

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 97 DEL 19 GEN 2026

STRUTTURA PROPONENTE: UOC TECNICA - U.O.S. PATRIMONIO.

Oggetto: Autorizzazione a Contrarre per la Stipula del Contratto di Locazione a seguito della Manifestazione d'Interesse per l'individuazione di un immobile in locazione passiva da destinare a "Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata R.E.LI.VI." in tutto il territorio della Asl Roma 5 - **Approvazione dello Schema di Contratto di Locazione** tra l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 e la società "Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.".

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

☒ Favorevolepre Dott. Filippo Coiro D.1589/2022☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 16 GEN 2026

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

☒ Favorevole

Dott. Franco Cortellessa

☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 16 GEN 2026

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. _____

del 16/01/2026

Il Direttore *ad interim* della UOC Bilancio e Contabilità
(Dott.ssa Anna Petti)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Direttore f.f. UOC Tecnica/UOS Patrimonio
Ing. Ferdinando Ferone

La presente deliberazione è costituita da n. **5** pagine da n. **1** allegato composto da un totale di pagine n. **33**

PROPOSTA

Il Direttore f.f. UOC Tecnica/UOS Patrimonio relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n. 790 del 01/08/2024, parzialmente modificata con Delibera n. 628 del 09/04/2025, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n. 38 del 13/05/2025;

RICHIAMATE

la Deliberazione n. 9 del 17.01.2025 con la quale veniva prorogato all'Ing. Ferdinando Ferone l'incarico di Dirigente sostituto del Direttore titolare della UOC Tecnica, ai sensi dell'art. 73, comma 4 del CCNL Area funzioni Locali 2016-2018;

la DGR n.865/2022 avente per oggetto: *"Recepimento dell'Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR -, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale Pagina 719 Atto n. G00818 del 25/01/2024 regionali". Assegnazione alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse stanziare, pari a 6.516.874,00 euro, per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale"*, con la quale, tra l'altro, è stato assegnato il finanziamento alla ASL Roma 5 per la sperimentazione di una struttura residenziale per libertà vigilata (RE.LI.VI);

la nota inviata al Ministero della Salute (prot. n. 416368 del 14/4/2023) avente per oggetto: *"Programma Operativo 2022-2024, Azione 113 M03.10 Sanità Penitenziaria. Approvazione del modello organizzativo della struttura per soggetti in Libertà Vigilata dimessi da REMS"* – RE.LI.VI. con la quale si comunica che la Regione Lazio, con Deliberazione 18 ottobre 2022, n. 865, ha provveduto all'assegnazione del finanziamento alla ASL Roma 5 per il progetto RE.LI.VI.;

TENUTO CONTO

della chiusura temporanea degli Edifici "A" e "B" della Casa della Salute e della REMS siti nel Comune di Palombara Sabina, via Salvo d'Acquisto n. 1, disposta con Nota della Direzione Generale prot. n. 37887 del 13.09.2024;

che la rete regionale dei servizi di sanità penitenziari del Lazio è inserito nel Piano dell'Assistenza Territoriale;

RAVVISATA

pertanto la necessità di individuare un immobile da destinare a Struttura Residenziale per Libertà Vigilata (RE.LI.VI.) in tutto il territorio della Asl Roma 5, in ossequio ai criteri della pubblicità e trasparenza, nonché di economicità ed efficacia dell'agire delle Pubbliche Amministrazioni e di esperire un'indagine di mercato al fine di individuare un immobile in locazione per la durata di anni 6, rinnovabile per un ulteriore sessennio nei casi e secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente in materia di locazioni passive delle PP.AA., agibile, realizzato nella piena conformità con le normative vigenti ed in particolare rispondente ai requisiti minimi previsti dalla Deliberazione della Regione Lazio n. 355 del 23.05.2024 (Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017), da destinare alla sede di una Struttura Residenziale per Libertà Vigilata destinata ad ospitare 20 pazienti;

VISTE

le Deliberazioni Aziendali:

- **n. 316 del 27.02.2025**, con la quale è stata **indetta** la Manifestazione d'Interesse per l'individuazione di un immobile da destinare a Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata RE.LI.VI. per ospitare 20 pazienti;
- **n. 825 del 07.05.2025**, con la quale è stata **Nominata** la Commissione per la procedura in argomento ai sensi dall' "Avviso" di Indagine di Mercato;
- **n. 1390 del 24.07.2025**, con la quale si è preso atto dell'esito della Manifestazione d'interesse e della graduatoria e si è proceduto **all'aggiudicazione definitiva** a favore dell'operatore economico risultato 1° classificato, la società "*Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.*";

VISTO

il parere di idoneità da parte della UOC Tecnica della struttura per le finalità in argomento e il Nulla Osta della Progettualità degli spazi destinati ad ospitare 20 pazienti di cui al Progetto ed agli Elaborati Progettuali allegati alla Proposta Economica della società "*Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.*" che prevedono attività di ristrutturazione ed interventi mirati alla sua nuova destinazione d'uso, garantendo spazi adeguati, sicuri e funzionali avendo particolare attenzione all'organizzazione degli ambienti, alla loro accessibilità e alla creazione di condizioni di vivibilità che rispondano ai criteri richiesti dalla più volte citata Deliberazione Regionale;

CONSIDERATA

la validità dell'offerta vincolante di 12 mesi a decorrere dal termine di scadenza per la presentazione della manifestazione d'interesse;

VISTA

la "*Dichiarazione sui tempi previsti di Ultimazione ed Esecuzione Lavori*", agli atti della UOC Tecnica, per i quali si prevede che, a pena di risoluzione, la consegna dell'immobile idoneo per la sua destinazione d'uso entro sei mesi dalla sottoscrizione degli obblighi contrattuali e l'impegno di spesa per le rispettive annualità di competenza;

la Nota della UOC Tecnica prot n. 29421 del 29.07.2025 con la quale veniva richiesta alla società "*Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.*" la trasmissione della Bozza Contrattuale;

ACQUISITA

al protocollo aziendale in data 10.09.2025 n. 34965 la trasmissione della Bozza Contrattuale da parte della società "*Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.*";

PRESO ATTO

che ai sensi del proponendo Schema di Contratto di locazione, condiviso con l'Avvocatura Aziendale in via definitiva in data 08.01.2026, regolante i rapporti tra la Asl Roma 5 e la società "*Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l.*" in argomento:

[...]

