

## **DOCUMENTO TECNICO DEL SISTEMA DI RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA**

### **Riferimenti normativi**

1. *Piano Sanitario Nazionale 2007-2009 adottato con DPCM del 7.4.2006.*
2. *Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 approvato con d.c.r. n. VIII/257 del 26.10.2006.*
3. *DGR n. VIII/4221 del 28 febbraio 2007 – Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR n. VII/17513 del 17 maggio 2004 "Piano regionale triennale per la salute mentale".*
4. *DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007 - "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2008" - Allegato 7: Le tariffe delle prestazioni sanitarie*
5. *Decreto Direzione Generale Sanità n. 13711 del 15 novembre 2007 – "Riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche accreditate in attuazione della DGR n. VIII/4221 del 28 febbraio 2007".*
6. *Nota regionale n. H1.2008.0005877 del 04 febbraio 2008 "Monitoraggio della tipologia e appropriatezza delle attività territoriali complessivamente erogate dai CPS e impatto delle nuove valorizzazioni in attuazione della DGR. n.5743 del 31 ottobre 2007".*
7. *Nota regionale n. H1.2008.0013078 del 28 marzo 2008 "Indicazioni attuative alla nota n. H1.2008.0005877 del 04 febbraio 2008"*
8. *DGR n. VIII/7861 del 30 luglio 2008 – "Determinazioni in ordine alla Residenzialità Leggera in psichiatria"*
9. *DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008 - "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009" - Allegato 11: Psichiatria*
10. *Nota regionale n. H1.2009.0033211 del 18 settembre 2009 – "Chiarimenti in merito ai programmi di residenzialità leggera e di semiresidenzialità in psichiatria"*
11. *Nota regionale n. H1.2010.0008565 del 03/03/2010 - Relazione sull'attività psichiatrica territoriale e residenziale erogata nelle ASL lombarde.*

## Il Sistema di Residenzialità Psichiatrica della Provincia di Lecco

Il processo di riqualificazione avviato con la D.G.R. 4221/2007 è stato attuato con il Decreto n. 13711/2007 che ha reso effettiva l'applicazione del riordino del sistema della residenzialità psichiatrica a partire dal 01 gennaio 2008. Il processo è stato poi completato con la DGR n. VIII/7861 del 30 luglio 2008 – Determinazioni in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria e con la successiva nota regionale n. H1.2009.0033211 del 18 settembre 2009. Con quest'ultima normativa, a ulteriore garanzia della qualità delle prestazioni erogate, sono stati definiti i requisiti autorizzativi minimi, sia strutturali che organizzativi, necessari allo svolgimento dei programmi di Residenzialità Leggera.

Il quadro delle unità d'offerta in ambito provinciale, aggiornato al 01 aprile 2010, è indicato nelle tabelle di seguito riportate; le Strutture Residenziali Psichiatriche (SR) presenti nel territorio dell'ASL sono distinte per area, con precisazione della disponibilità di posti letto a contratto/non a contratto e indicazione dell'Ente Gestore.

### Area riabilitativa

<i>Denominazione struttura</i>	<i>n. posti letto a contratto</i>	<i>n. posti letto non a contratto</i>	<i>Ente gestore</i>
C.R.A. "Orizzonti" di Cernusco L.	12	0	Azienda Ospedaliera - DSM
C.R.A. di Bosisio P.	16	0	Azienda Ospedaliera - DSM
C.R.M. "Le Orme" di Casatenovo B.	16	0	Azienda Ospedaliera - DSM
C.R.M. "Villa Ratti" di Monticello Br.	20	0	Cooperativa "IL VOLO"
C.R.M. "Antropos" di Esino L.	0	20*	Antropos s.r.l.

