

# **PROTOCOLLO AREA TEMATICA DELLA RESIDENZIALITA' FRA I COMUNI DELLA PROVINCIA DI LECCO, L'AZIENDA OSPEDALIERA DI LECCO, L'ASL DI LECCO, LA PROVINCIA DI LECCO, SOGGETTI EROGATORI DI SERVIZI PSICHIATRICI ACCREDITATI A CONTRATTO**

## **FINALITA'**

La revisione della prima versione del protocollo nasce dalla necessità di riformulare le regole del sistema "residenzialità psichiatrica" alla luce delle variazioni intervenute in seguito al processo di riqualificazione della residenzialità e al riordino delle Strutture Residenziali come stabilito dalla DGR 4221 del 28.02.2007 e attuato sulla base delle indicazioni approvate dall'OCSM.

L'obiettivo condiviso è quello di continuare a perseguire l'integrazione delle analisi, letture, culture operative e modalità di intervento, per garantire la coerenza e la continuità dei percorsi di cura all'interno del sistema, favorire l'integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti (ASL, Enti Locali, AO, Soggetti gestori accreditati, Associazioni), definire gli elementi di gestione e governo delle risorse nell'ambito della residenzialità psichiatrica, attraverso la definizione dei compiti dei diversi attori, delle regole di gestione e dei criteri di monitoraggio del sistema.

Il **documento tecnico**, ALL. B1 al presente protocollo, fa proprie le indicazioni delle leggi regionali in materia di residenzialità psichiatrica, attualizzandole con le esigenze della realtà locale. Nel documento, dopo aver rilevato la situazione esistente nell'ambito provinciale rispetto alle strutture residenziali e agli utenti, si espone il quadro emerso dal processo di riorganizzazione del sistema della residenzialità e le azioni necessarie per garantirne il monitoraggio e la valutazione sulla base degli indicatori epidemiologici richiesti.

## **PREMESSA**

La "**funzione residenzialità**" integra esigenze di tipo riabilitativo ed esigenze di tipo sociale legate a condizioni sfavorevoli.

L'esperienza degli ultimi anni ci dimostra che è possibile contrastare il rischio di un "neo-istituzionalismo" attraverso l'integrazione della funzione "progettuale" terapeutico-riabilitativa con la funzione "abitativa" così come viene promossa dai programmi di Residenzialità Leggera, entrambe finalizzate alla cura del disturbo mentale, al recupero delle abilità compromesse, al conseguimento del diritto di cittadinanza e alla restituzione al soggetto di un ruolo sociale non inficiato dalla stigmatizzazione.

La considerazione che i bisogni di accoglimento residenziale e di abitazione, per un gruppo di utenti psichiatrici, sono elementi essenziali all'interno del percorso terapeutico riabilitativo, determina la necessità di gestire un'ampia articolazione di soluzioni che considerino il concorso attivo di diversi interlocutori istituzionali e della società civile.

La partecipazione di questi ultimi all'offerta di risorse anche diverse dalle strutture residenziali (SR) predefinite determina la necessità di creare un quadro di riferimento comune al fine di favorire, laddove è possibile per le caratteristiche del paziente, un reale percorso di cura con un suo specifico percorso evolutivo e un autentico inserimento nella realtà del territorio di appartenenza.

Tra i fattori cruciali per il funzionamento del "**sistema residenzialità**" in psichiatria si riconoscono:

- la **centralità** del **progetto terapeutico riabilitativo** basato sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente;
- la **variabilità** dei **progetti personali**, che rende spesso difficile standardizzare dei percorsi proprio per la complessità delle diverse specificità esistenziali in gioco, che non permettono

