

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 10 del 01 MAR. 2016



# RIORDINO DELLA RETE DI RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA

## REGIONE ABRUZZO

---



## Sommario

Premessa Generale.....	3
1. Contesto attuale.....	5
2. Strutture residenziali nella Regione Abruzzo .....	6
3. Spesa regionale per la residenzialità psichiatrica.....	9
4. Analisi del fabbisogno .....	10
5. Requisiti e standard nazionali: Classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale .....	13
SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	13
SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo	16
SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi.....	18
6. Programmazione Regionale.....	22
7. Le Tariffe .....	25
8. Valutazione dei bisogni e Modalità di Accesso .....	28
9. La fase di transizione .....	31
10. Il Monitoraggio .....	35
11. Promozione di forme alternative di assistenza.....	37
I Centri Diurni Psichiatrici.....	37
Strutture abitative supportate .....	41

Il documento è stato redatto dal Gruppo di Lavoro formalizzato dalla Struttura Commissariale con la collaborazione di:

ASL Regionali: Dott. Renato Cerbo, Prof. Massimo Di Giannantonio, Dott. Vittorio Sconci, Dott. Nicola Serroni, Dott. Vittorio Di Michele, Dott. Marco Alessandrini, Dott. Sabatino Trotta

Dipartimento Salute e Welfare: Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe, Dott. Germano De Sanctis, Dott. Tobia Monaco, Dott.ssa Alessia Parlatore, Dott.ssa Franca Pierdomenico, Dott.ssa Maddalena Tabasso

ASR Abruzzo: Dott. Guido Angeli, Dott. Vito Di Candia, Dott.ssa Tiziana Di Corcia, Dott.ssa Vita Di Iorio

Direttore ASR: Alfonso Mascitelli





## Premessa Generale

Il presente documento, in coerenza con il Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale, intende definire le fasi necessarie per dare completa attuazione ai contenuti e agli adempimenti previsti dal decreto commissariale emanato nell'ottobre 2014. Il DCA n. 134/2014 recependo l'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 su "Le Strutture Residenziali Psichiatriche", ha inteso uniformarsi ad indirizzi omogenei validi nell'intero territorio nazionale, promuovere una residenzialità psichiatrica funzionale alla complessità dei bisogni dei pazienti, differenziare l'offerta stessa sia per livelli di intensità assistenziale e sia per programmi e tipologie di intervento.

Nell'attuale contesto di eterogeneità degli assetti normativi regionali, l'attività programmatoria della regione Abruzzo deve quindi raccordarsi a specifici parametri: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati e durata della permanenza nelle strutture, requisiti di accreditamento con parametri del personale e tariffe.

Al tempo stesso, come evidenziato dagli indirizzi dell'Accordo nazionale, non si deve prescindere dal quadro epidemiologico dei bisogni di salute mentale rilevati ed emergenti nella popolazione e soprattutto dal contesto operativo di riferimento che si è esplicitato, negli ultimi decenni in Abruzzo, con particolari specificità sia in riferimento alla storia dell'organizzazione dei servizi e delle offerte e sia alle aree di carenza assistenziale.

In un precedente Report dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nella regione Abruzzo si rileva una sovradotazione di posti letto rivolti alla residenzialità psichiatrica, in particolare una maggiore offerta di posti letto ad "*alta intensità assistenziale*" rispetto ai posti letto a "*minore intensità assistenziale*", e una maggiore presenza sul territorio regionale di posti letto privati rispetto al pubblico con una prevalenza di strutture psichiatriche riabilitative nelle ASL di Lanciano Vasto Chieti e nella ASL di Pescara. La maggior parte delle strutture ad alta intensità assistenziale è di pertinenza del settore privato, al contrario di quelle a minore intensità assistenziale che risultano essere a carico del pubblico.

Sussiste ancora una bassa offerta di Centri Diurni, come peraltro già emerso nel Piano Sanitario Regionale 2008/2010.

La criticità regionale di una offerta anomala nella residenzialità psichiatrica è, tuttavia, una costante anche di altre realtà regionali, come ribadito in sede di Conferenza Unificata del 2008 nelle "Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale", dove si rileva che i posti letto nelle strutture

residenziali in Italia raggiungono il valore di 3,1 posti letto su 10.000 abitanti, già precedentemente riscontrato dal Progetto PICOS 2001 del Ministero della Sanità.

Sulla base di queste premesse, il documento tecnico, redatto dal Gruppo regionale di Lavoro istituito dalla struttura commissariale della Regione Abruzzo, nel dare attuazione a quanto previsto dal DCA n.134/2014 di recepimento dell'Accordo concernente "Le strutture Residenziali Psichiatriche" del 17 ottobre 2013, adotta sul piano le seguenti coordinate:

- 1) Esame degli standard regionali per i posti letto di residenzialità psichiatrica
- 2) Offerta attuale di strutture residenziali psichiatriche in Abruzzo con riferimento anche all'attività ed ai costi
- 3) Allineamento alle innovazioni introdotte nel richiamato Accordo Stato Regioni del 17/10/2013
- 4) Coordinamento dei requisiti e degli standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento
- 5) Specifica delle relative tariffe e quote di pertinenza sanitaria

L'obiettivo specifico è quello di riqualificare l'intera filiera dei servizi residenziali psichiatrici, presenti sul territorio regionale, mediante direttrici validate dagli indirizzi nazionali:

- Ridefinizione dei fabbisogni assistenziali sul piano clinico e epidemiologico;
- Appropriatelyzza clinico organizzativa che tenga conto delle condizioni storiche;
- Definizione generale dei setting residenziali psichiatrici con relativi posti letto assegnati;
- Implementazione delle linee di indirizzo clinico-riabilitative finalizzate a regolamentare l'accesso e la gestione dei pazienti all'interno delle strutture residenziali;
- Adeguamento e l'integrazione dei manuali regionali di autorizzazione ed accreditamento.

Il documento, pertanto, da l'avvio ad un processo di riordino della residenzialità psichiatrica nella Regione Abruzzo che si articolerà sostanzialmente in due fasi:

- FASE di VALUTAZIONE: la rivalutazione dei pazienti assistiti nelle strutture per verificare l'appropriatezza dei setting assistenziali o la ricollocazione in strutture più idonee. Durata tre mesi.
- FASE di RICONVERSIONE: le strutture aventi diritto, in possesso dei requisiti, possono presentare istanza di riconversione e di autorizzazione e di accreditamento, nei successivi sei mesi.



## 1. Contesto attuale

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con Legge Regionale n. 5/2008, ha definito il funzionamento delle strutture sanitarie e l'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali, adottando, nella Regione Abruzzo, una classificazione dei setting assistenziali di riabilitazione psichiatrica extraospedaliera sulla base delle indicazioni nazionali contenute nel DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000"- G.U. N° 274 del 22/11/1999.

I Manuali di autorizzazione e accreditamento, approvati con DGR Abruzzo 591/P/2008, hanno poi stabilito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle diverse tipologie di prestazione.

Attualmente non è stata ancora data attuazione alla trasformazione dei vecchi setting assistenziali disciplinati dalla DGR n. 877 del 3 ottobre 2001, che definisce standards organizzativi, di personale, nonché le tariffe, in quelli previsti sia dal PSR sopra richiamato, che dai relativi manuali di autorizzazione e accreditamento. L'attuale specificità regionale si rende evidente con il DCA n.31 del 12 marzo 2015, di emanazione delle linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie psicoriabilitative erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2015, che, sebbene successivo ad una ridefinizione del fabbisogno e della tipologia dei posti letto in residenzialità psichiatrica determinata con il DCA 52/2012, ha disposto, in assenza di procedure attuative, di accedere alla contrattualizzazione sulla base dei setting previsti dalla richiamata DGR n. 877 del 3 ottobre 2001.

Il Programma Operativo 2013/2015, tra gli obiettivi programmati del triennio, ha stabilito in relazione alla azione sulla Salute Mentale, la necessità di avviare un processo di:

- rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionali, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al setting richiesto;
- Riconversione di una parte delle strutture esistenti per la salute mentale in strutture per assistenza agli anziani attraverso la sottoscrizione di accordi di riconversione e l'implementazione dei nuovi setting assistenziali;
- Rimodulazione delle rette giornaliere



## 2. Strutture residenziali nella Regione Abruzzo

Il Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998/2000 ha indicato per le strutture residenziali extra-ospedaliere lo standard tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti, stabilendo altresì che le Regioni possono stabilire una quota aggiuntiva di un secondo posto letto ogni 10.000 abitanti.

