

Deliberazione della Giunta Regionale 4 agosto 2010, n. 46-528

Art. 8/ter D.lgs. 502/1992 e s.m.i.. Modalita', termini e criteri per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 32 -29522 del 1 marzo 2000 e s.m.i., alla D.G.R 25-12129 del 14 settembre 2009 e alla D.G.R. 82-12916 del 21 dicembre 2009.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

L'art. 8/ter, comma 3, del D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, così come modificato dal D.lgs. n. 229 del 16 giugno 1999, prevede per la realizzazione e l'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie, che il Comune dove insisterà la struttura, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni, acquisisca la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione.

L'articolo citato, tra l'altro, al comma 5, prevede che le Regioni determinino le modalità ed i termini per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché l'individuazione degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture.

Per quanto attiene l'area degli anziani non autosufficienti, la Regione Piemonte, attraverso i propri atti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria integrata, ha definito, in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Nazionale, gli obiettivi e le linee di governo del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento all'attuazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani".

A questo proposito va rilevato che la Regione Piemonte ha realizzato, attraverso il ricorso a fondi statali e regionali vincolati e grazie ad una rilevante iniziativa privata, una rete di servizi e prestazioni socio-sanitarie integrate di tipo domiciliare, residenziali extra-ospedaliere, Residenze Sanitarie Assistenziali (di seguito R.S.A.), e Residenze Assistenziali Flessibili (di seguito R.A.F.) e semi-residenziali, Centri Diurni Integrati (di seguito C.D.I.).

Sul fronte dell'assistenza residenziale, la Regione Piemonte ha attuato, attraverso i fondi di cui all'art. 20 della L. 67/88 e di cui alla L. R. 73/96 e s.m.i., un'intensa azione per incrementare la risposta offerta, attraverso la crescita della dotazione di posti letto in regime definitivo, e per migliorare la qualità della vita all'interno dei presidi, favorendo il superamento delle inapproprietezze strutturali.

In questo modo è stato possibile garantire un'ampia disponibilità di presidi e strutture nelle tipologie R.S.A. e R.A.F., finalizzata, da un lato, a garantire la libera scelta del cittadino e, dall'altra, una maggiore possibilità alle Aziende Sanitarie Locali (di seguito ASL) di individuare soggetti erogatori qualificati, per assicurare una adeguata assistenza agli anziani non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio.

Le istanze volte alla realizzazione di nuove strutture socio-sanitarie vengono valutate dalla Regione, in termini di compatibilità e coerenza rispetto al fabbisogno regionale complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture esistenti, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi, valorizzare le aree di insediamento prioritario e fornire servizi omogenei.

Tale valutazione è imprescindibile dalla concreta conoscenza della domanda espressa dalla popolazione residente sul territorio, sulla base delle dotazioni di posti letto presenti in ciascuna ASL.

In tal senso, con deliberazione n. 32-29522 del 1 marzo 2000, la Giunta regionale aveva approvato, in attuazione del disposto dell'art. 8/ter D. Lgs. 502/92 e s.m.i., le modalità e i termini del procedimento di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, individuandone gli ambiti territoriali carenti.

Con deliberazione n. 42-12004 del 15 marzo 2004, la Giunta regionale, alla luce del costante aumento della popolazione anziana e dell'evoluzione del modello familiare, che hanno comportato

un significativo incremento della domanda di posti letto in strutture residenziali, ha ridefinito l'indicazione programmatica, attestandola a 2 posti letto ogni 100 anziani ultrassessantacinquenni nell'ambito dell'area di riferimento.

Con la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" si è stabilito che il modello di assistenza residenziale sia fondato sull'individuazione di tre fasce di intensità assistenziale (bassa, media, alta) degli interventi da erogarsi nell'ambito delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, superando in tale modo l'articolazione degli interventi nelle tipologie RSA e RAF e orientando l'organizzazione delle strutture medesime a garantire l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare.

