



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 09-12-2014 (punto N 14)

Delibera N 1127 del 09-12-2014

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile BARBARA TRAMBUSTI

Estensore MARZIA FRATTI

Oggetto

Le strutture residenziali psichiatriche e l'abitare supportato. Linee di indirizzo e promozione di progettualità con assegnazione di risorse alle Aziende USL.

Presenti

ANNA RITA BRAMERINI	ANNA MARSON	GIANNI SALVADORI
GIANFRANCO SIMONCINI	LUIGI MARRONI	VITTORIO BUGLI
VINCENZO CECCARELLI	STEFANIA SACCARDI	EMMANUELE BOBBIO
SARA NOCENTINI		

Assenti

ENRICO ROSSI

ALLEGATI N°2

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Linee di indirizzo
B	Si	Cartaceo+Digitale	Schema progetto

MOVIMENTI CONTABILI

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-26058	2014	Prenotazione			231500,00

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”, e successive modifiche e integrazioni;

Vista la L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, e successive modifiche e integrazioni;

Visti la L.R. n. 51 del 5 agosto 2009 “Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento” ed il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 61/R del 24 dicembre 2010 Regolamento di attuazione della citata L.R. 51/2009;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 ed in particolare il paragrafo 2.3.6.6 “La Salute Mentale”;

Richiamati le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale approvate in Conferenza Unificata il 20/8/2008 ed il Piano di azioni nazionale per la salute mentale, approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013;

Visto il documento “Le strutture residenziali psichiatriche” approvato in Conferenza Unificata il 17/10/2013 con il quale si forniscono indirizzi per promuovere un sistema di offerta di residenzialità per utenti adulti, omogenea sul territorio nazionale, 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;

Preso atto che nel sopra citato Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale al punto “La residenzialità e il sostegno all'abitare” del paragrafo 2.3.6.6 viene sottolineata l'importanza di proseguire nell'impegno alla qualificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e sociali delle strutture residenziali evitando ricoveri impropri e/o immotivatamente prolungati e di favorire altresì lo sviluppo di opportunità abitative supportate in cui la persona possa sperimentare percorsi di autonomia secondo il modello dell' “Abitare Supportato”;

Ritenuto pertanto necessario:

- recepire le indicazioni contenute nel sopra citato documento nazionale “Le strutture residenziali psichiatriche” adottando proprie linee di indirizzo regionali per promuovere percorsi in ambito residenziale per utenti adulti, strutturati per intensità di trattamento e per programmi e tipologie di intervento
- rivedere l'attuale assetto organizzativo delle strutture residenziali, a vario grado di assistenza, per renderlo uniforme ai Livelli essenziali di assistenza (LEA) prevedendo altresì di procedere, sulla base di quanto previsto dal presente atto deliberativo, all'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni residenziali per la salute mentale di cui

al DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”

- individuare, attraverso specifiche linee di indirizzo, modalità operative che orientino i Dipartimenti di Salute Mentale verso programmi di sostegno abitativo ispirati al modello di intervento dell' "Abitare supportato”;

Visto il documento “Le Strutture residenziali psichiatriche e l'Abitare Supportato – Linee di indirizzo” al presente atto (Allegato “A”) che costituisce parte integrante e sostanziale dello stesso con il quale si provvede, in particolare a:

- descrivere i principi base su cui si sviluppa l'offerta di servizi in ambito residenziale
- definire, sulla base dell'intensità riabilitativa dei programmi e del livello di intensità assistenziale, le tipologie delle strutture residenziali psichiatriche, tenuto conto di quanto indicato nel sopra citato documento nazionale “Le strutture residenziali psichiatriche”
- individuare gli elementi che caratterizzano il modello di programma residenziale definito “Abitare supportato” e le modalità operative che possono favorire lo sviluppo di tali programmi;
- richiamare l'importanza della formazione continua degli operatori, del monitoraggio del percorso e della valutazione dei risultati;

Valutata altresì l'opportunità di promuovere programmi residenziali di sostegno abitativo realizzati sulla base del citato modello definito “Abitare Supportato”, di cui al citato allegato “A”, per incentivare, attraverso percorsi orientati all'empowerment e al recovery, esperienze di inclusione sociale abitativa delle persone con problemi di salute mentale destinando specifiche risorse per la realizzazione di progetti da parte delle Aziende USL;

Stabilito che:

- ogni Azienda USL può presentare un progetto sulla base delle indicazioni di cui all'Allegato “B”, parte integrante e sostanziale del presente atto,
- le Aziende si impegnano, a conclusione del progetto stesso, tenuto conto dell'efficacia e del buon esito delle azioni progettuali, a proseguire, nell'ambito della programmazione aziendale, le attività avviate,
- le proposte progettuali saranno oggetto di valutazione ai fini della loro approvazione e dell'erogazione del contributo, sulla base dei criteri di cui al citato Allegato “B”, e sarà effettuato un monitoraggio regionale sulla realizzazione dei progetti stessi,
- il Settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria procederà alla valutazione dei progetti, ai fini della loro approvazione, ed al monitoraggio dei risultati delle azioni previste con la collaborazione dei Dipartimenti di Salute mentale e della Commissione regionale Governo Clinico Salute Mentale istituita con Decreto Dirigenziale 3858/2012,
- ai fini dell'approvazione del progetto, tenuto conto delle richieste presentate potrà essere richiesta una rimodulazione delle azioni e del piano finanziario;

Ritenuto, per la realizzazione dei suddetti progetti, di destinare la somma complessiva di €231.500,00 prenotandola sul capitolo 26058 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio di previsione 2014 che presenta la necessaria disponibilità;