L'attuale dotazione di PL di riabilitazione psichiatrica nella Regione Abruzzo conferma la presenza del privato convenzionato concentrata soprattutto nella residenzialità intensiva ed estensiva. In particolare nella tabella 1 sono rappresentati i posti letto pubblici provvisoriamente accreditati suddivisi per ASL e per tipologia di struttura. Nelle tabelle successive 2 e 3 sono invece rappresentati i posti letto nel settore privato complessivi e distribuiti per singolo erogatore. I posti letto complessivi di psicoriabilitazione sono invece illustrati nella tabella 4.

Tabella 1: posti letto pubblici – riabilitazione psichiatrica. Classificazione dei setting operanti ex DGR n. 877 del 3/10/2001

POSTI LETTO PUBBLICI EX DGR 877 DEL 3/10/2001					
Tipologia di Struttura	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Totale Regione
"A" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa (struttura protetta)	18				18
"B" struttura residenziale socio-riabilitativa a più alta intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)				46	46
"C" struttura residenziale socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)			6		6
"D" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa per specifiche patologie psichiatriche (Comunità terapeutica)				25	25
<b>Totale Regione</b>	<b>18</b>		<b>6</b>	<b>72</b>	<b>96</b>

Tabella 2: posti letto privati – riabilitazione psichiatrica: Classificazione dei setting operanti ex DGR n. 877 del 3/10/2001

POSTI LETTO PRIVATI EX DGR 877 DEL 3/10/2001					
Tipologia di Struttura	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Totale Regione
"A" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa (struttura protetta)	8	88	132		228
"B" struttura residenziale socio-riabilitativa a più alta intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)		40			40
"C" struttura residenziale socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)					
"D" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa per specifiche patologie psichiatriche (Comunità terapeutica)	20	74	84		178
<b>Totale Regione</b>	<b>28</b>	<b>202</b>	<b>216</b>	<b>0</b>	<b>446</b>



Tabella 3: posti letto privati per singola struttura di riabilitazione psichiatrica. Classificazione dei setting operanti ex DGR n. 877 del 3/10/2001

STRUTTURE PSICORIABILITATIVE PRIVATE			
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
	"Armonia" - Città S. Angelo (PE)	30	A
	"Incontro" - Città S. Angelo (PE)	30	A
	"Gardenia" - Città S. Angelo (PE)	30	A
	"Arcobaleno" - Città S. Angelo (PE)	30	A
	"Il Ciliegio" - Città S. Angelo (PE)	12	A
		132	
Società Villa Serena srl - Città S. Angelo (PE)	S.N. - C.da Madonna della Pace (1) - Città S. Angelo (PE)	12	D
	S.N. - C.da Madonna della Pace (2) - Città S. Angelo (PE)	12	D
	"In Campagna" (1) - Città S. Angelo (PE)	20	D
	"In Campagna" (2) - Città S. Angelo (PE)	20	D
	"Villa Teresa" - Pescara	10	D
	"La Tartaruga" - Montesilvano (PE)	10	D
		84	
TOTALE STRUTTURA: 216			
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
Società Passaggi srl - Oricola (AQ)	Passaggi srl - Oricola (AQ)	8	A
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
Soc. Il Castello srl - Anversa degli Abruzzi (AQ)	Il Castello srl - Anversa degli Abruzzi (AQ)	20	D
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
Fondazione P. Alberto Mileno Onlus - Vasto Marina (CH)	"Villa Chiara" (ex Villa Artruda)- Vasto (CH)	10	A
	"Il Gabbiano" (A) - Lanciano (CH)	10	A
		20	tot. tipologia
	"Villa Chiara"(ex L'Alrone) - Vasto (CH)	10	B
	"Il Gabbiano" (B) - Lanciano (CH)	10	B
		20	tot. tipologia
TOTALE STRUTTURA: 40			
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
Società Quadrifoglio srl - Rosello (CH)	Quadrifoglio - Rosello (CH)	10	A
	Quadrifoglio - Rosello (Ch) Delib. C.A n.9 del 28/01/2010	20	A
	tot tipologia	30	tot. tipologia
	Quadrifoglio - Rosello (CH)	10	B
		10	tot. tipologia
TOTALE STRUTTURA: 40			
STRUTTURA	SEDE OPERATIVA	POSTI LETTO	TIPOLOGIA
Società Santa Camilla SPA (ex Villa Pini d'Abruzzo)	Chieti - Loc. Crocifisso ex Farese	10	A
	Chieti - Via Malella 72	15	A
	Chieti - Via M. del Freddo	13	A
	tot tipologia	38	tot. tipologia
	Chieti - S. Domenico - Via Giuliano 1	10	B
	tot tipologia	10	tot. tipologia
	Chieti - Via Ferri (n° 4 unità abitative)	35	D
	Chieti - Via Malella 1	13	D
	Chieti - Via dei Frentani 228 (Via Eugenio Bruno)	13	D
	Chieti - Via dei Frentani 228	13	D
tot tipologia	74	tot. tipologia	
TOTALE STRUTTURA: 122			



Tabella 4: posti letto pubblici e privati provvisoriamente accreditati. Classificazione dei setting operanti ex DGR n. 877 del 3/10/2001

Tipologia di Struttura	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Totale Regione
"A" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa (struttura protetta)	26	88	132	0	246
"B" struttura residenziale socio-riabilitativa a più alta intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)	0	40	0	46	86
"C" struttura residenziale socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale (struttura semiprotetta - Casa Famiglia)	0	0	6	0	6
"D" struttura residenziale terapeutico - riabilitativa per specifiche patologie psichiatriche (Comunità terapeutica)	20	74	84	26	204
Totale Regione	46	202	222	72	542

Il numero complessivo di PL di psicoriabilitazione extraospedaliera è, attualmente, di 534 pari a una dotazione esistente media di 4 posti ogni 10.000 abitanti.

Secondo il PSR 2008/2010, il fabbisogno di P.L. di residenzialità psichiatrica è pari al 4 per 10.000 abitanti: nella tabella 5 si definisce il prospetto di PL per ciascuna ASL regionale.

Tabella 5. Fabbisogno da PSR

	Res. Riab. Post-acuzie 1,2x10.000	Casa Famiglia 1x10.000	Gruppi Appartamento 0,7x10.000	Residenze Protette 1,1x10.000	Totale 4x10.000
ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	36	30	21	33	120
ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	47	39	27	43	156
ASL 3 Pescara	37	31	22	34	124
ASL 4 Teramo	36	30	21	33	120
Totale	156	130	91	143	520
Percentuale	30	25	17,5	27,5	100

Da ultimo, in ordine di tempo, il DCA n.52/2012 definisce il fabbisogno regionale di posti letto per l'assistenza residenziale psichiatrica nel rispetto dello standard di 2 posti letto per 10.000 abitanti in conformità agli indirizzi del Progetto Obiettivo Tutela della salute Mentale 1998/2000 (Tab. 6).

Tabella 6. Fabbisogno DCA 52/2012

Setting	Tasso x 10.000	Prov. AQ	Prov. CH	Prov. PE	Prov. TE	Regionale
Residenze riabilitative psichiatriche per la post acuzie	0,6	19	24	19	19	81
Casa Famiglia	0,5	15	20	16	16	67
Gruppi Appartamento di convivenza	0,35	11	14	11	11	47
Residenze protette	0,55	17	22	18	17	74
Totale	2	62	80	64	63	269



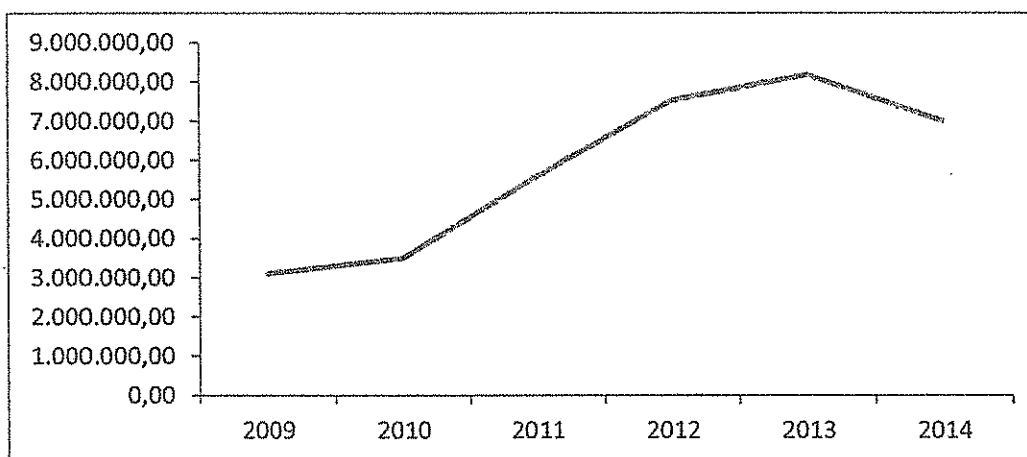


### 3. Spesa regionale per la residenzialità psichiatrica

La Regione Abruzzo, con decreto commissariale n. 31 del 12 marzo 2015, ha stabilito per l'annualità 2015 il tetto complessivo di spesa per le strutture psicoriabilitative private regionali pari a 15.935.763,34 di euro, in conformità con quanto stabilito dal Programma Operativo 2013/2015.

