

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 maggio 2015, n. U00188

Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe"(ALL.2)". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

OGGETTO: Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: “Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe”(ALL.2)”. Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

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

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

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

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1 dicembre 2014, ha deliberato la nomina del dr. Giovanni Bissoni, con decorrenza 4 dicembre 2014, quale Sub Commissario nell’attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

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

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

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

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

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

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*;

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

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

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

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

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

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

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

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

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

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

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

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

CONSIDERATO che l'Accordo concernente il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) recepito dalla Regione con proprio DCA n.287 del 16 settembre 2014, impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

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

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

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

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

TENUTO CONTO, che l'accordo PANSM prevede i seguenti Obiettivi/ azioni e indicatori:

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
1. Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utente	Implementazione specifica nei DSM dei percorsi clinici territoriali differenziati: a) accoglienza e valutazione b) percorso di consulenza con i MMG c) assunzione in cura d) percorso di Presa in carico o trattamento integrato (con PTI e case manager)	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di pianificazione nazionale e regionale (progettualità innovativa) - protocolli operativi nei DSM, con i criteri di valutazione diagnostica - corsi formazione per operatori CSM - rilevazione informatica dei percorsi clinici - presenza strumenti del PTI
10. Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità	<ul style="list-style-type: none"> a) ricognizione degli attuali assetti regionali delle strutture residenziali psichiatriche b) rilevazione dell'organizzazione regionale sui programmi riabilitativi individuali c) descrizione della tipologia degli interventi di assistenza (sanitaria / sociale) d) definizione di requisiti e standard idonei delle unità di offerta 	<ul style="list-style-type: none"> - elaborazione di linee guida condivise con omogenee indicazioni su: Y percorsi riabilitativi individuali Y requisiti di accreditamento strutture Y livelli di integrazione sociosanitaria coerenti con i LEA - presenza di provvedimenti regionali conseguenti

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

Che in particolare, che nell'ambito degli interventi integrati in relazione all'assistenza sanitaria in salute mentale per i detenuti, definisce

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
4. Presa in carico dei pazienti internati in OPG	a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti ricoverati b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità e) formazione specifica ed integrata f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale	– definizione di una scheda individuale di monitoraggio; – numero dei protocolli di collaborazione – verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati – % degli internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente – evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti – % di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche; – frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica

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

CONSIDERATO che il documento *Le Strutture Residenziali Psichiatriche* approvato con Accordo Stato Regioni il 17 ottobre 2013, e recepito dalla Regione Lazio con DCA 310 del 03/10/2014, prevede tra i propri obiettivi di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, sia per gli adulti che per i minori, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

TENUTO CONTO che l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "Le strutture residenziali psichiatriche" si riferisce solo 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"; mentre rinvia a successivi documenti di indirizzo la disciplina delle strutture per minori e delle strutture e dei servizi riguardanti altri quadri patologici, "pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali (quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia))";

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

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

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

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

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

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

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

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

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

- *Osservazione delle problematiche relative a:*

- *area psicopatologica*

- *area della cura di sé / ambiente:*

- *area della competenza relazionale*

- *area della gestione economica*

- *area delle abilità sociali*

- *Obiettivi dell'intervento*

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

Terapia farmacologica

Psicoterapia

Interventi psicoeducativi

Interventi abilitativi e riabilitativi

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

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

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

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

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

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

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

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

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

VISTO il DCA n. 310 del 3 Ottobre 2014 "Recepimento dell'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata relativo a "Le strutture residenziali psichiatriche";

PRESO ATTO che il recepimento degli Accordi nazionali "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" e "Le Strutture residenziali psichiatriche" comporta anche modifiche e integrazioni per le parti interessate al Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010;

CONSIDERATO che le strutture psichiatriche sono state autorizzate ed accreditate con specifici provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento;

VISTO il DCA 48/2009 nella parte relativa alle "DISPOSIZIONI GENERALI" che tra l'altro recita: "...saranno garantiti gli attuali livelli occupazionali presso ogni struttura erogatrice tramite la valutazione in prima istanza del numero complessivo di unità di personale addetto all'assistenza indipendentemente dalla loro qualifica professionale fermo restando il riallineamento delle figure professionali previste all'uscita del servizio di ogni unità e comunque non oltre i due anni dall'avvio del processo di riconversione.";

CONSIDERATO che ad oggi sussistono ancora situazioni di completamento dell'allineamento alle figure professionali previste, per le quali, anche ai sensi della Legge Delega n.183/2014, è possibile prevedere percorsi formativi per la riqualificazione, ove necessario e possibile, del personale attualmente operante nelle strutture di cui trattasi;

RITENUTO altresì che per quanto sopra, saranno istituiti tavoli tra la competente area dell'Accreditamento della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria e le competenti aree delle Direzione Lavoro e Direzione Formazione , Ricerca e Innovazione, Scuola e Università , Diritto allo Studio , ove si procederà ad una stima ed a una analisi puntuale dei fabbisogni e si definiranno i percorsi da attuare;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

RITENUTO di dare mandato alle ASL di vigilare sull'adeguata assistenza erogata a favore dei pazienti;

VISTE in particolare le "DISPOSIZIONI GENERALI" previste dal DCA n.101 del 09/12/2010:

- *"Viene costituito il Tavolo Tecnico Congiunto, con funzione di supporto agli organismi decisionali regionali e finalizzato al monitoraggio dell'applicazione del presente Decreto commissariale, alla gestione delle presenti disposizioni applicative, Il tavolo tecnico avrà anche il compito di monitorare le risultanze dell'applicazione della Legge Regionale n.3/2010. Durante la fase di prima applicazione, che avrà la durata di otto mesi, potranno essere apportate, nel rispetto del DCA 17/2010 ed eventuali successivi Decreti modificativi, variazioni finalizzate al miglioramento dei percorsi assistenziali e degli assetti organizzativi. Tenuto conto dei tempi di adeguamento, in prima fase di applicazione, ed in relazione alle necessità dei pazienti, potrà essere confermato il numero complessivo di personale addetto.*

- *Per consentire un uso appropriato delle risorse per tutte le tipologie assistenziali presenti ed un trasparente accesso alla residenzialità psichiatrica, viene istituita in ogni DSM una Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM).*

- *L'accesso alle strutture residenziali di cui alla tipologia A) (DCA n. 48/2009) avviene tramite autorizzazione del DSM di residenza della persona, su ricettario del SSR, senza necessità di preventiva valutazione di idoneità da parte della specifica UVM, garantendo priorità ai pazienti dimessi dal SPDC.*

L'accesso alle strutture residenziali di cui alla lettera B) (DCA n.48/2009), avviene tramite autorizzazione del DSM su ricettario del SSR, di concerto con la UVM.

L'accesso alle strutture residenziali di cui alle tipologie C)D)E) avviene su autorizzazione del DSM, su ricettario del SSR previa valutazione di idoneità da parte della specifica UVM istituita in ogni ASL.

Compete all'UVM: L'individuazione di criteri e indicatori clinico-assistenziali per definire, sulla base delle condizioni globali dell'utente richiedente, l'idoneità del suo inserimento rispetto a ciascuna tipologia di residenzialità psichiatrica, ferme restando le indicazioni regionali in merito. Una volta valutata l'idoneità dell'utente per una tipologia assistenziale, viene garantita all'utente stesso la sua libera scelta della struttura ospitante, purché rientrante nella tipologia individuata dalla UVM, che consente l'inserimento della richiesta dell'utente, con l'allegata certificazione di idoneità della UVM, nella specifica lista di attesa, differenziata per ogni struttura accogliente e dall'utente espressamente indicata. Pertanto il DSM gestisce direttamente l'ordine nella lista di attesa, che rappresenta peraltro solo l'atto finale di trasparenza di un percorso condiviso ed esplicito. L'UVM viene costituita in ogni ASL con l'apporto di diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) e con l'apporto di un componente professionista esperto nominato, anche a rotazione, dagli erogatori privati accreditati operanti nell'area della residenzialità psichiatrica presenti nel territorio della ASL. Tale modalità di accesso di cui alle tipologie C)D)E) vale per tutte le strutture residenziali psichiatriche accreditate presenti nel territorio regionale.

- *Il Tavolo Tecnico Congiunto è composto dal Direttore Regionale della Programmazione Sanitaria, o suo delegato, che lo presiede, dal Dirigente dell'Area Qualità e Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento, dal Dirigente dell'Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'area dei soggetti deboli, da 5 professionisti esperti nel settore comprendenti quelli individuati dalla determina che ha costituito il gruppo di lavoro, da 2 componenti della Consulta Regionale per la Salute Mentale, da 2 rappresentanti dell'AIOP, da 2 rappresentanti dell'ARIS, da 2 rappresentanti della FEDERLAZIO, da 2 rappresentanti di CONFINDUSTRIA, da 2 rappresentanti della Fondazione DON GNOCCHI, da 2 rappresentante della FENASCOP. Nell'ambito del Tavolo Tecnico Congiunto verranno anche valutati eventuali piani imprenditoriali di adeguamento e sviluppo presentati dai singoli erogatori, favorendo i piani interaziendali.*

- *I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie,*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui , psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione , tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione dei farmaci possono essere messi in comune.

