



REGIONE MOLISE

GIUNTA REGIONALE

Mod. B
Atto che non
comporta
impegno di
spesa

Seduta del 18-03-2014

DELIBERAZIONE N. 109

OGGETTO: ACCORDO, AI SENSI DELL'ART. 9, COMMA 2, LETT. C) DEL D.LGS 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, LE PROVINCE, I COMUNI E LE COMUNITÀ MONTANE SUL DOCUMENTO CONCERNENTE "LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE". REP. ATTI N. 116/CU DEL 17.10.2013 – RECEPIMENTO.

LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno diciotto del mese di Marzo dell'anno duemilaquattordici nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

N	Conome e Nome	Carica	Presenza
1	DI LAURA FRATTURA PAOLO	PRESIDENTE	Presente
2	PETRAROIA MICHELE	VICE PRESIDENTE	Presente
3	FACCIOLLA VITTORINO	ASSESSORE	Presente
4	NAGNI PIERPAOLO	ASSESSORE	Presente
5	SCARABEO MASSIMILIANO	ASSESSORE	Assente

SEGRETARIO: MARIOLGA MOGAVERO

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne) sulla proposta inoltrata dal SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA E POLITICHE SOCIALI.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto;

PRESO ATTO, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento interno di questa Giunta:

- a) del parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa espresso dal Direttore del Servizio e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa;
- b) dei pareri del Direttore d'Area e del Direttore Generale;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010 n. 10 e successive modificazioni e la normativa attuativa della stessa;

VISTO il regolamento interno di questa Giunta;

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta corredati dei pareri di cui all'art. 13 del Regolamento interno della Giunta che si allegano alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di recepire l'Accordo del 17.10.2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Rep. Atti n. 116/CU), allegato al presente provvedimento, con il quale è stato approvato il documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche", parte integrante dell'Accordo stesso.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. c) del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche". Rep. Atti n. 116/CU del 17.10.2013 – Recepimento.

CONSIDERATI:

- la Legge del 13.5.1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*;
- l'Accordo del 20.3.2008 tra Governo e Regioni, stipulato ai sensi dell'art. 9) del D.Lgs. 28.8.1997, n. 281, sul documento concernente *Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale*, finalizzato a rilanciare la cultura dei servizi e le pratiche di intervento in un'area sempre più cruciale per il benessere della popolazione;
- la Legge Regionale del 6.11.2002, n. 30, *Tutela della Salute Mentale*, che disciplina tutte le attività relative alla promozione e tutela della salute mentale nella Regione Molise;
- il Regolamento regionale del 26.1.2004, n. 1, applicativo della predetta legge regionale n. 30, emanato ai sensi dell'art. 13, comma 1, lett. a), della legge stessa;
- la DCR del 9.7.2008, n. 190, di approvazione del Piano sanitario regionale per il triennio 2008/2010;

VISTA la delibera del 24.2.2014, n. 83, con la quale la Giunta regionale ha recepito l'Accordo del 24.1.2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Rep. Atti n. 4/CU) di approvazione del "Piano di azioni nazionale per la salute mentale";

VISTO l'Accordo del 17.10.2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Rep. Atti n. 116/CU), allegato al presente provvedimento, con il quale è stato approvato il documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche", parte integrante dell'Accordo stesso;

VALUTATO di dover provvedere al recepimento da parte della Giunta Regionale di detto Accordo;

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

di recepire l'Accordo del 17.10.2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Rep. Atti n. 116/CU), allegato al presente provvedimento, con il quale è stato approvato il documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche", parte integrante dell'Accordo stesso.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

CARLA SEVERINO

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA E
POLITICHE SOCIALI

Il Direttore
MICHELE COLAVITA

PARERE IN ORDINE ALLA LEGITTIMITA' E ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA

Ai sensi dell'art. 13, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Campobasso, 18-03-2014

**SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-
SANITARIA E POLITICHE SOCIALI**

Il Direttore
MICHELE COLAVITA

VISTO DI COERENZA CON GLI OBIETTIVI D'AREA

Si attesta che il presente atto è coerente con gli indirizzi di coordinamento, organizzazione e vigilanza dell'AREA TERZA.

Campobasso, 18-03-2014

IL DIRETTORE DELL'AREA TERZA
ALBERTA DE LISIO

VISTO DEL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale attesta che il presente atto, munito di tutti i visti regolamentari, è coerente con gli indirizzi della politica regionale e gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale.

PROPONE

all'Assessore **PETRAROIA MICHELE** l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Campobasso, 18-03-2014

IL DIRETTORE GENERALE
PASQUALE MAURO DI MIRCO

Di quanto sopra si è redatto il presente verbale che, previa lettura e conferma, viene sottoscritto come appresso:

**IL SEGRETARIO
MARIOLGA MOGAVERO**

**IL PRESIDENTE
PAOLO DI LAURA FRATTURA**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 17 ottobre 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 14 giugno 2013 con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento in oggetto;

VISTA la lettera in data 11 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha comunicato il proprio nulla osta all'ulteriore prosieguo dell'iter istruttorio;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2013, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi sull'argomento il 9 ottobre 2013 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

P
Q
HB

ALLEGATO A

**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'iscrizione, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, partecipazione 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 terapeutici 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'iscrizione 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 PANSIM - 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.

Arete 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