Dai dati forniti dal competente Servizio del Dipartimento Salute e Welfare (dati consuntivo CE anni 2009/2014) relativo alla spesa regionale per pazienti assistiti in strutture fuori regione, emerge che la stessa ha subito un progressivo aumento negli ultimi anni, passando da 3.072.000,00 di euro nel 2009 a 6.984.000,00 di euro nel 2014, con una punta di rilevazione di 8.153.000,00 di euro nell'anno 2013.

Figura 1: trend della spesa per pazienti extraregionali



Dall'analisi dei dati emerge un aumento crescente della spesa sostenuta dalla Regione Abruzzo per l'invio in strutture psicoriabilitative extraregionali.

Non risulta, inoltre, alcuna quota di compartecipazione per tali pazienti, con rette a totale carico del SSR a seguito di fatturazioni emesse dalle strutture extraregionali per prestazioni sanitarie psicoriabilitative. Le Prestazioni così erogate sono state preventivamente autorizzate dall'UVM, secondo le modalità previste dalla normativa vigente, ad eccezione dei rari casi riguardanti provvedimenti giudiziari. Infine, occorre sottolineare che circa il 50% dei casi trattati in strutture extraregionali è stato registrato nella Regione Marche e nei rimanenti casi prevalentemente nel Lazio ed in Piemonte, per un totale di 13 Regioni interessate. Non è stato inoltre possibile distinguere la tipologia delle prestazioni erogate, essendo le stesse genericamente indicate con la dizione "Riabilitazione Psichiatrica".



#### 4. Analisi del fabbisogno



Le strutture residenziali psicosociali operanti nella Regione Abruzzo nel corso del 2014 sono state rilevate dal Flusso Informativo Ministeriale "STS 24". La tabella che segue illustra la distribuzione territoriale, includendo per completezza di informazioni una sintesi dei volumi di attività erogati in termini di giornate di degenza e di utenti trattati nel corso dell'anno 2014 dalle strutture residenziali psicosociali regionali.

Tabella 7 Flusso STS24 -Anno 2014: strutture residenziali psicosociali nella Regione Abruzzo

ASL	STRUTTURA	N° POSTI	N° UTENTI	AMMISSIONI	GIORNATE DI ASSISTENZA	DIMISSI
Avezzano Sulmona L'Aquila	CRISALIDE	8	12	6	1623	
	COMUNITA' PASSAGGI S.R.L.	8	13	6	2775	
	IL CASTELLO COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA CENTRO RIABILITATIVO PSICHIATRICO	20	33	18	6772	
Lanciano Vasto Chieti	STRUTT. PROTETTA EX FARESE	10	37	9	3315	
	STRUTT. SEMIPROTETTA S.Domenico	10	10	2	3626	
	COM. TERAPEUTICA VIA DEI FRENTANI	13	30	2	3631	
	STRUTT. PROTETTA Via Madonna del Fredda	13	13	8	4706	
	COM. TERAPEUTICA VIA E. BRUNO	13	12	8	4702	
	COM. TERAPEUTICA VIA FERRI	35	10	5	4679	
	Fond. P.A.Mileno -Vasto V.Incoronata	10	34	12	12314	
	Quadrifoglio S.r.l.	10	16	6	3267	
	Fond. P.A.Mileno -Lanciano V.del Mare	40	40	6	12649	
	Fond. P.A.Mileno -Vasto V.Euclide	20	24	4	6881	
	Pescara	C.T. LA CAMPAGNA UOMINI	10	14	4	3331
CT LA CAMPAGNA UOMINI		20	28	9	7185	
CT LA CAMPAGNA DONNE		20	29	15	7208	
CT MADONNA DELLA PACE UOMINI		12	16	4	4375	
CT MADONNA DELLA PACE DONNE		12	15	6	4315	
CT LA TARTARUGA		10	13	3	3611	
CT VILLA TERESA		10	16	7	3620	
RPP ARCOBALENO		30	47	22	10848	
RPP ARMONIA		30	35	7	10862	
RPP GARDENIA		30	33	5	10898	
RPP INCONTRO		30	33	4	10898	
RPP IL CILIEGIO		12	16	4	4345	
CASA FAMIGLIA		6	6	2	2190	
CASA FAMIGLIA		6	4	4	365	
Teramo	S.R.R.P.	10	10	2	2917	
	S.R.R.P. BISENTI	16	30	33	4814	
	COMUNITA' ALLOGGIO V. PAOLUCCI	8	6	3	1436	
	COMUNITA' ALLOGGIO VICO DEL NARDO	5	5	2	1791	
	COMUNITA' ALLOGGIO COLLEATTERRATO UOMINI	7	7	5	2305	
	COMUNITA' ALLOGGIO COLLEATTERRATO DONNE	6	5	0	1998	
	COMUNITA' ALLOGGIO TERRABIANCA	6	4	0	1727	
	COM. ALLOG. CASTELNUOVO UOMINI	6	6	2	2121	
	COM. ALLOG. CASTELNUOVO DONNE	7	5	0	2046	
	COMUNITA' ALLOGGIO BELLANTE	7	6	2	2175	
<b>Regione</b>		<b>526</b>	<b>653</b>	<b>237</b>	<b>178320</b>	<b>2</b>

Il Gruppo di Lavoro ha ritenuto utile integrare i dati rappresentati con una specifica rilevazione relativa alle prestazioni sanitarie psicosociali in strutture regionali ed extraregionali, in modo che le informazioni acquisite potessero essere validate dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle quattro aziende sanitarie della Regione Abruzzo. La finalità della rilevazione è stata quella di avere un quadro analitico comparativo dell'esistente in merito al numero effettivo di pazienti ricoverati nelle strutture residenziali ed in carico agli stessi Dipartimenti di Salute Mentale. Alla data della rilevazione, condotta nel mese di luglio 2015, è emerso che il numero complessivo

di pazienti ricoverati presso tutte le strutture (regionali ed extraregionali) era pari a 603. Nello specifico per singola ASL si evidenzia una diversa prevalenza nei diversi ambiti territoriali:

1. DSM ASL Avezzano Sulmona L'Aquila: 72 ricoverati in strutture residenziali (regionali ed extraregionali), di cui:

- 45 pazienti ricoverati in strutture regionali
- 27 pazienti ricoverati in strutture extra regionali

Il numero complessivo di pazienti ultrasessantacinquenni è pari a 5

Il numero complessivo di ricoverati da più di sette anni è pari a 20

2. DSM ASL Lanciano Vasto Chieti: 201 ricoverati in strutture residenziali (regionali ed extraregionali), di cui:

- 155 pazienti ricoverati in strutture regionali
- 46 pazienti ricoverati in strutture extra regionali *(dato aggiornato al 31.12.2014)*

Il numero complessivo di pazienti ultrasessantacinquenni è pari a 7

Il numero complessivo di ricoverati da più di sette anni è pari a 60

3. DSM ASL Pescara: 173 ricoverati in strutture residenziali (regionali ed extraregionali), di cui:

- 131 pazienti ricoverati in strutture regionali
- 42 pazienti ricoverati in strutture extra regionali

Il numero complessivo di pazienti ultrasessantacinquenni è pari a 3

Il numero complessivo di ricoverati da più di sette anni è pari a 27

4. DSM ASL Teramo: 157 ricoverati in strutture residenziali (regionali ed extraregionali), di cui:

- 107 pazienti ricoverati in strutture regionali
- 50 pazienti ricoverati in strutture extra regionali

Il numero complessivo di pazienti ultrasessantacinquenni è pari a 31

Il numero complessivo di ricoverati da più di sette anni è pari a 36

Occorre, inoltre, precisare che attualmente nelle strutture pubbliche della ASL di Lanciano Vasto Chieti è ricoverata una parte consistente di pazienti psichiatrici provenienti dalle ex strutture di Villa Pini d'Abruzzo.



Tali pazienti, in numero complessivo di circa 80 e assistiti temporaneamente in regime di riabilitazione psichiatrica presso i Presidi territoriali di assistenza di Guardiagrele, Gissi e Casoli; vanno ad aggiungersi al computo dei già citati 603 assistiti presso le strutture regionali ed extraregionali di riabilitazione psichiatrica.