- "*Il Locatore è proprietario dell'immobile sito in Tivoli (RM), via Maremmana Inferiore km 3,200, censito al N.C.E.U. del Comune di Tivoli al Foglio 81, particelle 45 (sub 2,6,7,8,9,501) e 47 e della porzione del terreno adiacente/pertinenziale censito al Catasto terreni del Comune di Tivoli al Foglio 81, particella 122;*

- con il presente contratto viene concessa in locazione alla ASL Roma 5 l'immobile (censito al N.C.E.U. del Comune di Tivoli al Foglio 81, particelle 45 (sub 2,6,7,8,9,501) e 47) e la sola parte del terreno (censito al Catasto terreni del Comune di Tivoli al Foglio 81, particella 122) funzionale all'utilizzo della struttura RE.LI.VI., come meglio delimitata ed evidenziata nella planimetria allegata al presente contratto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato "A"**); il tutto come meglio descritto nella documentazione allegata alla partecipazione della Centro Clinico Colle Cesarano s.r.l. del 01/04/2025 alla Manifestazione di Interesse approvata con Delibera ASL Roma 5 n. 316 del 27/02/2025";
- "Il Locatore concede in locazione al Conduttore l'immobile sopra descritto, destinato esclusivamente a Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI.) per l'ospitalità di n. 20 pazienti. La locazione ha durata di anni sei (6) a decorrere dalla Data di Efficacia (come infradefinita), rinnovabile per ulteriori sei (6) anni salvo disdetta comunicata da una delle parti con almeno dodici (12) mesi di preavviso. Resta ferma la facoltà di ciascuna parte di non rinnovare il contratto alla scadenza del primo periodo di sei (6) anni, mediante comunicazione scritta con almeno dodici (12) mesi di preavviso. Il Locatore si impegna a terminare i lavori di ristrutturazione di cui al progetto (corredato da elaborati) inviato in data 01.04.2025, accettato con Delibera ASL RM 5 n. 1390 del 24.07.2025 nel rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici ad eccezione della dotazione minima strumentale di cui al punto 4.14.2 dell'allegato A della Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355 della Regione Lazio sulla "Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017" e a consegnare l'immobile entro e non oltre il _____, ovvero il primo giorno del mese successivo alla scadenza del termine di sei (6) mesi decorrenti dalla data odierna (la "Data di Efficacia"). Resta, in ogni caso, inteso e convenuto tra le Parti che, qualora una o più autorizzazioni previste dalla normativa applicabile per l'esecuzione dei lavori di ristrutturazione non siano state rilasciate dalla competente autorità per causa non imputabile al Locatore, quest'ultimo avrà diritto a posticipare la Data di Efficacia fino al termine massimo del _____. Il Locatore si impegna a comunicare l'esatta Data di Efficacia e l'eventuale proroga della stessa a mezzo PEC con almeno cinque (5) giorni lavorativi di preavviso.";
- "Il canone annuo di locazione è fissato in € 264.000,00 (duecentosessantaquattromila/00), oltre IVA e imposte di legge se dovute, pari a € 22.000,00 (ventiduemila/00) mensili.";
- "Le spese di registrazione saranno ripartite al 50% tra le parti, salvo diversa disposizione di legge".

[...];

RITENUTA

pertanto istruita la presente posizione si ritiene di dover procedere con la proposizione della Deliberazione,

PROPONE

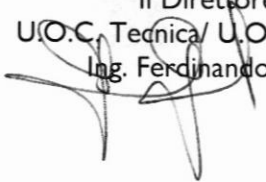
Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate di:

- I. **autorizzare a contrarre** con la società "Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l." alle condizioni economiche stabilite nella proposta economica;

2. **approvare lo Schema del Contratto di Locazione (Allegato I)**, formante parte integrale e sostanziale della presente Deliberazione, tra l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 e la società "Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l." per la durata di 6+6 anni rinnovabili, avente ad oggetto la locazione dell'immobile sito nel Comune di Tivoli, censito al NCEU del medesimo Comune al foglio al Foglio 81, particelle 45 (sub 2,6,7,8,9,501) e 47) e la sola parte del terreno (censito al Catasto terreni del Comune di Tivoli al Foglio 81, particella 122) funzionale all'utilizzo della struttura RE.LI.VI., per un canone annuale pari ad € 264.000,00, al netto delle imposte di legge, a decorrere dalla consegna delle aree rese agibili in conformità alla vigente normativa edilizia e urbanistica e della DGR n. 355 del 23.05.2024, ovvero entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione del presente contratto e inizio lavori;
3. dare atto che tale provvedimento **non comporta un impegno di spesa** per l'anno 2026;
4. **demandare alla UOC Tecnica** la trasmissione del presente provvedimento alla società "Centro Clinico Colle Cesarano S.r.l." e **di demandare a successivo atto deliberativo** la sottoscrizione del Contratto di Locazione e l'impegno di spesa per le rispettive annualità di competenza;
5. disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on - line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Attestano, altresì, che la presente proposta, a seguito di istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore f.f.
U.O.C. Tecnica/ U.O.S. Patrimonio
Ing. Ferdinando Ferone



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Silvia Cavalli, con i poteri di cui al decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del 10/01/2025;

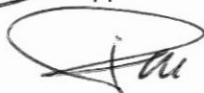
VISTA la superiore proposta di deliberazione, formulata dall'Ing. Ferdinando Ferone, Direttore f.f. UOC Tecnica/UOS Patrimonio, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

VISTO il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo,

DELIBERA

- di **approvare** la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dall'Ing. Ferdinando Ferone, Direttore f.f. UOC Tecnica/UOS Patrimonio;
- di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Generale
Dott.ssa Silvia Cavalli



Il Direttore Sanitario
Dott. Franco Cortellessa



PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: _____

19 GEN. 2026

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Supporto Attività Legali

Avv. Enzo Fasani

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Supporto Attività Legali

Avv. Enzo Fasani

Tivoli, _____

CONTRATTO DI LOCAZIONE CON DESTINAZIONE

D'USO A STRUTTURA RESIDENZIALE

TRA

Centro Clinico Colle Cesarano s.r.l., con sede legale in Roma, via Monte delle Gioie n. 13, C.F. 02553630589 e P.IVA 01076161007, in persona del legale rappresentante pro-tempore Ing. Massimo Forti, di seguito denominato "**Locatore**";

E

ASL Roma 5, con sede legale in Tivoli (RM), via Acquaregna n. 1/15, C.F. 04733471009, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore, di seguito denominata "**Conduttore**" o "**ASL**";

Premesso che

a. Il Locatore è proprietario dell'immobile sito in Tivoli (RM), via Maremmana Inferiore km 3,200, censito al N.C.E.U. del Comune di Tivoli al Foglio 81, particelle 45 (sub 2,6,7,8,9,501) e 47 e della porzione del terreno adiacente/pertinenziale censito al Catasto terreni del Comune di Tivoli al Foglio 81, particella 122;

b. con il presente contratto viene concessa in locazione alla ASL Roma 5 l'immobile (censito al N.C.E.U. del Comune di Tivoli al Foglio 81, particelle 45 (sub 2,6,7,8,9,501) e 47) e la sola parte del terreno (censito al Catasto terreni del Comune di Tivoli al Foglio 81, particella 122) funzionale all'utilizzo della struttura RE.LI.VI., come meglio delimitata ed evidenziata nella planimetria allegata al presente contratto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato "A"**); il tutto come meglio descritto nella documentazione allegata alla partecipazione della Centro Clinico Colle Cesarano s.r.l. del 01/04/2025 alla Manifestazione di Interesse approvata con Delibera ASL Roma 5 n. 316 del 27/02/2025;

c. con la Delibera ASL Roma 5 n. 1390 del 24/07/2025 l'immobile è risultato idoneo - per l'uso come Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI.) per l'ospitalità di n. 20 pazienti - nel rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici ad eccezione della dotazione minima strumentale di cui al punto 4.14.2 dell'allegato A della Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355 della Regione Lazio sulla *"Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017"*;

d. le parti intendono regolare i rapporti di locazione con il presente contratto;

si conviene e si stipula quanto segue

ART. 1 – oggetto, durata e data di consegna dell'immobile

Il Locatore concede in locazione al Conduttore l'immobile sopra descritto, destinato esclusivamente a Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI.) per l'ospitalità di n. 20 pazienti.

La locazione ha durata di anni sei (6) a decorrere dalla Data di Efficacia (come infradefinita), rinnovabile per ulteriori sei (6) anni salvo disdetta comunicata da una delle parti con almeno dodici (12) mesi di preavviso.