Con la D.G.R. n. 18-15227 del 30 marzo 2005, la Giunta regionale, ai sensi dell' art. 3 della L. R. n. 1/2004, che stabilisce, tra l'altro, il principio della libera scelta della persona, ha introdotto l'apertura al convenzionamento con il sistema pubblico regionale dei posti letto di tutte le strutture o nuclei strutturali di tipologia R.S.A. e/o R.A.F. autorizzati in regime definitivo e in regime transitorio per anziani non autosufficienti.

Con D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, in adempimento dell'art. 37 comma 2 della L.R. n. 1/04, si è proceduto, tra l'altro, alla classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, individuando i relativi requisiti strutturali, gestionali e organizzativi.

Con il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 la Regione ha previsto l'incremento dei posti letto convenzionati per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni) al termine dei quattro anni di validità del Piano, privilegiando il riequilibrio territoriale anche per quanto riguarda i criteri di accesso e le tariffe delle strutture, nonché la creazione di posti letto per la de-ospedalizzazione protetta presso le residenze sanitarie assistenziali.

La Tabella 1 "Posti letto in strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti" – parte integrante e sostanziale della presente deliberazione - riporta la situazione aggiornata per ogni Azienda Sanitaria Locale dei posti autorizzati in regime definitivo ed in regime transitorio, quelli finanziati con lavori in corso, nonché quelli per i quali è stato dato parere favorevole ai sensi dell'art. 8/ter.

Dai dati della Tabella 1 emergono i seguenti elementi di valutazione:

- a. l'attuale dotazione di posti letto R.S.A. e R.A.F. autorizzati in regime definitivo e transitorio (22.965 posti letto, esclusi i posti letto dei Nuclei Alzheimer Temporanei ai sensi della D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009) supera di poco l'obiettivo di posti letto convenzionabili, previsto dal Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, per garantire l'assistenza sanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti (20.175 posti letto);
- b. gli investimenti nazionali e regionali per l'adeguamento della rete di queste strutture consentiranno di realizzare 903 nuovi posti letto;
- c. particolare criticità assume la situazione della città di Torino, la cui dotazione di posti letto R.S.A. e R.A.F. è ampiamente sottodimensionata (2.142 posti letto autorizzati rispetto all'attuale fabbisogno di 4.324 posti letto, pari al 2% degli anziani ultra 65enni residenti);
- d. tale carenza induce alla ricerca da parte degli anziani di strutture residenziali fuori dal proprio ambiente di riferimento, creando un'insufficienza di posti anche nella prima cintura torinese;
- e. occorre tenere conto dei pareri favorevoli già espressi ai sensi dell'art. 8/ter del D. lgs. 502/92, per complessivi 3.885 posti letto, le cui modalità procedurali sono riconducibili alle seguenti tre fattispecie: Permesso di Costruire, Denuncia di Inizio Attività, nessuna autorizzazione edilizia (vedi Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento).
- f. la DGR n. 82-12916 del 21 dicembre 2009 dispone la temporanea sospensione dei termini per il rilascio dei pareri ex art. 8 ter: successivamente all'adozione di tale atto, sono pervenute alla Direzione Sanità – Settore Assistenza Sanitaria Territoriale, ulteriori istanze di verifica di compatibilità per l'attivazione di ulteriori 1931 posti letto.

I dati sopra esposti evidenziano una crescita progressiva dell'offerta sul territorio regionale, che porta il numero di posti letto di RSA e RAF a 27.753 (Tabella 1 – Totale PL), pari al 2,75% della popolazione ultrasessantacinquenne.

A tal proposito, occorre precisare che una quota parte dei suddetti posti letto è utilizzata dalle Aziende Sanitarie, in ottemperanza a disposizioni regionali, anche per attività sanitarie e socio-sanitarie che garantiscono percorsi di continuità assistenziale. Altresì, una percentuale di posti letto esistenti è utilizzata da anziani inseriti privatamente.

Pertanto, si definisce quale fabbisogno in termini di risposta da realizzarsi sul territorio regionale il raggiungimento di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nell'ambito di ciascun Distretto di ogni ASL, ferma restando la percentuale di convenzionamento prevista dal Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, pari al 2%.

