

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta**

OGGETTO: Recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 17 ottobre 2013 relativo alle Strutture Residenziali Psichiatriche

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 17 dicembre 2013, ha deliberato la nomina del dr. Renato Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante "*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

VISTA la legge regionale 03 luglio 2006, n.6 “Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente “*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge 311/2004*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato –Regioni ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge n. 311/2004 , sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro*” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l’autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l’adeguamento ai requisiti organizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l’accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza, l’urgenza e l’elezione;

VISTO l’art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l’art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n.95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTO il decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012, n.158 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed 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*;

CONSIDERATO, che la Legge Regionale n.4/03 rappresenta, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell’offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità;

CONSIDERATO che la D.G.R. 419/07 disegna un percorso assistenziale del paziente affetto da disagio psichico che tiene conto dell’offerta assistenziale esistente nel territorio e rende compatibili le fasi cliniche dell’utente con i servizi e le strutture;

VISTO il DCA n.247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all’adozione della nuova edizione dei Programmi operativi 2013/2015;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n.U00251 del 30 luglio 2014 Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016

VISTO il DPCM 1 aprile 2008 *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;*

VISTO l'accordo del 26 novembre 2009 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza Unificata, sul documento proposto dal Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00233 del 18 luglio 2014 Approvazione del programma assistenziale regionale per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della L.9 del 17 febbraio 2012, art.3 ter e s.m.i., comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00244 del 24 luglio 2014 Integrazione DCA n.148/20 14 recante: "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per lo valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2014".

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247 del 25 luglio 2014 Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio, che tra l'altro prevede al punto 3.1.4 AZIONE 4: Altri interventi sulla Rete Territoriale quanto segue:

- " (...) Riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche - Accreditamento istituzionale definitivo delle Case di Cura neuropsichiatriche(CdCNP)*
- *Completamento azione di riconversione come individuato dal DCA 101/2010 in collaborazione con l'Area Accreditamento entro il 31.10.2014;*
 - *Uniformare gli standard organizzativi e gestionali delle strutture residenziali psichiatriche (Ex CdCNP ed ex Comunità Terapeutiche) entro il 31.10.2014; (...).*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00250 del 30 luglio 2014 Definizione del limite massimo di risorse assegnabili per l'anno 2014 delle prestazioni neuropsichiatriche erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 6 agosto 2014 Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00261 del 6 agosto 2014 Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto/accordo di cui al DCA U00183/2013

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0015 del 5 settembre 2008 recante *"Definizione dei fabbisogni sanitari dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche.*

Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0048 del 7 luglio 2009, avente ad Oggetto *“Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe” (ALL2);*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 2010 recante: *Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie “ (All.1), “Requisiti ulteriori per l’accreditamento” (All.2), “Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d’uso” (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010 *“Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe”(ALL.2)”;*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 recante *“Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»”;*

CONSIDERATO che all’interno del suddetto Decreto del Commissario ad Acta n.U0090/2010 sono state inseriti i requisiti per le strutture e i servizi per i minori, anche del circuito penale, nell’area della salute mentale e, in particolare i Servizi TSMRRE, i centri diurni per l’età prescolare, i Centri diurni per Adolescenti e le strutture residenziali per adolescenti intensive ed estensive;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l’Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

CONSIDERATO CHE l’Accordo concernente il *"Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"* (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM individua in tre distinte sezioni le azioni programmatiche, per ciascuna delle quali vengono definiti: gli obiettivi le azioni gli indicatori:

1. Tutela della salute mentale in età adulta

2. Tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza
3. Integrazione e coordinamento con altre aree;

CONSIDERATO CHE gli obiettivi specifici prioritari individuati dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" per la **tutela della salute mentale in età adulta**, sono:

- percorsi clinici territoriali differenziati;
- identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nella fascia d'età 15-21anni;
- prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
- miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici comuni;
- miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento;
- promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
- differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera;
- differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa;
- prevenzione e lotta allo stigma;

CONSIDERATO che, in merito alla sezione "**2. Tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza**", è in corso di approvazione il documento discusso all'interno del Gruppo GISM "Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, che sarà recepito a livello nazionale con apposito accordo.;