\*attualmente non attiva

### Area assistenziale

<i>Denominazione struttura</i>	<i>n. posti letto a contratto</i>	<i>n. posti letto non a contratto</i>	<i>Ente gestore</i>
C.P.A. "Il Poggio" di Rogeno	10	0	Servizi Integrativi s.r.l.
C.P.M. "Casa del lago" di Garlate	10	0	Azienda Ospedaliera - DSM
C.P.M. tipo B "Casa Sara" di Lecco	2	0	Cooperativa L'Arcobaleno

### Area sociale

<b><i>Programmi residenzialità leggera in atto</i></b>	<i>n. programmi</i>	<i>Ente gestore</i>
Castello Solidale (Cesana Brianza)	7	Cooperativa L'Arcobaleno
Appartamento di Via Pergola (Lecco)	4	Azienda Ospedaliera - DSM
Appartamento di Calolziocorte 1	5	Azienda Ospedaliera - DSM
Appartamento di Calolziocorte 2	5	Azienda Ospedaliera - DSM
Appartamento di Casatenovo	3	Azienda Ospedaliera - DSM
Appartamento di Olginate	5	Coop. L'Arcobaleno/A.O.DSM
Appartamento di Cernusco Lombardone	2	Azienda Ospedaliera - DSM
<b>Totali</b>	<b>31</b>	<b>DSM (20) Coop L'Arcobaleno (11)</b>
<b><i>Programmi residenzialità leggera da attivare</i></b>		
2 Appartamenti da individuare nei Distretti di Bellano e Merate (3+5 posti)	8	Da definire

## Durata e tipologia dei programmi residenziali

Gli enti gestori delle strutture residenziali sono chiamati ad attuare la personalizzazione del programma di cura all'interno di un percorso clinico unitario espresso dal Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), coerente con il Piano Trattamento Individuale (PTI) elaborato dal CPS inviante e verificato con le équipes territoriali con periodicità definita.

La responsabilizzazione sui percorsi di cura delle SR viene attuata attraverso l'applicazione di indicatori per l'intensità del trattamento, la qualità e numerosità delle prestazioni e la durata massima del programma.

TABELLA - 1

Intensità del Programma	Durata	Tipologia SR	Incontri di verifica CPS/SR
Post-acuzie	3 mesi	CRA	Ogni mese
Alta	18 mesi	CRA - CRM	Ogni 4 mesi
Media	36 mesi	CRA - CRM - CPA - CPM	Ogni 6 mesi
Bassa	Non prestabilita	CPA - CPM - CPM-B	Ogni 6 mesi
Residenzialità leggera	Illimitata	Appartamenti Res. leggera	

La documentazione clinica riferita a ciascun ospite deve rendere possibile l'identificazione del programma erogato dalla SR basandosi, dal punto di vista metodologico, su tre criteri essenziali:

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

Nelle situazioni in cui si renda necessario garantire al paziente la continuità del percorso terapeutico-riabilitativo, come peraltro contemplato dalla normativa vigente, la durata del programma potrà essere derogata secondo i criteri e le modalità esplicitate nell'allegato Protocollo elaborato dall'équipe multidisciplinare, organismo tecnico dell'OCSM (Allegato 1 - Protocollo per la valutazione dei percorsi psichiatrici nella residenzialità).

## II PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO (PTR)

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo costituisce l'elemento centrale dell'intervento erogato dai programmi residenziali, è basato sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente così come definite dal Piano di Trattamento Individuale (PTI) redatto in sede di CPS, definisce e documenta le attività erogate al fine di attuare gli obiettivi perseguiti dal programma richiesto.

Al fine di favorire un corretto monitoraggio del sistema, le SR si impegnano a produrre la seguente documentazione:

- Richiesta di inserimento in SR** compilata dal CPS inviante
- Piano di trattamento individuale (PTI)** del CPS di provenienza
- Scheda per il **progetto terapeutico riabilitativo (PTR)** periodicamente aggiornate, contenente i dati come indicato nel paragrafo successivo
- Documentazione clinica** contenente:
  - scale di valutazione (tra quelle validate: es. HoNos, VADO) o griglia di valutazione (bisogni, disabilità, funzionamento psicosociale) periodicamente aggiornate
  - report delle prestazioni erogate giornalmente
  - foglio di Terapia firmato dal medico prescrittore e siglato dall'operatore che ha somministrato la terapia
  - diario giornaliero personale

### MODELLO di PTR

La scheda PTR deve contenere quali elementi fondamentali:

- Nome Cognome
- Diagnosi
- C.P.S. di riferimento
- Data di inserimento
- Data di compilazione del PTR
- Osservazione delle problematiche relativa a: area della cura del sé / ambiente - area della competenza relazionale - area della gestione economica - area delle abilità sociali
- Obiettivi dell'intervento: aree di intervento (descrizione della tipologia e del mix degli interventi previsti)
- Verifica con aggiornamento relativo a: osservazioni - obiettivi d'intervento - aree di intervento - data della verifica

## **CRITERI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALITA'**

La nota regionale n. H1.2008.0005877 del 04 febbraio 2008 "Monitoraggio della tipologia e appropriatezza delle attività territoriali complessivamente erogate dai CPS e impatto delle nuove valorizzazioni in attuazione della DGR. n.5743 del 31 ottobre 2007" ha precisato:

1. modalità e tempi per il monitoraggio dell'adeguatezza del sistema residenzialità adottato in seguito alla riclassificazione
2. gli indicatori da utilizzare per valutare i programmi erogati dalle SR sulla base dell'analisi epidemiologica e degli aspetti economici connessi

Un primo esito del monitoraggio effettuato dalle ASL lombarde è riportato nella "*Relazione sull'attività psichiatrica territoriale e residenziale erogata nelle ASL lombarde*" di cui alla nota regionale n. H1.2010.0008565 del 03/03/2010.

A livello provinciale, al fine di monitorare il sistema residenzialità sono stati adottati i seguenti **Reports**:

1. Movimento mensile dei soggetti inseriti in SR (a carico del DSM e delle SR accreditate a contratto).
2. Report della rilevazione degli indicatori nel rispetto dei criteri regionali (Sistema informatico regionale "Valorizza")
3. Verbale del rapporto di verifica dei criteri per l'accreditamento (a carico dell'ASL)
4. Rapporto annuale su indicazione regionale.

Per quanto riguarda i criteri di appropriatezza nell'inserimento degli utenti e nello svolgimento dei programmi nelle Strutture Residenziali (RS) psichiatriche si fa riferimento a quanto riportato nell'allegato A alla dgr n. VIII/4221 del 28.02.2007 e ai documenti tecnici approvati in sede di Organismo di Coordinamento della salute mentale.

## **I PROGRAMMI DI RESIDENZIALITA' LEGGERA**

In relazione all'aspetto innovativo e alla recente introduzione di tale tipologia di assistenza psichiatrica si ritiene opportuno dedicare, nella presente revisione del Documento tecnico relativa all'anno 2010, una sezione ad hoc ai Programmi di residenzialità leggera.

### Definizione

Per RESIDENZIALITA' LEGGERA si intende l'insieme di programmi sanitari che, per essere attuati, necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata e di una procedura autorizzativa, per consentire al soggetto assistito, clinicamente stabilizzato, il completamento del percorso riabilitativo ideale possibile.

Tali interventi sono garantiti da soggetti accreditati e a contratto per attività di psichiatria. Il reperimento delle opportune soluzioni abitative è da individuarsi con il concorso degli Enti, in particolare i Comuni, e del privato sociale.

### **Programmazione triennale 2011-2013**

L'OCSM ha assunto il compito di stabilire la programmazione triennale dei percorsi per la realizzazione dei programmi di residenzialità leggera attraverso la definizione dei criteri di inserimento, la rilevazione e quantificazione del bisogno (valutato in ulteriori 10 PRL per il triennio considerato, di cui 5 da attivare nel corso del 2012), la promozione del reperimento degli appartamenti con il coinvolgimento dei Comuni e della Cooperazione sociale, le regole di gestione e finanziamento delle quote individuali, i criteri per la valutazione periodica dei risultati e il monitoraggio degli programmi.

### **Campo di applicazione:**

## **Tipologia di pazienti**

Si prevede l'accoglimento di utenti del DSM con profilo di "presa in carico".

Sono state individuate tre tipologie di pazienti indirizzabili a programmi di Residenzialità Leggera:

- 1) soggetti che hanno già intrapreso un percorso riabilitativo e lo devono terminare;
- 2) soggetti giovani, per i quali è indicato un tipo di intervento precoce e calibrato, evitando l'ingresso in comunità e quindi un processo più istituzionalizzante.
- 3) soggetti ad uno stadio di cronicità tale per cui è indicata un'attività riabilitativa a bassa intensità.