Ritenuto altresì di dare mandato al Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Direzione Generale “Diritti di cittadinanza e coesione sociale” a porre in essere gli atti e le attività necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti;

Vista la L.R. 78 del 24 dicembre 2013 “Bilancio di previsione per l’anno finanziario 2014 e pluriennale 2014/2016 e la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2 del 7 gennaio 2014 “Approvazione bilancio gestionale per l’esercizio finanziario 2014 e bilancio pluriennale gestionale 2014-2016;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, per i motivi espressi in narrativa, il documento “Le Strutture Residenziali psichiatriche e l’Abitare Supportato- Linee di indirizzo” di cui all'allegato “A” al presente atto che costituisce parte integrante e sostanziale dello stesso;
2. di promuovere, per i motivi espressi in narrativa, programmi residenziali di sostegno abitativo, sulla base del modello definito “Abitare Supportato”, di cui al citato allegato “A”, destinando specifiche risorse per la realizzazione di progetti da parte delle Aziende USL;
3. di stabilire che:
 - ogni Azienda USL può presentare un progetto sulla base delle indicazioni di cui all'Allegato “B”, parte integrante e sostanziale del presente atto,
 - le Aziende si impegnano, a conclusione del progetto stesso, tenuto conto dell’efficacia e del buon esito delle azioni progettuali, a proseguire, nell'ambito della programmazione aziendale, le attività avviate,
 - le proposte progettuali saranno oggetto di valutazione ai fini della loro approvazione e dell’erogazione del contributo, sulla base dei criteri di cui al citato Allegato “B”, e sarà effettuato un monitoraggio regionale sulla realizzazione dei progetti stessi,
 - il Settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria procederà alla valutazione dei progetti, ai fini della loro approvazione, ed al monitoraggio dei risultati delle azioni previste con la collaborazione dei Dipartimenti di Salute mentale e della Commissione regionale Governo Clinico Salute Mentale istituita con Decreto Dirigenziale 3858/2012,
 - ai fini dell’approvazione del progetto, tenuto conto delle richieste presentate potrà essere richiesta una rimodulazione delle azioni e del piano finanziario;
4. di destinare alla realizzazione dei progetti di cui al punto 2, la cifra complessiva di €231.500,00 prenotandola sul capitolo 26058 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio di previsione 2014 che presenta la necessaria disponibilità;
5. di prevedere che all'approvazione delle Linee di indirizzo di cui all'All. “A” farà seguito l'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni residenziali per la salute mentale di cui al DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”;

6. di dare mandato al Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Direzione Generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a porre in essere gli atti e le attività necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
Barbara Trambusti

Il Direttore Generale
VALTERE GIOVANNINI

Le Strutture residenziali psichiatriche e l’Abitare supportato – Linee di indirizzo

Indice

Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

1.1 Il Progetto Terapeutico Riabilitativo individualizzato Globale e il Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato Residenziale

1.2 Tipologia dei Programmi Riabilitativi

1.3 Livelli di intensità assistenziale

1.4 Assetto organizzativo

1.5 Tipologia delle Strutture residenziali Psichiatriche

1.5.1 Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)

1.5.1.1 Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo per persone affette da Disturbi del Comportamento alimentare (SRP1-DCA)

1.5.2 Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2)

1.5.3 Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (SRP.3)

1.6 Indicazioni per l'accreditamento

2. Percorsi per l'autonomia abitativa

2.1 L'Abitare Supportato

3. Formazione

4. Monitoraggio e Valutazione

Premessa

La tutela della salute mentale si realizza compiutamente attraverso un sistema di cura unitario: la rete dei servizi di salute mentale di comunità, che assicura, nell'ambito del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, diversi livelli di assistenza in relazione ai bisogni della persona attivando interventi che si sviluppano nella, e con, la comunità locale.

L'offerta terapeutica e riabilitativa realizzata nell'ambito di strutture residenziali rappresenta un livello dell'articolazione dei servizi di salute mentale che può essere attivato per la persona con la funzione di sostenerla e accompagnarla nella riappropriazione della propria autonomia.

Si ribadisce dunque che le residenze devono essere concepite come luogo dove si realizzano percorsi di riabilitazione orientati allo sviluppo delle risorse delle persone e a processi di ripresa e non devono essere in alcun modo ritenute o utilizzate come una soluzione abitativa permanente. L'enfasi sulla volontarietà e sulla preservazione dei contesti abituali di vita deve essere la linea principale di condotta dei servizi di salute mentale.

Come richiamato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 61 del 5 novembre 2011, è necessario proseguire nell'impegno alla qualificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e sociali nell'ambito delle strutture residenziali a vario grado di assistenza, evitando inserimenti impropri e/o immotivatamente prolungati e promuovendo la dinamicità dei percorsi. Tali percorsi devono essere rivolti a pazienti che abbiano bisogno di trattamento per un disturbo psichiatrico e non a coloro che siano genericamente portatori di bisogni socio-economici.

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, la Conferenza Unificata, ha approvato, nella seduta del 17 ottobre 2013, il documento "Le strutture residenziali psichiatriche" che riguarda le strutture che accolgono utenti adulti.

Con il presente documento la Regione Toscana, nel recepire le indicazioni contenute nei sopra citati atti, intende uniformare il sistema dell'offerta di residenzialità per utenti adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e promuovere percorsi in ambito residenziale, strutturati sia per intensità di trattamento che per programmi e tipologie di intervento, che garantiscano maggiore correlazione con la patologia e la complessità dei bisogni con l'obiettivo di favorire processi di recupero di abilità personali.