Resta ferma la facoltà di ciascuna parte di non rinnovare il contratto alla scadenza del primo periodo di sei (6) anni, mediante comunicazione scritta con almeno dodici (12) mesi di preavviso.

Il Locatore si impegna a terminare i lavori di ristrutturazione di cui al progetto (corredato da elaborati) inviato in data 01.04.2025, accettato con Delibera ASL RM 5 n. 1390 del 24.07.2025 nel rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici ad eccezione della dotazione minima strumentale di cui al punto 4.14.2 dell'allegato A della Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355 della Regione Lazio sulla *"Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017"* e a consegnare l'immobile entro e non oltre il _____, ovvero il primo giorno del mese successivo alla scadenza del termine di sei (6) mesi decorrenti dalla data odierna (la "Data di Efficacia"). Resta, in ogni caso, inteso e convenuto tra le Parti che, qualora una o più autorizzazioni previste dalla normativa applicabile per l'esecuzione dei lavori di ristrutturazione non siano state rilasciate dalla competente autorità per causa non imputabile al Locatore, quest'ultimo avrà diritto a posticipare la Data di Efficacia fino al termine massimo del _____.

Il Locatore si impegna a comunicare l'esatta Data di Efficacia e l'eventuale proroga della stessa a mezzo PEC con almeno cinque (5) giorni lavorativi di preavviso.

ART. 2 – canone

Il canone annuo di locazione è fissato in **€ 264.000,00 (duecentosessantaquattromila/00)**, oltre IVA e imposte di legge se dovute, pari a € 22.000,00 (ventiduemila/00) mensili.

Il pagamento sarà effettuato dalla ASL Roma 5 in rate mensili anticipate entro il giorno cinque (5) di ogni mese corrente, mediante mandato al Tesoriere, previa emissione di regolare fattura elettronica.

Il canone sarà aggiornato annualmente, trascorsi i primi dodici (12) mesi, nella misura del 75% della variazione ISTAT FOI.

ART. 3 – destinazione e uso

L'immobile dovrà essere utilizzato unicamente come Struttura RE.LI.VI. in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari.

In deroga a quanto stabilito all'art. 9, viene espressamente riconosciuta al Conduttore – durante il rapporto di locazione - la facoltà di adibire l'immobile, in tutto o in parte, a qualsiasi altra funzione propria e istituzionale dell'ASL Roma 5 (a titolo esemplificativo e non esaustivo: attività sanitarie, sociosanitarie, amministrative o ambulatoriali), purché rientrante nel perimetro della destinazione d'uso impressa o che possa essere legittimamente conseguita mediante l'ottenimento delle necessarie autorizzazioni amministrative.

Qualora il mutamento della specifica destinazione d'uso richieda modifiche strutturali, impiantistiche o variazioni catastali/urbanistiche per adattare i locali alle nuove circostanze, il Conduttore dovrà darne preventiva comunicazione al Locatore. Il Locatore presterà il proprio consenso e la propria collaborazione per la richiesta dei titoli abilitativi necessari presso le autorità competenti, restando inteso che i relativi costi di adeguamento per la nuova destinazione saranno a carico del Conduttore, salvo diverso accordo scritto tra le parti.

ART. 4 – obblighi del locatore

Il Locatore si impegna a:

- consegnare l'immobile entro i termini di cui all'art. 1 che precede, libero da persone e cose, dotato di agibilità e certificazioni;

- realizzare sull'immobile concesso in locazione ogni lavorazione utile e/o necessaria per renderlo conforme alla destinazione d'uso indicata all'articolo che precede secondo quanto previsto dal progetto (corredato da elaborati) inviato in data 01.04.2025, accettato con Delibera ASL RM 5 n. 1390 del 24.07.2025 da intendersi quivi trascritta e vincolante per le parti, nel rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici ad eccezione della dotazione minima strumentale di cui al punto 4.14.2 dell'allegato A della Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355 della Regione Lazio sulla *"Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017"*;

- garantire la conformità urbanistica, catastale, impiantistica, di sicurezza, prevenzione incendi e abbattimento barriere architettoniche;

- eseguire a proprio carico tutte le opere di manutenzione straordinaria dell'immobile.

ART. 5 – obblighi del conduttore

Il Conduttore si impegna a:

- corrispondere regolarmente il canone;

- sostenere a proprio carico i consumi di energia, acqua, gas, telefonia, tassa rifiuti ed ogni altra utenza;

- eseguire a proprio carico tutte le opere di manutenzione ordinaria dell'immobile;

- stipulare e mantenere idonea polizza assicurativa RC e incendio a copertura dei rischi connessi all'attività.

ART. 6 – impianti e manutenzione

L'elenco degli impianti, con indicazione delle relative competenze manutentive tra Locatore e Conduttore, è riportato **nell'Allegato "B"** al presente contratto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

ART. 7 – garanzie

Il Conduttore dovrà prestare, entro trenta (30) giorni dalla sottoscrizione del presente contratto, idonea fideiussione bancaria o assicurativa a prima richiesta, irrevocabile e di durata pari all'intero rapporto contrattuale, di importo non inferiore a due annualità del canone di locazione.

La fideiussione dovrà garantire non solo il regolare pagamento dei canoni, ma anche l'adempimento di tutte le obbligazioni contrattuali assunte dal Conduttore, comprese quelle relative al pagamento della penale prevista in caso di recesso o risoluzione anticipata ai sensi dell'art. 9 del presente contratto.

ART. 8 – visite e sopralluoghi

Il Locatore, previo avviso, avrà diritto di accesso periodico all'immobile per verificare lo stato di conservazione e il rispetto delle prescrizioni contrattuali.

ART. 9 – risoluzione

Il contratto potrà risolversi di diritto ex art. 1456 c.c. in caso di:

- mancato pagamento di almeno tre mensilità, anche non consecutive;

- mutamento non autorizzato della destinazione d'uso al di fuori delle pattuizioni dell'art. 3;
- violazione grave delle norme di sicurezza o perdita dei requisiti di legge.

Qualora intervenga nel corso del primo sessennio contrattuale recesso o risoluzione anticipata imputabile al Conduttore, il Conduttore sarà tenuto a corrispondere al Locatore, a titolo di penale, una somma pari all'importo di dodici (12) mensilità di canone.

ART. 10 – riconsegna

Alla scadenza, l'immobile dovrà essere restituito in buono stato, salvo il normale deterioramento d'uso. In caso di ritardata riconsegna, il Conduttore corrisponderà un'indennità pari al canone in corso, oltre una penale del 30% per ogni mese e/o frazione di mese di ritardo.

ART. 11 – spese contrattuali

Le spese di registrazione saranno ripartite al 50% tra le parti, salvo diversa disposizione di legge.

ART. 12 – cessione dei crediti

Il Conduttore accetta espressamente sin d'ora l'eventuale cessione a terzi da parte del Locatore dei crediti derivanti dal presente Contratto e si impegna, entro e non oltre la Data di Efficacia, a fare tutto quanto necessario od opportuno ai sensi della normativa applicabile affinché la cessione sia valida ed efficace anche nei confronti dei terzi.

ART. 13 – foro competente

Per ogni controversia è competente in via esclusiva il Foro di Tivoli.

ART. 14 – disposizioni finali

Per quanto non previsto, si applicano gli artt. 1571 ss. c.c. e la normativa vigente in materia di locazioni con Pubbliche Amministrazioni.