- *Nei requisiti organizzativi previsti, le unità di personale per ogni tipologia assistenziale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale, per un tempo complessivo equivalente.*
- *Il Responsabile Sanitario, compresi gli aspetti igienico - sanitari, può essere unico per l'intero presidio polivalente e non per ogni singola tipologia di struttura presente nello stesso complesso assistenziale.*

CONSIDERATO che le disposizioni generali suddette prevedevano, in prima fase di applicazione del DCA 101/2010, la costituzione di un Tavolo Tecnico Congiunto, con funzione di supporto agli organismi decisionali regionali, e finalizzato, tra l'altro, al monitoraggio dell'applicazione dei Decreti commissariali n.15/08, 48/09 e 101/2011, ed alla gestione dell'intero processo di trasformazione delle dodici case di cura fino al loro completo adeguamento alle tipologie assistenziali previste dai decreti in oggetto, per garantire continuità e coerenza nel sistema e soprattutto la continuità dell'assistenza agli utenti evitando ogni eventuale disagio agli utenti stessi e ai loro familiari;

PRESO ATTO che il completamento dell'azione di riconversione individuato dal DCA 101/2010 è stato per la quasi totalità portato a termine;

CONSIDERATO che alla luce della conclusione dell'iter di accreditamento delle strutture provvisoriamente accreditate possa considerarsi conclusa la funzione del predetto tavolo tecnico congiunto così come era stato costituito;

RITENUTO per quanto sopra, non più necessaria la specifica funzione per la quale era stato individuato detto tavolo, ma ravvisando, la necessità di monitorare quanto disposto nell'allegato tecnico, relativamente all'intero processo ed ad una applicazione omogenea ed equa su tutto il territorio regionale da parte pubblica e privata accreditata, sarà garantito un confronto con incontri regolari e periodici con i Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, un rappresentante della Consulta Regionale per la Salute Mentale, i rappresentanti delle Organizzazioni di settore maggiormente rappresentative e dirigenti regionali preposti;

RITENUTO OPPORTUNO impartire nuove disposizioni relative a:

1. Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento residenziale e della tipologia assistenziale ritenuta più appropriata
2. Richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata
3. Valutazione e certificazione dell'idoneità per la tipologia assistenziale individuata
4. Scelta della struttura residenziale e inserimento in lista di attesa
5. Autorizzazione all'inserimento presso struttura residenziale della tipologia prescelta o eventuale proroga dello stesso
6. Percorso clinico-assistenziale in SR

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

DECRETA

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

- di revocare le “Le Disposizioni Generali” del Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010 dal punto primo al punto quarto;

- di confermare quanto disposto nei punti : quinto, sesto e settimo delle Disposizioni generali e rinviare a successivo Decreto del Commissario ad Acta nuove specifiche disposizioni in merito;

- di sostituire le “Disposizioni Generali” del Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.101 del 09/12/2010 relativamente ai punti primo, secondo, terzo e quarto con quelle disposte nell’allegato A, parte integrante del presente DCA recante:

1. Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento residenziale e della tipologia assistenziale ritenuta più appropriata
2. Richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata
3. Valutazione e certificazione dell’idoneità per la tipologia assistenziale individuata
4. Scelta della struttura residenziale e inserimento in lista di attesa
5. Autorizzazione all’inserimento presso struttura residenziale della tipologia prescelta o eventuale proroga dello stesso
6. Percorso clinico-assistenziale in SRP

- di approvare gli allegati 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 che sono parte integrante del presente documento;

- di determinare che la fase di prima applicazione del presente DCA avrà la durata di 12 Mesi;

- di demandare alle Aziende Sanitarie Locali la vigilanza e l’attuazione del percorso assistenziale delineato mediante la vigilanza ed il monitoraggio del percorso definito in tutte le fasi previste per il territorio di loro competenza;

- di demandare alla competente Area qualità e requisiti autorizzativi e di accreditamento, la vigilanza e l’attuazione della presente riconversione, con particolare riferimento all’applicazione di quanto stabilito dalla L.R. 4/2003 e da quanto stabilito dal DCA U008/2011;

- di rinviare a successivi atti le procedure relative alle diverse fasi non specificate nel presente provvedimento;

- di confermare quanto non revocato dal presente DCA;

- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell’art.3, comma 1, dell’Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza, da adottare attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale;
- di dare atto che il presente decreto non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione e sul sito web istituzionale della Regione nei modi e termini di rito.

IL PRESIDENTE

NICOLA ZINGARETTI

Allegato A

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

A. Strutture residenziali

A.1 PREMESSA

Nel documento **“Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale – PANSM”**, elaborato dal Gruppo interregionale salute mentale (GISM) della Commissione Salute e approvato dalla Conferenza Stato - Regioni del 24 gennaio 2013 si afferma che:

“Quale punto qualificante del presente documento occorre rilevare che il concetto di LEA – in linea con quanto già proposto (documenti di lavoro del Ministero, documento sui LEA in salute mentale del GISM 2008) – viene inteso come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- *Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto,*
- *Percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura*
- *Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”*
- *LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative*
- *Percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.*

Per quanto riguarda le dimensioni inerenti gli strumenti e le metodologie (percorsi clinici, reti, integrazione), i programmi innovativi e la formazione degli operatori, i sistemi di monitoraggio, esse devono trovare applicazione nei contenuti e nei metodi del Piano di azioni con l’identificazione delle azioni da implementare da parte delle Regioni e delle progettualità da elaborare nei servizi di salute mentale.”

“Quindi la metodologia suggerita si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione e contribuiscano a rinnovare l’organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

utenti.”

Nel capitolo dedicato alle “AZIONI PROGRAMMATICHE” relativo alla tutela salute mentale in età adulta viene ribadito che gli obiettivi specifici prioritari individuati per la tutela della salute mentale in età adulta includono “*Percorsi clinici territoriali differenziati*” e “*Differenziazione dell’offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa*”

Sulla base di tali considerazioni il documento afferma che:

“Ad integrazione del presente Piano, è opportuno prevedere, con separati documenti, lo sviluppo di altre tematiche attraverso la definizione di strumenti differenziati, in quanto vi sono problematiche che necessitano di approfondimenti.”

“Considerata inoltre l’importanza crescente che hanno assunto i trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno e la disomogeneità tra le diverse regioni, si rende necessaria la produzione di linee di indirizzo ad hoc che definiscano in modo puntuale gli obiettivi, gli strumenti e le valutazioni di esito sul piano clinico e su quello dell’inclusione sociale”.

In attuazione degli obiettivi definiti dal PANSM, è stato redatto il documento di indirizzo denominato “**Le strutture residenziali psichiatriche**”, completato nel mese di marzo 2013 e successivamente approvato con Accordo Stato-Regioni del 17 novembre 2013¹, che

“...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”.

Rilevante quanto espresso nella definizione delle strutture residenziali psichiatriche:

“Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale. Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell’ambito di detto piano può essere

¹ L’Accordo approvato in Conferenza Unificata è stato recepito dalla Regione Lazio con il DCA 310 del 03/10/2014

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
--

previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

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

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

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale sono strumento terapeutico essenziale. Si dovrà quindi considerare

“...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 valutazioni utilizzate per la definizione del PTI hanno lo scopo 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.*

Nel PTI 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 tale processo valutativo scaturirà la individuazione della tipologia residenziale più appropriata. Individuata tale tipologia assistenziale, la fase successiva prevede la declinazione del PTI stilato in un:

“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*

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

- *Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:*
 - *Terapia farmacologica*
 - *Psicoterapia*
 - *Interventi psicoeducativi*
 - *Interventi abilitativi e riabilitativi*
 - *Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa*
- *Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato*
- *Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica."*

Funzione essenziale assume il monitoraggio e valutazione del sistema di gestione dei percorsi assistenziali, e nel documento della CU tale aspetto viene ribadito sulla base della consapevolezza della complessità dei percorsi, che richiede una valutazione costante mediante strumenti strutturati e il supporto di un sistema informativo e la individuazione di specifici indicatori.

In particolare, il documento sottolinea la rilevanza dei punti che seguono:

- Valutazione costante del funzionamento e del mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.
- Implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) e di un set di indicatori specifici
- Uso di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali
- Monitoraggio del percorso delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia

Il documento approvato in CU si ripropone di superare l'eterogeneità degli assetti normativi regionali per diversi aspetti quali la denominazione e la tipologia delle strutture residenziali, i criteri per l'inserimento, la tipologia dei pazienti trattati, i requisiti di accreditamento, i parametri per il personale, le tariffe a parità di impegno assistenziale, la durata della permanenza nelle strutture, la compartecipazione alla spesa.

Nel documento si stabilisce quindi che:

"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).*

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

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)".*

Giova in questo contesto ricordare come la dimensione della residenzialità sia da sempre connotata nei servizi di salute mentale come una strategia terapeutica efficace, capace anche di ridurre i rischi di una passiva, cronicizzante e segregante istituzionalizzazione.

Va inoltre considerato che essendosi completato il processo di qualificazione, è stato possibile accreditare istituzionalmente la quasi totalità delle stesse; è in corso la definizione dei rapporti con gli erogatori. Al momento attuale, tale percorso è stato completato solo per le strutture ex CdC NP, come stabilito nel DCA 101/2010, mentre è in fase di definizione per le restanti SRP accreditate.

Tutto ciò premesso, si rende quindi necessario modificare ed integrare il DCA 101/2010, che ha istituito ed implementato aspetti rilevanti di tali percorsi. Di fatto, questo decreto ha:

- definito sei diverse tipologie di residenzialità psichiatrica a crescente intensità assistenziale (recepite poi nel DCA 8/2011);
- definito le tariffe per cinque delle sei tipologie assistenziali individuate;
- definito la ricollocazione nelle diverse tipologie assistenziali dei posti letto per ciascuna ex-CdC NP;
- istituito l'UVM in ogni DSM, definendone le competenze e dando indicazioni sulle modalità di accesso alle strutture.