Inoltre, con le presenti Linee di indirizzo, la Regione intende dare indicazioni per favorire la diffusione di programmi di sostegno abitativo, ispirati al modello di intervento denominato "**Abitare Supportato**", anche sulla base di quanto richiamato dalle Linee guida per la Salute Mentale del Ministero della Salute del 18 marzo 2008. Tale scelta deriva dal riconoscimento dell'importanza, nei percorsi di riabilitazione, di creare opportunità abitative in cui la persona possa sperimentare percorsi di emancipazione e acquisizione di competenze orientati alla realizzazione di un progetto di vita autonoma.

Si ritiene importante evidenziare alcuni aspetti imprescindibili dei percorsi residenziali: contrasto all'istituzionalizzazione e orientamento al recovery.

Contrasto all'istituzionalizzazione

L'attenzione alla "dinamicità" degli inserimenti residenziali è un processo continuo: consiste nell'incrementare il turn-over delle strutture residenziali, che, pur costituendo una grande risorsa, sono spesso contrassegnate da una eccessiva staticità. Questa è dovuta in parte alla inadeguatezza o mancanza di un progetto "di uscita" all'atto dell'inserimento dei pazienti. A tal proposito la possibilità di promuovere e sostenere esperienze di autonomia in abitazioni civili ed opportunità lavorative è indispensabile; questi aspetti sono basilari per portare a compimento i progetti di riqualificazione e di re-inclusione sociale delle persone in carico. Dovranno pertanto essere stabiliti tavoli di confronto e di effettiva collaborazione di rete con i Comuni e con i Servizi del Collocamento Mirato.

Le strutture residenziali sono luoghi di supporto alla cura, da attraversare temporaneamente per favorire un graduale e duraturo livello di autonomia e un adeguato inserimento sociale dei pazienti; le strutture operano in stretta integrazione tra loro e con tutti gli altri servizi socio-sanitari e devono essere istituite in modo da favorire il contatto con la comunità locale e il coordinamento con tutte le risorse sociali presenti sul territorio.

L'inserimento e la permanenza nella struttura devono essere definiti nell'ambito del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e del relativo Programma Terapeutico-riabilitativo residenziale (si veda paragrafo 1.1)¹. Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento nella struttura e alla sua durata.

Per favorire la continuità terapeutica e il coinvolgimento della rete familiare e sociale nel percorso riabilitativo, l'inserimento in struttura dovrebbe avvenire nel territorio dell'Azienda USL.

Percorsi riabilitativi orientati al recovery

La sfida della riabilitazione è aiutare le persone con problemi di salute mentale a sviluppare abilità che le rendano capaci di partecipare pienamente come cittadini alla vita comunitaria, anche supportandoli nei contesti di istruzione, formazione, lavoro, ricreativi, sociali e abitativi.

Un approccio riabilitativo orientato al recovery promuove un percorso verso la guarigione. Il recovery rappresenta la possibilità di riprendere il controllo della propria vita, nonostante la presenza di un problema di salute mentale e la necessità di cure e la possibilità di godere di una vita significativa sviluppando le proprie potenzialità con soddisfazione personale, autonomia e responsabilità.

Il processo di recovery può essere promosso dai Servizi attraverso la costruzione di una relazione terapeutica che incrementa la motivazione e favorisce l'empowerment delle persone con problemi di salute mentale e dei loro familiari rendendoli protagonisti attivi dei percorsi riabilitativi. La chiave del processo riabilitativo è infatti la collaborazione; questa richiede motivazione e specifiche competenze degli operatori nello sviluppare e nel mantenere solide relazioni terapeutiche per tradurre la conoscenza, la competenza e l'esperienza professionale in comprensione e abilità del paziente e dei familiari.

Un approccio riabilitativo orientato al recovery è espressione della crescente evidenza che un trattamento completo, continuativo, coordinato e orientato all'utente, fornito con competenza e in maniera comprensiva può permettere alla persona di ri-guadagnare controllo sulla propria vita e raggiungere i propri obiettivi.

¹ La Regione Toscana a differenza di quanto riportato nei citati documenti nazionali: "Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale" e "Le strutture residenziali psichiatriche", utilizza, in continuità con le definizioni utilizzate nelle proprie disposizioni normative, la dizione "Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato" in riferimento al progetto globale elaborato per la persona dal Centro di Salute Mentale e la dizione "Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale" in riferimento al programma elaborato nell'ambito della struttura.

Nei percorsi residenziali orientare l'azione professionale al recovery assume particolare importanza per contrastare paradigmi cronicizzanti e favorire invece percorsi di sviluppo delle abilità orientati a promuovere la possibilità di godimento dei diritti di cittadinanza.

1. Le Strutture residenziali psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento di Salute Mentale dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto socio sanitario, effettuabili in regime residenziale.

In Toscana le strutture residenziali per la salute mentale, vengono definite nel PSR 2005-2007 richiamato ed integrato dal PSR 2008/2010, come strutture extra ospedaliere attraverso le quali si realizza una parte del programma terapeutico e riabilitativo per le persone che necessitano di residenzialità per tempi definiti sulla base di un **Programma terapeutico-riabilitativo individualizzato residenziale**, ovvero per il trattamento di situazioni di acuzie affrontabili senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero. Queste ultime situazioni sono rappresentate dall'intensità sub-acuta della sintomatologia, dall'urgenza dell'intervento rispetto alla possibilità di gestione a domicilio dei problemi clinici e dalla emergenza del contesto familiare e/o sociale rispetto alla compromissione del funzionamento psicosociale.