TENUTO CONTO, di quanto auspicato dal PANSM in merito al coordinamento degli **interventi integrati con le altre aree di lavoro** "...si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi..." e agli obiettivi generali da perseguire:

- *"definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche*
- *condivisione tra le diverse agenzie cointeressate*
- *formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa*
- *formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali;"*

TENUTO CONTO, in particolare, che nell'ambito degli interventi integrati in relazione all'assistenza sanitaria in salute mentale per i detenuti l'accordo PANSM prevede i seguenti Obiettivi/ azioni e indicatori:

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
3. Miglioramento dell' assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato	a) recepimento regionale delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni; b) diffusione ed applicazione delle linee di indirizzo; c) definizione regionale dei modelli organizzativi di assistenza negli istituti di pena; d) strutturazione dei servizi sanitari di	- atto regionale di recepimento delle linee di indirizzo - n° di Iniziative di informazione e disseminazione riguardo alle linee di indirizzo - evidenza dell'Atto regionale di definizione del modello organizzativo - monitoraggio dei servizi implementati - % di operatori coinvolti nelle iniziative

	<p>assistenza penitenziaria secondo il modello organizzativo regionale;</p> <p>e) formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia;</p> <p>f) monitoraggio regionale in raccordo con il Tavolo</p>	<p>formative specifiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequenza dei Report di monitoraggio con i modelli di reportistica specifici - verifica dell'adozione delle linee guida per la prevenzione del suicidio
4. Presa in carico dei pazienti internati in OPG	<p>a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti ricoverati</p> <p>b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG</p> <p>c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale</p> <p>d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità</p> <p>e) formazione specifica ed integrata</p> <p>f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - definizione di una scheda individuale di monitoraggio; - numero dei protocolli di collaborazione - verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati - % degli internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente - evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti - % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche; - frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM sottolinea l'importanza dell'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie;

CONSIDERATO che il sopraccitato *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* prevede tra i propri obiettivi di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, sia per gli adulti che per i minori, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai **livelli di intensità riabilitativa e assistenziale** e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per **programmi e tipologie di intervento** correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni, quindi, in virtù della sua specificità:

“- di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

*- di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una **residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati** e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.*

*- di adottare una **metodologia incentrata sui percorsi di cura**, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della*

valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti."

VISTO, in particolare che l'Accordo nazionale 2013 n.4/CU del 24 gennaio 2013, approvato in conferenza unificata "**Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale**";

- conferma, tra l'altro, che "i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) sia nell'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e no.

a) privilegiare la metodologia di partire da basso, valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l'accreditamento tra pari forme di collaborazione;

b) assumere come cornice di riferimento la "psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità", promuovendo e rilanciando il lavoro nel territorio;

VISTO il DCA n.287 del 16 settembre 2014 "Recepimento dell'Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al "**Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale**";

VISTO il DPCM 1 aprile 2008 *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;*

VISTO l'accordo del 26 novembre 2009 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza Unificata, sul documento proposto dal Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario"

VISTA la Legge n.9 del 17/2/2012 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. (12G0026) (GU n.42 del 20-2-2012)*" e art.3 ter della suddetta legge, "*Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*";

VISTA la DGR n.4 del 13/1/2012 avente per oggetto: "*DPCM 1 aprile 2008 pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126. Recepimento dell'Accordo in Conferenza Unificata recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) del 13 ottobre 2011. (all.1). Approvazione schema di "Accordo di Programma tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise per la realizzazione di forme di collaborazione e di coordinamento e per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli O.P.G.". (all.2). Approvazione Piano sperimentale denominato "Creazione di una rete di presa in carico dei soggetti ex internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) provenienti dal territorio della Regione Lazio". (all.3) all'interno della quale si è ritenuto opportuno, a seguito della C.U. del 13/10/2011, aggiornare l'oggetto della Determina B2106 del 13/3/2011, così come appreso indicato "Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli OPG"*";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U00300 del 3/7/2013 pubblicato sulla G.U. il 11/7/2013, n.56 avente per oggetto: "*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 dell'Art. 3 – ter della L. n.9 del 17 Febbraio 2012”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00233 del 18 luglio 2014 *“Approvazione del programma assistenziale regionale per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della L.9 del 17 febbraio 2012, art.3 ter e s.m.i., comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG”;*