- la semplificazione del programma solo sul dato diagnostico o su “pacchetti di prestazioni” rigidamente predefiniti;
- l'individuazione di **forme diversificate e flessibili di residenzialità** sia in ambito sanitario che non sanitario, con la partecipazione, il coinvolgimento e la collaborazione di diversi soggetti del territorio (ASL, Enti Locali, altri soggetti erogatori).
  - La definizione di **regole per la gestione e il monitoraggio del sistema**, in cui i diversi attori possano riconoscersi e svolgere le proprie azioni all'interno di un quadro coerente e integrato.
  - L'individuazione degli **esiti attesi del percorso riabilitativo** che possono essere così sintetizzati:
    - pazienti in carico al CPS, autonomi che tornano a vivere in casa propria, da soli o con la famiglia;
    - pazienti con un grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti che usufruiranno, all'interno del percorso “presa in carico”, dei **programmi di residenzialità leggera**;
    - pazienti poco autonomi che necessitano di **strutture socio-sanitarie** che garantiscono un'assistenza continua nelle 24 ore;

Al fine di favorire lo sviluppo di una psichiatria di comunità occorre concepire l'ambito territoriale come un sistema funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare i diversi servizi sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, e di collaborare con la rete informale presente.

Tutti i soggetti erogatori accreditati a contratto devono concorrere alla migliore offerta di servizi per i soggetti affetti da disturbi psichici all'interno del quadro di riferimento previsto dal Piano Regionale per la Salute Mentale e dalla legislazione concorrente.

#### **DEFINIZIONE DEI COMPITI DEI SOGGETTI COINVOLTI:**

L'ASL, attraverso l'**Organismo di Coordinamento per la salute mentale**, riguardo alle esigenze di tipo residenziale, ha il compito di:

- a. monitorare i bisogni di residenzialità secondo criteri epidemiologici nell'ambito dei più vasti bisogni sociali di un territorio;
- b. governare l'uso corretto delle risorse attraverso la definizione di previsioni di spesa, il controllo e la verifica delle attività erogate;
- c. promuovere, in collaborazione con il DSM, l'attuazione di progetti che favoriscano l'uso razionale delle risorse e insieme interventi di buona pratica clinica;
- d. definire i criteri generali nell'utilizzo delle diverse SR (intra ed extra DSM);
- e. coordinare e controllare i nuovi inserimenti e le dimissioni per i pazienti residenti.
- f. garantire la quota sanitaria dei programmi di Residenzialità Leggera.
- g. monitorare l'inserimento in RSA dei soggetti oltre i 65 anni.
- h. promuovere iniziative atte a rispondere al bisogno di assistenza socio-sanitaria per i soggetti nella fascia d'età dai 50 ai 65 anni.
- i. essere interlocutore di riferimento, attraverso l'equipe multidisciplinare dell'OCSM, per fornire parere rispetto a situazioni che generano contraddittorio tra Comuni, DSM e Associazioni di rappresentanza dei familiari.

Al fine di attuare i punti sopra riportati all'interno dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) è stato costituito il **Gruppo di Lavoro Residenzialità e l'Equipe Multidisciplinare tecnica per il monitoraggio del sistema**.

**Il DSM** ha il compito di:

- a. definire i Piani di Trattamento Individuali (PTI), attraverso la presa in carico multidisciplinare ed integrata, in accordo con il paziente e la sua famiglia;
- b. definire e attuare i Progetti Terapeutico Riabilitativi (PTR) nelle SR intra DSM dando opportuna comunicazione ai Comuni di residenza;
- c. monitorare attraverso verifiche periodiche l'attuazione dei PTR sia nelle SR del DSM che in quelle extra DSM in cui sono ospitati i pazienti in carico, garantendo la coerenza tra PTI e PTR;
- d. garantire la rilevazione corretta e il flusso informativo periodico dei dati epidemiologici;
- e. segnalare all'OCSM le situazioni che non rispondono ai criteri di appropriatezza;
- f. attuare progetti che favoriscano l'uso razionale delle risorse e interventi di buona pratica clinica;
- g. favorire quanto più possibile la permanenza dei pazienti nel territorio di appartenenza ed utilizzare SR accreditate fuori provincia solo nel caso non siano disponibili posti nelle SR del DSM o vi siano bisogni specifici non soddisfacenti all'interno delle stesse.
- h. promuovere, in regime di partenariato, nel corso del prossimo triennio, ulteriori 10 programmi di Residenzialità Leggera
- i. favorire il processo di dimissione dei pazienti del territorio provinciale ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