Come richiamato nelle Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale (Conferenza Unificata 20 marzo 2008) le strutture residenziali sono quindi strutture intermedie che hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica nella riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia e che non possono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

Tali strutture rappresentano quindi un "nodo" della rete dei servizi per la salute mentale e devono differenziarsi e potersi modulare al loro interno in base alle esigenze delle persone utenti del Dipartimento di Salute Mentale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale, relazionale e sociale, con bisogni complessi e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale che elabora il **Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale** nell'ambito del quale può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento terapeutico-riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'inserimento in una struttura residenziale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale (CSM), tramite una procedura di consenso informato relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra CSM e utente. E' opportuno che il CSM promuova azioni al fine di estendere l'accordo alla famiglia e favorire il coinvolgimento della rete sociale.

Il CSM segue, tramite il responsabile del Progetto, l'andamento degli interventi fino alla dimissione, secondo la frequenza dichiarata nel Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale.

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati dei pazienti proposti dai CSM per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con

gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivi-compulsivi gravi.

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

- *intensità terapeutico riabilitativa*
- *intensità assistenziale*

1.1 Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato globale e il Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato residenziale

Nell'ambito della rete dei servizi di salute mentale e dell'articolazione di prestazioni e interventi è necessario sia garantita la continuità, la coerenza e la chiarezza per evitare la frammentazione dell'assistenza e l'inefficacia ed inefficienza delle prestazioni stesse.

La funzione unificatrice dell'articolazione degli interventi deve essere garantita dal CSM che rappresenta il punto di coordinamento dell'attività di tutela e presa in carico della salute mentale. Il CSM rappresenta dunque il luogo di gestione dell'intero percorso clinico-assistenziale orientato allo sviluppo delle risorse delle persone e a percorsi di ripresa.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel **Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale** specificatamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il **Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale**, di cui è parte, e in accordo con il responsabile del progetto.

Tale Programma deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e profilo dinamico-funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale, 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
 - area delle relazioni intra familiari
- Obiettivo dell'intervento
- Aree di intervento: descrive 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 della frequenza delle verifiche periodiche di équipe e con il CSM: aggiornamento dell'andamento del **Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale** con indicazione delle date di verifica.

1.2 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 o di sub-acuzie sono correlati a:

- la numerosità e l'intensità degli interventi di cura (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede o fuori sede, ecc.);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili tramite tipologie di attività, quali:

- osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari;
- somministrazione farmaci, riunioni di coordinamento;
- 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;
- interventi di crescita culturale;
- interventi sul tempo libero;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia anche sulla base delle indicazioni di cui alla DGR 1017 del 2/12/2013 “Linee di indirizzo metodologiche regionali sulla psicoeducazione orientate al recovery in salute mentale”;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro;
- partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale.

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.

1.3 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.

1.4 Assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatrici, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari. L'impegno orario del personale sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati e sarà definito, per ciascuna tipologia di struttura, con l'aggiornamento del Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R) come specificato al punto 1.6.

La definizione degli standard di personale dovrà tenere conto dei seguenti raggruppamenti:

- 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 terapeuti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

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 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.

1.5 Tipologia delle Strutture residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche è distinta sia per livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello di compromissione di funzioni e abilità del paziente e di gravità della patologia (e alla sua trattabilità), sia per 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 le seguenti tipologie di strutture:

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1);

- SRP1-DCA Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo per persone affette da Disturbi del Comportamento alimentare

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2), articolata su due livelli di intensità assistenziale:

- SRP.2-A Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale
- SRP.2-B Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale.

Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3) articolata nelle seguenti sottotipologie:

- SRP.3.1 Personale socio sanitario 24 ore
- SRP.3.2 Personale socio sanitario 12 ore
- SPR.3.3 Personale socio sanitario fasce orarie.

1.5.1 Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con disturbo psicopatologico grave e 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 acuzie, post acuzie e sub-acuzie e i Disturbi del comportamento alimentare.

Durata massima del programma **non superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.** Possono essere programmate modalità di inserimento rivolti a situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie della **durata massima di 3 mesi.**

Presenza personale socio-sanitario 24 ore

Posti letto: massimo 12

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 assistenza da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

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 post-acuzie e sub-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)

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 periodica revisione del trattamento farmacologico e 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 di servizio

Incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo alla dimissione.

Requisiti di personale

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.

1.5.1.1. Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo per persone affette da Disturbi del Comportamento alimentare (SRP1-DCA)

Le strutture residenziali specificatamente dedicate al trattamento dei Disturbi del comportamento alimentare si collocano nell'ambito della tipologia SRP1 *Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo*.

Le caratteristiche peculiari di tali strutture, compresa la descrizione degli interventi e delle attività in esse poste in essere sono disciplinate nell'ambito della Deliberazione di Giunta Regionale 441/2010 “DGR 279/2006 “Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Integrazioni”, a cui si rimanda per tali aspetti.

La Deliberazione 441/2010 specifica che la **durata** del programma nell'ambito delle strutture per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare **non può essere inferiore a 3 mesi e superiore a 12 mesi**.

Per le strutture di cui al presente punto si provvederà alla definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento nell'ambito dell'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni residenziali per la salute mentale: DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”, come richiamato al punto 1.6 del presente documento.

1.5.2 Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2)

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).

Le Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo si articolano sui seguenti livelli di intensità assistenziale configurando 2 sottotipologie:

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale (SRP.2-A)

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

Presenza personale socio sanitario 24 ore

Posti letto: massimo 12

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 a livelli compatibili con il supporto attivabile;
- 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 relazionali e sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

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 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 raggiungere e/o mantenere la condizione di stabilizzazione clinica
- Area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico e attività di gruppo
- Area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative
- 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 secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo.