Fermo restando il limite attualmente previsto dalla normativa vigente di un numero massimo complessivo di 120 p.l. per le strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, che ospitano nuclei di diverse tipologie (RAF, RSA, Nuclei Alzheimer Temporanei/NAT, Nuclei Stati Vegetativi/NSV e Nuclei Alta Complessità/NAC) nonché le altre norme strutturali vigenti riferite alla composizione delle strutture stesse, sono ritenuti validi i pareri regionali di compatibilità ex art 8 ter D. lgs. 502/92 e s.m.i. già rilasciati fino alla data di adozione del presente atto deliberativo in deroga a tale limite.

Si ritiene, altresì, opportuno, stante la carenza di posti letto per anziani non autosufficienti esclusivamente per il territorio delle ASL TO1 e TO2, consentire la realizzazione di strutture con un numero di posti letto superiore ai limiti previsti dalla normativa vigente fino ad un massimo di 200 p.l., nel rispetto delle altre norme strutturali vigenti.

Il raggiungimento di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nelle suddette ASL richiederebbe un'implementazione di 3795 posti letto. Attualmente l'indice dei posti letto autorizzati al funzionamento nelle ASL TO1 e TO2 è pari allo 0,99%, che s'incrementa di soli 0,25 punti percentuali conteggiando sia i pareri positivi alle domande ai sensi dell'8 ter del D. lgs. 502/92 presentate sia i pareri positivi relativi a finanziamenti alla costruzione. Tale carenza di posti letto sta da tempo obbligando le ASL TO1 e TO2 ad inserire i propri residenti in strutture socio-sanitarie presenti in particolare nelle ASL del resto dell'area metropolitana. Pertanto, visti gli indici a livello aziendale delle ASL TO3, TO4 e TO5 (rispettivamente 2,37%, 3,84% e 2,93%) e l'alta richiesta di inserimento di residenti delle ASL TO1 e TO2 nelle strutture socio-sanitarie residenziali delle summenzionate ASL dell'area metropolitana, si rende necessario decurtare del 20,95% i 3795 posti letto necessari all'ASL TO1 e TO2 per raggiungere la disponibilità teorica di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni. L'ASL TO3 non rientra nella suddetta redistribuzione in quanto ha ancora a disposizione 1209 posti letto per il raggiungimento dell'indice regionale del 3%. Alla luce di quanto esposto, viene ripartito il 20,95% (pari a 795 posti letto) in proporzione alla popolazione residente ultrasessantacinquenne alla TO4 il 13,51% (pari a 513) e alla TO5 il 7,44% (pari a 282); tale disponibilità di posti letto può essere utilizzata anche nei Distretti ove l'indice superi il 3%.

L'istanza di verifica di compatibilità e autorizzazione alla realizzazione di interventi che ricadono nel punto 23 B) della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, può essere presentata ed esaminata in deroga al raggiungimento di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nell'ambito di ciascun Distretto di ogni ASL, a condizione che l'intervento di trasformazione non superi il numero di posti letto complessivamente autorizzati alla data di adozione del presente provvedimento e vi sia parere favorevole rilasciato dall'ASL territorialmente competente.

Gli interventi che ricadono nel punto 23 C) della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009 non sono soggetti alla verifica di compatibilità né all'autorizzazione alla realizzazione, in quanto i posti letto da trasformare per non autosufficienti di tipologia RAF/RSA sono già considerati nella programmazione regionale.

L'ammissione al contributo regionale di cui al Bando approvato con D.G.R. n. 37-10232 del 1 dicembre 2008, per i Progetti in possesso di parere di congruità rilasciato dall'ASL territorialmente competente, tiene luogo della verifica di compatibilità dell'art. 8 ter, comma 3, del D. lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i.

Per quanto attiene all'area delle disabilità, il P.S.S.R. 2007-2010, approvato con D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007, nell'Allegato A, cap. 4, punto 4.5.3.2., ha definito fra le strategie generali di sviluppo prioritarie:

- *“la disponibilità di una rete di centri diurni, da potenziare in modo tale da assicurare una presenza territoriale omogeneamente diffusa”*,

- *“la necessità di realizzare una rete diffusa di strutture residenziali di contenute dimensioni, integrate a livello territoriale nel normale contesto di vita di tutti e diversamente finalizzate ed organizzate tenendo conto delle molteplici tipologie di fruitori”*.