La Residenzialità Leggera può essere intesa come soluzione a lungo termine o anche definitiva per utenti con particolari disabilità e complessità cliniche e sociali (Progetto Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale 1998-2000).

**Modalità di finanziamento:** per favorire la diffusione di tali programmi va incentivato il reperimento di idonee soluzioni abitative, con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento e di eventuali soggetti privati, concordando modalità di contributo alle spese e di intervento dei Comuni / Piani di zona e agevolando convenzioni con il privato sociale per la gestione del servizio. Le prestazioni sanitarie effettuate per le attività di Residenzialità Leggera vengono remunerate in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale con la tariffa forfettaria di euro 45,00 giornaliera per paziente. La DGR VIII/4221 e la successiva nota regionale esplicativa - prot n.H1.2007.0012514 del 16/03/07 – hanno fissato la quota sanitaria di 45 euro/die specificando come questa vada distinta dalla quota sociale comprensiva delle spese relative all'alloggio, al vitto e alle altre necessità individuali.

La nota attribuisce tale ambito " in particolare agli Enti Locali che individuano le modalità di contribuzione", in quanto "titolari della spesa in materia". Tale indicazione è coerente con il DPCM 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" laddove prevede che fino al 60% dei costi relativi all'accoglienza di persone affette da disturbi mentali in strutture a bassa intensità possa essere posto a carico dell'utente o del Comune.

Con riferimento al fabbisogno dei PRL approvato in fase di programmazione all'interno dell'OCSM, la gestione della quota sociale per il 2012 è definita da apposito regolamento approvato dalle assemblee distrettuali:

Con questa modalità è possibile garantire:

- una partecipazione al costo, da parte degli utenti e dei Comuni, identica per tutti i PRL indipendentemente dalla localizzazione degli appartamenti.
- Il contenimento del costo della quota sociale in un importo sostenibile anche dagli utenti con difficoltà economiche.

L'Ente gestore, si impegna annualmente a relazionare alle gestioni associate dei Comuni, agli Uffici di Piano e all'OCSM rispetto ai costi sostenuti in modo da poter programmare insieme le modalità e l'entità della quota del successivo anno.

## **Requisiti strutturali ed organizzativi**

### **1) Locali abitativi**

Le strutture abitative rispondono ai requisiti previsti dal DPR 14 gennaio 1997 e dalla D.G.R. 7861/2008.

### **2) Personale**

In accordo alle DGR n. VIII/4221/07 e n. VIII/7861/08, è previsto l'impiego di personale sociosanitario multiprofessionale che abbia compiuto un percorso formativo specifico, articolato sulla base degli interventi e delle competenze professionali come previsto dal PRL personale e dalle esigenze del nucleo abitativo.

### **3) Tempi di presenza degli operatori**

Le prestazioni di RL vengono erogate 6 giorni la settimana, garantendo la presenza attiva nei giorni feriali di personale socio-sanitario multiprofessionale dedicato, per un tempo di almeno 3 ore settimanali definito nel Progetto e nel Programma di Residenzialità Leggera (PRL) del singolo utente che preveda una documentabile attribuzione delle specifiche risorse di personale. Nei giorni festivi dovrà essere garantita la reperibilità di un operatore dedicato.

### **4) Tipologia delle prestazioni**

Gli interventi riabilitativi nei programmi di RL sono quelli previsti dalla DGR n. VIII/4221/07 sottoelencati:

- 1) coinvolgimento nelle attività domestiche e della vita quotidiana; interventi individuali sulle abilità di base, supporto alle attività quotidiane

- 2) partecipazione alla programmazione delle attività di appartamento,
- 3) gruppi di risocializzazione e/o interventi riabilitativi di gruppo,
- 4) interventi riabilitativi individuali finalizzati al mantenimento delle capacità sociali,
- 5) coinvolgimento del volontariato per sostegno e programmi personalizzati,
- 6) tutte le altre attività di "rete sociale";
- 7) riunioni di coordinamento: interne e con altri enti / associazioni;
- 8) colloquio con il paziente e interventi con i familiari.