In esso sono già quindi definiti rilevanti elementi del sistema della residenzialità, in linea con quanto affermato a livello nazionale. Alla luce della riaffermata esigenza di una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e della ridefinizione dei rapporti con gli erogatori accreditati, si rende ora necessario riconsiderare, omogeneizzare ed ottimizzare i processi ed i percorsi assistenziali individuati e le procedure più efficaci per il loro svolgimento.

A.2 PROCESSI E PERCORSI ASSISTENZIALI

Gli aspetti più rilevanti da rivedere riguardano:

- La ridefinizione della UVM;
- L'omogeneizzazione delle modalità di accesso alle strutture residenziali. Queste devono essere improntate a criteri di funzionalità, appropriatezza ed equità, nel rispetto dei bisogni assistenziali e delle condizioni psicopatologiche presentate da ciascun individuo;
- La conseguente revisione ed integrazione dello strumento denominato "*Scheda di valutazione per inserimento in strutture residenziali*" (concordato con i Direttori dei DSM: le schede di valutazione vanno presentate all'UVM per la certificazione di idoneità per la tipologia assistenziale individuata). Restano da definire una "*Scheda di valutazione per l'inserimento in strutture semiresidenziali*" e le modalità di valutazione e comunicazione delle possibili proroghe.
- La definizione dei criteri di costituzione, gestione e monitoraggio delle Liste di Attesa.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
--

Si rende pertanto necessario definire puntualmente le fasi del processo relativo all'inserimento in una struttura residenziale, sia essa una struttura a gestione diretta della ASL o privata accreditata:

1. **Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento residenziale e della tipologia assistenziale ritenuta più appropriata**
2. **Richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata**
3. **Valutazione e certificazione dell'idoneità per la tipologia assistenziale individuata**
4. **Scelta della struttura residenziale e inserimento in lista di attesa**
5. **Autorizzazione all'inserimento presso struttura residenziale della tipologia prescelta o eventuale proroga dello stesso**
6. **Percorso clinico-assistenziale in SR**

Definiti il processo e le fasi comuni a tutti gli inserimenti in strutture residenziali, è possibile individuarne gli attori e le relative responsabilità.

1. **Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento residenziale e della tipologia assistenziale ritenuta più appropriata**

Come riportato nel documento della CU, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento in SRP devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, alla valutazione della gravità e complessità del quadro clinico e alla compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente. In base alla valutazione quindi della intensità riabilitativa e di quella assistenziale, sarà possibile individuare la tipologia di struttura residenziale più opportuna.

Il PTI dovrà essere definito:

- Qualora la persona si trovi già **in carico al DSM**, dall'**Équipe curante del CSM di residenza**;
- Qualora la persona si trovi **ricoverata presso un SPDC e non sia già in carico al DSM**, la valutazione dell'opportunità all'inserimento in una specifica SRP è effettuata dall'**Équipe incaricata del CSM di residenza** in collaborazione con l'**Équipe del SPDC**. Nel caso in cui la persona risulti senza fissa dimora (SFD) varrà il principio dell'ultima dimora stabile accertata.
- Qualora la persona sia **in trattamento presso un professionista privato** che ritenga opportuno un inserimento in una SRP di una specifica tipologia assistenziale, questi farà pervenire la propria proposta documentata (*allegato 10*) al **referente del CSM di residenza**, il quale se in accordo confermerà la proposta e procederà alla richiesta.

Tenendo conto della tipologia assistenziale proposta, il PTI deve definire gli obiettivi specifici per le diverse aree d'intervento assistenziale (clinica, relazionale, sociale, abitativa, lavorativa e grado di autonomia) e i relativi interventi previsti.

2. **Richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata**

Nell'ambito del SSN l'inserimento in una struttura residenziale non prevede l'accesso diretto. Per le SRP, esso avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e a condizioni che fanno ritenere opportuno il trattamento in regime residenziale. La richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata come appropriata è presentata dall'**Équipe/referente del CSM di residenza** secondo quanto definito al **punto 1.** mediante la scheda predisposta (*allegato 1*), che prevede una sezione per il parere e la certificazione dell'UVM. Tale processo corrisponde a un impegno attivo e non a una semplice autorizzazione "passiva".

Qualora la richiesta sia pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, il referente del CSM incaricato valuterà la proposta documentata (sulla base dell'*allegato 10*) e, se in accordo, la confermerà e procederà alla richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale indicata .

La certificazione di idoneità deve essere effettuata per le seguenti tipologie assistenziali: SRTRi, SRTRe, SRSR24h, SRSR12H, SRSRfo.

Per gli inserimenti in STPIT occorre considerarne caratteristiche peculiari quali gli aspetti di urgenza, essendo tali strutture "*Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale*" (DCA101/2010 e DCA 8/2011). Pertanto, in una prima fase di applicazione l'inserimento in STPIT non richiede la certificazione di idoneità dell'UVM ma resta necessaria la stesura del PTI da parte dell'équipe curante/referente del CSM di residenza e, sulla base di questo, la compilazione del modulo predisposto (*allegato 2*). L'équipe curante contestualmente deve inviare copia di tale proposta alla propria UVM comprensiva del PTI definito.

Di concerto con i Direttori dei DSM è stata realizzata la "*Scheda di valutazione per inserimento in strutture residenziali*", ora integrata in alcune sue parti (*allegato 1*).

3. Valutazione e certificazione dell'idoneità per la tipologia assistenziale individuata

Nel rispetto dei criteri su esposti, la funzione dell'UVM è quindi quella di valutare e certificare l'idoneità all'inserimento in una specifica tipologia assistenziale sulla base della richiesta presentata dall'Équipe curante designata, la quale ha svolto l'assessment dei bisogni dell'utente e ha definito un PTI contenente gli obiettivi dell'inserimento in una struttura residenziale.

L'UVM ha il compito di valutare e certificare l'idoneità esclusivamente per le persone residenti nel proprio territorio di competenza per tutte le tipologie assistenziali previste dal DCA 8/2011 ad esclusione della tipologia STPIT.

A conclusione della valutazione di idoneità per la tipologia assistenziale prevista, l'UVM competente rilascerà una documentazione utilizzando il modulo predisposto (*allegato 3*).

Al fine di realizzare tali processi assistenziali in modo efficace, l'UVM non figura più come una struttura definita ma come un'unità funzionale. Pertanto deve essere intesa come una funzione valutativa svolta dal DSM di residenza dell'assistito, che può avvalersi a questo scopo del contributo, fra i propri operatori, delle figure professionali ritenute più opportune.

Viene pertanto abolito quanto stabilito nel DCA 101/2010, ove enunciava: "*L'UVM viene costituita in ogni ASL con l'apporto di diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) e con l'apporto di un componente professionista esperto nominato, anche a rotazione, dagli*

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

erogatori privati accreditati operanti nell'area della residenzialità psichiatrica presenti nel territorio della ASL."

I Direttori dei DSM dovranno monitorare le attività della UVM sulla base di report semestrali delle attività svolte.

4. Scelta della struttura residenziale e richiesta di inserimento in liste di attesa (LA)

Nella possibile prospettiva di una lista di attesa centralizzata, in questa fase transitoria ciascuna struttura residenziale dovrà costituire e gestire una lista di attesa secondo i seguenti criteri:

- la specifica certificazione di idoneità o, per le sole STPIT, la documentazione prevista per l'inserimento;
- la cronologia di presentazione della domanda (data e ora).

Ciascuna struttura, nel rispetto dei necessari requisiti di trasparenza, dovrà mantenere aggiornata e rendere pubblica la lista di attesa per ciascuna delle tipologie assistenziali di cui dispone. Nel portale web del sistema informativo SIPC è stato predisposto un modulo visibile a tutti gli operatori autorizzati, che riporta il dato anonimo relativo alle richieste di inserimento per ciascuna struttura e tipologia assistenziale. Ciascuna struttura deve aggiornare tale modulo contestualmente a ogni nuova richiesta di inserimento in lista d'attesa e a ogni cancellazione dalla stessa.

Una volta ricevuta la certificazione di idoneità per la tipologia assistenziale richiesta (per l'inserimento in STPIT secondo quanto sin qui definito), il paziente - in accordo con l'Équipe curante - esprimerà la sua preferenza circa la SRP prescelta fra quelle presenti nell'elenco delle SRP regionali della tipologia individuata. Al fine di garantire criteri equi, e in considerazione della durata (a volte protratta, per alcune tipologie assistenziali) dei trattamenti residenziali in queste strutture, l'utente avrà la possibilità eventuale di richiedere l'inserimento nella lista di attesa di una o più strutture della tipologia assistenziale definita.

Il DSM di residenza dell'utente - individuata la struttura prescelta - farà richiesta di inserimento nella lista di attesa presso la struttura stessa. Tale richiesta potrà avere luogo previa presentazione della documentazione necessaria di cui la certificazione di idoneità per una specifica tipologia assistenziale, ove prevista, o il modulo di richiesta di inserimento in STPIT è parte essenziale.

Al momento di inserimento nella lista di attesa la struttura, sia essa a gestione diretta o privata accreditata, rilascerà al DSM di residenza una ricevuta registrata che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta, utilizzando il modulo definito (*allegato 4* per STPIT e *allegato 5* per tutte le altre SRP).