VISTO l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *“Le strutture residenziali psichiatriche”;*

TENUTO CONTO che l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *“Le strutture residenziali psichiatriche”* si riferisce solo *“strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale”;* mentre rinvia a successivi documenti di indirizzo la disciplina delle strutture per minori e delle strutture e dei servizi riguardanti altri quadri patologici, *“pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali (quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia)”;*

VISTO l'obiettivo dell'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 *“fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata: a) sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), b) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni”;* nonché la metodologia da adottare indicata dall'Accordo stesso *“incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti”;*

TENUTO CONTO dell'eterogeneità premessa nell'Accordo e presente anche nella Regione Lazio negli assetti normativi, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

VISTO, in particolare che l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *“Le strutture residenziali psichiatriche”* in merito all'**appropriatezza** di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, afferma quanto segue:

“...ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i **Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento** devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale (espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

- che vengono, quindi, presi in considerazione la **gravità e complessità del quadro clinico**, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HONOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere;

- che l'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

- che vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate. Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale”.

VISTO, in particolare quanto stabilito dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata “Le strutture residenziali psichiatriche” sul Piano di trattamento individuale (PTI) e sul **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**:

“ - che il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

- che il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale

- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI)

- Osservazione delle problematiche relative a:

- area psicopatologica

- area della cura di sé / ambiente:

- area della competenza relazionale

- area della gestione economica

- area delle abilità sociali

- Obiettivi dell'intervento

- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:

Terapia farmacologica

Psicoterapia

Interventi psicoeducativi

Interventi abilitativi e riabilitativi

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

- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

- *Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica*";

VISTO, in particolare, quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito alle tipologie di strutture residenziali psichiatriche: "...distinte sia per il **livello di intervento terapeutico-riabilitativo**, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il **livello di intensità assistenziale offerto**, correlato al grado di autonomia complessivo"; in particolare, in base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, sono individuate tre tipologie di struttura residenziale:

- *Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).*
- *Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).*

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- *Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3)";*

Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "Le strutture residenziali psichiatriche"	
tipologie	Livello intensità assistenziale/sottotipologie
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).	
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)	
Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi (SRP3)	SRP3.1 con personale nelle 24 h
	SRP3.2 con personale nelle 12 h
	SRP3.3 con personale per Fasce orarie

VISTO, in particolare, quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito alla specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali: "si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di **differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi** che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione".

VISTO quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito al monitoraggio e alle verifiche e all'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale e in particolare le indicazioni :

a) sull'utilizzo di *strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.*

b) riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle **strutture ad hoc** previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 ed in particolare quanto disposto nella parte 4.3 “**STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE** - Definizioni”: “Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:

- **Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT).** Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.

- **Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale– psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale.

Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:

- S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi: strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.

- S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi: strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).

- **Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.):** strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza.

Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria.

Le S.R.S.R. si suddividono in:

- **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.

- **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico.

- **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana".

VISTA, la corrispondenza delle tipologie assistenziali previste dal DCA 3 febbraio 2011 n.8 a quelle dell'accordo, come riportato nella seguente tabella:

Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "Le strutture residenziali psichiatriche"		Regione Lazio DCA 3 febbraio 2011 n.8 (paragrafo 4.3 Strutture Residenziali Psichiatriche - DCA 101/2010)	
tipologie	sottotipologie	tipologie	Sottotipologie
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).		SRTR int/	STIPIT
			SRTR int/
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)		SRTRest	
Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi (SRP3)	24 h	SRSR	SRSR24h
	12 h		SRSR12h
	Fasce orarie		SRSR fasce orarie

Segue **DECRETO n.** **del**

VISTO il Decreto 1/10/2012 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero di Giustizia concernente i *“Requisiti strutturali e organizzativi delle strutture residenziali 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”*, pubblicato sulla G.U. n.270 del 19/11/2012;

VISTO il Decreto U00096 del 9/4/2013, avente per oggetto: *“Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1/10/2012 pubblicato su G.U. del 19/11/2012 n.270; approvazione del documento contenente “Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.1); approvazione del documento contenente “Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.2); approvazione del documento contenente “Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato (All.3)”*, pubblicato sulla G.U. n.23 del 23/4/2013;