Dall'analisi complessiva dei dati appena descritti emerge che ad oggi i pazienti residenti nella regione Abruzzo in cura con setting assistenziali psicoriabilitativi sono in totale 683 così come riportati nella tabella seguente:

Tabella 8: Pazienti in cura secondo la rilevazione del mese di luglio 2015

Strutture	N. Pazienti
strutture regionali psicoriabilitative	438
strutture extra-regionali	165
strutture in regime transitorio	80
totale	683

Ai fini di una preliminare valutazione dell'appropriatezza organizzativa necessaria alla individuazione del giusto setting assistenziale, il Gruppo di Lavoro regionale ha inteso adottare, per una iniziale stima del fabbisogno, due indicatori: l'età uguale o maggiore a 65 anni e la durata del periodo di degenza uguale o maggiore a 7 anni. Tale range di età è stato dettato dalla necessità di soddisfare il dato storico e consolidato del fabbisogno di assistenza sul territorio regionale.

- età  $\geq$  65 anni;
- degenza  $\geq$  7 anni.

Dall'analisi degli indicatori prescelti, che, va ribadito, rappresentano una componente indicativa, indiretta e preliminare del potenziale fabbisogno assistenziale, emerge che, rispetto al numero complessivo di 603 pazienti ricoverati attualmente in strutture psicoriabilitative (escludendo pertanto gli 80 pazienti attualmente assistiti in regime transitorio) regionali ed extraregionali, i pazienti che hanno un'età maggiore di 65 anni e quelli ricoverati in tali strutture da più di sette anni risulta essere di 189 e che tale valore rappresenta circa il 30% del totale dei pazienti ospitati, con una stima presumibile di appropriatezza nel setting assistenziale psicoriabilitativo valutata in circa il 70% dei pazienti trattati.





## 5. Requisiti e standard nazionali: Classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale

Con l'intesa Stato Regioni del 17 Ottobre 2013 recepita nella Regione Abruzzo con DCA 134/2014 sono state declinate le caratteristiche nelle strutture residenziali per la salute mentale ovvero per strutture residenziali 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.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi di trattamento e al livello di intensità assistenziale, vengono individuate tre tipologie di strutture residenziali

### **SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo**

#### **Definizione**

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

#### **Indicazioni clinico riabilitative**

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero. Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

### Aree di intervento (alta intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- area psicologica: offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinicopsicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- area riabilitativa: offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;
- area di risocializzazione: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

### Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.



## Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

Tabella sinottica SRP.1

<b>SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo</b>
<b>Bisogno da soddisfare:</b> interventi ad alta intensità riabilitativa sui casi gravi, riacutizzazione dei disturbi schizofrenici e dell'umore, esordi psicotici e fasi di post acuzie
<b>Tipologia di utenza:</b> pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale affetti da disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità.
<b>Tipologia di struttura:</b> Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 20 PL)
<b>Modalità di accesso:</b> Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
<b>Durata di degenza:</b> La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi
<b>Standard di struttura:</b> Manuale di Autorizzazione e Accreditamento DGR 591P/ 2008 e smi
<b>Standard di personale:</b> Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto:  <ul style="list-style-type: none"><li>• Medico Psichiatra: 12 minuti al giorno per paziente</li><li>• Psicologo: 20 minuti al giorno per paziente</li><li>• Infermiere: 110 minuti al giorno per paziente</li><li>• Terapisti della riabilitazione psichiatrica 90 minuti al giorno per paziente</li><li>• OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente</li></ul> Il turno notturno prevede obbligatoriamente la presenza di n° 2 unità (2 Infermieri o 1 infermiere + 1 OTA/OSS)  Il coordinamento è affidato al medico psichiatra  E' prevista la reperibilità medica
<b>Tariffa:</b> Costo complessivo giornaliero: 170€ - 198€. Le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno:</b> 1 x 10.000 ab.



## SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

### Definizione

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

### Indicazioni clinico riabilitative

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

### Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quella di riabilitazione

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- area di risocializzazione: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;





- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

#### Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

#### Durata

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

#### Tabella sinottica SRP.2

<b>SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo</b>
<b>Bisogno da soddisfare:</b> programmi a media intensità riabilitativa finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato.
<b>Tipologia di utenza</b> pazienti stabilizzati sotto il profilo psicopatologico con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata.
<b>Tipologia di struttura</b> Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 20 PL) ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo..
<b>Modalità di accesso</b> Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
<b>Durata di degenza:</b> La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.
<b>Standard di struttura:</b> Manuale di Autorizzazione e Accreditemento DGR 591P/ 2008 e smi
<b>Standard di personale:</b> Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Medico Psichiatra: 6 minuti al giorno per paziente</li> <li>◦ Psicologo: 18 minuti al giorno per paziente</li> <li>◦ Infermiere: 80 minuti al giorno per paziente</li> <li>◦ Terapisti della riabilitazione psichiatrica 70 minuti al giorno per paziente</li> <li>◦ OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente</li> </ul> <p>Il turno notturno prevede obbligatoriamente la presenza di n° 2 unità (2 Infermieri o 1 infermiere + 1 OTA/OSS)</p> <p>Il coordinamento è affidato al medico psichiatra</p> <p>E' prevista la reperibilità medica</p>
<b>Tariffa:</b> Costo complessivo giornaliero: 140€ - 157 €. Le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno:</b> 1 x 10.000 ab.



## SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

### Definizione

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

### Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

### Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

La tipologia di struttura SRP.3 può articolarsi in sottotipologie, secondo la programmazione regionale, sulla base delle indicazioni cliniche, delle aree di intervento e dell'impegno orario del personale in servizio.

### *SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere*

#### Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;



- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

#### **Aree di intervento**

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- area di risocializzazione: offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

#### ***SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere***

##### **Indicazioni cliniche:**

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.



In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

Tabella sinottica SRP.3.1

<b>SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere</b>
Bisogno da soddisfare: programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.
Tipologia di utenza: pazienti clinicamente stabilizzati non assistibili nel proprio contesto familiare con compromissione del funzionamento personale e sociale. In particolare presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento. Sono inoltre incompetenti nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).
Tipologia di struttura: struttura riabilitativa di tipo familiare con intenzione abitativa e di socializzazione
Modalità di accesso: Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
Durata di degenza: La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)
Standard di struttura: Manuale di Autorizzazione e Accreditamento DGR 591P/ 2008 e smi
Standard minimi di personale: Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico Psichiatra: 5 minuti al giorno per paziente;</li> <li>• Psicologo: 10 minuti al giorno per paziente;</li> <li>• Infermiere: 45 minuti al giorno per paziente ;</li> <li>• Terapisti della riabilitazione psichiatrica o Educatore o Terapista occupazionale: 30 minuti al giorno per paziente ;</li> <li>• OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente;</li> </ul> <p>Il Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: almeno 3 ore a settimana;</p> <p>E' garantita la presenza di personale dia assistenza nelle 24 ore</p> <p>E' prevista la reperibilità medica</p>
Tariffa: Costo complessivo giornaliero: 110€ - 128 €. Le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale
Fabbisogno: 0,5 x 10.000 ab



Tabella sinottica SRP.3.2

<b>SRP 3.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 ore</b>
<b>Bisogno da soddisfare:</b> attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione.
<b>Tipologia di utenza:</b> Prevalentemente per pazienti con progressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente con competenze compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.
<b>Tipologia di struttura:</b> struttura di tipo abitativo
<b>Modalità di accesso:</b> Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
<b>Durata di degenza:</b> La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)
<b>Standard di struttura:</b> Manuale di Autorizzazione e Accredimento DGR 591P 2008 e smi
<b>Standard minimi di personale</b> Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico Psichiatra: intervento programmato / su richiesta;</li> <li>• Psicologo: 5 minuti al giorno per paziente;</li> <li>• Infermiere: 30 minuti al giorno per paziente</li> <li>• Terapisti della riabilitazione psichiatrica o Educatore o Terapista occupazionale: 20 minuti al giorno per paziente</li> <li>• OTA/OSS: 40 minuti al giorno per paziente;</li> </ul> <p>Il Coordinatore, che potrà essere una delle figure professionali presenti in organico: almeno 2 ore a settimana;</p>
<b>Tariffa:</b> Costo complessivo giornaliero: 70€ - 99 €. Le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno:</b> 0,3 x 10.000 ab.



## 6. Programmazione Regionale

Il Gruppo di Lavoro Regionale sulla Salute Mentale ha condotto un esame comparativo che ha preso in considerazione i seguenti elementi relativi alle strutture residenziali psichiatriche: 1) Tipologia di struttura; 2) Modalità di accesso; 3) Durata di degenza; 4) Standard di struttura; 5) Standard minimi di personale.