In casi rari e di comprovata eccezionalità, qualora la struttura rilevasse la presenza di condizioni tali per cui non ritenga di poter accogliere la domanda di inserimento, essa dovrà comunque inserire il nominativo nella lista d'attesa con la cronologia di presentazione della domanda (data e ora) e contestualmente inviare al DSM di residenza una formale comunicazione in cui esprime le motivazioni sottostanti la valutazione di non accoglimento della richiesta. Il DSM di residenza valuterà se tali motivazione abbiano ragione d'essere e non configurino il mancato rispetto degli accordi definiti relativamente alle prestazioni sanitarie da erogare .

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

In vista del completamento di qualificazione delle strutture sanitarie pubbliche, in questa fase transitoria, le strutture a gestione diretta rispondono primariamente ai bisogni della popolazione residente.

Per gli inserimenti in strutture private accreditate, sino al completamento del processo che definisce il rapporto con gli erogatori e alla completa omogeneizzazione delle modalità di accesso, si distinguono procedure distinte per le SRP che hanno già un budget e accordi contrattuali definiti (ex CdC NP) e per le rimanenti SRP, che vengono attualmente liquidate in base a delibere della ASL di residenza dell'utente.

- **SRP per le quali la Regione Lazio ha stabilito un budget specifico e che hanno stipulato accordi contrattuali con la ASL sul cui territorio insistono**

Nel rispetto della normativa relativa al processo di qualificazione delle strutture, il DSM in cui insiste la struttura dovrà ricevere la Lista di Attesa completa di tutte le informazioni relative alla sua costituzione (nominativo, certificazione di idoneità, data e ora richiesta, ASL residenza).

Al momento di inserimento nella lista di attesa la struttura rilascerà al DSM di residenza una ricevuta certificata che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta. Contestualmente, la SRP dovrà inviare copia di tale documentazione al DSM della ASL in cui insiste la struttura.

- **SRP che sono liquidate in base a delibere della ASL di residenza dell'utente**

Al momento di inserimento nella lista di attesa la struttura rilascerà al DSM di residenza una ricevuta certificata che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta.

Ad esclusione delle STPIT nelle quali il turnover è più rapido, le dimissioni da una SRP sono programmate e stabilite sulla base di un processo di valutazione e condivisione della équipe curante della struttura e di quella del DSM. In previsione di una dimissione, la struttura comunica al DSM della persona in testa alla lista di attesa la prossima disponibilità all'ammissione con almeno 10 giorni lavorativi di anticipo. Il DSM competente dovrà dare conferma della disponibilità della persona a ricoverarsi entro 48 ore dalla comunicazione della struttura. La persona che dovesse rinunciare, qualora intendesse comunque mantenere la scelta della struttura in questione, potrà essere inserita nuovamente ma in coda alla LA.

In casi eccezionali, se la persona per gravi e comprovate motivazioni sanitarie (ad es.: ricovero presso una struttura ospedaliera) non fosse nelle condizioni di essere inserita, la struttura chiamerà il nominativo successivo avente diritto. La persona che avesse dovuto rinunciare all'inserimento per motivazioni gravi quali quelle menzionate manterrà però la propria posizione in LA.

L'ingresso in una determinata struttura richiede la contestuale cancellazione della richiesta da eventuali altre liste di attesa nelle quali risulta inserita. Pertanto, al momento dell'inserimento in una SRP il DSM di residenza è tenuto a richiedere la cancellazione del nominativo dalle altre liste di attesa al fine di aggiornarle.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

5. Autorizzazione all'inserimento presso struttura residenziale della tipologia prescelta o eventuale proroga

Per tutte le tipologie di assistenza, l'autorizzazione all'inserimento in una specifica struttura sarà fatta dal DSM di residenza dell'utente, su ricettario SSR. Tale autorizzazione può essere stilata esclusivamente in presenza della certificazione di idoneità rilasciata dall'UVM di residenza dell'utente (fatta eccezione per le STPIT) e deve indicare una durata prevista nel rispetto della normativa regionale in merito (DCA 8/2011 e DCA 101/2010).

Nello specifico, la prima autorizzazione deve indicarne la **durata**, secondo quanto di seguito specificato:

- **STPIT**, non superiore a **trenta giorni**
- **SRTRi**, non superiore a **trenta giorni**
- **SRTRe**, non superiore a **un anno**
- **SRSR**, per ognuna delle tre tipologie assistenziali previste, non superiore ad **un anno**

La durata andrà specificata anche per le eventuali **proroghe** utilizzando i criteri indicati e le schede predisposte:

- **STPIT**: non superiore a **trenta giorni** (scheda predisposta: *allegato 6*)
- **SRTRi**: non superiore a **trenta giorni**, sino a "una permanenza massima complessiva orientativamente di 60 giorni" (DCA 8/2011) (scheda predisposta: *allegato 6*). Nei casi in cui l'équipe curante/referente del CSM di residenza dell'utente riconoscesse l'assoluta necessità di protrarre il trattamento oltre sessanta giorni, dovrà proporre la proroga alla propria UVM, che la dovrà autorizzare (scheda predisposta: *allegato 7*). Le proroghe non potranno comunque superare la durata complessiva di novanta giorni per un singolo episodio di cura (come indicato dalla CU/2013 per i programmi post acuzia).
- **SRTRe**: non superiore a **un anno**, sino a "una permanenza massima complessiva orientativamente di due anni" (DCA 8/2011). Ogni eventuale proroga dovrà essere basata sulle valutazioni periodiche definite all'interno del PRTP (la cui periodicità dovrà essere almeno semestrale). La decisione di proroga della équipe curante/referente del CSM di residenza dell'utente dovrà essere comunicata all'UVM di competenza inoltrando la scheda debitamente compilata (*allegato 6*). Nei casi in cui l'équipe curante/referente del CSM di residenza dell'utente ritenesse necessario protrarre la permanenza oltre il secondo anno, per ogni proroga dovrà richiedere una nuova certificazione di idoneità alla propria UVM (scheda predisposta: *allegato 7*) comprensiva della documentazione relativa a quanto indicato nel PRTP. A conclusione della valutazione di idoneità per la proroga richiesta, l'UVM competente rilascerà una documentazione utilizzando il modulo predisposto (*allegato 8*). Le proroghe non potranno comunque superare una durata complessiva di 48 mesi per il singolo episodio di cura (come indicato dalla CU/2013).
- **SRSR**: non superiore a **un anno**, per ognuna delle tre tipologie assistenziali previste. La decisione di proroga della équipe curante/referente del CSM di residenza dell'utente dovrà essere comunicata all'UVM di competenza inoltrando la scheda debitamente compilata (*allegato 6*). Le proroghe devono essere definite in base a quanto indicato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PRTP) relativamente agli obiettivi definiti ed ai tempi

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

previsti per il raggiungimento degli stessi, mantenendo come finalità l'attuazione di programmi ad intensità assistenziale progressivamente decrescente.

Qualora l'inserimento in SRP sia stato autorizzato da un referente del CSM a seguito della richiesta pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, l'eventuale proroga dovrà essere comunque autorizzata dal referente del CSM nel rispetto dei criteri definiti, e potrà essere autorizzata solo sulla base di una relazione scritta e dettagliata di valutazione degli obiettivi definiti nel PTI e nel PRTP, redatta dallo specialista privato in accordo con l'équipe della SRP e sottoposta al referente del CSM che ne valuterà l'appropriatezza.

La Regione definirà e regolerà con successivi provvedimenti come regolare le assenze temporanee (quali eventuali accessi in PS, ricoveri ospedalieri o temporanei reinserimenti in contesti familiari e sociali) , in relazione al mantenimento del posto letto , alla durata, ed in merito alla quantificazione della retta.

Sulla base di quanto sopra definito e al fine di omogeneizzare e ulteriormente qualificare i processi relativi all'accesso, viene quindi abolito quanto espresso nel DCA 101/2010, ove enuncia le modalità di accesso alle strutture residenziali.

Relativamente ai possibili inserimenti presso strutture residenziali predisposti con ordinanza dalle autorità giudiziarie per soggetti con problematiche psichiatriche autori di reato è necessario tenere conto della attuale normativa di passaggio delle competenze di **sanità penitenziaria**, che riconduce la responsabilità delle cure del paziente psichiatrico autore di reato - sia esso detenuto che internato - al SSN e quindi alla competenza dei DSM di residenza (DPCM/2008²). E' opportuno ricordare che l'adozione di misure di sicurezza è in genere predisposta dal Magistrato a seguito di una perizia medico legale e di una valutazione clinica che consente la definizione un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

Sarà essenziale quindi sviluppare e creare rapporti di collaborazione continuativi e strutturati tra DSM e Tribunali finalizzati alla condivisione dei PTI e alla individuazione delle tipologie assistenziali più appropriate per attuare tali interventi, in modo da rendere disponibili al Magistrato elementi essenziali per la sua decisione in merito alle misure di sicurezza.

Va inoltre tenuto conto che in ottemperanza con quanto stabilito dalla legge n. 9 del 17 febbraio 2012, il Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia ha emesso il Decreto del 1/10/2012 in merito ai *"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia"*.

La Regione Lazio ha recepito tali indicazioni normative con DCA 96 del 9/4/2013 *"Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1/10/2012 pubblicato su G.U. del 19/11/2012 n.270; approvazione del documento contenente "Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG" (All.1); approvazione del documento contenente "Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG" (All.2);*

² D.P.C.M. 1 aprile 2008 - Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

approvazione del documento contenente "Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato (All.3)."