In particolare, il P.S.S.R. suddetto attribuisce alle ASL il compito di programmare e valutare le differenziate esigenze di residenzialità e di semiresidenzialità presenti sui rispettivi territori, tenendo conto della tipologia della domanda, della prevalenza dei bisogni rilevati, *“dando in ogni caso priorità agli interventi finalizzati al mantenimento della persona nel suo contesto di vita e perseguendo la finalità di eliminare interventi a carattere istituzionalizzante”*.

Il modello organizzativo per l'articolazione della risposta residenziale e semiresidenziale erogata sul territorio regionale a favore delle persone disabili è disciplinato dall'Allegato B alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003.

Tale modello, fondato sull'individuazione di fasce assistenziali diversificate nell'ambito delle strutture previste dalla normativa regionale vigente, mira ad articolare l'intervento in altrettanti livelli d'intensità delle prestazioni (base, medio, alto), in relazione ai bisogni della persona assistita. Con la D.G.R. n. 64-13649 del 22.3.2010 è stata prevista, nell'ambito del percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti rinnovi contrattuali, la revisione del modello di residenzialità continuativa e diurna per persone disabili di cui alla D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 e s.m.i., *“sulla base di criteri fondati sull'identificazione di risposte flessibili e progressive, con intensità assistenziale e livelli prestazionali correlati alla complessità e specificità dei bisogni, in coerenza con i principi di cui alla D.G.R. n. 51-11389/2003”*.

Anche sull'area delle disabilità la Regione Piemonte ha promosso, attraverso l'erogazione di contributi vincolati per interventi strutturali, ai sensi delle DD.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997, n. 42-6822 del 10.6.2002, n. 60-9690 del 16.7.2003 e n. 69-3862 del 18.9.2006, una rete di interventi rivolti alla riqualificazione ed al potenziamento della risposta residenziale e semiresidenziale offerta sul territorio regionale a favore delle persone disabili.

Le istanze finalizzate alla realizzazione di nuovi posti letto e di nuovi posti utente semiresidenziali, presentate ai sensi dell'art. 8/ter del D. lgs. 502/1992 e s.m.i., vengono valutate, a livello regionale, ai sensi della richiamata D.G.R. n. 32-29522/2000 e s.m.i., sotto il profilo della compatibilità e della coerenza con il fabbisogno regionale complessivo stimato, per tale tipologia di servizi, sulla base dell'andamento annuo delle attività svolte dalle ASL, come risultante dai documenti annuali di pianificazione e di consuntivo dalle medesime definiti.

In particolare, le Tabelle 2 e 2 bis, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, riferite rispettivamente all'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore di disabili, evidenziano per ciascuna ASL ed a livello complessivo regionale:

- l'attuale articolazione quantitativa sul territorio della dotazione di posti letto/utente in strutture residenziali e semiresidenziali, che risulta costituita:

a. dai posti letto/utente già attualmente autorizzati al funzionamento;

b. dai nuovi posti letto/utente oggetto di finanziamento regionale ai sensi della sopra richiamata normativa;

c. dai nuovi posti letto/utente per i quali è stato espresso parere favorevole alla realizzazione, ai sensi dell'art. 8/ter del D. lgs. 502/1992 e s.m.i., non compresi in quelli di cui ai punti a e b;

d. dai nuovi posti letto/utente oggetto di procedimenti sospesi ai sensi della D.G.R. n. 82-12916 del 21.12.2009.

- l'andamento annuo dell'attività svolta dalle ASL, in convenzione con gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, in termini di occupazione di posti letto/utente a gestione diretta ed accreditati, nel triennio 2007/2009.