Requisiti di personale

Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere coerenti alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale (SRP.2-B)

Posti letto: massimo 6

- A differenza della SRP.2-A i pazienti di questa tipologia devono possedere competenze adeguate a sostenere le normali abilità prevedibili nella quotidianità notturna
- Tenuto conto della mancanza di assistenza nelle ore notturne, le SRP.2-B possono ospitare fino ad un massimo di 6 utenti
- Il personale socio sanitario per la continuità terapeutica dovrà essere di norma previsto per il **solo arco delle 12 ore diurne su sette giorni la settimana**
- Deve essere possibile far fronte a limitati periodi di aumento dell'intensità di assistenza sulle 24 ore
- Deve essere predisposto un protocollo per la gestione delle eventuali urgenze notturne

- Durata massima del programma **non superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.**

Indicazioni clinico-riabilitative

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con difficoltà del paziente a raggiungere una completa 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 che abbiano conseguito risultati almeno parziali;
- problemi relazionali di gravità varia in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buono.

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 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 raggiungere e/o mantenere la condizione di stabilizzazione clinica
- Area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico individuale e di gruppo
- Area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono 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 da realizzarsi prevalentemente fuori sede promosse dalla struttura in raccordo con la rete sociale
- Area della supervisione: attività quotidiana di verifica e supervisione di quanto accaduto nell'orario notturno
- Area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo.

Requisiti di personale

Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere coerenti con il livello medio delle attività riabilitative e basso di quelle assistenziali.

1.5.3 Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (SRP.3)

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:

SRP.3.1 Personale socio sanitario 24 ore

SRP.3.2 Personale socio sanitario 12 ore

SPR.3.3 Personale socio sanitario fasce orarie.

Durata massima del programma **non superiore a 36 mesi, prorogabile con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento, sulla base del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale in coerenza con il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale.**

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.

Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi con personale sulle 24 ore giornaliere (SRP3.1)

Posti letto: massimo 10

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, nella 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 nelle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiano 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 e conoscenti
- problemi di autonomia sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento

La tipologia di offerta 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: presenza di attività riabilitative non necessariamente strutturate; 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 e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale sulle 12 ore giornaliere (SRP.3.2)

Posti letto: massimo 8

Indicazioni cliniche

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con 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 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 e di gravità lieve (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 e conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

Aree di intervento

La tipologia di offerta 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 e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi con personale a fasce orarie (SRP.3.3)

Posti letto: massimo 6

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 e conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

Aree di intervento

La tipologia di offerta 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 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.

1.6 Indicazioni per l'accreditamento

All'approvazione del presente documento farà seguito l'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni residenziali per la salute mentale: DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

L'aggiornamento della disciplina regionale sarà in particolare orientato, in linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del citato documento approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 17 ottobre 2013 "Le strutture residenziali psichiatriche", a garantire la qualità organizzativa, di processo e di esito nelle strutture residenziali.

L'attenzione sarà focalizzata sui requisiti concernenti prestazioni e Servizi ovvero sull'esplicitazione della pratica del governo clinico e del metodo di lavoro, anche per fondare la valutazione della performance, sulla cura delle competenze e abilità professionali necessarie alla realizzazione delle attività garantendo qualità e sicurezza, da assicurarsi attraverso la programmazione e verifica delle attività formative, sulla buona comunicazione, che garantisca la relazione tra professionisti e pazienti, l'aderenza dei professionisti ai comportamenti attesi, l'ascolto dei pazienti e la loro partecipazione nelle scelte di trattamento oltre all'esplicitazione delle modalità di coinvolgimento dei caregiver. L'attenzione sarà volta infine a garantire appropriatezza clinica, efficacia e sicurezza, elementi essenziali per la qualità delle cure; a tale proposito sarà evidenziata e ribadita la rilevanza dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze, della promozione della sicurezza e gestione dei rischi, anche del rischio clinico, ed infine delle strategie di comunicazione, formazione e sviluppo delle competenze.

2. Percorsi di autonomia abitativa

Le strutture residenziali, come sopra richiamato, non rappresentano soluzioni abitative definitive bensì spazi/luoghi in cui si realizza una parte del progetto terapeutico e socio riabilitativo. Il buon esito del percorso riabilitativo nelle strutture è in larga parte connesso alla possibilità di individuare modalità e strumenti che possano facilitare i percorsi di autonomia delle persone e la realizzazione di progetti di vita personali.

L'acquisizione dell'autonomia abitativa costituisce inoltre un elemento fondamentale nella relazione tra la persona e la società in cui vive e la mancata realizzazione di tale bisogno rappresenta uno dei primi fattori di esclusione sociale.

Pertanto è fondamentale e prioritario riconoscere e favorire percorsi di cittadinanza in merito all'abitare, come indicato negli atti di indirizzo nazionali e regionali in materia di salute mentale.

Con le presenti Linee di indirizzo si intende pertanto individuare modalità operative che:

- orientino i servizi verso programmi di sostegno abitativo, ispirati al modello di intervento denominato Abitare Supportato, con l'obiettivo di incentivare e rendere più omogenee le esperienze di inclusione sociale abitativa
- promuovano il ruolo delle Associazioni di familiari e utenti e quello dei Facilitatori Sociali, nello sviluppo e gestione di esperienze abitative supportate, nonché quello delle famiglie singole quale risorsa potenziale del percorso.

2.1 Abitare supportato

L'interesse suscitato negli ultimi anni dal tema dell'autonomia abitativa ha determinato il fiorire di esperienze molto diverse tra loro, unificate dal richiamo formale al cosiddetto modello di "Abitare Supportato".