In tale studio si è provveduto ad eseguire una comparazione delle diverse tipologie di struttura descritte nel Piano Sanitario Regionale e quelle disciplinate dall'Accordo Stato Regioni del 17 Ottobre 2013, recepito con DCA n. 134/2014, con i setting attualmente applicati e disciplinati dalla DGR n.877/2001.

Appare necessario evidenziare che lo schema di assimilazione proposto, risulta basato su un processo di comparazione prevalentemente di tipo clinico assistenziale, in virtù della oggettiva difficoltà di rendere tra loro omogenei setting assistenziali previsti da normative regionali succedutesi negli ultimi 15 anni ed individuati sulla base di criteri di appropriatezza erogativa coerenti con il periodo storico di istituzione degli stessi.

La classificazione delle strutture di residenzialità psichiatrica nella Regione Abruzzo, ridefinendo l'articolazione esistente viene così determinata:

- la struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP.1) è assimilata alla struttura residenziale terapeutico riabilitativa (Comunità Terapeutica – allegato D, DGR 877/2001);
- la struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2) è assimilata alla struttura residenziale terapeutico riabilitativa per specifiche patologie psichiatriche (Struttura Protetta – allegato A, DGR 877/2001);
- la struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere (SRP 3.1) è assimilata alla struttura residenziale socio riabilitativa a più alta intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia – allegato B, DGR 877/2001)
- la struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h (SRP 3.2) è assimilata alla struttura socio riabilitativa a minore intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia – allegato C, DGR 877/2001).



Tabella 9 – Comparazione delle strutture sanitarie residenziali psichiatriche del PSR 2008 -2010 con quelle dell' Accordo Stato Regioni del 17 /10/2013

Strutture Accordo Stato Regioni del 17 /10/2013	Strutture previste dal PSR 2008/2010 e dai manuali di autorizzazione e accreditamento (DGR 591P/2008)	Strutture ex DGR 877/2001
SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie	Struttura residenziale terapeutico riabilitativa per specifiche patologie psichiatriche (Comunità Terapeutica)-ALL.D
SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo	Residenze Protette	Struttura residenziale terapeutico riabilitativa (Struttura Protetta)-ALL.A
SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere	Casa Famiglia	Struttura residenziale socio riabilitativa a più alta intensità assistenziale (Struttura semiprotetta-Casa Famiglia)-ALL.B
SRP 3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 ore	Gruppi Appartamento	Struttura residenziale socio riabilitativa a minore intensità assistenziale (Struttura semiprotetta-Casa Famiglia)-ALL.C

A seguito del processo di comparazione sopra descritto, si evidenzia che gli specifici requisiti di autorizzazione e di accreditamento sono da ritenersi del tutto sovrapponibili a quelli già identificati nei rispettivi manuali regionali ai sensi della DGR 591P/2008, a cui il presente documento rinvia, con la sola eccezione per la sezione relativa alle figure professionali in organico per cui si fa riferimento alle tabelle sinottiche riportate nel presente documento.

Relativamente al numero dei posti letto già accreditati, l'adeguamento al nuovo modello di residenzialità psichiatrica comporterà una rideterminazione dell'autorizzazione e accreditamento dei posti letto sia in riferimento al fabbisogno complessivo stimato su base regionale e sia in applicazione della normativa regionale che stabilisce come requisito per singola struttura un numero massimo di 20 posti letto per SRP 1 e SRP 2.

Nella tabella successiva si individua il nuovo assetto di posti letto dedicato alla psicoriabilitazione regionale:

#### Strutture sanitarie residenziali extraospedaliere

	Prov. AQ	Prov. CH	Prov. PE	Prov. TE	Regionale	Tasso x 10.000
SRP 1	31	39	33	31	134	1
SRP 2	31	39	33	31	134	1

La stima del fabbisogno regionale, sulla base dei risultati dell'analisi epidemiologica precedentemente descritta e di una aggiornata ricognizione svolta con la collaborazione dei Direttori dei Dipartimento di Salute Mentale, viene ridefinita per i setting ad "alta intensità" in 268 PL

rispetto agli attuali 448 PL con un decremento in percentuale di circa il 40%, valore evidentemente significativo dell'avvicinamento agli indirizzi nazionali.

#### Strutture residenziali sociosanitarie

	Prov. AQ	Prov. CH	Prov. PE	Prov. TE	Regionale	Tasso x 10.000
SRP 3.1	15	20	16	16	67	0,5
SRP 3.2	9	12	10	9	40	0,3

La programmazione del fabbisogno di strutture assistenziali a carattere socio-sanitario, finalizzata a sostenere una corretta appropriatezza clinico-organizzativa che tenga conto dei dati storici, prevede una stima per tali setting assistenziali in linea da un lato con le indicazioni del DCA 52/2012, e dall'altro con l'attuale dotazione di posti letto per le strutture socio-riabilitative, a garanzia di un percorso assistenziale integrato.

La ridefinizione del fabbisogno regionale per la residenzialità psichiatrica, in linea tendenziale con lo standard nazionale individuato dal progetto Obiettivo Tutela della salute Mentale 1998/2000, è conforme e coerente con la considerazione contenuta nel Documento sottoscritto in sede di Conferenza Unificata del 17/10/2013. La considerazione sopra richiamata indica testualmente: *"che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenersi inadeguate rispetto all'evoluzione: della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale)"*.





## 7. Le Tariffe

Coerentemente al percorso di riordino della residenzialità psichiatrica, in relazione all'adeguamento del livello di intensità assistenziale e di intensità terapeutico riabilitativa con le figure professionali previste, viene proposto l'aggiornamento del sistema tariffario. Nella proposta di determinazione delle tariffe, con i requisiti e gli standard presi in considerazione, si sono applicati i livelli essenziali (LEA) area Salute Mentale.

Inoltre, in attesa della definizione dei costi standard per le prestazioni sanitarie correlate all'erogazione dei LEA, l'ASR Abruzzo ha condotto, parallelamente ad uno studio comparativo con alcune realtà regionali individuate come benchmark, un'analisi sui costi giornalieri effettivi (diretti e indiretti sostenuti dalla struttura) per singolo setting assistenziale, a partire dal costo del personale quale componente preminente che incide nella determinazione delle tariffe stesse.

Le voci di costo considerate per la definizione delle tariffe sono state raggruppate in due macro categorie:

### 1) Costo del personale.

Costituisce in genere la quota parte più consistente, compresa tra il 70% e l'80%.

Al fine di individuare il costo giornaliero per paziente distinto per complessità assistenziale e per figura professionale, sono stati presi in considerazione le retribuzioni tabellari da CCNL firmati dalle organizzazioni sindacali comparativamente più significative e gli standard utilizzati a livello nazionale e dalla Letteratura.

In prima analisi, per le figure professionali socio-sanitarie, al fine di rilevare il costo netto per ora lavorata sono stati determinati:

- il costo contrattuale medio per figura comprendente gli oneri previdenziali, fiscali e contributivi;
- il monte ore annuo che è stato successivamente decurtato delle ore di assenza per formazione, per malattia, permessi e ferie stabiliti per legge.

Il costo giornaliero per figura professionale per paziente è stato ottenuto moltiplicando il costo netto per ora lavorata (ricodotto in costo netto per minuto lavorato) per l'impegno orario adeguato alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti per ogni tipologia di setting assistenziale (SRP.1, SRP.2 SRP.3.1 e SRP.3.2) distinto per ogni figura professionale (Medico Psichiatra, Psicologo, Infermiere, Terapista della riabilitazione psichiatrica o Educatore o Terapista occupazionale, OTA/OSS).

Per il restante personale (ad. Esempio: cuoco, ausiliario, personale amministrativo, etc.) è stato determinato, a partire dalla retribuzione media annuale, il costo medio giornaliero per figura professionale per paziente.

2) Costi di gestione.

L'insieme dei costi di gestione comprende le spese per i servizi generali ,le forniture, le assicurazioni, i canoni, le utenze, la cancelleria, la manutenzione, gli ammortamenti ed altri oneri.

Vanno aggiunti i costi per i pasti, intendendo per questi i costi per le materie prime, essendo escluse le spese per il personale (cuoco, ausiliari alle pulizie, ecc.).

Risulta del tutto evidente che lo studio di fattibilità dei costi di gestione, sebbene desumibili in parte dall'analisi dei costi storici, presenti una oggettiva variabilità in ordine alla quantificazione della incidenza media delle spese generali più fitto con una possibile oscillazione stimabile dal 10% al 20%.