Dai dati della Tabella 2 (Assistenza residenziale disabili), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, emergono i seguenti elementi di valutazione:

- l'attuale dotazione strutturale di posti letto, equivalente a 6,5 p.l./10.000 ab. a livello complessivo regionale, non è sufficiente a coprire il fabbisogno espresso in termini di attività, equivalente a 7 p.l./10.000 ab. nel biennio 2007/2008 e che nell'anno 2009 ha raggiunto l'indice di 8,2 p.l./10.000 ab.;

- la necessità di un potenziamento dell'attuale dotazione strutturale, tendente verso l'indice medio regionale di attività risultante al termine del triennio preso in esame, si coniuga con l'esigenza di operare un riequilibrio su base territoriale, affinché il volume di posti letto esistente in ciascun ambito territoriale sia maggiormente omogeneo rispetto alla media regionale, ferma restando la coerenza con il fabbisogno di attività espresso localmente.

Dai dati della Tabella 2 bis (Assistenza semiresidenziale disabili), parte integrante del presente provvedimento, emergono invece i seguenti elementi di valutazione:

- l'attuale dotazione strutturale di posti utente, equivalente a 7 p.u./10.000 ab. a livello complessivo regionale, risulta lievemente inferiore rispetto al fabbisogno regionale espresso in termini di attività, che nell'anno 2009 ha raggiunto i 7,2 p.u./10.000 ab.;

- la necessità di un riequilibrio su base territoriale finalizzato a rendere il volume di posti utente esistente in ciascun ambito aziendale e distrettuale maggiormente omogeneo rispetto alla media regionale ed adeguato a soddisfare il fabbisogno di attività espresso localmente si coniuga con l'esigenza di operare, dal punto di vista qualitativo, una riconversione strutturale e gestionale finalizzata ad una maggiore specializzazione dei presidi in essere rispetto alle diverse tipologie di utenza, onde consentire di rispondere in modo sempre più appropriato alla variegata gamma di bisogni espressi dalle persone, adulte e minori, con disabilità psico-fisiche e sensoriali.

Si ravvisa, altresì, la necessità di valutare gli eventuali interventi di riconversione della rete delle strutture residenziali e diurne sia in relazione alla vigente normativa regionale relativa ai requisiti strutturali e gestionali dei presidi per persone disabili sia in relazione alla revisione del modello assistenziale in corso di definizione a livello regionale, ai sensi della sopra citata D.G.R. n. 64-13649/2010.

Per quanto attiene all'area dei minori con gravi patologie psichiatriche, sono state individuate, con D.G.R. 41-12003 del 15 marzo 2004, due tipologie di comunità residenziali: la Comunità Terapeutica (CTM), a totale carico sanitario, e la Comunità Riabilitativa Psicosociale (CRP), in compartecipazione socio-sanitaria.

Con determinazione Dirigenziale n. 179 del 21.07.2005, si è stabilito il fabbisogno regionale complessivo in 210 posti letto, ripartito in 105 posti letto per ciascuna tipologia (CTM e CRP), suddivisi per quadrante.

Con D.G.R. n. 31-12866 del 21.12.2009, si è provveduto ad adeguare il fabbisogno complessivo regionale esclusivamente per le Comunità Riabilitative Psicosociali (CRP), in quanto queste comunità prevedono un periodo di accoglienza maggiore (fino a due anni) rispetto alle Comunità Terapeutiche per Minori (CTM) e, di conseguenza, hanno dimostrato di essere insufficienti rispetto alle esigenze attuali.

Nelle more della revisione e della nuova definizione dell'attuale DGR 41-12003 del 15.03.2004, oggetto di lavoro di un gruppo interdirezionale istituito con D.G.R. 127-4345 del 20.11.2006, si ravvisa, altresì, la necessità di consentire la realizzazione di Comunità Terapeutiche per minori

(CTM), a condizione che vi sia il parere favorevole di congruità programmatica in ordine all'intervento, rilasciato dall'ASL territorialmente competente.