**I Comuni**, in collaborazione con il DSM e Soggetti gestori di SR accreditate, hanno il compito di:

- a. partecipare alla definizione e alla valutazione dei progetti individuali finalizzati a dare corso agli esiti attesi dei percorsi riabilitativi (rientro in famiglia, inserimento nei programmi di residenzialità leggera, inserimento in RSA o in strutture socio-assistenziali);
- b. concorrere al reperimento di risorse per favorire le dimissioni dei pazienti dalle SR nei tempi previsti dalle norme di riferimento, attivando anche i propri servizi per realizzare percorsi di reinserimento territoriale;
- c. garantire il mantenimento della residenza anagrafica nel proprio Comune ai soggetti anche in caso di prolungata inserimento nelle SR;
- d. individuare sul proprio territorio risorse abitative che possano essere destinate ai programmi di residenzialità leggera per persone che hanno concluso il percorso riabilitativo e necessitano di sostegno "all'abitare";
- e. partecipare alla costituzione di un fondo per la residenzialità leggera al fine di garantire una quota sociale accessibile a tutti i cittadini;
- f. favorire l'inserimento in RSA e in RSD dei propri cittadini che per età e per condizioni fisiche presentano bisogni di natura prevalentemente socio-sanitaria e socio-assistenziale.

### **Soggetti gestori di SR**

- a. definire e attuare i **Progetti Terapeutico Riabilitativi (PTR)** secondo le indicazioni contenute nel documento tecnico;
- b. effettuare **verifiche periodiche** sull'attuazione dei PTR con i CPS inviati, **garantendo la coerenza tra PTI e PTR**;
- c. produrre un **protocollo di intesa con il DSM dell'AO di Lecco** per regolare i rapporti di cooperazione;
- d. fornire all'ASL di Lecco le **presenze mensili in SR** (modello movimento ospiti);
- e. compilare correttamente i **report degli indicatori** previsti per le CRM sperimentali

I soggetti firmatari del presente protocollo riconoscono nelle Associazioni di volontariato, nelle Associazioni dei familiari, e nella Cooperazione sociale un ruolo determinante nella partecipazione alle scelte e nella condivisione degli obiettivi del sistema residenzialità psichiatrica e si impegnano a valorizzare il loro contributo e le loro specificità.

## **REGOLE DI GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA RESIDENZIALITÀ**

La DGR N. 4221 del 28.2.2007: “Riordino della Residenzialità Psichiatrica” dà attuazione a quanto previsto dal D.G.R. 17.05.2004 N. VII/17513 "Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale".

A partire dal 1 gennaio 2008 la Regione Lombardia ha reso effettiva l'applicazione del riordino del sistema della residenzialità psichiatrica sulla base delle regole esplicitate nelle precedenti circolari e recepite dal Protocollo d'Intesa area tematica della residenzialità di questo OCSM. (si rimanda al documento tecnico allegato per la specificazione delle regole di gestione)

La valutazione clinico epidemiologica “Percorsi riabilitativi nella rete delle strutture residenziali psichiatriche”, elaborata da questo OCSM nel marzo 2007, è stata recepita dalla Regione Lombardia, che con la DGR n. 5743 invita a costruire un sistema di indicatori per il monitoraggio e controllo del sistema delle residenze psichiatriche.

L'OCSM, sulla base delle indicazioni contenute nella nota della Regione Lombardia del 04.02.2008, ha elaborato gli indicatori così come riportato nell'allegato documento tecnico.

Per la descrizione e l'esplicitazione delle regole di gestione e dei criteri di monitoraggio si rimanda al documento tecnico allegato al presente protocollo.