Pertanto, su proposta dell'ASR, si è provveduto, a fronte di comparazioni con le tariffe medie adottate in altre Regioni, a proporre una indicazione tariffaria con una forbice di scostamento tra un valore minimo e massimo, come di seguito riportato:

Setting	Tariffe giornaliere *	
SRP 1	170	198
SRP 2	140	157
SRP 3.1	110	128
SRP 3.2	70	99

\* le tariffe indicate sono comprensive della quota di compartecipazione laddove previste

Tuttavia, in considerazione che la tariffa appropriata deve essere tale da remunerare tutti i costi (diretti e indiretti) sostenuti dalla struttura e deve quindi includere le voci relative ai compensi del personale diretto e di supporto, i costi per materiale di consumo, per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature e degli spazi, per i servizi alberghieri e le utenze, per gli oneri fiscali, previdenziali e generali di esercizio, è opportuno precisare che dallo studio di calcolo della tariffa di riferimento regionale è emersa la congruità del valore massimo della stessa.

La remunerazione delle prestazioni fruite dagli utenti presso le strutture a bassa intensità assistenziale (S.R.P.3) è posta a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) per la quota sanitaria delle prestazioni erogate, prevedendo la compartecipazione da parte degli utenti o dei Comuni, coerentemente con quanto definito dal "D.P.C.M. del 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".



La Regione Abruzzo, mediante specifico successivo provvedimento regionale, si impegna a emanare il sistema di tariffazione con la contestuale definizione delle quote di compartecipazione alla spesa.

Dal punto di vista metodologico, l'ASR Abruzzo ha anche provveduto ad effettuare una stima dell'impatto economico derivante dal nuovo assetto della rete di residenzialità psichiatrica.

In particolare, si è proceduto in prima analisi a determinare il fabbisogno residuo di posti letto quale risultante del fabbisogno di posti letto regionale al netto dei posti letto pubblici ex DGR 877/2001.

Successivamente, per la valorizzazione economica dei setting di SRP sono stati utilizzati, in via prudenziale i seguenti parametri:

- tasso di occupazione :100%;
- per la tariffa dei setting SRP 3.1 e 3.2 è stata utilizzata come riferimento la quota di compartecipazione al 60% della tariffa per le strutture di cui al DCA 91/2014;
- per il setting SRP 3.2, con fascia oraria h. 12, le giornate di degenza sono state fissate pari a 182.5 giorni, in considerazione del fatto che si tratta di Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con un'assistenza garantita solo nell'arco 12 ore diurne.

A seguito delle risultanze di tale analisi, è emersa una valutazione di impatto economico nel rispetto delle risorse finanziarie indicate nel DCA n. 31 del 12 marzo 2015, che autorizza il tetto di spesa complessivo relativo all'annualità 2015 per le prestazioni sanitarie erogate dalla rete privata nelle residenze psicoriabilitative.



## 8. Valutazione dei bisogni e Modalità di Accesso

Le strutture residenziali psicoriabilitative rappresentano un livello articolativo dei servizi di salute mentale il cui utilizzo è rivolto alla persona con un bisogno assistenziale legato a quadri patologici quali: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale. L'utilizzo di tali strutture da parte dei suddetti utenti è finalizzato a sostenerli e ad aiutarli alla riacquisizione della propria autonomia: affinché ciò sia possibile è necessario concepire le cure residenziali come una parte del percorso di riabilitazione e non come uno strumento definitivo di cura ovvero come una soluzione abitativa permanente.

L'accesso ai servizi di residenzialità per l'utente è subordinato ad una valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da parte di una equipe multiprofessionale composta ai sensi dell'articolo 5 delle Linee Guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di accesso e delle UVM contenute nel DCA n. 107/2013: si ribadisce l'obbligo inderogabile della presenza dello Psichiatra nella composizione dell'UVM.

La valutazione ha lo scopo di:

- Valutare l'appropriatezza del ricorso a servizi di residenzialità psichiatrica;
- Identificare il setting più appropriato, tenuto conto dei seguenti fattori: dei bisogni terapeutico riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

Gli strumenti diagnostici e di valutazione delle diverse aree di bisogno delle persone affette da patologia psichiatrica, inclusa la sfera sociale, sono di seguito elencati:

- Ho-NOS/VADO
- BPRS

Va ribadito che alla UVM potranno partecipare, oltre al familiare di riferimento (care-giver) ed al Medico di Medicina Generale, ogni altra figura professionale ritenuta necessaria (es. psicologo, etc.).

Al momento della presa in carico dell'utente, l'unità di valutazione multidimensionale predisporrà il Piano di Trattamento Individuale (P.T.I.), che dovrà necessariamente tenere conto degli aspetti



clinici (inclusi i disturbi schizofrenici, dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi e disturbi della personalità), funzionali e sociali del paziente, al fine di individuare il setting di assistenza più appropriato.

Il P.T.I. avrà una durata temporale limitata, subordinata ad un percorso di valutazione. In tale ottica, è prevista la figura del responsabile del P.T.I., con funzioni di Case Manager, che avrà il compito di monitorare lo stato di avanzamento del piano ed eventuali modifiche. In particolare, la figura del responsabile del P.T.I. sarà ricoperta da uno psichiatra del D.S.M. che, con cadenza almeno semestrale, avrà il compito di monitorare, mediante l'applicazione di criteri clinici omogenei e condivisi a livello regionale, lo stato di avanzamento dello stesso e definirne eventualmente il tempo di permanenza in struttura del paziente o la sua dimissione.

Al fine di agevolare i processi di socializzazione, il reinserimento nella comunità locale, la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, si sottolinea l'importanza che l'inserimento del paziente venga effettuato in una struttura ubicata sul territorio del D.S.M. di competenza o comunque sul territorio regionale abituale.

L'inserimento dell'utente prevede la stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, elaborato dalla Struttura Pubblica o Privata che ospita il paziente, in coerenza con i contenuti del P.T.I. e validato dal D.S.M..

Sia il P.T.I. sia il P.T.R.P. dovranno contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra D.S.M., struttura ospitante e utente, con la partecipazione delle famiglie ed il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Ogni P.T.R.P., definendo il percorso clinico – assistenziale idoneo al singolo paziente, deve garantire la:

- Personalizzazione e la flessibilità dei percorsi;
- Interazione cooperativa tra i servizi territoriali, sociosanitari e sociali;
- Integrazione delle attività proposte;
- Valorizzazione dei legami familiari e sociali, dei contesti di vita e delle opportunità offerte dal territorio.



Il monitoraggio del P.T.R.P. sarà effettuato internamente alla struttura mediante la figura di un responsabile (sempre identificabile nella figura dello Psichiatra) dello stesso che avrà il compito di seguirne l'andamento e la coerenza rispetto al P.T.I. fino alla dimissione del paziente. Il D.S.M.,

inoltre, seguirà il progetto terapeutico riabilitativo dell'utente in struttura mediante la figura del Responsabile del P.T.I. che lavorerà congiuntamente al Responsabile del P.T.R.P. per accompagnare l'utente fino alla sua dimissione.

Il D.S.M. seguirà tramite il responsabile del P.T.I. e il responsabile del P.T.R.P., l'andamento degli interventi fino alla dimissione del paziente. Ogni inserimento in strutture residenziali dovrà essere preceduto dalla stesura del relativo P.T.I./P.T.R.P..

La Regione Abruzzo provvede ad implementare un sistema informativo regionale in grado di monitorare tutti i dati necessari alla verifica dell'assistenza erogata ai pazienti psichiatrici, alle prestazioni e ai servizi erogati nelle strutture residenziali, con particolare riferimento ai seguenti indicatori:

- analisi della domanda
- attuazione degli interventi del P.T.I. e del P.T.R.P.
- valutazione degli esiti di cura
- impegno delle risorse economiche e delle spese sostenute



## 9. La fase di transizione

L'allineamento agli standard e la messa a regime del processo di riorganizzazione dell'assetto della residenzialità psichiatrica, contenuta nel presente documento, comporta da parte della Programmazione regionale la previsione di una fase di transizione necessaria al fine di rivalutare tutti i pazienti attualmente ospitati all'interno delle strutture residenziali regionali ed extraregionali in carico ai DSM della regione Abruzzo e all'inserimento degli stessi nei setting più appropriati.

Tale rivalutazione riguarderà sia i pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale presenti nelle strutture residenziali regionali ed extraregionali che i pazienti di fuori regione presenti nelle strutture residenziali psichiatriche abruzzesi: ciò al fine di evitare la presenza di utenti con necessità assistenziali diverse all'interno della medesima struttura. Tale fase di rivalutazione dovrà concludersi entro tre mesi.