Alla luce di quanto sopra esposto, per quanto concerne le modalità di richiesta per l'autorizzazione alla realizzazione di strutture socio-sanitarie, dall'esperienza maturata a seguito della citata deliberazione n. 32-29522 del 1 marzo 2000, nonché dalle criticità emerse nell'espletamento dell'iter amministrativo in questione, si rileva la necessità di ridefinirne il procedimento, anche in funzione delle sopravvenute disposizioni in materia edilizia, precisando il ruolo del Comune, della Regione e dell'Azienda Sanitaria Locale nelle diverse fasi dello stesso, così come riportato nell'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Dall'attuazione dell'art. 8/ter, comma 3, del D.lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., discendono la verifica di compatibilità e l'autorizzazione alla realizzazione; la prima di competenza della Regione, la seconda di competenza del Comune ovvero della Regione nel caso in cui non sia necessaria l'autorizzazione edilizia.

Si ritiene di individuare il responsabile regionale dei procedimenti di verifica di compatibilità e di autorizzazione alla realizzazione nel Dirigente della struttura competente in materia di Assistenza Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità.

Si ritiene, altresì, di stabilire i termini di conclusione dei procedimenti di verifica di compatibilità e di autorizzazione alla realizzazione in 90 giorni.

A seguito della ricognizione di cui alle Tabelle 1, 2 e 2 bis, allegate al presente provvedimento e parte sostanziale ed integrante, e della definizione del fabbisogno, sanitario e socio sanitario, relativo alle diverse tipologie d'utenza (anziani, disabili e minori), la Direzione Regionale competente ha ora a disposizione gli elementi necessari per poter esprimere la verifica di compatibilità ex art. 8/ter del D. lgs. 502/92 e s.m.i.; pertanto vengono meno le condizioni che avevano portato alla sospensione dei termini procedurali, disposta con la D.G.R. n. 82-12916 del 21 dicembre 2009, punto 6).

In coerenza con quanto sopra rappresentato è necessario che la Direzione Sanità, per governare la programmazione del fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente atto deliberativo, si doti di strumenti informativi idonei.

Tutto ciò premesso,

visto il D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;

vista la Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e s.m.i.;

visto il D.P.R. n. 380 del 6 giugno 2001;

vista la Legge regionale n. 1 del 8 gennaio 2004;

vista la D.G.R. n. 32-29522 del 1 marzo 2000;

vista la D.G.R. n. 42-12004 del 15 marzo 2004;

vista la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003;

vista la D.G.R. n. 17- 15226 del 30 marzo 2005;

vista la D.G.R. n. 18-15227 del 30 marzo 2005;

vista la D.C.R. n. 137 – 40212 del 24 ottobre 2007;

vista la D.G.R. n. 37-10232 del 1 dicembre 2008;

vista la D.G.R. n. 25 -12129 del 14 settembre 2009;

vista la D.G.R. n. 82-12916 del 21 dicembre 2009;

vista la D.G.R. n. 41-12003 del 15 marzo 2004;

vista la D.G.R. n. 31-12866 del 21 dicembre 2009;

vista la D.G.R. n. 62-13647 del 22.3.2010;

vista la D.G.R. n. 64-13649 del 22.3.2010;