Si allegano quale parte integrante del presente contratto l'**Allegato "A"** contenente la planimetria rappresentativa dell'immobile e della parte del terreno oggetto di locazione; l'**Allegato "B"** contenente l'elenco degli impianti, con indicazione delle relative competenze manutentive tra Locatore e Conduttore e l'**Allegato "C"** la Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355 della Regione Lazio sulla "Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017".

Letto, confermato e sottoscritto in duplice originale.

Il Locatore

Centro Clinico Colle Cesarano s.r.l.

Il Conduttore

ASL Roma 5

Comune di Tivoli

Progetto per
"Avviso manifestazione
d'interesse per locazione
struttura Residenziale per
Libertà Vigilata RE.LI.VI"

Commissione:

Centro Clinico Colle Cesarano

Progettista:

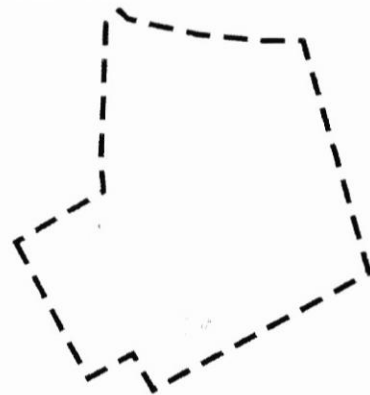
Arch. Francesco Andreani

Civilia srl - servizi di ingegneria di architettura civile

Tavola 1a

Scala 1:1000

Struttura catastale



Ortofoto



NORD



Legenda

- Area catastale: foglio 81, particella 122
- ▲ Area destinata alla locazione ASL 5
- 1 Parcheggio di uso pubblico e di pertinenza operativa (dipendenti, utenti e visitatori)
- 2 Ingresso complesso
- 3 Prefabbricato guardiana
- 4 Iso a ecologica
- 5 Complesso residenziale
- 6 Orti da coltivazione
- 7 Vasca di evapotraspirazione fitoassistita
- 8 Campo sportivo multivalente 20x36

ALLEGATO "A" CONTRATTO DI LOCAZIONE

FG.81 - PART.122



ALLEGATO "B" CONTRATTO DI LOCAZIONE

Elenco impianti Esterno

1. Trattamento acque reflue con impianto di evapotraspirazione:
 - a. a cura del Conduttore l'eventuale attività di spurgo e manutenzione ordinaria: pulizia pozzetti, cura e sfalcio del bacino fitodepuratore;
 - b. a cura del Locatore controllo annuale efficienza impianto.
2. Trattamento e potabilizzazione acqua:
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni;
 - b. a cura del Locatore verifica potabilità, durezza cloro e rispetto requisiti delle normative con frequenza semestrale.
3. Trattamento addolcimento acqua:
 - a. a cura del Conduttore le spese per sale utili al mantenimento dell'impianto;
 - b. a cura del Locatore controllo del corretto funzionamento con frequenza semestrale.
4. Impianto illuminazione esterna, videocitofono, TV, Videosorveglianza, cancello:
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni;
 - b. a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione.
5. Strada esterna dal cancello della Struttura alla fine dei parcheggi:
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente della strada con taglio dell'erba senza manomissioni e mantenimento efficienza anche con riparazioni da usura di carrabilità e pedonabilità.
 - b. a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione.
6. Impianto Fotovoltaico e solare termico:
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni come da libretto uso e manutenzione;
 - b. a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione e disposizione della linea salvavita.
7. Campo polivalente:
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni comprensivo della recinzione;
 - b. a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione.
8. Impianto di trattamento aria (pompe di calore):
 - a. a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni con l'esecuzione della normale manutenzione ordinaria come da libretto uso e manutenzione e sostituzione filtri ove necessario;

- b.** a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione.

Elenco impianti Interno

1. Impianto di Sollevamento (ascensore/piattaforma):

- a.** a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni con l'esecuzione della normale manutenzione ordinaria con frequenza almeno semestrale e, se obbligatorio, contratto di assistenza alla manutenzione ordinaria e straordinaria per impianti attivi;
- b.** a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione e verifica biennale con ente esterno.

2. Impianto elettrico e protezione dalle scariche atmosferiche:

- a.** a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni con l'esecuzione della normale manutenzione ordinaria con frequenza almeno semestrale;
- b.** a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione e verifica biennale con ente esterno.

3. Impianto antincendio:

- a.** a cura del Conduttore mantenimento efficiente dell'impianto senza manomissioni con l'esecuzione della normale manutenzione ordinaria con frequenza almeno semestrale e, se obbligatorio, contratto di assistenza alla manutenzione ordinaria e straordinaria per impianti attivi;
- b.** a cura del Locatore garanzia sulla corretta realizzazione.

ALLEGATO "C" CONTRATTO DI LOCAZIONE

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 23 maggio 2024, n. 355

Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017

Oggetto: Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e dei requisiti ulteriori di accreditamento delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI). Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 *"Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale"* e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, *"Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale"* e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: *"Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni"* che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Determinazione n. G07633 del 13/06/2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Arce e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 234 del 25/5/2023 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale "Salute e Integrazione sociosanitaria" al dott. Andrea Urbani;
- l'Atto di Organizzazione n. G 15822 del 27/11/2023 con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, alla dott.ssa Nadia Nappi;
- l'Atto di Organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930, concernente: *"Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale"*.

VISTI

- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"* e s.m.i. ed in particolare l'articolo 15 che disciplina gli *"Accordi fra le pubbliche amministrazioni"*;
- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e ss.mm.ii.;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e 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"*;
- la legge 30 novembre 1998, n. 419, concernente la *"Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Nazionale. Modifiche al D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502"* e, in particolare, l'art. 5 *"Riordino della medicina penitenziaria"*;
- la legge 8 novembre 2000, n. 328, *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*;
- il DPCM 29 novembre 2001 concernente *"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"* e aggiornamenti successivi;

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”*;

VISTI altresì

- la legge 7 agosto 1990, n. 241 *“Nuove norme sul procedimento amministrativo”* e s.m.i., che prevede, in particolare, all’art. 15 la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, *“Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge del 15 marzo 1997, n. 59”* e s.m.i.;
- la legge regionale 6 agosto 1999, n. 14, *“Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”* e s.m.i.;

VISTI

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: *“Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”*;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l’altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20/01/20 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”* in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la DGR n. 406 del 26/06/2020 recante: *“Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”*;
- la DGR n. 661 del 29/09/2020 recante: *“Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2012 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”*;

VISTE

- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11 recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23 recante: *“Legge di stabilità regionale 2024”*;
- la legge regionale 29 dicembre 2023 n. 24 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026”*;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni, recante *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*;

- il Regolamento Regionale n. 20 del 6 novembre 2019 concernente: *“Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”*;
- il DCA n. U00008 del 3 febbraio 2011 e successive modifiche e integrazioni, con il quale sono stati approvati, tra l'altro, i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- il DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 recante: *“Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”*;

VISTO l'art. 2, co.283, della Legge 24/12/2007, n. 244 (legge finanziaria 2008) che definisce il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale e s.m.i.;

VISTI, altresì, i seguenti Atti approvati in sede di Conferenza Unificata e dalla Conferenza Stato-Regioni:

- Accordo del 13 ottobre 2011, ai sensi dell'articolo 9 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante *“Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008”* (Comitato Paritetico Interistituzionale) (Rep. Atti 95/CU/2011);
- Accordo del 13 novembre 2011, art. 7 ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente *“Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, emanato in applicazione dell'art. 3-ter, comma 2, del Decreto Legge 22 dicembre 2011 n. 211 convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal Decreto Legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in Legge 30 maggio 2014 n. 81”* (sancito in Conferenza Unificata con risoluzione n. 17 del 26 febbraio 2015);
- Accordo del 30 novembre 2022 relativo al documento inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi della legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1° ottobre 2012 recante *“Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia”*. (Rep. Atti n. 188/CU);

VISTA altresì la seguente normativa nazionale in materia di medicina penitenziaria e di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (di seguito OPG):

- D.lgs. 230/99 *“Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419”* e in particolare l'art. 1 secondo il quale *“I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali”*;
- D.P.C.M. 1 aprile 2008, concernente *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*, pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126 e in particolare l'All. C concernente *“Linee di indirizzo per gli interventi negli*

Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia (CCC)” e la conseguente presa d’atto di tale decreto con DGR del 4 Luglio 2008, n. 470;

- legge n. 9 del 17 febbraio 2012 articolo 3-ter recante *“Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”* e ss.mm.ii., relativa al processo di superamento degli OPG, già previsto dall’allegato C del DPCM 1° aprile 2008, e che stabilisce che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia debbano essere eseguite esclusivamente all’interno delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, REMS;
- Decreto Interministeriale del 1 ottobre 2012, che ha definito le REMS *“strutture di esclusiva competenza sanitaria che esplicano funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla Magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario”*, ne ha stabilito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e, in particolare l’Allegato A che prevede una gestione interna delle specifiche strutture residenziali di esclusiva competenza sanitaria la cui responsabilità è assunta da un medico dirigente psichiatra, nonché l’applicazione nelle stesse strutture di tutte le norme del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale riferite agli internati;
- D.L. 31 marzo 2014, n. 52, *“Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”* convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 maggio 2014 n. 81, che ha disposto significative innovazioni in materia di misure di sicurezza, esplicitamente finalizzate a evitare il ricorso all’applicazione delle misure dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (di seguito O.P.G.) e delle Case di Cura e Custodia (C.C.C.), affinché le misure di sicurezza siano eseguite esclusivamente all’interno delle strutture sanitarie denominate Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, fermo restando che le persone socialmente pericolose debbano essere prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) e che il ricorso alla R.E.M.S. rappresenti l’*extrema ratio*;

RICHIAMATE le seguenti leggi regionali:

- 6 ottobre 2003, n.31 *“Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale”*;
- 8 giugno 2007, n. 7 *“Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta”*;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- DCA n. U0096/2013 contenente l’approvazione sia del documento sul fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG che del documento sul fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG”;
- DCA n. U0300/2013 e s.m.i. contenente l’approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extra ospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi della L. n.9/2012;
- DCA n. U00233/2014 e s.m.i. contenente il programma assistenziale regionale per il superamento degli OPG, comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale per le REMS;
- DCA n. U00188/2015 relativamente ai processi organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche;
- DGR n. 642/2017 e s.m.i., contenente il protocollo di intesa per l’esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente, tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia;
- DCA n. U00486/2019 contenente la rete definitiva delle REMS del Lazio;
- DGR n. 921/2023 contenente l’Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.), afferente all’Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;

CONSIDERATO che dai dati desunti dagli esiti delle dimissioni si evince che per circa il 60% dei pazienti dimessi dalle REMS, il percorso prevede l'inserimento in strutture residenziali socio sanitarie;

CONSIDERATO che le REMS sono concepite con una funzione terapeutica e riabilitativa pura, proprio per gli autori di reato affetti da malattia psichiatrica, finalizzata al *recovery* del paziente. la normativa vigente impone l'obbligo della formulazione di un progetto individualizzato per l'internato che tenga conto dei suoi bisogni assistenziali, in un'ottica di raccordo e collaborazione con i servizi di salute mentale territoriali e con le autorità giudiziarie competenti; il momento della dimissibilità delle persone accolte nelle REMS, e dunque il relativo percorso di cura esterno alla REMS, si caratterizza per due aspetti paralleli e connessi tra loro: da un lato l'individuazione di un luogo di cura idoneo alla prosecuzione del trattamento, dall'altro l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata (ovvero misura non detentiva disposta dall'Autorità Giudiziaria) che presuppone la capacità del soggetto di aderire alle prescrizioni giudiziarie;

ATTESO che si è andato definendo nel corso dell'esperienza con le REMS, un modello sulla base del quale realizzare una struttura residenziale per l'applicazione della misura di sicurezza non detentiva che rappresenti, a garanzia della continuità di presa in carico, un *setting* di trattamento riabilitativo residenziale extraospedaliero per gli utenti, cui è applicata la suddetta misura di sicurezza, dimessi dalla REMS;

CONSIDERATE:

- la difficoltà a reperire strutture residenziali psichiatriche che abbiano una specifica esperienza di riabilitazione di pazienti psichiatrici autori di reato;
- la necessità di implementare la dotazione di posti letto, in ambito residenziale extraospedaliero, per tale tipologia di utenza per garantire la continuità terapeutica per i dimessi dalla REMS e ridurre quindi il rischio di peggioramento del quadro psicopatologico e di eventuale recidiva di reato;

TENUTO CONTO che con il DCA 486/2019 precedentemente citato, è stata disposta la riconversione, in via sperimentale, nel territorio della ASL Roma 5, di una delle due REMS site nel comune di Palombara Sabina i cui pazienti sono stati trasferiti presso la nuova REMS di Subiaco, in "Struttura Residenziale per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI)", al fine di ospitare pazienti in misura di sicurezza non detentiva, ed esattamente, pazienti precedentemente internati in REMS con modifica della misura di sicurezza da detentiva a non detentiva, con bisogni riabilitativi volti ad un futuro inserimento, ad esempio, in struttura residenziale extraospedaliera (SRTR/SRSR);

VISTA la DGR n.865/2022 avente per oggetto: "Recepimento dell'Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR -, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "*Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale Pagina 7/9 Atto n. G00818 del 25/01/2024 regionali*". *Assegnazione alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse stanziare, pari a 6.516.874,00 euro, per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale*", con la quale, tra l'altro, è stato assegnato il finanziamento alla ASL Roma 5 per la sperimentazione di una struttura residenziale per libertà vigilata (RE.LI.VI);

VISTA la nota inviata al Ministero della Salute (prot. n. 416368 del 14/4/2023) avente per oggetto: "*Programma Operativo 2022-2024, Azione 113 M03.10 Sanità Penitenziaria. Approvazione del modello organizzativo della struttura per soggetti in Libertà Vigilata dimessi da REMS*" – RE.LI.VI. con la quale si comunica che la Regione Lazio, con Deliberazione 18 ottobre 2022, n. 865, ha provveduto all'assegnazione del finanziamento alla ASL Roma 5 per il progetto RE.LI.VI;

CONSIDERATO che la rete regionale dei servizi di sanità penitenziari del Lazio è inserita nel Piano dell'assistenza territoriale;