Al termine del processo di rivalutazione da parte delle UVM, deve essere garantita la continuità assistenziale anche di quei pazienti in carico da un periodo pluriennale di permanenza e per gli utenti non più idonei al setting assistenziale psicoriabilitativo, ma comunque giudicati non autosufficienti e necessitanti di un livello medio di assistenza. Per tale finalità, e in coerenza con il DCA 88/2015, possono essere individuati nell'ambito del fabbisogno regionale stimato complessivo, setting assistenziali appropriati e alternativi, quali a titolo di esempio:

- nuclei dedicati di RSA Demenze<sup>1</sup> riservati in via prioritaria a soggetti non autosufficienti con esiti di patologie a prevalenza psicopatologica. Ai fini dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO si fa riferimento ai manuali regionali (DGR 591P/2008), ed esclusione degli standard di personale medico che vanno integrati con il seguente prospetto:

Nucleo dedicato di RSA Demenze (massimo 20 posti letto)	Minuti al giorno per paziente
Medico Psichiatra o Neurologo o Geriatra con funzioni di coordinamento	6



<sup>1</sup> La RSA è un presidio che offre a soggetti non autosufficienti con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera (Manuale Autorizzazione Regionale – DGR 591P/2008, scheda 4.4.2 "Residenze Sanitarie Assistenziali Demenze")

- nuclei dedicati di RP disabili<sup>2</sup>. Ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento si fa riferimento ai manuali regionali (DGR 591P/2008), ed esclusione degli standard di personale medico che vanno integrati con il seguente prospetto:

Nucleo dedicato di RP Disabili adulti (massimo 10 posti letto)	Minuti al giorno complessivi per paziente
Medico Psichiatra o Neurologo con funzioni di coordinamento	4

I suddetti nuclei dedicati di RSA Demenze e RP disabili, sono identificati in ottemperanza al DM 70/2015 che definisce come equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU- 2011).

Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del presente documento, le UU.VV.MM. trasmettono al competente Servizio del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, le risultanze dell'attività di valutazione condotta.

Entro 15 giorni dall'acquisizione dei verbali il Servizio predispone il provvedimento regionale che, sulla base delle risultanze delle UU.VV.MM, individua la dotazione dei posti letto delle strutture in applicazione dei fabbisogni definiti dal presente Documento tecnico.

<sup>2</sup> Strutture residenziali finalizzate all'accoglienza, all'assistenza, al mantenimento e/o recupero dell'autonomia residua di persone disabili non autosufficienti, anche temporaneamente privi del sostegno familiare, caratterizzate da media intensità assistenziale e media/alta complessità organizzativa. (Manuale Autorizzazione Regionale – DGR 591P/2008, scheda 4.1.3 "Residenze Assistenziali Disabili Adulti")





Il provvedimento stabilisce, altresì, il termine per la presentazione delle proposte dei Piani di riconversione che, in ogni caso, non potrà essere superiore a 30 giorni dalla notifica ai titolari delle strutture interessate.

I Piani di riconversione dettagliano i cronoprogrammi di adeguamento.

Il suddetto Servizio accerta la compatibilità dei Piani di riconversione con gli atti di programmazione regionale predisponendo, entro 30 giorni dalla loro acquisizione, il Piano regionale delle riconversioni previa verifica della sua sostenibilità economica da parte del Servizio Programmazione economico-finanziaria del Dipartimento per la Salute ed in conformità con il principio (DCA 20/2014) sulla base del quale la regione procede al rilascio delle autorizzazioni alle nuove realizzazioni, ampliamenti, riconversioni o trasformazioni secondo la seguente priorità: enti pubblici titolari di strutture sanitarie e socio-sanitarie e strutture private interessate da programmi di riduzione/riconversione dell'offerta.

Dalla notifica del Piano regionale delle riconversioni decorre il termine di 15 giorni per l'avvio dei procedimenti funzionali al conseguimento dei titoli autorizzatori e del titolo di accreditamento di cui alla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. con la tempistica e le modalità ivi indicate, finalizzate alla conclusione della fase transitoria, non oltre il 31 dicembre 2016, salvo deroghe motivate.

Il Gruppo Tecnico Regionale istituito con nota del Subcommissario n. 121902/ Comm del 7 maggio 2015, al fine di dare attuazione al Decreto commissariale n. 134/2014, perviene alla conclusione che, per poter adeguare in modo graduale e razionale il numero di posti letto determinati per la psicoriabilitazione regionale dal DCA n. 52/2012, considerando la peculiare condizione della Regione Abruzzo in cui si registra la persistenza storica di un elevato numero di pazienti ospiti all'interno di strutture psicoriabilitative, è necessario prevedere, anche alla luce dei dati relativi ai pazienti attualmente presenti nelle strutture psicoriabilitative regionali e riportati nella sezione 4, una rimodulazione del fabbisogno di posti letto complessivo. Tale specificità programmatica e organizzativa da un lato assume l'obiettivo tendenziale da parte della Regione Abruzzo a raggiungere lo standard di posti letto previsto dagli indirizzi nazionali, dall'altro si rende necessaria per far fronte ai prevedibili risvolti di tipo sanitario e sociale, derivanti da un sostanziale abbattimento dell'attuale offerta assistenziale residenziale e, comunque, conferma il significativo avvicinamento della dotazione residenziale a quella prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000, offrendo adeguata attenzione alle forme "leggere" di assistenza tutelare a prevalente carattere sociale.



Nella tabella successiva si individua il nuovo assetto di posti letto dedicato alla psicoriabilitazione regionale:

**Strutture sanitarie residenziali extraospedaliere**

	Prov. AQ	Prov. CH	Prov. PE	Prov. TE	Regionale	Tasso x 10.000
SRP 1	31	39	33	31	134	1
SRP 2	31	39	33	31	134	1

**Strutture residenziali sociosanitarie**

	Prov. AQ	Prov. CH	Prov. PE	Prov. TE	Regionale	Tasso x 10.000
SRP 3.1	15	20	16	16	67	0,5
SRP 3.2	9	12	10	9	40	0,3

In linea con quanto già sancito dal Piano Sanitario Regionale 2008/2010, l'assegnazione e/o riconversione dei posti letto così come individuati nel documento programmatico, è, previo rispetto del fabbisogno pubblico, indirizzata in via prioritaria, alle strutture private provvisoriamente accreditate già operanti nel campo della psicoriabilitazione, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali in tema di autorizzazione e accreditamento. Fermo restando il nulla osta di compatibilità programmatica regionale, può essere prevista la possibilità di utilizzare, per esigenze di equilibrio tra l'offerta e la domanda a tutela della centralità del paziente, eventuali quote di fabbisogno assegnate ad ambiti provinciali diversi e non incluse in atti aziendali di riorganizzazione delle strutture pubbliche.



## 10. Il Monitoraggio

In una ottica di centralità dell'utente in termini di prestazioni e servizi erogati nelle diverse strutture del territorio regionale, il seguente provvedimento intende sottolineare l'importanza di un sistema informativo regionale che riesca a monitorare e controllare la gestione e i dati relativi all'assistenza erogata dai D.S.M. ai pazienti psichiatrici, a partire dal momento della presa in carico dell'utente.

La Regione Abruzzo provvederà ad implementare uno specifico flusso informativo, partendo dal sistema informativo già in uso (Gestione Salute Mentale Abruzzo: GESMA) per la raccolta, l'elaborazione e l'archiviazione dei dati finalizzati, mediante un set di indicatori specifici, al monitoraggio del percorso assistenziale per verificarne l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni e gli outcome clinici.