## **I PROGRAMMI DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA**

I Programmi di Residenzialità Leggera rientrano negli interventi di area sociale e rappresentano una modalità intermedia tra domiciliarità e istituzione, tra territorialità e residenzialità, tra risposte sanitarie e sociali ai bisogni dell'utente; essi non hanno il loro fulcro nella SR ma per essere attuati necessitano di una soluzione abitativa adeguata. I programmi di RL trovano indicazione per soggetti clinicamente stabilizzati sia a conclusione di un percorso riabilitativo sia per periodi di tempo determinati per l'acquisizione di un maggior livello di autonomia.

Le prestazioni erogate dai programmi di RL comprendono tutti quegli interventi volti a favorire la coabitazione dei soggetti, il sostegno delle attività quotidiane e la conservazione del "domicilio affettivo", l'integrazione nel contesto sociale (condominio, quartiere, paese ...), sono a carico del SSN nella misura di 45 Euro al giorno (vedi DGR 13.12.06 e DGR 4221) e non comprendono le prestazioni specialistiche e la medicina generalista che vengono garantite dal SSN come per tutti gli altri cittadini.

I Programmi di RL vengono proposti dal CPS per quei soggetti che rispondono ai criteri di inserimento (vedi documento tecnico allegato) e sono realizzati:

- 1) dal DSM con modalità diretta o in cogestione
- 2) direttamente dagli enti accreditati a contratto per l'erogazione di prestazioni psichiatriche.

La durata dei programmi è variabile: dalla breve temporaneità a quella a vita.

Le caratteristiche abitative sono quelle della civile abitazione e pertanto sono svincolate dall'accreditamento (vedi documento tecnico allegato).

Poiché i Programmi di RL sono “Attività sanitarie a rilevanza sociale” per la loro attuazione richiedono la compartecipazione dei costi da parte degli utenti e, qualora questi non siano in grado di sostenerli, con il contributo dei Comuni: le spese di tipo alberghiero (costi abitativi, vitto, altre necessità individuali) sono competenze non sanitarie.

Ai sensi della DGR 30.07.08 n. 7861 la definizione della quota sociale (riguardante le spese relative all'alloggio, al vitto e ad altre necessità individuali) è demandata ai soggetti titolari delle

competenze in materia, in particolare gli Enti Locali che individuano le modalità di contribuzione, sulla base di un regolamento condiviso a livello territoriale;

## **QUADRO D'OFFERTA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE NELLA PROVINCIA DI LECCO**

In seguito alla riconversione attuata sulla base delle disposizioni della DGR N. VIII/4221 del 28.2.2007, a partire dal 1.01.2008 la situazione dell'offerta del Sistema Residenzialità Psichiatrica in Provincia di Lecco è stato riclassificato come segue (per la descrizione analitica si rimanda al documento tecnico):

### **1. Strutture di area riabilitativa (CRA, CRM)**

L'*area riabilitativa* comprende i programmi residenziali di carattere riabilitativo e i programmi post acuzie. In ambito residenziale essi rientrano tra i progetti terapeutico-riabilitativi a termine e sono quindi di esclusiva competenza sanitaria. Tali programmi devono essere funzionali al piano di trattamento individuale complessivo. I progetti residenziali di area riabilitativa prevedono una durata massima di degenza di 18/24 mesi e non sono rinnovabili prima della scadenza di 5 anni; è da considerarsi, di norma, un limite di età di 50 anni, *con l'eccezione dei programmi di breve / medio termine per post-acuti*.

### **2. Strutture di area assistenziale psichiatrica (CPA, CPM, CPB)**

L'*area assistenziale* comprende i programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo e specifico e che invece richiedono gradi diversi di misure assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. Le SR di area assistenziale sono deputate a erogare programmi riabilitativi estensivi di media/bassa intensità definiti secondo i criteri indicati a proposito delle SR di area riabilitativa. La competenza sanitaria è prevalente ma non esclusiva. La durata di tali programmi viene stabilita, di norma, in 36 mesi, *negoziabile caso per caso sulla base dei bisogni*. E' da considerarsi un limite di età di 65 anni.