VISTA la DGR n.976 del 23 dicembre 2023 avente per oggetto: *"Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza Territoriale 2024-2026"* che nella parte relativa alla Sanità Penitenziaria, nello specifico paragrafo dedicato alla "Rete di trattamento REMS", prevede di attivare una Struttura Residenziale sperimentale per soggetti in misura di sicurezza non detentiva in regime di libertà vigilata (RE.LI.VI.) destinata a pazienti precedentemente internati in REMS con modifica della misura di sicurezza da detentiva a non detentiva, con bisogni riabilitativi volti ad un futuro inserimento, ad esempio, in struttura residenziale extraospedaliera (SRTR/SRSR etc.); l'obiettivo di detta struttura è quello, tra l'altro di "decomprimere" la rete di trattamento per pazienti psichiatrici autori di reato con auspicata riduzione dei tempi di inserimento in REMS e di facilitare la dimissione da detta struttura permettendo all'utente un appropriato inserimento nella rete di trattamento/riabilitazione;

TENUTO conto che:

- l'art. 5, c. 1, lettera a), della L.r. n. 4/03 e successive modifiche prevede che la Giunta regionale stabilisce, con apposito provvedimento, sentita la commissione consiliare, nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, *"i requisiti minimi... per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio"*;
- l'art. 13 c. 1 della L.r. n. 4/03 e successive modifiche prevede che la Giunta regionale stabilisce, con apposito provvedimento, sentita la commissione consiliare, *"i requisiti ulteriori di qualificazione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale"*;

VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G00818 del 25 gennaio 2024 recante *"Costituzione del Gruppo Tecnico di Lavoro per l'individuazione dei requisiti minimi autorizzativi e di quelli ulteriori di accreditamento delle Residenze per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI.)"*;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro sopra citato ha elaborato due documenti tecnici recanti i requisiti minimi autorizzativi e quelli ulteriori di accreditamento delle "Residenze per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI.), di cui agli Allegati A e B al presente provvedimento;

CONSIDERATO, in ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 5, c. 1, lettera a), della L.r. n. 4/03 e successive modifiche, con nota prot. n. 501236 del 12.4.2024 l'amministrazione regionale ha trasmesso alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative il documento recante la proposta di requisiti minimi autorizzativi delle "Residenze per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI.) elaborata dal gruppo di lavoro regionale, e che non sono pervenute osservazioni o proposte di integrazione e modifica;

RITENUTO, pertanto, di approvare, ad integrazione del DCA n. U0008/2011, come successivamente modificato ed integrato, i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio, ai sensi dell'art.5, c.1, lettera a) della LR n.4/2003, delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI.), allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

RITENUTO, altresì, di approvare, ad integrazione del DCA n. U00469/2017, i requisiti ulteriori di qualificazione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'art. 13, c.1, della LR n.4/2003, delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" (RE.LI.VI.), allegato B al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

ACQUISITO il parere espresso dalla Commissione consiliare competente nella seduta del 9 maggio 2024;

DATO ATTO che dalla presente deliberazione non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono integralmente richiamate,

1. di approvare i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio, ai sensi dell'art.5, c.1, lettera a) della LR n.4/2003, delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata" inserendo all'allegato "C" del DCA n. U0008 del 3 febbraio 2011, come successivamente modificato ed integrato, il paragrafo "4.14 Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata (RE.LI.VI.)", allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
2. di approvare i requisiti ulteriori di qualificazione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'art. 13, c.1, della LR n.4/2003, delle "Strutture Residenziali per la Libertà Vigilata", inserendo all'allegato "B" del DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 la specifica sezione "ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE RESIDENZE PER LA LIBERA' VIGILATA (RE. LI.VI.)", allegato B al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti di competenza al fine di dare esecuzione al presente provvedimento, provvedendo altresì a darne la più ampia e capillare diffusione sul territorio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.regione.lazio.it.

Allegato A**4.14 Strutture Residenziali per Libertà Vigilata (RE.LI.VI)****Finalità e destinatari**

In attuazione delle previsioni di cui all'Intesa n.58/CSR del 28 aprile 2022, con DGR 18 ottobre 2022, n. 865 la Regione Lazio ha avviato la progettualità innovativa relativa all'attivazione delle Strutture Residenziali per Libertà Vigilata (RE.LI.VI) individuate quali percorsi alternativi alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Le Strutture Residenziali per Libertà Vigilata (RE.LI.VI) ospitano pazienti in misura di sicurezza non detentiva, ed esattamente:

- ✓ pazienti precedentemente internati in REMS con modifica della misura di sicurezza a non detentiva, con bisogni riabilitativi volti ad un futuro inserimento, ad esempio, in struttura residenziale extraospedaliera (SRTR/SRSR).

Oltre ai requisiti minimi autorizzativi di cui al par. 0 del DCA n. U0008/2011 e s.m.i., per quanto applicabili alla specifica tipologia assistenziale, le Strutture Residenziali per Libertà Vigilata (RE.LI.VI) garantiscono il possesso dei seguenti requisiti

4.14.1 Requisiti strutturali

- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia dei farmaci.
- Numero massimo di posti 20.

In continuità con le Strutture Residenziali Psichiatriche, risultano applicabili i seguenti requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10, adeguati alla specificità della RE.LI.VI.

Area residenziale

Le camere sono destinate ad una o due persone e comunque fino ad un massimo di tre ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali.

Ogni camera è dotata, come standard preferenziale, di bagno autonomo ed in ogni caso le camere devono prevedere servizi igienici, collegati alle camere, in numero minimo di uno ogni due camere, in rapporto comunque ad un numero massimo di quattro ospiti. Particolare attenzione va posta alla personalizzazione della camera.

Sicurezza, riservatezza e tecnologie innovative

All'interno delle RE.LI.VI. una particolare attenzione va posta al temperamento tra esigenze di assistenza, prevenzione degli infortuni e rispetto della riservatezza degli ospiti. L'uso di tecnologie innovative, quali sistemi di allarme personale, rilevatori di vario genere, segnaletiche appropriate, mancorrenti in vista, nonché l'impiego del colore per fini di caratterizzazione ambientale e oggettuale, sono misure di auspicabile applicazione, generalizzata o nei casi appropriati; nel rispetto della riservatezza e della personalità degli ospiti, si deve accrescere il livello di sicurezza e di fruizione dell'ambiente. È obbligatorio l'impiego di materiali conformi alle norme di sicurezza

Articolazione delle RE.LI.VI.

Le RE.LI.VI. sono articolate, sotto il profilo funzionale, sulla base dei seguenti servizi:

- a) Area abitativa camere con relativi servizi igienici
- b) Servizi di nucleo (ogni 15-20 ospiti) soggiorno - gioco - TV cucina saletta da pranzo servizi igienici e bagno assistito locali di servizio per il personale di assistenza, dotato di servizi igienici
- c) Servizi generali (per l'intera struttura) cucina/dispensa e locali accessori, lavanderia e stireria, spogliatoio del personale con servizi igienici, deposito biancheria sporca (articolato per piano), deposito biancheria pulita (articolato per piano)

4.14.2 Requisiti Impiantistici e Tecnologici

Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata

L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti:

- un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni;
- un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa.

Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale;
- un armadio farmaceutico;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni.

La struttura dispone di sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale, della privacy, delle norme di sicurezza (antincendio, antiterroristica, ecc.)

4.14.3 Requisiti organizzativi

La dotazione organica della Re.LI.VI. è la seguente:

- Medici Psichiatri: 2, di cui uno con funzione di responsabile;
- Psicologi (con specializzazione in Psicoterapia): 1;
- Coordinatore Infermieristico: 1 (anche condiviso con eventuali REMS nel caso di struttura pubblica);
- Infermieri: 10;
- Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica: 4;
- Operatori Socio Sanitari: 4;
- Assistenti Sociali: 1;
- Amministrativi: 0,5;
- Vigilanza: 1.

Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

Requisiti ulteriori di accreditamento delle RESIDENZE PER LA LIBERTÀ VIGILATA (RE.LI.VI.)

1° Criterio/fattore di qualità - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA

"Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale e sociale, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;
- 1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;
- 1.3 Definizione delle responsabilità;
- 1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);
- 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;
- 1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi

1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.1	Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto
Campo d'applicazione	Residenze per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> • un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione; • una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell'erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti; • un piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato.
Fase 2: Implementazione	a) vi è evidenza della applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale; b) esiste evidenza dell'esplicitazione da parte della Direzione degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate; c) l'organizzazione sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi ed esiste evidenza delle relazioni implementate (es. verbali degli incontri effettuati).
Fase 3: Monitoraggio	a) l'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi di budget, attività, qualità e costi;

	b) vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti; c) i risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini).
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per migliorare l'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità; sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle attività di assistenza e supporto; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati

1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione dell'organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.2	Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali
Campo d'applicazione	Residenze per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (procedure, istruzioni operative, programmi di ricerca e formazione) che descrivono: <ul style="list-style-type: none"> i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali che vedono l'integrazione tra struttura sociosanitaria e territorio e promuove modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione attraverso lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sanitarie, territoriali e ambulatoriali. b) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> accordi con servizi esterni per la gestione dei servizi di laboratorio qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; accordi e protocolli con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento.
Fase 2: Implementazione	a) Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno delle reti assistenziali integrate, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture sociosanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali.
Fase 3: Monitoraggio	a) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure e dei percorsi finalizzati alla continuità assistenziale.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali.

1.3 Definizione delle responsabilità

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.3	Definizione delle responsabilità
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata

Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico/assistenziali-organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza di una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega.

1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati)

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.4	Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure e istruzioni operative per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza dell'integrazione dei sistemi informativi al fine di: <ul style="list-style-type: none"> • documentare il tracciamento dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; • raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; • collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); • garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; • garantire informazioni tempestive e trasparenti nella erogazione delle prestazioni sanitarie. b) Il personale è stato formato e applica le procedure e le istruzioni operative per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse.
Fase 3: Monitoraggio	a) L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità (sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne); ne valuta la corretta applicazione nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.

1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.5	Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.).
Fase 2: Implementazione	a) Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono documentate (es.: la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni correttive.

1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo
Requisito 1.6	Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l'analisi dei disservizi, la comunicazione verso l'esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Vi è l'evidenza di un processo documentato per l'individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio; b) È presente l'evidenza di modifiche apportate all'organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e della valutazione della loro efficacia.

2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – PRESTAZIONI E SERVIZI

“È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

Per corrispondere a tale criterio ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

2.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

2.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

2.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

2.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

2.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

2.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

Fattore/ criterio 2	<i>È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i>
Requisito 2.1	Tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito e approvato le procedure per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture.
Fase 2: Implementazione	a) È presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e dell'efficacia delle modalità di diffusione e distribuzione.
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti.

2.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

2.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

Fattore/ criterio 1	<i>È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini.</i>
Requisito 2.2.1	Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; • procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; • procedure e/o istruzioni operative per la definizione e l'elaborazione di un progetto Terapeutico-Riabilitativo coerente e funzionale con l'indicazione del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante; • procedure e/o istruzioni operative per la valutazione iniziale multidisciplinare e multiprofessionale delle condizioni, dei bisogni di ciascun paziente, delle abilità e disabilità specifiche, e degli aspetti legati alla vita di relazione per la determinazione della gravità e della complessità del quadro clinico e per la valutazione della compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, mediante strumenti di valutazione standardizzati (ad es HoNOS, BPRS, FPS, VADO), validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare: <ul style="list-style-type: none"> I. il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto correlato al livello della compromissione di funzioni e di abilità del paziente (e alla sua trattabilità): intensità riabilitativa II. il livello assistenziale necessario correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente: intensità assistenziale. • procedure e/o istruzioni operative per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), elaborato dalla équipe multidisciplinare e multiprofessionale della struttura in accordo con il Centro di Salute Mentale e in coerenza con il Piano di Trattamento individuale (PTI) • una "Scheda di progetto terapeutico riabilitativo personalizzato PTRP"

Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza dell'applicazione di procedure, progetti di intervento e percorsi di cura specifici validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio; b) Vi è evidenza che il percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.
Fase 3: Monitoraggio	a) Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche, nei bisogni e dinamiche relazionali al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione; b) Vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), con il coinvolgimento del paziente e dei familiari, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della cartella clinica); c) Vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci.
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità.

2.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

2.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

Fattore/ criterio 2	<i>È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i>
Requisito 2.2.2	<i>Passaggio in cura (continuità assistenziale)</i>
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> • procedure e/o istruzioni operative per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up); • procedure e/o istruzioni operative per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.
Fase 2: Implementazione	a) È assicurata la continuità assistenziale del paziente attraverso specifiche procedure.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione dei processi, delle procedure e/o istruzioni operative per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up).
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up.

2.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socioassistenziale

Fattore/ criterio 1	<i>È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini.</i>
Requisito 2.3	<i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale</i>

Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: <ul style="list-style-type: none"> • i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socioassistenziale nonché le modalità di controllo; • gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socioassistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; • i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socioassistenziale.
Fase 2: Implementazione	a) Per ciascun ospite è compilata la documentazione sanitaria/socioassistenziale, periodicamente aggiornata.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione: <ul style="list-style-type: none"> • della qualità della documentazione sanitaria/socioassistenziale; • della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico degli utenti all'interno della documentazione sanitaria/socioassistenziale; • del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; • del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socioassistenziale.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento.

3° Criterio/fattore di qualità – ASPETTI STRUTTURALI

“L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

3.1 L'idoneità all'uso delle strutture

3.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

3.1 L'idoneità all'uso delle strutture

Fattore/ criterio 3	L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse
Requisito 3.1	L'idoneità all'uso delle strutture
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) Vi è evidenza della pianificazione e l'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;

	<p>b) l'organizzazione ha formalizzato e diffuso il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti);</p> <p>c) l'organizzazione ha approvato i piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro</p>
Fase 2: Implementazione	<p>a) Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> del piano per il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione; del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti) <p>b) Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p>
Fase 3: Monitoraggio	<p>a) Vi è evidenza del periodico monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> dell'implementazione e dell'efficacia del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture; del livello di sicurezza della struttura ed è presente la documentazione delle attività di monitoraggio dell'idoneità della struttura e della valutazione dei dati raccolti in relazione a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi della struttura (ad es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza della struttura). <p>b) Vi è evidenza del monitoraggio delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p>
Fase 4: Miglioramento della qualità	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità ed efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> del programma di gestione del rischio ambientale; delle attività di pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura; delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

3.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

Fattore/ criterio 3	L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse
Requisito 3.2	Gestione e manutenzione delle attrezzature
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) L'organizzazione ha definito e formalizzato un piano in cui siano esplicitate e programmate le azioni per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali e lo stesso è stato comunicato ai diversi livelli operativi;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate.</p>
Fase 2: Implementazione	<p>a) È presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate;</p> <p>b) Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulta a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;</p>

	<p>c) In relazione alle singole attrezzature vi è evidenza della presenza della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;</p> <p>d) Vi è evidenza dell'implementazione del programma di formazione sull'utilizzo delle attrezzature che prevede periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</p>
Fase 3: Monitoraggio	<p>a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione della corretta gestione delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali;</p> <p>b) Il piano di manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale;</p> <p>c) L'organizzazione verifica periodicamente le conoscenze del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali per mezzo di dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei. Tale verifica è documentata.</p>
Fase 4: Miglioramento della qualità	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità e dell'efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature; • dei programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.