la Giunta Regionale a voti unanimi,

delibera

- di prendere atto, per le motivazioni in premessa indicate, dei dati riportati nella Tabella 1 “Posti letto in strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di definire quale fabbisogno in termini di risposta residenziale da realizzarsi sul territorio regionale il raggiungimento di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nell’ambito di ciascun Distretto di ogni Azienda Sanitaria Locale, fermo restando la percentuale di convenzionamento prevista dal Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, pari al 2%;
- di stabilire che, fermo restando il limite attualmente previsto dalla normativa vigente di un numero massimo complessivo di 120 p.l. per le strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, che ospitano nuclei di diverse tipologie (RAF, RSA, NAT, NSV e NAC) nonché le altre norme strutturali vigenti riferite alla composizione delle strutture stesse, sono ritenuti validi i pareri regionali di compatibilità ex art 8 ter D. lgs. 502/92 e s.m.i. già rilasciati fino alla data di adozione del presente atto deliberativo in deroga a tale limite.
- di consentire, stante la carenza di posti letto per anziani non autosufficienti esclusivamente per il territorio delle ASL TO 1 e TO 2, la realizzazione di strutture con un numero di posti letto superiore ai limiti previsti dalla normativa vigente fino ad un massimo di 200 p.l., nel rispetto delle altre norme strutturali vigenti;
- di stabilire, per le considerazioni fatte in premessa, la decurtazione del 20,95% dei 3795 posti letto necessari all’ASL TO1 e TO2 per raggiungere la disponibilità teorica di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni, ripartendo tale percentuale di 20,95% (pari a 795 posti letto) all’ASL TO4 (il 13,51%, pari a 513 posti letto) e all’ASL TO5 (il 7,44%, pari a 282 posti letto), in proporzione alla popolazione residente ultrasessantacinquenne; tale disponibilità di posti letto può essere utilizzata anche nei Distretti ove l’indice superi il 3%;
- di consentire che l’istanza di verifica di compatibilità e autorizzazione alla realizzazione di interventi che ricadono nel punto 23 B) della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, possa essere presentata ed esaminata in deroga al raggiungimento di 3 posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni nell’ambito di ciascun Distretto di ogni ASL, a condizione che l’intervento di trasformazione non superi il numero di posti letto complessivamente autorizzati alla data di adozione del presente provvedimento e vi sia parere favorevole rilasciato dall’ASL territorialmente competente;
- di stabilire che gli interventi che ricadono nel punto 23 C) della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009 non sono soggetti alla verifica di compatibilità né all’autorizzazione alla realizzazione, in quanto i posti letto per non autosufficienti di tipologia RAF/RSA da trasformare sono già considerati nella programmazione regionale;
- di stabilire che l’ammissione al contributo regionale di cui al Bando approvato con D.G.R. n. 37-10232 del 1 dicembre 2008, per i Progetti in possesso di parere di congruità rilasciato dall’ASL territorialmente competente, tiene luogo della verifica di compatibilità dell’art. 8/ter, comma 3, del D. gs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;
- di stabilire che i dati e gli elementi di valutazione relativi all’assistenza residenziale e semiresidenziale a favore di persone disabili sono riportati rispettivamente nelle Tabella 2 e 2 bis e nelle relative note allegate, facenti parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di consentire, nelle more della nuova definizione dell’attuale D.G.R. n. 41-12003 del 15.3.2004, la realizzazione di Comunità Terapeutiche per minori (CTM) a condizione del parere favorevole di congruità delle ASL territorialmente competenti;
- di approvare le modalità ed i termini del procedimento per la richiesta ed il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture socio-sanitarie, nonché la modulistica relativa alla richiesta di autorizzazione alla realizzazione, così come specificato negli Allegati A, B e C, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- di stabilire che tutte le comunicazioni e le richieste facenti parte dell’iter di verifica di compatibilità devono essere inoltrate a tutti i soggetti coinvolti nell’iter stesso (Regione – Direzione

Sanità – Settore Assistenza Sanitaria Territoriale, Azienda Sanitaria Locale e Comune territorialmente competenti, istante);

- di stabilire che le eventuali variazioni e/o modifiche alla modulistica di cui sopra saranno adottate con determinazioni dirigenziali;

- di stabilire che il responsabile dei procedimenti di verifica di compatibilità e di autorizzazione alla realizzazione, nel caso in cui non sia necessaria autorizzazione edilizia, è individuato nel Dirigente della struttura competente in materia di Assistenza Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità;

- di stabilire che i termini di conclusione dei procedimenti di verifica di compatibilità e di autorizzazione alla realizzazione sono stabiliti in 90 giorni;

- di stabilire che, a seguito della ricognizione di cui alle Tabelle 1, 2 e 2 bis, allegate al presente provvedimento e parte sostanziale ed integrante, e della definizione del fabbisogno, sanitario e socio sanitario, relativo alle diverse tipologie d'utenza (anziani, disabili e minori) viene meno l'interruzione dei termini procedurali disposta con la D.G.R. n. 82-12916 del 21 dicembre 2009, punto 6)

- di stabilire che la Direzione Sanità, per governare la programmazione del fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente atto deliberativo, si doti di strumenti informativi idonei.

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

(omissis)

Allegato