### **3. Programmi di area sociale (Residenzialità Leggera)**

Nell'ambito di tale area vengono erogati *programmi sanitari di residenzialità leggera* che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito in strutture svincolate dall'accreditamento. Si tratta di *programmi sanitari la cui attuazione è garantita da soggetti accreditati*, che favoriscono la risposta a esigenze abitative di utenti clinicamente stabilizzati garantendo programmi di assistenza a diversa intensità sulla base dei bisogni dei singoli utenti.

Tali proposte abitative possono essere di tipologia molto variabile e sono reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale. Si tratta di strutture con caratteristiche sociali o socio-assistenziali e non sanitarie, svincolate dall'accreditamento.

## **RICORSO ALL'UTILIZZO DI STRUTTURE PSICHIATRICHE ACCREDITATE E NON A CONTRATTO**

Il ricorso a tali strutture deve essere considerato eccezionale e deve essere motivato dalla non disponibilità di posti letto in strutture accreditate e a contratto e/o dalle caratteristiche specifiche del soggetto. La retta esposta dalle strutture è interamente a carico del fondo sanitario dell'ASL (circ. 43/san).

## **RICORSO ALL'UTILIZZO DI STRUTTURE SOCIO-SANITARIE (RSA – RSD)**

Il ricorso a tali strutture è ammesso o per raggiunti limiti di età (65anni) o per bisogni specifici che i soggetti presentano (patologie organiche correlate, déficit motori e/o intellettivi). L'ASL interviene direttamente nel pagamento della retta assumendosi la quota forfettaria secondo la classe SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia Assistestenza). La retta esposta dalla struttura è pertanto a totale carico dell'utente o del comune di residenza che può rivalersi sull'utente stesso, secondo i propri regolamenti.

La valutazione sulla situazione economica del soggetto e del suo nucleo familiare per la determinazione della quota da recuperare è di esclusiva pertinenza del Comune di residenza del soggetto.

## **RICORSO ALL'UTILIZZO DI STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI**

L'eventuale ed eccezionale utilizzo delle SR socio-assistenziali (per ricoveri che abbiano comunque anche una valenza riabilitativa) sarà comunque vincolato al rispetto dei seguenti **CRITERI**:

- il ricovero deve avere caratteristiche riabilitative e per l'inserimento deve comunque esserci coerenza tra il PTI, di responsabilità del CPS inviante, e Piano Assistenziale attuato nella struttura;
- i soggetti devono rispondere ai requisiti previsti per l'inserimento nelle SR, come stabilito dal PRSM, dalla circolare 28 San del luglio 04 e come vengono esplicitati nel documento tecnico allegato al presente protocollo;
- la valutazione iniziale del bisogno, la presenza di patologia di interesse psichiatrico e la valenza riabilitativa del ricovero sono di pertinenza del DSM;
- Per tali SR si applicherà il criterio di pagamento previsto dall' *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”* (D.P.C.M. 14.02.2001) e la successiva normativa relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - Gazzetta Ufficiale del 08.02.02 - che prevede per le SR a bassa intensità assistenziale una quota a carico del Comune pari al 60%.

In base a tale definizione si stabilisce pertanto a carico del fondo sanitario dell'ASL (Circ.43/san) una quota pari al 40% della retta esposta dalla struttura.

La restante quota socio-assistenziale è a carico dell'utente o del Comune di residenza che può rivalersi sull'utente stesso, secondo i propri regolamenti.

La valutazione sulla situazione economica del soggetto e del suo nucleo familiare per la determinazione della quota da recuperare è di esclusiva pertinenza del Comune di residenza del soggetto.

I Soggetti firmatari si impegnano, infine, ad effettuare una **revisione del gruppo di degenti “storici”** nelle SR non a contratto, sulla base dei criteri stabiliti dal PRSM per la residenzialità, al fine di pianificare dei percorsi per il rientro nel nuovo sistema, nel rispetto dei diritti della persona e dei criteri di gestione degli Enti Locali.