Si tratta di azioni a carattere terapeutico che valorizzano l'esperienza abitativa, nell'ambiente naturale della casa, per il processo di acquisizione dell'autonomia della persona.

Prima di definire il modello "Abitare Supportato" è necessario sottolineare ciò che non deve essere confuso con questo termine:

Non si tratta di un tipo di "Residenzialità leggera": la Regione Toscana ha da sempre favorito la costruzione di una residenzialità dinamica e con un gradiente variegato di possibilità assistenziali (dalle 24 ore alla residenzialità con assistenza per "fasce orarie"). L'Abitare supportato è un percorso in cui la casa, pur essendo assunta come occasione terapeutico riabilitativa, deve mantenere, a tutti gli effetti, la sua natura di setting naturale (non istituzionale) e non si configura come articolazione del sistema formale di cura;

Non si tratta di Programmi Domiciliari Intensivi: in questi ultimi il progetto è articolato principalmente sulla continuità da garantire al trattamento. Nella Assistenza Domiciliare la domiciliarità rappresenta più il decentramento della prestazione che uno specifico lavoro sulla autonomia abitativa.

Non si tratta neanche della ricerca di una soluzione abitativa per la realizzazione del diritto alla casa. Anche se di fatto i percorsi di Abitare Supportato hanno dimostrato una alta efficacia nel permettere alle persone con problemi di salute mentale di conseguire questo diritto, il progetto di Abitare Supportato rimane a carattere terapeutico.

Non si tratta però neanche di una modalità di coabitazione realizzata autonomamente da utenti affiatati tra loro in quanto in questi casi il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si limita a "prendere atto" di quanto deciso dagli utenti e normalmente non vi contribuisce con un proprio specifico apporto progettuale.

I progetti di Abitare Supportato sono fortemente personalizzati e pertanto variegati tra loro. Tuttavia si caratterizzano per alcuni elementi comuni:

- Ogni singola esperienza di Abitare Supportato nasce da un accordo esplicito tra l'utente, che è quindi parte attiva nella programmazione e realizzazione del percorso, e l'équipe del CSM. Tale accordo è parte del Progetto terapeutico-riabilitativo ed è mirato espressamente al raggiungimento della autonomia abitativa. Le Associazioni possono partecipare a tali percorsi ricoprendo un ruolo importante nella loro implementazione;

- L'abitare supportato si realizza nell'ambito di normali civili abitazioni, dove l'utente vive da solo o in coabitazione;
- Nell'accordo tra utente e CSM vengono specificate, tenendo conto del livello di autonomia e delle abilità possedute, le responsabilità che l'utente assume quali la titolarità del contratto di locazione e/o delle utenze, l'impegno a rispettare un eventuale regolamento di coabitazione, l'eventuale adesione alla progettualità dichiarata dall'Associazione di Utenti;
- il CSM supporta il Progetto attraverso azioni quali: attivazione di un apposito Budget di cura e di ore di assistenza personalizzata; attivazione diretta o indiretta di una concreta mediazione abitativa e/o condominiale, per esempio tramite Associazioni di Utenti anche con il supporto della figura del Facilitatore Sociale. Il percorso è monitorato nell'ambito del progetto Terapeutico riabilitativo individualizzato.

Questo modello di Abitare Supportato, per rimanere sostenibile nel lungo periodo, richiede che il DSM si adoperi per l'allargamento delle opportunità abitative da poter utilizzare nei singoli progetti. A questo scopo il DSM attiverà strategie differenziate: accordi interistituzionali con gli Enti Locali, promozione dell'accesso al mercato immobiliare, sensibilizzazione verso privati affinché mettano a disposizione appartamenti per soluzioni di coabitazione solidale.

Come sopra richiamato i progetti di Abitare Supportato possono prevedere o no forme di coabitazione di più utenti: quando questo avvenga il servizio deve implementare una metodologia di microprogettazione che miri ad esaltare le risorse informali dei soggetti supportati e a promuoverne le competenze cooperative. La coabitazione con altri deve essere considerata una risorsa e non un vincolo. Non si deve ridurre la coabitazione a un effetto collaterale della mancanza di risorse. Al fine di poter sfruttare al massimo le opportunità di sviluppo personale ed umano, deve essere messa in cantiere un'azione strategica che utilizzi il gruppo di convivenza come una risorsa ed un'opportunità.

La Regione promuove lo sviluppo di programmi di sostegno abitativo sulla base del modello "Abitare supportato" per incentivare, attraverso percorsi orientati all'empowerment e al recovery, esperienze di inclusione sociale abitativa delle persone con problemi di salute mentale.

3. Formazione

La presa in carico riabilitativa è "assumersi la responsabilità" di sviluppare interventi diretti al recupero o all'acquisizione di abilità e autonomie delle persone facilitando la loro inclusione sociale, abitativa e lavorativa.

E' ormai da tempo noto in letteratura che l'agire professionale nelle strutture residenziali psichiatriche presenta un continuo rischio di perdita di senso. Per evitare questo genere di esito la formazione rappresenta una leva indispensabile allo scopo di incrementare le competenze professionali necessarie agli operatori per conservare ed accrescere l'efficacia e l'efficienza dei percorsi residenziali. Allo stesso tempo la buona formazione si è dimostrata utile anche per garantire la riduzione dello stress e del burn out. In tutte le Strutture Residenziali (sia del Privato Accreditato che nelle strutture a gestione diretta del DSM) è necessario garantire due importanti prerequisiti:

- lo svolgimento di una Riunione settimanale di Equipe multi professionale
- l'aggiornamento annuale di un piano triennale di Formazione generale e specifico

La Formazione specifica dovrebbe rispettare alcuni criteri essenziali ed irrinunciabili:

- Percorsi formativi Multiprofessionali in grado di garantire l'incremento delle competenze per la presa in carico da parte dell'équipe e il lavoro di gruppo;

- Metodologie di formazione orientate a potenziare le competenze di riflessione nello studio del singolo “Caso” (M&M, Audit Clinici, Inter e/o Super visione etc)
- Metodologie di formazione mirate a sviluppare la riflessione sul Sistema di cura in particolare in ambito residenziale (Audit Organizzativo, Ricerca Intervento, Focus Group, Inter e/o Super visione etc)
- Metodologie di formazione orientate all'intervento di comunità per l'attivazione delle reti sociali formali (Enti Pubblici, Istituzioni) e informali (Soggetti Sociali, Volontariato, Circoli, luoghi di aggregazione, Famiglie, Gruppi di Auto-mutuo-aiuto).