Gli indicatori di attività per le strutture di residenzialità psichiatrica sono illustrati nella tabella che segue:

Tabella 10: indicatori di attività

Indicatore	Modalità di calcolo	Unità di Offerta
Tasso di occupazione	Sommatoria delle giornate di presenza annuale degli utenti diviso per la sommatoria delle giornate di presa in carico degli utenti (ossia n. utenti x giornate di apertura del servizio) nell'anno oggetto della rilevazione	SRP 1, SRP 2, SRP 3.1, SRP 3.3
Incidenza dei nuovi utenti	Numero dei nuovi utenti diviso per il numero totale degli utenti nell'anno oggetto della rilevazione	SRP 1, SRP 2, SRP 3.1, SRP 3.3
Incidenza dei re-ingressi	Numero degli utenti dimessi in passato che sono rientrati nella struttura utenti diviso per il numero totale degli utenti nell'anno oggetto della rilevazione	SRP 1, SRP 2
Permanenza storica	Sommatoria dei mesi di permanenza in struttura degli utenti presenti al 31/12 dell'anno oggetto della rilevazione diviso per la sommatoria delle giornate di presa in carico degli utenti (ossia n. utenti x giornate di apertura del servizio)	SRP 1, SRP 2, SRP 3.1, SRP 3.3
Incidenza delle attività riabilitative	Sommatoria delle ore settimanali destinate ad attività riabilitative da tutto il personale (escluso quello che non si dedica alle attività di cura della persona) diviso per la sommatoria delle ore settimanali di tutto il personale, escluso quello che non si dedica alle attività di cura della persona	SRP 1, SRP 2
Incidenza delle attività all'esterno della struttura	Sommatoria delle ore settimanali trascorse dagli utenti all'esterno della struttura diviso per il totale delle ore settimanali di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr)	SRP 3.1, SRP 3.2
Incidenza delle attività non istituzionali all'esterno della struttura	Sommatoria delle ore settimanali trascorse dagli utenti all'esterno della struttura escluse le ore trascorse presso altre strutture psichiatriche diviso per il totale delle ore settimanali di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr)	SRP 3.1, SRP 3.2



Con il coordinamento dell'ASR, il gruppo tecnico regionale composto con nota del Subcommissario n. 121902/Comm. del 7 maggio 2015 è affidata la funzione di monitoraggio degli indicatori di attività, di proporre protocolli clinico-organizzativi e di proporre forme alternative-integrative di assistenza sanitaria psichiatrica.



## 11. Promozione di forme alternative di assistenza

### I Centri Diurni Psichiatrici

La Programmazione regionale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, intende, in questa fase, implementare la diffusione sul territorio dei Centri Diurni in luogo delle strutture di tipo SRP 3.3. e successivamente, anche a seguito della rivalutazione dei bisogni assistenziali, valuterà l'opportunità di programmare sul territorio le strutture SRP 3.3.

Il CDP rappresenta il luogo dove si attivano percorsi di ripresa del funzionamento sociale e lavorativo di persone affette da disagio mentale. Tali percorsi di ripresa, già avviati nell'ambito del Centro di Salute Mentale (CSM) si attivano attraverso la proposta di attività specifiche e finalizzate. Nell'ottica globale degli interventi erogati dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), gli interventi riabilitativi hanno valore pari a quelli farmacologici e psicosociali. Ogni intervento in ogni fase della malattia psichiatrica andrebbe effettuato nell'ottica della ripresa di una vita soddisfacente e dotata di senso nonostante la presenza o meno di sintomi o problemi correlati.

Il CDP ha la funzione di incoraggiare e facilitare i percorsi verso la possibilità di potersi gestire autonomamente e sviluppare la capacità di chiedere aiuto quando necessario e di essere orientati alla guarigione personale e al rientro nel proprio ambiente di vita.

#### MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

Il CDP è un modello organizzativo del DSM.

Le attività che si svolgono nel CDP sono finalizzate alla riacquisizione di abilità, all'accettazione del disagio da parte della persona e al riconoscimento che la stessa persona deve assumere un ruolo attivo all'interno del proprio percorso di cura. Il CDP garantisce :

- accoglienza e percorsi di cura adeguati
- relazioni di aiuto e di auto-mutuo-aiuto
- interventi sociali e culturali che contrastino lo stigma e la discriminazione

L'inserimento presso il CDP avviene attraverso la presentazione da parte dello psichiatra del CSM all'équipe riabilitativa. Ai fini dell'inserimento, devono essere valutati i seguenti requisiti:



- assenza di deficit cognitivi rilevanti
- età non superiore, di norma, a 50 anni
- diagnosi: tutti i disturbi mentali con rilevanti deficit del funzionamento sociale

Valutata la possibilità di effettuare un percorso riabilitativo, viene elaborato il Programma Riabilitativo Personalizzato (PRP) da parte dell'equipe riabilitativa in accordo con il CSM territorialmente competente secondo lo schema seguente:

- avvio del programma riabilitativo con accoglienza individuali presso il CDP
- contatto e condivisione del programma con la famiglia
- incontri di verifica mensili tra equipe riabilitativa e psichiatra inviante
- verifica mensile da parte del CSM che ha in carico l'utente

La metodologia utilizzata durante il percorso riabilitativo consiste prevalentemente in:

- valutazione del funzionamento nelle diverse aree di vita
- individuazione delle resistenze al cambiamento
- individuazione delle aree di intervento
- training di riabilitazione cognitiva
- sperimentazione nell'ambito di contesti naturali delle competenze
- recupero del ruolo sociale



#### FINALITA' DEL CDP

Lo scopo del percorso riabilitativo nel CDP è sostanzialmente rivolto alla riacquisizione di competenze strumentali, cognitive ed emozionali che consentono alla persona di avere un ruolo sociale attivo nel proprio contesto di appartenenza e di riappropriarsi responsabilmente del proprio diritto di cittadinanza.

L'inserimento sociale e lavorativo e l'inclusione sociale, pertanto, rappresentano gli obiettivi principali dell'intervento di un CDP. Le offerte lavorative per le persone inserite in percorsi di formazione devono ampliarsi e poter soddisfare le diverse capacità individuali, attraverso anche un processo di superamento del preconcetto che tutte le persone fragili siano destinate a fare lavori semplici.

Nell'ambito del PRP deve essere promossa l'inclusione sociale attraverso il lavoro in rete.

L'attenzione alla famiglia e il supporto alla stessa devono tenere conto del processo di ricostruzione delle capacità relazionali.

#### IL FABBISOGNO REGIONALE DI CENTRI DIURNI PSICHIATRICI

Nella Tabella successiva sono riportati i dati relativi al numero di Centri diurni e al numero di posti attivi.

Centri diurni attivi nella Regione Abruzzo –

<i>ASL</i>	<i>CSM</i>	<i>N° Centri Diurni Attivi</i>	<i>Posti</i>
Avezzano Sulmona L'Aquila	4	3	60
Chieti Lanciano Vasto	4	5	115
Pescara	4	3	60
Teramo	4	4	85
<b>Totale regionale</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>320</b>

La programmazione regionale dei CDP trova i propri presupposti di fabbisogno assistenziale nei seguenti riferimenti normativi:

- Legge regionale n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale 2008-2010)
- DGR n. 591/P-2008 (Approvazione dei Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento e delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)

Nello specifico, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale 2008-2010, al paragrafo 5.2.10.8 "Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale", viene stabilito quanto segue "*... si prevede la realizzazione di almeno un centro diurno per ciascun CSM*".

All'interno del Manuale di Autorizzazione (sezione 4.2.1) viene invece definito che "*...la struttura può ospitare fino ad un massimo di 30 utenti*".



Alla luce di quanto sopra espresso ed in considerazione sia della carenza relativa di posti esistenti rispetto al numero effettivo di utenti sia della rimodulazione dei posti di residenzialità psichiatrica così come contemplata dalla Programmazione regionale, la Regione Abruzzo, al fine di poter riorganizzare in modo omogeneo la rete dell'offerta delle strutture semiresidenziali, prevede di potenziare la rete dei CDP con la realizzazione di almeno un CDP per CSM. In tal senso, ferma restando la situazione già in essere nelle ASL di Chieti-Lanciano-Vasto e di Teramo (che soddisfano appieno la suddetta indicazione), si stabilisce l'implementazione di:

- n°1 Centro Diurno Psichiatrico nella ASL di Avezzano – Sulmona - L'Aquila
- n°1 Centro Diurno Psichiatrico nella ASL di Pescara

#### AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO

Restano validi i requisiti specifici dei Centri diurni già declinati all'interno della DGR 591/P- 2008, nei rispettivi Manuali di Autorizzazione (sezione 4.2.1) e di Accreditamento





## Strutture abitative supportate

Ciascuna ASL può attivare strutture abitative supportate non finanziate dal FSN. Tali strutture sono rivolte a pazienti con disagio psichico, clinicamente stabilizzati e usciti dal circuito terapeutico-riabilitativo psichiatrico, che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e che optano per una scelta di convivenza nel contesto di una soluzione abitativa autonoma.

Il gruppo appartamento supportato è una struttura gestita in stretta collaborazione con i servizi del CSM territorialmente competente. Tale struttura è rivolta a persone con disturbi psichici, prive di validi riferimenti familiari o per le quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare, che dimostrano, alla conclusione di un percorso riabilitativo, l'acquisizione di buone capacità di autonomia.

La programmazione di posti dedicati ai Gruppi Appartamenti Supportati non rientra nella programmazione sanitaria regionale ed è a carico economico degli ospiti o a compartecipazione da parte dei comuni di residenza.

L'ingresso è subordinato alla valutazione del CSM di riferimento attraverso progetti individualizzati che non prevedono limiti di durata prefissati ed il cui monitoraggio compete allo stesso CSM di riferimento.



