità per il rilascio del titolo autorizzativo ed i criteri specifici per l'accreditamento;
- 26) di definire che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accreditamento, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza;
- 27) di ribadire che per quanto riguarda la figura e le funzioni di responsabile di struttura trovano applicazione le disposizioni di cui alla D.G.R. 14.7.2008, n. 35-9199;
- 28) di prevedere che i prossimi provvedimenti regionali disciplinanti i requisiti strutturali dei presidi dovranno privilegiare l'implementazione di misure atte a ridurre i consumi energetici degli edifici, quali il ricorso alle fonti solari per la produzione dell'acqua calda sanitaria;
- 29) di provvedere al monitoraggio costante sullo stato di attuazione del presente provvedimento e delle progressioni in esso previste, anche al fine di verificare l'eventuale incidenza dei nuovi percorsi di qualità sui costi di gestione delle strutture interessate e, conseguentemente, il loro impatto sulla definizione delle tariffe, nonché per una eventuale ridefinizione dei termini temporali per i previsti adeguamenti strutturali;
- 30) di prevedere l'adozione di uno schema contrattuale tipo regionale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici titolari (Aziende sanitarie Locali e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali) e soggetti gestori delle strutture, da adottarsi con successivo provvedimento deliberativo entro tempi funzionali al presente atto.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 gg. dalla predetta data.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.