CONSIDERATO che con il suddetto Decreto sono stati individuati due diversi livelli delle strutture sanitarie residenziali per eseguire la MdS (le REMS): una di assessment e stabilizzazione e l’altra di mantenimento;

CONSIDERATO che le tipologie assistenziali suddette corrispondono a quelle dell’Accordo relativamente alla tipologia SRP1 (struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo) ;

RITENUTO comunque opportuno specificare che si tratta di particolari tipologie assistenziali che hanno sicuramente diverse modalità e criteri di accesso con diversi assetti organizzativi e diversi requisiti strutturali e di personale;

RITENUTO, altresì, necessario recepire il predetto Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *“Le strutture residenziali psichiatriche”*;

PRESO ATTO che il recepimento degli Accordi nazionali *“Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”* e *“strutture residenziali psichiatriche”* revisiona per le parti interessate il **Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010**;

PRESO ATTO che il completamento dell’azione di riconversione individuato dal DCA 101/2010 deve avvenire, ai sensi del succitato DCA 247 del 2014, entro il 31.10.2014;

RITENUTO altresì necessario armonizzare il DCA 101/2010 alle disposizioni nazionali previste dall’Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *“Le strutture residenziali psichiatriche”*;

RITENUTO OPPORTUNO demandare a successivo decreto, da adottarsi entro 30 giorni dal presente, la modifica ed integrazione del **Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010**, con particolare riguardo all’adozione del modello residenziale proposto con differenziazione dell’offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico ed alternativi alla residenzialità.

DECRETA

Per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono integralmente recepite:

- di recepire l'Accordo nazionale n.116/CU "Le strutture residenziali psichiatriche" approvato in data 17 ottobre 2013 dalla Conferenza Unificata, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- di demandare a successivo decreto, da adottarsi entro 30 giorni dal presente, la modifica ed integrazione del **Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010**, con particolare riguardo all'adozione del modello residenziale proposto con differenziazione dell'offerta per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità.
- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art.3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;
- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza, da adottare attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale;
- di dare atto che il recepimento del presente Accordo non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione E sul sito web istituzionale della Regione nei modi e termini di rito.

**IL PRESIDENTE
NICOLA ZINGARETTI**



Allegato 1



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

13/054/CR7A/C7

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Indice:

Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche

Roma, 13 giugno 2013

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si precisa che il presente documento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica¹, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, si rinvia a successivi documenti di indirizzo.

A premessa degli indirizzi programmatici esposti nel documento, si forniscono le seguenti considerazioni.

La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

La seconda, pur in un contesto di specifica attenzione programmatica da parte delle Regioni, si riferisce all'eterogeneità, come risulta da una ricognizione effettuata allo scopo, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

¹ quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia).

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

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

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

Si segnala - come evidenziato nel PANSM - che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce 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, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi² di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

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

- *il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;*
- *il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.*

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente:*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area della gestione economica*
 - *area delle abilità sociali*
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Terapia farmacologica
 - Psicoterapia
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

² espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Queste sono le tipologie a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura.

Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:

- la numerosità e l'intensità degli interventi complessivamente erogati;
- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Per quanto riguarda i programmi per la post-acuzie, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale.

SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

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

Indicazioni clinico-riabilitative:

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

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando

l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento (alta intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

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

Indicazioni clinico-riabilitative:

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- **area riabilitativa:** offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

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

i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti

- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- **area di risocializzazione:** offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;

- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

"E' 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 Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

"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 Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

In questo ambito, occorre sottolineare l'importanza – tenuto conto dei particolari e specifici fattori di rischio e di *burn out* del lavoro con persone affette da disturbi psichiatrici maggiori - di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro di equipe.

Requisiti concernenti la 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 Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti.

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *approccio alla pratica clinica secondo evidenze;*
2. *promozione della sicurezza e gestione dei rischi;*
3. *programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;*
4. *strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.*

6. Monitoraggio e verifiche.

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale. L'individuazione degli indicatori compete al Gruppo SISM-Sottogruppo Indicatori, coordinato dal Ministero della Salute.

Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 13 giugno 2013