4. Monitoraggio e valutazione

L'applicazione delle presenti Linee di indirizzo è verificata attraverso l'analisi dei dati contenuti nei flussi informativi “Strutture Territoriali Sanitarie” (STS) modelli 11 e 24 e “Sistema informativo Salute Mentale”.

Per favorire il processo del paziente verso il recovery è essenziale il monitoraggio periodico dei suoi progressi rispetto agli obiettivi personali stabiliti nell'ambito del Programma Terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale. Si tratta di effettuare periodicamente la valutazione dell'efficacia del trattamento attraverso strumenti scientificamente validati. A tal fine la Regione Toscana individuerà, avvalendosi del supporto tecnico scientifico della Commissione Governo Clinico Salute Mentale, indicatori e strumenti per la valutazione dei risultati da utilizzare in modo diffuso in tutte le strutture residenziali. Si prevede altresì l'obbligo per la struttura di produrre dei report a periodicità almeno semestrale di monitoraggio.

In riferimento alle esperienze di abitare supportato, le iniziative saranno monitorate al fine di una loro maggiore diffusione e attuazione uniforme sui territori.

Le presenti linee di indirizzo potranno essere oggetto di modifiche e aggiornamento tenuto conto delle esperienze sviluppate, in particolare per quanto concerne l'Abitare Supportato.

Promozione di programmi di sostegno abitativo ispirati al modello di intervento denominato “Abitare supportato” - Indicazioni per la presentazione di progetti da parte della Aziende Usl

La Regione, in coerenza con quanto indicato nell'Allegato A del presente atto “Le strutture residenziali psichiatriche e l'abitare supportato - Linee di indirizzo”, promuove lo sviluppo di programmi di sostegno abitativo sulla base del modello definito “Abitare supportato” per incentivare, attraverso percorsi orientati all'empowerment e al recovery, esperienze di inclusione sociale abitativa delle persone con problemi di salute mentale.

A tal fine la Regione destina specifiche risorse per favorire l'attivazione e/o il potenziamento di percorsi di “abitare supportato” promossi dalle Ausl in collaborazione con Enti locali, Associazioni di utenti e familiari e famiglie singole.

L'iniziativa è volta a diffondere tali programmi, rendere le loro caratteristiche più uniformi sui territori e monitorarne gli esiti.

1. Aree di sviluppo delle azioni progettuali

Le aree che la Regione Toscana intende sviluppare anche attraverso il sostegno alle progettualità in oggetto sono le seguenti:

a) Percorsi di abitare supportato orientati al recovery dei pazienti nell'ambito della presa in carico globale:

- favorire, nell'ambito del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, programmi di abitare supportato che rappresentino interventi emancipativi e di sostegno all'autonomia -in un setting naturale quale la casa (civile abitazione)- orientati a percorsi di recovery, ovvero di riacquisizione del controllo sulla propria vita per la realizzazione di progetti e aspirazioni. Promuovere il ruolo della famiglia quale risorsa potenziale del percorso.

b) Qualificazione degli interventi:

- rafforzare le competenze degli operatori per favorire lo sviluppo di programmi riabilitativi diretti all'empowerment degli utenti e al riconoscimento e valorizzazione delle loro risorse e di quelle della famiglia

c) Interventi sul contesto:

- promuovere la funzione della rete locale in ordine alla mobilitazione delle risorse dei territori potenziali o espresse, per offrire opportunità di Abitare supportato
- favorire la relazione e la collaborazione con Enti locali, Associazioni di familiari e utenti e famiglie singole. Il ruolo delle Associazioni può essere particolarmente valorizzato nella partecipazione alla gestione di esperienze di abitare supportato.

2. Requisiti per la presentazione del progetto

Ogni Azienda USL può presentare un solo progetto. Il progetto deve essere condiviso con le Conferenze zonali dei Sindaci (o Società della Salute laddove costituite), e con le Associazioni degli utenti e dei familiari.

Il contributo richiesto non può superare l'importo indicato nella tabella riportata al punto 5.

E' prevista la **compartecipazione alle spese da parte dell'Azienda USL** per un minimo del 20% dell'importo totale.

Non sono ammesse spese di gestione forfettaria calcolate percentualmente sul progetto.

Le azioni progettuali devono essere orientate allo sviluppo delle tre aree indicate al punto 1.

L'Azienda Usl, con la presentazione del progetto, si impegna, a conclusione dello stesso e tenuto conto dell'efficacia e del buon esito delle azioni, a proseguire, nell'ambito della programmazione aziendale, le attività avviate.

L'azienda si impegna ad avviare le azioni progettuali **entro un mese dalla comunicazione dell'approvazione del progetto con decreto dirigenziale**. Il mancato rispetto di tale indicazione comporta la revoca del decreto di approvazione.

3. Requisiti del progetto

Il progetto deve contenere il riferimento:

- agli **interventi/programmi proposti** (basati sulle evidenze e sulle buone pratiche disponibili)
- agli strumenti validati di **valutazione degli esiti dei percorsi** dei pazienti
- **agli indicatori** individuati per il **monitoraggio del progetto**

L'azienda si impegna a **collaborare al monitoraggio regionale** dell'implementazione dei progetti fornendo informazioni e dati su richiesta del Settore "Politiche per l'integrazione socio-sanitaria"

4. Valutazione dei progetti e modalità di erogazione del contributo

Le proposte progettuali saranno oggetto di valutazione ai fini della loro approvazione e dell'erogazione del contributo regionale, sulla base dei seguenti criteri di qualità/coerenza:

- rispondenza delle azioni progettuali alle indicazioni del documento "Le strutture residenziali e l'abitare supportato - Linee di indirizzo" di cui all'Allegato "A" del presente atto;
- coerenza degli obiettivi progettuali con i contenuti, le modalità di attuazione, gli strumenti previsti per l'attuazione degli stessi;
- congruenza degli obiettivi e delle azioni con le risorse previste e sostenibilità futura delle azioni progettuali.

Ai fini dell'approvazione del progetto, tenuto conto delle richieste presentate, potrà essere richiesta una rimodulazione delle azioni e del piano finanziario.

La valutazione dei progetti ed il monitoraggio dei risultati delle azioni previste sarà effettuato dal Settore "Politiche per l'integrazione socio-sanitaria" con la collaborazione dei Coordinatori dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il contributo regionale verrà erogato con le seguenti modalità:

- 50% alla comunicazione di avvio del progetto
- 50% a saldo previa rendicontazione delle spese sostenute e relazione conclusiva sulle attività svolte, attraverso la modulistica regionale.

5. Ripartizione risorse finanziare per Azienda USL

Per favorire la realizzazione dei progetti è previsto un contributo della Regione Toscana, da erogare alle Aziende USL, per gli importi massimi indicati nella sotto riportata tabella. Tali importi sono definiti a partire dalla valutazione demografica dei territori delle Aziende USL.

Azienda usl	Importo massimo annuo Euro
1 Massa Carrara	12.500,00
2 Lucca	14.000,00
3 Pistoia	18.000,00
4 Prato	15.500,00
5 Pisa	21.000,00
6 Livorno	21.600,00
7 Siena	16.800,00
8 Arezzo	21.500,00
9 Grosseto	15.000,00
10 Firenze	50.000,00
11 Empoli	15.000,00
12 Viareggio	10.600,00
Totale	231.500,00

6. Modalità di presentazione dei progetti

Il progetto dovrà essere inviato, **entro 30 giorni dalla notifica dell'atto deliberativo approvato dalla Giunta Regionale**, a firma del Direttore Generale, tramite Posta Certificata (PEC) al seguente indirizzo:

regionetoscana@postacert.toscana.it

All'att.ne della Dr.ssa Barbara Trambusti
Regione toscana
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale
Settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria

e, p.c. alla Dr.ssa Marzia Fratti
Regione toscana
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale
Settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria
P.O. Politiche per la promozione e la tutela della salute mentale

SCHEMA PROGETTO

DATI GENERALI DEL PROGETTO

- **Azienda USL** proponente:
.....
- **Conferenze zonali dei Sindaci / Società della Salute** che hanno condiviso il progetto:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- **Titolo del progetto:**
- **Responsabile del progetto** (riferimento telefonico e indirizzo e-mail):
- **Gruppo di progetto:** (nome, cognome, qualifica, struttura di appartenenza, recapiti telefonici e mail)
 - 1)
 - 2)
- **Rete a sostegno del progetto** (indicare i soggetti, pubblici e privati, che collaborano al progetto: es. associazioni, enti locali, cooperative sociali, altro)
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- **Durata:**
- **Referente amministrativo** (riferimento telefonico e indirizzo e-mail):

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Analisi di contesto

- esplicitare le ragioni che spingono alla formulazione della proposta del progetto,
- definire l'ambito nel quale si intende intervenire e la valenza sociale e sanitaria dei risultati ottenibili dal progetto evidenziando le prove scientifiche e i riferimenti alle buone pratiche a sostegno delle azioni.

Obiettivo generale del progetto

.....

Obiettivi specifici

- 1)
- 2)
- 3)

Descrivere brevemente ciascun obiettivo specifico

Piano di valutazione

- 1) Descrivere per ogni obiettivo specifico gli indicatori di risultato e i relativi standard

Obiettivo specifico 1

.....
.....

Indicatore/i di risultato

- 1)
- 2).....

Standard di risultato

- 1)
- 2).....

- 2) Indicare **modalità** e **strumenti** validati utilizzati per la valutazione degli **esiti** dei pazienti

.....
.....

Cronogramma

Descrivere le azioni che si intendono realizzare per ogni obiettivo specifico e i tempi

	Descrizione attività ↓	Mese											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Obiettivo specifico 1													
Obiettivo specifico 2													
Obiettivo Specifico 3													
Specifico 4 Obiettivo													

Rendicontazione

PIANO FINANZIARIO

N.B. Non sono ammissibili spese generali o amministrative non pertinenti alle attività progettuali

Indicare le risorse aziendali e degli eventuali soggetti pubblici e privati che collaborano al progetto nonché la quota di partecipazione regionale.

Costo complessivo del progetto

Risorse soggetto proponente

Importo del cofinanziamento dei soggetti promotori

Quota richiesta di partecipazione regionale

Singole voci di spesa

.....

.....

.....

.....

.....

Totale

Data

Firma del responsabile del progetto