Inoltre è previsto l'impegno degli operatori in programmi riabilitativi specifici di:

- 1) autogestione della terapia farmacologica
- 2) orientamento nella gestione di emergenze/urgenze di tipo sanitario, domestico, relazionale.

### **Responsabilità**

I soggetti inseriti in programmi di Residenzialità Leggera sono seguiti presso il CPS di riferimento, dove è garantito il monitoraggio clinico, con un profilo di cura di "presa in carico". Nel programma di trattamento individuale (PTI) devono essere esplicitati i programmi di intervento in CPS, da rendicontare nel flusso 46/SAN. Il PRL, e la relativa tariffa, non include le prestazioni di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, comprese quelle psichiatriche erogate nei CPS.

Il soggetto in RL mantiene il riferimento con il proprio Medico di Medicina Generale e la possibilità di accedere in qualsiasi momento a prestazioni mediche specialistiche.

Per quel che riguarda la gestione delle situazioni di emergenza/urgenza che si dovessero presentare per ospiti della residenzialità leggera, è opportuno operare una distinzione:

- 1) le urgenze psichiatriche devono essere indirizzate al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di pertinenza territoriale;
- 2) le urgenze somatiche durante i giorni feriali devono essere indirizzate ordinariamente al Medico di Medicina Generale. Durante la notte e i festivi le urgenze somatiche devono essere indirizzate al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri.

La titolarità del caso e la presa in carico dell'utente restano al CPS, per tutta la durata prevista del programma di Residenzialità Leggera. Lo psichiatra di riferimento del CPS rimane responsabile del caso, predispone la domanda di inserimento del soggetto, che andrà verificata e validata dal Coordinamento Residenzialità Leggera (COREL), definisce insieme all'équipe di appartamento il progetto terapeutico individuale (PTI) e valuta i tempi di inserimento in Residenzialità Leggera dove viene elaborato il progetto riabilitativo (PRL). Infine lo psichiatra valuta periodicamente, insieme all'équipe della Residenzialità Leggera, il raggiungimento degli obiettivi.

### **Documentazione clinica**

Il programma di trattamento riabilitativo (PRL) deve essere redatto dall'équipe di residenzialità leggera e deve essere congruente col PTI.

Le annotazioni relative alle prestazioni riabilitative di RL vengono riportate su apposito Fascicolo di RL da allegare alla cartella del CPS nel caso la RL appartenga alle strutture del DSM, altrimenti la scheda sarà conservata nella sede operativa dell'Ente Gestore. Le informazioni contenute nel Fascicolo di RL potranno essere accessibili a tutti gli operatori, che saranno tenuti a rispettare le indicazioni di conservazione e tutela secondo le normative vigenti sulla privacy.

Per quel che attiene ai ruoli e alle responsabilità professionali, si deve prevedere la presenza di un Coordinatore della équipe di residenzialità leggera, individuato all'interno del personale dell'ente gestore.

### **Monitoraggio clinico riabilitativo**

Il percorso del programma di RL prevederà una fase di accoglienza, inserimento, trattamento e dimissione che il DSM e ogni Ente erogatore dovrà esplicitare in apposita procedura, che sarà presentata all'ASL per le necessarie verifiche in sede di sottoscrizione del contratto.

Per rendere uniforme il processo di valutazione degli esiti dei singoli progetti si prevede l'utilizzo di scale di valutazione dell'assetto clinico-sintomatologico e delle abilità di base della persona da somministrare all'ingresso nel nuovo programma, poi con frequenza semestrale e al momento della dimissione.

Si propongono i seguenti strumenti:

HoNoS

GAF

## **Risultati attesi**

La possibilità di offrire ai pazienti in cura nei DSM programmi terapeutici ri-abitativi, sia a completamento del percorso riabilitativo, sia idonei e rispondenti a bisogni puntuali espressi dal paziente, consentirà di poter redistribuire in modo più efficace e mirato le risorse del sistema residenzialità nel suo complesso.

Ci si attende pertanto una riallocazione dei pazienti nelle varie Strutture Residenziali coerentemente col livello di intensità assistenziale e riabilitativa realmente necessario, con l'auspicio che quanti più soggetti possibile si riappropriino della condizione piena di cittadinanza.