Sono stati pertanto definiti altri due diversi livelli di strutture sanitarie residenziali (uno di assessment e stabilizzazione e l'altro di mantenimento) per eseguire la MdS detentiva in OPG e Case di Cura e Custodia (CCC, comma 2 della suddetta L.9) oltre quelli indicati dal DCA 8, che necessiteranno di definizioni specifiche e concordate relativamente ai criteri e alle modalità di accesso. Tali indicazioni sono anche previste nel menzionato DCA 310/14 di recepimento del documento CU/2013 sulla residenzialità che enuncia:

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

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

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

6. Percorso clinico-assistenziale in SRP

In conformità con quanto espresso nel Documento CU/2013, l'equipe della SRP definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con l'equipe curante del CSM. Il PTRP dovrà essere comprensivo degli obiettivi e delle aree degli interventi, e dare indicazione sulla durata del programma e sulle verifiche periodiche (*allegato 9*).

Qualora l'inserimento in SRP sia stato autorizzato da un referente del CSM incaricato a seguito di una richiesta pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, l'equipe della SRP definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con lo specialista privato che ha in trattamento la persona, e ne invierà copia al referente del CSM che ha autorizzato l'inserimento.

Date le caratteristiche degli inserimenti in STPIT e SRTRi, deve essere prestata una particolare attenzione ai tempi di realizzazione di tutte le fasi previste dal processo definito per queste tipologie assistenziali.

B. Strutture semiresidenziali

B.1 PREMESSA

Come definito nei P.O. e nelle successive normative e documenti ministeriali, le prestazioni di assistenza residenziale, oltre a quelle a ciclo continuativo (residenziale) prevedono anche quelle a ciclo diurno (semiresidenziale).

Il DCA 8 definisce il Centro Diurno così come segue:

*“E’ una struttura intermedia con funzioni socio-sanitarie (socioterapeutiche e socio-riabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quegli utenti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti socio-sanitari tesi a ridurre tendenze passivizzate, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale. Il CD è pertanto **una struttura funzionale al progetto terapeutico** e all’inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.*

Il CD si rivolge a:

- a) Utenti in situazioni critiche e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate;*
- b) Utenti inviati per l’osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;*
- c) Utenti che necessitano di interventi favorevoli al recupero di aspetti comunicativi e relazionali;*
- d) Utenti che possono giovare di interventi mirati all’apprendimento di attività pre-formative e pre-lavorative in un contesto protetto.”*

*“Il Centro Diurno svolge, **sulla base del progetto personalizzato concordato con l’équipe inviante**, attività socio-riabilitative e socio-terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l’acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale.”*

Inoltre nel Progetto Mattoni SSN, che ribadisce quanto già espresso nel progetto P.O., si definisce che

“L’attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono le persone durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell’ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.”

“le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate con le stesse modalità operative previste per la residenzialità” (Progetto Mattone 12)

Quindi ribadendo la necessità di una metodologia incentrata sui percorsi di cura articolata con progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, le attività

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
--

semiresidenziali del centro diurno costituiscono un'ulteriore risorsa del DSM per attuare interventi riabilitativi e risocializzanti all'interno di un progetto terapeutico individualizzato (PTI).

B.2 PROCESSI E PERCORSI ASSISTENZIALI

I processi definiti per gli inserimenti in strutture residenziali sono validi anche per gli inserimenti nei centri diurni, in tutte le loro fasi:

1. **Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento semiresidenziale da parte dell'équipe curante**
2. **Richiesta di idoneità per la tipologia assistenziale individuata da parte dell'équipe curante**
3. **Valutazione e certificazione dell'idoneità per la tipologia assistenziale individuata da parte dell'UVM di residenza**
4. **Scelta della struttura semiresidenziale e inserimento in liste di attesa**
5. **Autorizzazione all'inserimento presso struttura semiresidenziale da parte del DSM di residenza dell'utente o eventuale proroga**
6. **Percorso clinico-assistenziale in struttura semiresidenziale**

Analogamente a quanto definito per la richiesta di inserimento in struttura residenziale, dovrà essere compilata dall'**Équipe curante del CSM di residenza** la specifica scheda di valutazione da presentare all'UVM che include l'assessment della condizioni psicopatologiche e dei bisogni assistenziali, gli obiettivi terapeutici che si intendono raggiungere e i tempi di durata (*allegato 1*).

Qualora la persona sia **in trattamento presso un professionista privato** che ritenga opportuno un inserimento in un CD, questi farà pervenire la propria proposta documentata (*allegato 10*) al **referente del CSM di residenza**, il quale se in accordo confermerà la proposta e procederà alla richiesta.

A conclusione della valutazione di idoneità per la tipologia semiresidenziale richiesta, l'UVM competente rilascerà una documentazione utilizzando il modulo predisposto (*allegato 3*).

Nella possibile prospettiva di una lista di attesa centralizzata, in questa fase transitoria ciascuna struttura residenziale dovrà costituire e gestire una lista di attesa secondo i seguenti criteri:

- La specifica certificazione di idoneità
- La cronologia di presentazione della domanda (data e ora).

Ciascuna struttura semiresidenziale, nel rispetto dei necessari requisiti di trasparenza, dovrà mantenere aggiornata e rendere pubblica la lista di attesa. Nel portale web del sistema informativo SIPC verrà predisposto un modulo visibile a tutti gli operatori autorizzati, che riporterà il dato anonimo relativo alle richieste di inserimento per ciascuna struttura. Ciascuna struttura dovrà aggiornare tale modulo contestualmente a ogni nuova richiesta di inserimento in lista d'attesa e a ogni cancellazione dalla stessa.

Una volta ricevuta la certificazione di idoneità per l'inserimento in CD il paziente - in accordo con l'Équipe curante/referente - esprimerà la sua preferenza circa la struttura prescelta fra quelle presenti nell'elenco delle strutture semiresidenziali regionali. Al fine di garantire criteri equi, e in considerazione della durata a volte protratta dei trattamenti semiresidenziali, l'utente avrà la possibilità eventuale di richiedere l'inserimento nella lista di attesa di una o più strutture semiresidenziali regionali.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Il DSM di residenza dell'utente - individuata la struttura prescelta - farà richiesta di inserimento nella lista di attesa presso la struttura stessa. Tale richiesta potrà avere luogo previa presentazione della documentazione necessaria di cui la certificazione di idoneità per la specifica tipologia assistenziale.

Al momento di inserimento nella lista di attesa la struttura, sia essa a gestione diretta o privata accreditata, rilascerà al DSM di residenza una ricevuta certificata che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta, utilizzando il modulo definito (*allegato 5*).

In vista del completamento di qualificazione delle strutture sanitarie pubbliche, in questa fase transitoria, le strutture CD a gestione diretta rispondono primariamente ai bisogni della popolazione residente.

Per gli inserimenti in strutture private accreditate, sino al completamento del processo che definisce il rapporto con gli erogatori e alla completa omogeneizzazione delle modalità di accesso, gli inserimenti in CD vengono ancora liquidati in base a delibere della ASL di residenza dell'utente.

Al momento di inserimento nella lista di attesa la struttura CD rilascerà al DSM di residenza una ricevuta certificata che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta.

Qualora per strutture CD la Regione Lazio stabilisca un budget specifico con relativo accordo contrattuale con la ASL, il DSM in cui insiste la struttura dovrà ricevere la Lista di Attesa completa di tutte le informazioni relative alla sua costituzione (nominativo, certificazione di idoneità, data e ora richiesta, ASL residenza).

Inoltre contestualmente ad ogni nuovo inserimento in Lista di attesa, la struttura CD dovrà inviare copia di tale documentazione al DSM della ASL in cui insiste la struttura.

L'autorizzazione all'inserimento in un CD sarà fatta dal CSM di residenza dell'utente, su ricettario SSR. Tale autorizzazione può essere stilata esclusivamente in presenza della certificazione di idoneità rilasciata dall'UVM di residenza dell'utente indicando la durata prevista, che non può essere superiore ad **un anno**.

L'eventuale proroga non potrà essere mai superiore a **un anno**. La decisione di proroga della équipe curante/referente del CSM di residenza dell'utente dovrà essere comunicata all'UVM di competenza inoltrando la scheda debitamente compilata (*allegato 6*). Le proroghe devono essere definite in base a quanto indicato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PRTP) relativamente agli obiettivi definiti ed ai tempi previsti per il raggiungimento degli stessi, mantenendo come finalità l'attuazione di programmi ad intensità assistenziale progressivamente decrescente.

Qualora l'inserimento in CD sia stato autorizzato da un referente del CSM a seguito della richiesta pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, l'eventuale proroga dovrà essere comunque autorizzata dal referente del CSM nel rispetto dei criteri definiti, e potrà essere autorizzata solo sulla base di una relazione scritta e dettagliata di valutazione degli obiettivi definiti nel PTI e nel

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

PTRP, redatta dallo specialista privato in accordo con l'équipe della SRP e sottoposta al referente del CSM che ne valuterà l'appropriatezza.

Al momento dell'inserimento l'équipe della CD definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con l'équipe curante del CSM. Il PTRP dovrà essere comprensivo delle obiettivi e delle aree degli interventi, e dare indicazione sulla durata del programma e sulle verifiche periodiche (*allegato 9*).

Qualora l'inserimento in CD sia stata autorizzato da un referente del CSM incaricato a seguito di una richiesta pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, l'équipe del CD definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con lo specialista privato che ha in trattamento la persona, e ne invierà copia al referente del CSM che ha autorizzato l'inserimento

C. MONITORAGGIO E VERIFICHE

Come anche ribadito nel documento approvato nella CU, la gestione del sistema della residenzialità è complessa e coinvolge diversi aspetti del sistema sanitario. E' necessaria quindi una valutazione e un monitoraggio costante delle attività assistenziali che permetta di pianificare ed eventualmente apporre i necessari correttivi sulla base di criteri di appropriatezza, efficienza ed efficacia.

Il sistema informativo SIPC permetterà, attraverso il modulo dedicato alle attività delle SRP, lo svolgimento di funzioni valutative e di monitoraggio, che saranno successivamente integrati attraverso la definizione e l'adozione di set di indicatori specifici.

Il documento della CU ricorda come *"Essenziale è la definizione e 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"*.

Il succitato modulo del SIPC ha già previsto degli strumenti strutturati di valutazione e questo renderà possibile il monitoraggio dell'efficacia sia del singolo inserimento che dello strumento valutativo stesso.

Come indicato nel testo del decreto, la fase di prima applicazione del presente DCA avrà la durata di 12 mesi.

Saranno monitorati in particolare i seguenti elementi del processo:

- Procedure previste per l'inserimento nelle SRP/CD e relativi tempi di applicazione
- Gestione delle liste di attesa
- Appropriatezza ed efficacia degli interventi
- Durata degli inserimenti
- Rivalutazione dei pazienti che si trovano inseriti in SRP/CD al momento della pubblicazione del presente decreto

A tal scopo saranno predisposti dalla Regione specifici modelli di rilevazione per una raccolta di dati anonimi in forma aggregata.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Le Aziende Sanitarie Locali devono garantire l'attuazione del percorso assistenziale delineato mediante la vigilanza ed il monitoraggio del percorso definito in tutte le fasi previste per il territorio di loro competenza. Le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a compilare i modelli di rilevazione predisposti per la rilevazione con scadenza semestrale e ad inviarle alla Regione.

La Regione valuta e coordina l'attuazione complessiva sul territorio regionale del presente Decreto in base al monitoraggio e vigilanza delle ASL .

A sei mesi dalla approvazione del presente decreto, la Regione effettuerà una prima valutazione della rilevazione dei dati complessivi regionali inviati dalle ASL.

Criteria omogenei per l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche**A. Definizione di un PTI, individuazione della opportunità di un trattamento residenziale e della tipologia assistenziale ritenuta più appropriata**

Il PTI è definito da:

- Per pazienti in carico:
Équipe curante del CSM di residenza
- Per pazienti non in carico:
 - *Se ricoverato presso SPDC*:
Équipe designata del CSM di residenza, in accordo con il SPDC
 - *Se richiesta da professionista privato*:
Équipe del CSM di residenza incaricata della accoglienza/valutazione sulla base della proposta documentata del professionista privato (*allegato 10*)

B. Proposta di inserimento in una specifica tipologia assistenziale di SRP o in un CD

- Per tutte le tipologie assistenziali, ad esclusione degli STPIT, l'équipe curante/referente presenta la proposta di inserimento in una specifica tipologia assistenziale di SRP o in un CD alla **UVM della ASL di residenza del paziente utilizzando la scheda predisposta** (*allegato 1*)
- Per l'inserimento in STPIT, l'équipe curante/referente sulla base del PTI definito, compila il modulo predisposto (*allegato 2*) che dovrà essere presentato per l'inserimento in lista di attesa. Contestualmente, l'équipe curante deve inviare **copia di tale richiesta di inserimento alla propria UVM**.

C. Certificazione di idoneità per la tipologia assistenziale richiesta

- **Per tutte le tipologie assistenziali di SRP (ad esclusione degli STPIT) e per i CD la UVM della ASL di residenza del paziente** valuta la richiesta presentata dall'équipe curante e certifica l'idoneità per la tipologia assistenziale ritenuta più appropriata rilasciando documentazione sulla base del modulo predisposto (*allegato 3*).

D. Inserimento in Lista di Attesa

- **Il paziente - in accordo con l'Équipe curante** - esprimerà la sua preferenza fra quelle presenti nell'elenco delle SRP/CD regionali della tipologia individuata.
- Il **DSM di residenza** dell'utente farà richiesta di inserimento nella lista di attesa presso la struttura prescelta presentando come documentazione la certificazione di idoneità ove prevista (*allegato 3*) o, per le sole STPIT, il modulo predisposto (*allegato 2*);
- Al momento di inserimento nella lista di attesa la **SRP/CD rilascerà al DSM di residenza** documentazione di inserimento con modulo predisposto (*allegato 4* per STPIT e *allegato 5* per tutte le altre SRP/CD), che riporterà la data e l'ora della presentazione della domanda e la posizione nella lista di attesa al momento della richiesta.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
--

- Se alla SRP/CD prescelta è stato attribuito un budget regionale specifico e se questa ha stipulato accordi contrattuali con la ASL sul cui territorio insiste, contestualmente al rilascio della documentazione di inserimento con modulo predisposto di inserimento in lista di attesa, la SRP/CD dovrà inviare copia di tale documentazione al **DSM della ASL in cui insiste la struttura.**
- La struttura comunica la disponibilità del PL al **DSM competente per residenza della persona avente diritto nello scorrimento della lista d'attesa.** In previsione di una dimissione, la struttura darà comunicazione di prossima disponibilità all'ammissione con 10 giorni lavorativi di anticipo rispetto all'inserimento. Il DSM competente dovrà confermare della disponibilità della persona a ricoverarsi entro 48 ore dalla comunicazione della struttura.
- Nei casi eccezionali definiti di impossibilità a ricoverarsi previa presentazione della documentazione attestante le gravi motivazioni sanitarie, la struttura procederà a chiamare il prossimo nominativo avente diritto ma manterrà il nominativo della persona che ha rinunciato nella stessa posizione in LA.
- L'ingresso dell'utente in una determinata struttura comporta la **contestuale cancellazione** della richiesta da altre liste di attesa nelle quali risulti eventualmente inserito.
- Al momento dell'inserimento in una SRP/CD **il DSM di residenza** è tenuto a richiedere la cancellazione del nominativo dalle altre liste di attesa al fine di aggiornarle.

E. Autorizzazione all'inserimento

- L'autorizzazione all'inserimento viene fatta su ricettario del SSR ed è effettuata dalla **Équipe curante/referente del CSM di residenza del paziente** con specificata la durata, secondo i criteri definiti per ciascuna tipologia assistenziale.

F. Autorizzazione alla proroga

- Ogni eventuale proroga dovrà essere basata sulle valutazioni periodiche definite all'interno del PRTP (la cui periodicità dovrà essere almeno semestrale).
- La proroga è fatta su ricettario del SSR ed è effettuata dalla **Équipe curante/referente del CSM di residenza del paziente** specificandone la durata secondo i criteri definiti per ciascuna tipologia assistenziale.
- **L'Équipe curante/referente del CSM** di residenza dell'utente **secondo i criteri stabiliti** dovrà dare **comunicazione di proroga (allegato 6)** o dovrà richiedere **nuova certificazione di idoneità alla UVM di competenza (allegato 7).**

Sulla base dei criteri definiti l'UVM certificherà l'idoneità alla proroga specificandone la durata, e ne rilascerà certificazione **(allegato 8).**

G. Percorso clinico-assistenziale in SRP/CD

- L'équipe della SRP/CD definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con l'équipe curante del CSM. Il PTI dovrà essere comprensivo delle obiettivi e delle aree degli interventi, e dare indicazione sulla durata del programma e sulle verifiche periodiche. Il PTRP deve essere elaborato basandosi su una serie di informazioni e criteri comuni quali quelli definiti dallo schema approvato **(allegato 9).**

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

- Qualora l'inserimento in SRP sia stata autorizzato da un referente del CSM incaricato a seguito di una richiesta pervenuta al DSM di residenza della persona da uno specialista privato, l'equipe della SRP definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con lo specialista privato che ha in trattamento la persona, e ne invierà copia al referente del CSM che ha autorizzato l'inserimento.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Schema delle competenze previste per ciascuna delle figure coinvolte.

Équipe curante/referente	Professionista privato	UVM di residenza	Struttura (SRP/CD)	DSM della ASL in cui insiste la SRP/CD
<p>Presa in carico della persona e definizione del PTI.</p> <p>Se la persona è in trattamento presso un professionista privato, che ritenga opportuno un inserimento in SRP/CD, un referente del CSM di residenza valuterà la proposta ed il PTI presentato dal professionista privato.</p>	<p>Qualora ritenga opportuno l'inserimento in una SRP/CD per una persona che ha in trattamento, farà pervenire la propria proposta documentata al referente del CSM di residenza.</p>	<p>Rilascio certificazione di idoneità per una specifica tipologia assistenziale a seguito della richiesta équipe curante, <u>per tutte le tipologie ad esclusione dello STPIT</u></p>	<p>Recepimento domande di inserimento nella SRP/CD da parte del DSM dell'utente e rilascio di certificazione di inserimento nella lista di attesa (LA) della SRP/CD mediante modulo definito</p>	<p>Recepimento della documentazione relativa alla costituzione e gestione delle Liste di Attesa di tutte le SRP/CD che insistono sul proprio territorio e che hanno un budget (tetto di spesa) approvato dalla Regione e stipulato accordi contrattuali con la ASL sul cui territorio insistono .</p>
<p>SRTRi, SRTRe, SRSR24h, SRSR12h, SRSRfo: Presentazione della richiesta di inserimento in SRP/CD mediante scheda predisposta da presentare all'UVM secondo procedure definite, per ottenere la certificazione d'idoneità.</p> <p>STPIT: Compilazione del modulo richiesta di inserimento predisposto, da inviare per conoscenza all'UVM.</p>	<p>Concorda con l'équipe della struttura il PTRP</p>	<p>Recepimento della comunicazione di richiesta di inserimento in STPIT da parte della équipe curante</p>	<p>Costituzione e gestione della lista attesa secondo i criteri stabiliti. Aggiornamento contestuale delle Liste di Attesa anche nel modulo predisposto sulla piattaforma web del SIPC, ed individuazione di modalità di pubblica consultazione.</p>	
<p>Inserimento in Lista di Attesa della/e SRP/CD scelte, sulla base della preferenza espressa dalla persona</p>	<p>Qualora ritenga necessaria una proroga, dovrà far pervenire proposta al referente del CSM con una relazione scritta e dettagliata di valutazione degli obiettivi definiti nel PTI e nel PRTP</p>	<p>Recepimento della documentazione dell'utente relativa a quelle proroghe, che trovandosi all'interno dei termini definiti non richiedono una nuova certificazione</p>	<p>Definizione PTRP in accordo con équipe curante della DSM Qualora l'inserimento sia stato autorizzato da un referente del CSM incaricato a seguito di una richiesta pervenuta da uno specialista privato, l'équipe della SRP definirà il PTRP in coerenza con il PTI e in accordo con lo specialista privato e ne darà comunicazione al referente del CSM che ha autorizzato l'inserimento</p>	
<p>Autorizzazione al ricovero specificando la durata entro i limiti previsti per ciascuna tipologia assistenziale</p>		<p>Produzione di una nuova certificazione di idoneità nei casi in cui una proroga superi i termini di massima stabiliti dal DCA 8/11</p>	<p>Monitoraggio e valutazione del PTRP insieme con équipe curante DSM</p>	

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE: PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Una volta inserito il pz. in SRP/CD, contestuale richiesta e verifica di cancellazione da eventuali altre liste di attesa in cui era stato collocato il pz.			Inserimento di tutti i dati richiesti dal tracciato record del SIPC per ogni persona inserita nella struttura e per tutte le relative attività	
Consenso al PTRP definito dall'équipe curante della SRP/CD				
Monitoraggio e valutazione del PTRP concordato con l'équipe curante della SRP/CD				
Autorizzazione di proroga con specifica della durata entro i termini previsti per ciascuna tipologia assistenziale, e invio della relativa documentazione all'UVM				
Richiesta di nuova certificazione di idoneità all'UVM nei casi di proroga che superano i termini di massima stabiliti dal DCA 8/2011 secondo i criteri definiti				

Allegato 1

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____ Unità di Valutazione Multidisciplinare Scheda di valutazione per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato
--

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	
Équipe curante	Medico referente
	Case Manager
Specialista privato inviante	

B. SEZIONE SOCIO-ANAGRAFICA DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	_____
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
TELEFONO	
DATA DI NASCITA	____/____/____
LUOGO DI NASCITA	
Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/> Estera <input type="checkbox"/>
Se di nazionalità non italiana, specificare il paese estero	
Se di nazionalità non italiana, ha un permesso di soggiorno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> Iscrizione SSN <input type="checkbox"/> Codice STP <input type="checkbox"/> Codice ENI
Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Lic. media inferiore <input type="checkbox"/> Lic. media superiore <input type="checkbox"/> Corso professionale <input type="checkbox"/> Laurea
Condizione lavorativa attuale	<input type="checkbox"/> Occupato/a <input type="checkbox"/> Disoccupato/a <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Sottoccupato/a <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro / Inabile
Se non occupato, anno dell'ultimo impiego (se presente)	____/____
Se attualmente occupato:	<input type="checkbox"/> Ha un impiego remunerato <input type="checkbox"/> Cooperative sociali tipo B <input type="checkbox"/> Formazione lavoro
Provvedimenti disposti in relazione alla capacità di tutelare i propri interessi	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Interdizione o inabilitazione temporanea
Nominativo dell'amministratore di sostegno (se presente)	
Nominativo del tutore (se presente)	
Invalità civile	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, totale <input type="checkbox"/> SI, parziale con punteggio _____
Posizione giuridica attuale: specificare se ha provvedimenti penali in atto	<input type="checkbox"/> NO, nessuno <input type="checkbox"/> SI
Se SI, di che genere di provvedimento si tratta?	<input type="checkbox"/> Misure di Sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) <input type="checkbox"/> Misure Cautelari (Arresti Domiciliari, Custodia Cautelare in Luogo di Cura) <input type="checkbox"/> Misure alternative alla detenzione (Detenzione Domiciliare) <input type="checkbox"/> Altro provvedimento

Se ha provvedimenti penali in atto, specificare per quali reati	<input type="checkbox"/> violenza sessuale su minori <input type="checkbox"/> violenza sessuale su maggiorenni <input type="checkbox"/> resistenza pubblico ufficiale <input type="checkbox"/> tentato omicidio <input type="checkbox"/> omicidio <input type="checkbox"/> omicidio plurimo <input type="checkbox"/> maltrattamenti in famiglia <input type="checkbox"/> lesioni personali <input type="checkbox"/> rapina <input type="checkbox"/> detenzione/traffico sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> incendio <input type="checkbox"/> danneggiamenti <input type="checkbox"/> altro
E' mai stato sottoposto a provvedimenti penali in passato?	<input type="checkbox"/> NO, mai <input type="checkbox"/> SI
Se SI, di che genere di provvedimenti si è trattato?	<input type="checkbox"/> Misure di sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) <input type="checkbox"/> Misure cautelari (arresti domiciliari, custodia cautelare in luogo di cura, custodia cautelare in carcere) <input type="checkbox"/> Detenzione in carcere <input type="checkbox"/> Misure alternative alla detenzione (detenzione domiciliare) <input type="checkbox"/> Altro provvedimento
Se è stato sottoposto a provvedimenti penali in passato, per quali reati?	<input type="checkbox"/> Violenza sessuale su minori <input type="checkbox"/> Violenza sessuale su maggiorenni <input type="checkbox"/> Resistenza pubblico ufficiale <input type="checkbox"/> Tentato omicidio <input type="checkbox"/> Omicidio <input type="checkbox"/> Omicidio plurimo <input type="checkbox"/> Maltrattamenti in famiglia <input type="checkbox"/> Lesioni personali <input type="checkbox"/> Rapina <input type="checkbox"/> Detenzione/traffico sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Danneggiamenti <input type="checkbox"/> Altro
Anno dell'ultimo provvedimento penale (se presente)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Situazione alloggiativa	<input type="checkbox"/> Presso proprio domicilio <input type="checkbox"/> Presso SR psichiatriche <input type="checkbox"/> Presso SR socio assistenziali <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Presso istituto penitenziario
Se attualmente alloggia presso una struttura residenziale psichiatrica, specificarne la tipologia	<input type="checkbox"/> STPIT <input type="checkbox"/> SRTR_int <input type="checkbox"/> SRTR_est <input type="checkbox"/> SRSR_Alta <input type="checkbox"/> SRSR_Media <input type="checkbox"/> SRSR_Bassa <input type="checkbox"/> REMS
Con chi abita attualmente?	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Famiglia di origine <input type="checkbox"/> Famiglia propria <input type="checkbox"/> Altri parenti <input type="checkbox"/> Altre persone (coinquilini, conoscenti, altri utenti)
Membri viventi del proprio nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente N. figli <input type="text"/>
Nel proprio nucleo familiare vivono altri membri? (specificare quali)	
Con quali membri del proprio nucleo familiare sono mantenuti contatti? (specificare quali)	
Membri viventi della famiglia di origine	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre N. Fratelli/Sorelle <input type="text"/>
Specificare se la coppia genitoriale è convivente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare con quali membri della famiglia di origine sono mantenuti contatti	
Reddito economico	<input type="checkbox"/> impiego stabile <input type="checkbox"/> impiego saltuario <input type="checkbox"/> pensione invalidità <input type="checkbox"/> pensione di anzianità <input type="checkbox"/> pensione reversibilità <input type="checkbox"/> altro reddito <input type="checkbox"/> assegno di accompagnamento <input type="checkbox"/> sussidio

C. SEZIONE INFORMAZIONI SANITARIE	
DIAGNOSI (ICD9-CM)	
Valutazione diagnostica per diagnosi principale	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
SITUAZIONE PSICOPATOLOGICA DI ESORDIO	
Età al momento dell'esordio psicopatologico	_____
Valutazione diagnostica delle condizioni d'esordio (utilizzare le prime tre cifre ICD9-CM)	_____
ALTRE INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti in passato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti attualmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta uso problematico di alcolici in passato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta uso problematico di alcolici attualmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTI CON I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	
Data primo contatto	_____
CSM di presa in carico	
N. identificativo utilizzato dal Servizio (N. di cartella o altro)	
Progetto terapeutico in atto	<input type="checkbox"/> Trattamento psicoterapeutico <input type="checkbox"/> Trattamento farmacologico <input type="checkbox"/> Trattamento semiresidenziale CD <input type="checkbox"/> Trattamento residenziale SR psichiatrica <input type="checkbox"/> Inserimento presso SR socio-assistenziale <input type="checkbox"/> Interventi di servizio sociale, sostegno economico <input type="checkbox"/> Trattamento di sostegno
RICOVERI e/o INSERIMENTI IN STRUTTURE NEGLI ULTIMI DUE ANNI	
SPDC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura semiresidenziale psichiatrica (CD)	denominazione CD _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
TERAPIA FARMACOLOGICA	

Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci psicotropi	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Specificare eventuali altri farmaci assunti per patologie concomitanti	
Compliance terapeutica attuale del paziente	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona
Adesione al Piano Terapeutico Individuale (P.T.I.) da parte dei familiari, se presenti	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona

D. SEZIONE VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE**CONDIZIONE PSICOPATOLOGICA ATTUALE**

Punteggio totale MMSE (per le SRTRi, solo qualora si ipotizzi un decadimento cognitivo)	_ _
Punteggio totale scala BPRS (allegare la BPRS compilata)	_ _ _
Livelli di funzionamento: Punteggi dell'Asse K (solo per le SRTRi, scala opzionale)	[seguono i punteggi delle 7 sottoscale dell'Asse K]
Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico	_ _ _
Area 2 - Abilità sociali	_ _ _
Area 3 - Eventi auto- o eteroaggressivi	_ _ _
Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali	_ _ _
Area 5 - Abuso di sostanze	_ _ _
Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche	_ _ _
Area 7 - Compromissione in altre aree (scala opzionale)	_ _ _

E. SEZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

IL MEDICO REFERENTE DEL CASO, COMPLETATA LA PRESENTE SCHEDA,
RICHIÈDE L'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN :

Struttura residenziale (SRP) proposta	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattamenti comunitari intensiva (SRTRi) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattamenti comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.)
Struttura semiresidenziale proposta	<input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD)
E' stato definito il P.T.I. comprensivo degli obiettivi intermedi e finali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se paziente è anche in carico al SERT, il PTI è stato concordato con il SERT competente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Data di presentazione della richiesta alla UVM	____ ____ ____

F. SEZIONE ESITO VALUTAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

L'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE,
CONSIDERATE LE INFORMAZIONI DI ORDINE CLINICO ED ASSISTENZIALE DELLA PRESENTE SCHEDA,
RICONOSCE L'IDONEITÀ ALL'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN:

Struttura residenziale (SR) ritenuta idonea	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattamenti comunitari intensiva (SRTRi) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattamenti comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitative - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) <input type="checkbox"/> NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN SR PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in SR psichiatrica, specificarne le motivazioni:	_____ _____ _____
Struttura semiresidenziale ritenuta idonea	<input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD) <input type="checkbox"/> NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in struttura semiresidenziale psichiatrica, specificarne le motivazioni:	_____ _____ _____
Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	_____ _____ _____
Nominativo e firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	
Data della presente valutazione	____ ____ ____
Nota: la presente valutazione ha <u>validità di 6 mesi</u> . Trascorsa tale data senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuta.	

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

Prot. _____

Data _____

In considerazione della valutazione delle condizioni psicopatologiche e avendo sulla base di queste definito uno specifico PTI, si valuta che il Sig./Sig.ra _____ è idoneo all'inserimento in STPIT.

Il Medico referente

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

Idoneo per l'inserimento in **Struttura Residenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011, per la seguente tipologia assistenziale (barrare quella corrispondente):

1. **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari intensivi (SRTR i)** concordando con la proposta del CSM

2. **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari estensivi (SRTR e)**, concordando con la proposta del CSM

3. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a elevata intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 24 h)**, concordando con la proposta del CSM

4. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a media intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 12h)**, concordando con la proposta del CSM

5. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a bassa intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR f.o.)**, concordando con la proposta del CSM

Non idoneo per l'inserimento in **Struttura Residenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

Idoneo per l'inserimento in **Struttura Semiresidenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011

1. **Struttura semiresidenziale – Centro diurno**, concordando con la proposta del CSM

Non idoneo per l'inserimento in **Struttura Semiresidenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

Il Referente UVM

Note:

Il presente documento ha validità di 6 mesi dalla data di valutazione. Trascorso tale periodo senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuto.

Denominazione struttura residenziale STPIT

Attestazione di Inserimento in Lista di attesa

Prot. _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato richiesta di inserimento in STPIT con proposta del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno _____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa struttura per l'inserimento in STPIT.

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____° posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

Denominazione struttura residenziale psichiatrica**Attestazione di Inserimento in Lista di attesa**

Prot _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato certificazione di idoneità rilasciata dalla UVM del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno _____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa SRP per la seguente tipologia assistenziale¹ :

SRTR_i SRTR_e SRSR_a SRSR_m SRSR_f.o. CD

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____° posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

¹ Barrare **solo una** delle tipologie assistenziali elencata.

Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ , _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ , _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _
Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionale, riportarne la denominazione e il punteggio	_____ _____ _____ _____ _____ _____
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'equipe della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, con che frequenza?	
Ci sono stati ricoveri in SPDC durante il presente inserimento nella struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, specificare	TSO _ _ TSV _ _ gg. di degenza _ _ _ TSO _ _ TSV _ _ gg. di degenza _ _ _ TSO _ _ TSV _ _ gg. di degenza _ _ _
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con una prosecuzione dell'inserimento nella struttura	_____

D. SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO	
Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Se sta assumendo altri farmaci per patologie concomitanti, specificare quali	
Compliance terapeutica attuale del paziente	scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/>
E. SEZIONE PROROGA	
Durata della proroga nella struttura (il periodo di proroga non può superare un anno)	1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi <input type="checkbox"/> altro _____
Nominativo e firma degli operatori che hanno proposto e autorizzato la proroga	_____

Data della presente valutazione	_ _ _ _ _ _ _ _

Sono state eseguite le valutazioni periodiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																
Riportare le date delle valutazioni periodiche effettuate	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K2 - Area 2 - Abilità sociali. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K2 - Area 2 - Abilità sociali. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																

Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionali, riportarne la denominazione e il punteggio	_____
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'équipe della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, con che frequenza?	
Ci sono stati ricoveri in SPDC durante il presente inserimento nella struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, specificare	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)	_____
Definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con una prosecuzione dell'inserimento nella struttura	_____
D. SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO	
Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Se sta assunto altri farmaci per patologie concomitanti, specificare quali	
Compliance terapeutica attuale del paziente	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona

E. SEZIONE RICHIESTA PROROGA	
Proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura (il periodo di proroga non può superare un anno)	<input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi altro _____
F. SEZIONE ESITO VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROROGA	
L'unità valutativa multidisciplinare, considerate le informazioni di ordine clinico ed assistenziale della presente scheda e la tipologia assistenziale :	
Ritiene idonea la proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Durata ritenuta idonea (il periodo di proroga non può superare un anno)	<input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi altro _____
Se la proroga dell'inserimento nella struttura non è ritenuta idonea, specificarne le motivazioni:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Nominativo e firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Data della presente valutazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta di proroga N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

Idoneo per la proroga dell'inserimento nella **Struttura Residenziale Psichiatrica** denominata _____,
per la seguente durata (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	1. 1 mese
<input type="checkbox"/>	2. 3 mesi
<input type="checkbox"/>	3. 6 mesi
<input type="checkbox"/>	4. 9 mesi
<input type="checkbox"/>	5. 1 anno
<input type="checkbox"/>	6. Altro (mai superiore ad 1 anno) _____

Non idoneo per la proroga dell'inserimento nella **Struttura Residenziale Psichiatrica** denominata _____.

Il Referente UVM

Criteri di stesura del PTRP

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'équipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Ogni SRP al momento dell'ammissione di una persona **deve stilare una scheda di PTRP che deve contenere le seguenti informazioni:**

- *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 a breve, medio e lungo termine*
- *Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:*
 - ✓ *Terapia farmacologica*
 - ✓ *Psicoterapia*
 - ✓ *Interventi psicoeducativi*
 - ✓ *Interventi abilitativi e riabilitativi*
 - ✓ *Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa*
- *Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato*
- *Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche:*
 - ✓ *indicazione degli strumenti standardizzati utilizzati per valutare i problemi clinici e psicosociali dei pazienti e l'esito dei trattamenti*
 - ✓ *aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica*

Criteria di stesura della proposta di inserimento in SRP da parte di professionisti privati

Qualora **un professionista privato** ritenga opportuno per una persona che ha in trattamento l'inserimento in una Struttura Residenziale Psichiatrica di una specifica tipologia assistenziale, dovrà far pervenire la propria proposta documentata al **referente del CSM di residenza della persona** il quale, se in accordo, confermerà la proposta e procederà alla richiesta.

Per consentire una appropriata e corretta valutazione da parte del referente del CSM incaricato, la **proposta firmata dal professionista privato che ha in cura la persona** deve comprendere :

Informazioni socio-anagrafiche e clinico-sanitarie della persona proposta per l'inserimento in SRP:

- Cognome e Nome;
- Data di nascita;
- Indirizzo di residenza;
- Recapiti telefonici o e-mail da utilizzare.
- Tipologia assistenziale ritenuta opportuna e motivazioni per l'inserimento in una struttura residenziale con queste caratteristiche.
- Definizione del Progetto terapeutico individuale (PTI) comprensivo degli obiettivi terapeutici.

Note anamnestiche:

- Anamnesi patologica prossima e remota
- Diagnosi principale ed eventuali diagnosi secondarie (ICD 9 CM)
- Trattamenti in corso (terapia farmacologica psicotropa e non, trattamenti psicoterapici, interventi socio riabilitativi)

Informazioni relative al professionista che propone questo inserimento in SRP:

- Cognome e Nome;
- Professione ed eventuali specialità;
- Da quanto tempo ha in trattamento questo paziente?
- Recapiti telefonici o e-mail da utilizzare.