4° Criterio/fattore di qualità – COMPETENZE DEL PERSONALE

“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

4.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

Fattore/ criterio 4	L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività
Requisito 4.1	La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale; • un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative, programmazione delle attività formative. <p>b) L'organizzazione ha definito e formalizzato un programma per il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari prevedendo un dossier formativo per singolo operatore;</p> <p>c) L'organizzazione ha definito e formalizzato una procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.</p>

Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza che il personale partecipa alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento ed è documentato il coinvolgimento degli operatori, in accordo con quanto previsto dai documenti di indirizzo (tutto il personale ha un proprio dossier formativo con l'evidenza dei corsi svolti); b) Vi è evidenza dell'applicazione della procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'implementazione e della valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della programmazione e della verifica della formazione necessaria e specifica.

4.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

Fattore/ criterio 3	L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività
Requisito 3.2	L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neoassunto/trasferito compreso il personale volontario.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della messa in atto del piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per i nuovi addetti del personale – neoassunto/trasferito - compreso il personale volontario, in maniera da consentire l'esercizio delle proprie funzioni.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'efficacia dei programmi di orientamento/ inserimento del nuovo personale - neoassunto/trasferito - compreso il personale volontario
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti.

5° Criterio/fattore di qualità – COMUNICAZIONE

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

- 5.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori
- 5.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori
- 5.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;
- 5.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver
- 5.5 Le modalità di ascolto dei pazienti

5.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento
Requisito 5.1	Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La direzione ha definito e formalizzato: <ul style="list-style-type: none"> • i flussi informativi e la reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance; • le modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza di documentazione attestante la circolazione e la diffusione delle informazioni compresa la comunicazione e la diffusione a tutto il personale della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse; b) Vi è evidenza della reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance; c) Vi è evidenza della messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione utilizzando modalità multiple di comunicazione; d) Vi è evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza della valutazione da parte della Direzione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura almeno una volta ogni due anni
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori.

5.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento
Requisito 5.2	Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso le modalità che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale
Fase 2: Implementazione	a) Vengono implementati e facilitati momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità; b) vi è evidenza dell'effettuazione di una indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio e i risultati sono stati presentati alla Direzione e diffusi al personale.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza della diffusione e condivisione dei risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale, e della discussione ed analisi dei risultati anche in apposite riunioni con la Direzione
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori.

5.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento
Requisito 5.3	Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai caregiver
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito e formalizzato una procedura: <ul style="list-style-type: none"> • per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e i caregiver; • per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale.
Fase 2: Implementazione	a) È presente una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza; b) Vi è evidenza della messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale; c) Vi è evidenza che la comunicazione delle informazioni rivolte ai pazienti e ai familiari/caregiver avviene utilizzando una lingua, metodologia e linguaggio appropriati.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata dall'organizzazione ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver.

5.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento
Requisito 5.4	Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'informazione partecipata del paziente e dei familiari (rischi e benefici del trattamento o indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso) e per l'acquisizione del consenso informato.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della messa in atto di procedure e di apposita modulistica per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato prevedendo l'informazione partecipata
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza della valutazione dell'applicazione del consenso informato e dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento.

5.5 Le modalità di ascolto dei pazienti

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento
Requisito 5.5	Modalità di ascolto dei pazienti
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> una politica e delle procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti; procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti (indagini di customer satisfaction).
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti (indagini di customer satisfaction) su almeno il 10% dei pazienti trattati.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dai risultati delle valutazioni della soddisfazione dei pazienti vengono discussi all'interno di apposite riunioni d'equipe.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua specifiche aree target e implementano azioni di miglioramento.

6° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

"L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

Fattore/ criterio 6	<i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i>
Requisito 6.1	<i>Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i>
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per la definizione del programma terapeutico-riabilitativo formulato secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della messa in atto delle procedure per la corretta gestione dell'utente in linea con i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing; b) Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione delle procedure, dei documenti di indirizzo regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ul style="list-style-type: none"> dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori sociosanitari e sociali e della Direzione; dell'applicazione delle procedure e/o dei programmi terapeutico-riabilitativo; dell'applicazione delle buone pratiche, dei documenti di indirizzo regionali e delle raccomandazioni ministeriali.

Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni (aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle procedure), controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese.
--	---

6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Fattore/ criterio 2	<i>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i>
Requisito 6.2	<i>L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi</i>
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) È presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di: i. atti aggressivi; ii. rischio di autolesioni; iii. rischio suicidio; iv. rischio fughe.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della messa in atto, del controllo e monitoraggio almeno dei seguenti rischi: i. atti aggressivi; ii. rischio di autolesioni; iii. rischio suicidio; iv. rischio fughe. b) Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali. c) Vi è evidenza dell'implementazione del sistema di segnalazione dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella e dell'alimentazione del Sistema Regionale di Segnalazione (SIRES)
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio sanitario (PARS), delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi.

6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

Fattore/ criterio 6	<i>L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</i>
Requisito 6.3	<i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i>
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella e per l'alimentazione del Sistema Regionale di Segnalazione (SIRES); modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori.

Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale tramite il Sistema Regionale di Segnalazione (SIRES); b) È data evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su incidenti, near miss, eventi avversi ed eventi sentinella manifestatisi durante l'episodio di trattamento e riabilitazione;
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi.

7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione

“Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

7.1 Progetti di miglioramento

7.1 Progetti di miglioramento

Fattore/ criterio 5	Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili
Requisito 7.1	Progetti di miglioramento
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza che il programma di miglioramento della qualità è integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza che l'efficacia del programma per il miglioramento della qualità viene rivalutata sulla base di una periodicità definita e sulla base dei risultati ottenuti e degli esiti monitorati attraverso l'utilizzo di indicatori.
Fase 4: Miglioramento della Qualità	a) Sulla base del programma aziendale e dei dati di monitoraggio sono stati individuati specifici piani di azione per il miglioramento della qualità nell'organizzazione. I piani di azione riflettono le priorità dell'organizzazione in base ai risultati conseguiti. Viene verificata l'efficacia dell'applicazione di detti piani di miglioramento.

8° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - UMANIZZAZIONE

"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture"

Per corrispondere a tale criterio, ogni Residenza per la Libertà Vigilata dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

8.1 Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

Fattore/ criterio 8	<i>L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture</i>
Requisito 8.1	Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza
Campo d'applicazione	Residenza per la Libertà Vigilata
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali e organizzative) orientate a migliorare l'accoglienza degli utenti e la personalizzazione dell'assistenza.
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali e organizzative) orientate a migliorare: <ul style="list-style-type: none"> • l'accessibilità degli utenti; • l'accoglienza tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; • il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità degli utenti, delle aree dedicate al personale; b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/sociosanitari e sociali e gli utenti.
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni.
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza.