

REGIONE
ABRUZZO



RIORDINO DELLA RETE DI PSICORIABILITAZIONE TERRITORIALE

REGIONE ABRUZZO

Sommario

1. Introduzione	4
1.1. La domanda di salute mentale	4
1.2 La salute mentale nei LEA	4
1.3 I nuovi standard della salute mentale	6
1.4 Servizi territoriali di psichiatria: prevalenza e incidenza.	7
1.5 Assistenza di psicoriabilitazione sul territorio: i livelli di presa in carico	9
1.6 La classificazione delle nuove strutture residenziali regionali di psicoriabilitazione.	12
2. Requisiti e standard delle strutture di psicoriabilitazione	15
2.1 SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	15
2.2 SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo	17
2.3 SRP.3 – Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi	20
2.3.1 SRP 3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere	21
2.3.2 - SRP 3.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere.	23
2.4 Il ruolo dell'integrazione socio-sanitaria nell'implementazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale psichiatrica	26
2.5 Gruppi appartamento, Comunità Alloggio e Residenze protette	28
2.6 Valutazione dei bisogni e modalità di accesso.	29
2.7 La fase transitoria	32
2.8 Moduli di RSA demenze dedicati	33
2.9 Moduli di RP disabili dedicati	34
2.10 La fase di riconversione	35
3. Servizi per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	36
3.1 Introduzione	36
3.2 Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche per l'area infanzia-adolescenza (art.32 D.P.C. M.12.01.2017)	37
3.3 Requisiti e standard delle strutture di salute mentale infanzia e adolescenza	38
3.4 SRP.1 E.E. - Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	38

SRP.2 E.E. Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo	40
SRP.3 E.E.– Strutture residenziali psichiatriche età evolutiva per interventi socio-riabilitativi	43
SRP 3.1 E.E. - Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere	43
4. Semiresidenzialità psichiatrica – Centri Diurni Psichiatrici (CDP)	45
4.1 Modello organizzativo dei Centri Diurni Psichiatrici	46
4.2 Finalità dei Centri Diurni Psichiatrici	47
4.3 Semiresidenzialità psichiatrica età evolutiva – Centri Diurni Neuropsichiatrici E.E. (CDPEE)	48
4.3.1 Modello organizzativo dei CDPEE	48
4.3.2 Finalità del CDPEE	49
5. Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.)	51
5.1 Introduzione	51
5.2 Il “Gruppo Tecnico REMS”	52
5.3 P.U.R. – Punto Unico Regionale	53
5.4 Assegnazioni in REMS	55
5.5 Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati (NRPD). Analisi e fabbisogno	57
5.6 Gestione della lista di attesa per l’ingresso in REMS	59

Documento a cura del gruppo di lavoro DGR 441/2020

Istruttoria e redazione del Servizio Programmazione Socio-sanitaria del Dipartimento Sanità, con audizioni partecipative delle strutture interessate da processi di riconversione

1. Introduzione

1.1. La domanda di salute mentale

Negli ultimi decenni, la pandemia da Covid-19, le crisi economiche, l'impatto dei fenomeni migratori, i conflitti su larga scala e il cambiamento climatico¹, hanno generato una crescente attenzione sul tema del benessere mentale in tutto il mondo. Una domanda che il legislatore si è preoccupato di fronteggiare attraverso varie misure in ambito economico, sociale e psicologico, giungendo spesso solo in un secondo momento ad analizzarne gli effetti di acuzie clinica e specialistica ed il conseguente impatto sui sistemi sanitari nazionali e regionali.

In modo particolare, è l'età evolutiva e adolescenziale ad essere colpita dai fenomeni esogeni generatori di disagio mentale, con effetti che rischiano di non emergere nei tempi utili per essere intercettati, per incomprensione, difficoltà di accesso al sistema di cure, timore dello stigma col quale il disagio è spesso associato.

Oggi si stima che, a livello mondiale, circa 1 persona su 8 conviva con un disturbo mentale, in grado di influire sulla salute fisica, sulla cura di sé, sulla qualità e aspettativa di vita, oltre che sui mezzi di sussistenza.

Con la bozza di Intesa in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre 2022 sulla "nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN" si propone per la prima volta, anche per la Salute Mentale, un'ipotesi di declinazione nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito col DM 77/22, già recepito dalla Regione Abruzzo con DGR 773/2022.

Intercettare precocemente i bisogni riguardanti l'area del benessere mentale nei servizi distrettuali, di cure primarie o di psicologia di base, è un obiettivo espresso del legislatore e perseguito proprio al fine di garantire all'utente un punto di accesso precoce, meno penalizzante e non contrassegnato dallo stigma sociale per la propria condizione.

1.2 La salute mentale nei LEA

Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA prevede:

- **all'art. 25**, l'assistenza sociosanitaria distrettuale ai minori con disturbi neuro-psichiatrici, per la quale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, in linea con quanto previsto dallo stesso art. 25, con l'inclusione, tra le altre prestazioni, di colloqui psicologico-clinici, psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia, interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e

¹ Si veda il "Mental health and Climate Change: Policy Brief" dell'OCSE sul tema della 'solastalgia' e delle implicazioni del cambiamento climatico sulla salute mentale - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>

risocializzazione, individuali e di gruppo), gruppi di sostegno e *training* per i familiari, interventi sulla rete sociale, formale e informale;

- **all'art. 26**, l'assistenza sociosanitaria distrettuale alle persone con disturbi mentali, all'interno della quale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", integrate da interventi sociali;

- comparativamente, **agli artt. 32 e 33** si riporta che il SSN garantisce, nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, rispettivamente ai minori con disturbi mentali in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo e agli adulti con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, la definizione di un programma terapeutico individualizzato. Con riferimento ai minori, i trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerge che i trattamenti territoriali o semiresidenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare.

In base al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- per gli adulti:

a) **trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo)**, rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;

b) **trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata**, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;

c) **trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale**, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.

- per i minori:

- a) **trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.** I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- b) **trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.** I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- c) **trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.** La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga motivata dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento.

Infine, in base all'**art. 60**, *“ai sensi della legge 18 agosto 2015, n. 134, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi dello spettro autistico, le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche”*.

1.3 I nuovi standard della salute mentale

I requisiti dell'Intesa di cui alla Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 dovrebbero essere indicativamente implementati, dalle Regioni italiane, entro il periodo di attuazione del PNRR, ovvero entro il 2026.

Nelle more della sua adozione da parte del Ministero della Salute, è possibile vedere come nell'ambito della salute mentale siano individuati i quattro livelli assistenziali.

Secondo l'Intesa, l'assistenza in materia di salute mentale è assicurata in ciascuna regione dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari ed attraverso servizi specialistici di quattro livelli:

- **Livello 1** di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene svolta all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG, i PLS, i servizi di psicologia di base e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo intervento secondo le modalità organizzative individuate dalle Regioni in attuazione del DM 77/2022. Comprende valutazioni

specialistiche in loco con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, e assicura appropriatezza di invio ai livelli superiori di trattamento;

- **Livello 2** di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati dai Centri di Salute Mentale (CSM), ATSM delle strutture penitenziarie, i Servizi per le Dipendenze (SerD) e i Poli Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (PTNPIA) ove esistenti;
- **Livello 3** di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dai Servizi ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC) dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da reparti o letti tecnici per la disintossicazione da alcol o sostanze, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per ciascun settore, dai presidi per le dipendenze;
- **Livello 4** delle reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali, comprendente servizi sovra zionali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'autismo, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

1.4 Servizi territoriali di psichiatria: prevalenza e incidenza.

In Regione i servizi di salute mentale sono caratterizzati, in rapporto all'offerta complessiva, da un elevato peso della residenzialità psichiatrica (prevalentemente privata accreditata) rispetto alla media nazionale.

Tabella 1

Utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN - valori assoluti e tassi per 10.000 abitanti
Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

	Struttura afferente DSM		Strutture privata accreditata o in convenzione		TOTALE	
	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso
ABRUZZO	104	0,9	551	5,0	655	6,0
ITALIA	5.356	1,1	6.767	1,4	12.123	2,6

Nel 2022 l'incidenza dei nuovi utenti (8.781 in Regione, di cui 8.174 *first ever*) è stata pari a 69 (48 a livello nazionale) ogni 10 mila abitanti.

Le giornate di degenza ogni 10 mila abitanti erogate in strutture residenziali psichiatriche sono state 1.632, a fronte delle 2.302,6 nazionali.

Tabella 2

Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN - valori assoluti e tassi per 10.000 abitanti

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

	Struttura afferente DSM		Strutture privata accreditata o in convenzione		TOTALE	
	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso
ABRUZZO	25.786	234,6	153.555	1.397,3	179.341	1.632,0
ITALIA	3.587.995	756,6	7.331.756	1.546,0	10.919.751	2.302,6

Nelle strutture residenziali, che presentano 4,1 posti ogni 10 mila abitanti (rispetto al 5,2 nazionale) sono presenti 6 pazienti ogni 10 mila abitanti, a fronte dei 5,7 nazionali.

Le giornate di assistenza in ambito residenziale, pari a 179.341 nel 2022 (contro le 172.761 del 2021) sono state erogate per il 71,5% dei casi a pazienti affetti da schizofrenia e altre psicosi funzionali, per il 10,9% a pazienti con disturbi bipolari e per il 9,1% a utenti affetti da disturbi della personalità, seguiti dal 3,4% dei pazienti con disturbi depressivi e da un altro 3,4% riferito ai pazienti con ritardo mentale.

In regione si rileva 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. Per le strutture semiresidenziali, l'offerta è più ampia della media italiana: 3,2 posti ogni 10 mila abitanti a fronte dei 2,8 nazionali.

Tabella 3 - Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche - tasso standardizzato per 10.000 abitanti

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2021

Regione	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
PA BOLZANO	236,7	301,1	269,4
CALABRIA	208,2	223,8	216,2
EMILIA ROMAGNA	186,3	228,8	208,2
VALLE D'AOSTA	181,2	231,3	207,0
UMBRIA	165,9	216,3	192,2
PA TRENTO	164,7	196,4	181,0
LOMBARDIA	155,2	176,7	166,2
PUGLIA	162,0	154,3	158,0
LIGURIA	144,7	167,7	156,7
PIEMONTE	143,8	166,5	155,6
VENETO	137,9	168,0	153,3
ABRUZZO	136,8	142,1	139,6
BASILICATA	134,1	135,0	134,6
CAMPANIA	129,4	123,5	126,4

LAZIO	114,6	134,5	125,0
SICILIA	127,3	119,1	123,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	96,1	118,0	107,4
MOLISE	92,7	100,0	96,4
MARCHE	93,3	98,8	96,1
TOSCANA	74,9	92,0	83,8
SARDEGNA	66,0	78,5	72,4

Tabella 4

Prevalenza degli utenti trattati per sesso e fasce d'età - tassi per 10.000 abitanti								
Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022								
Regione	Fasce di età							TOTALE
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
MASCHI								
ABRUZZO	54,5	66,6	79,5	92,2	88,9	56,5	40,7	70,5
ITALIA	71,1	76,3	76,4	91,0	90,7	56,7	27,8	70,9
FEMMINE								
ABRUZZO	54,1	45,0	63,8	88,9	100,6	78,6	68,8	74,9
ITALIA	85,7	63,5	72,2	97,0	114,3	88,0	51,1	83,2
TOTALE								
ABRUZZO	108,6	111,6	143,3	181,1	189,5	135,0	109,5	145,3
ITALIA	156,8	139,8	148,6	188,0	205,0	144,7	79,0	154,2

1.5 Assistenza di psicoriabilitazione sul territorio: i livelli di presa in carico

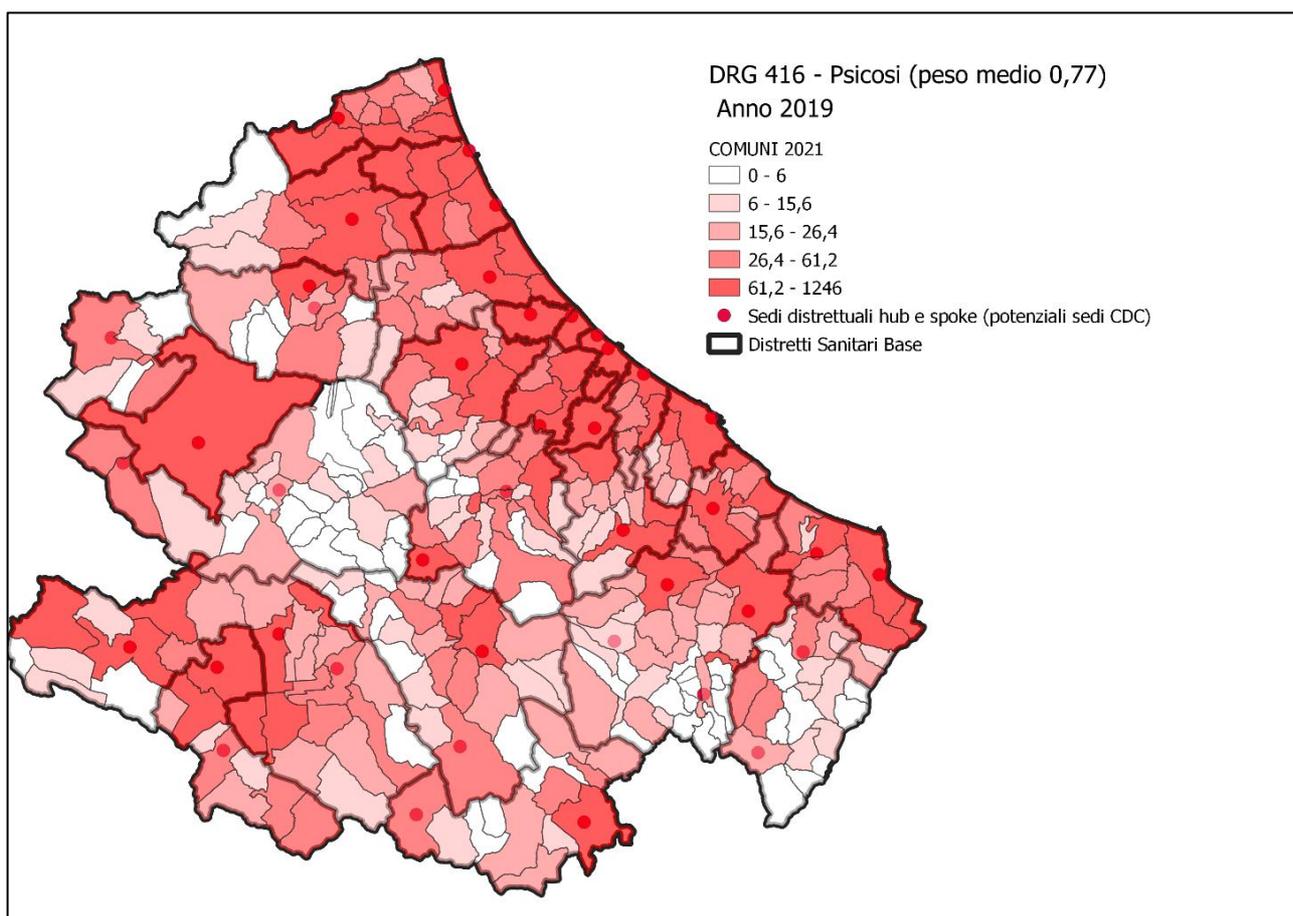
In ciascuna Azienda Sanitaria, l'assistenza per i livelli 1 e 2 (consultazione ed assistenza primaria; presa in carico per episodio di cura e progetti terapeutico-riabilitativi individuali a lungo termine) è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 10/11/1999 (Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica.

Il **livello 1** (consultazione ed assistenza primaria) si declina operativamente all'interno delle Case di Comunità previste, in localizzazione e cronoprogramma di realizzazione, dalla DGR 263/2022 e ss.mm.ii., servendo un bacino di utenza di 40-50.000 abitanti, in stretta collaborazione con i MMG secondo il modello della *stepped-care*. Effettua valutazioni specialistiche in loco con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, appropriatezza di invii al CSM (2° livello) e trattamento in loco dei disturbi psicopatologici dell'adulto di minore gravità.

Il **livello 2** (presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati a lungo termine) è rappresentato dai Centri di Salute Mentale (CSM), in piena integrazione con i livelli inferiori e

superiori e con i corrispettivi servizi generali dello stesso livello. Il bacino di utenza di un CSM è definito dal DPR 10 novembre 1999 che individua 1 CSM per Unità territoriale da 80-100.00 abitanti con apertura 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. Ad ogni CSM afferiscono anche le équipes di primo livello operanti presso le Case della Comunità del territorio di riferimento. A questo livello si collocano anche la collaborazione con il terzo settore per i percorsi di assistenza territoriale con budget di salute, i servizi semiresidenziali e domiciliari e il coordinamento delle attività del PAT (Piano Attuativo Territoriale) con quelle del PDS (Piano Distrettuale Sociale) nell'ambito della convenzione socio-sanitaria ASL-ECAD.

Fig. 1 - Georappresentazione della prevalenza DRG 416-Psicosi (database SDO 2019), per Comune Regione Abruzzo



Fonte: elaborazioni DPF020 con dati SDO2019 e software QGis

Per quanto attiene allo standard dei servizi di **livello 3** (assistenza sanitaria specialistica in ambito residenziale, per le finalità del presente documento) per le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate si fa riferimento agli standard definiti su base regionale. Per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, le Regioni devono dotarsi tramite il CSM di tutte le risorse necessarie per il governo dei percorsi assistenziali tra le quali,

ove già non esista, di un sistema di mappatura aggiornato in tempo reale dalle strutture esistenti e relative liste d'attesa.

Per il **livello 4** (reti specialistiche), gli standard vanno definiti sulla base della programmazione di area vasta, regionale od interregionale. Fa eccezione lo standard per le REMS, per il quale si conferma quanto disposto dalla Legge 9/2012, e dal Decreto ministeriale del 1° ottobre 2012, “*Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia*”.

L'attività programmatoria regionale deve quindi raccordarsi a specifici parametri: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per la presa in carico e l'inserimento, tipologia di pazienti trattati e durata della permanenza nelle strutture, requisiti di accreditamento con parametri del personale e tariffe.

In particolare, la rivalutazione dei pazienti assistiti nelle strutture è essenziale per verificare l'appropriatezza dei setting assistenziali o la ricollocazione in strutture più idonee. A questa si aggiunge la fase di riconversione, nella quale avviene la nuova strutturazione dei setting previsti nel presente documento programmatico.

Rappresentano obiettivi specifici del riordino dei servizi di psicoriabilitazione:

- Il riassetto dei servizi residenziali psichiatrici mediante direttrici validate dagli indirizzi nazionali;
- la ridefinizione dei fabbisogni assistenziali sul piano clinico e epidemiologico;
- l'appropriatezza clinico organizzativa che tenga conto delle condizioni storiche;
- la definizione generale dei setting residenziali psichiatrici con relativi posti letto assegnati;
- l'implementazione delle linee di indirizzo clinico-riabilitative finalizzate a regolamentare l'accesso e la gestione dei pazienti all'interno delle strutture residenziali (adozione PDTA);
- ove necessario, adeguamento e integrazione dei manuali regionali di autorizzazione ed accreditamento;
- il potenziamento della dotazione di personale in carico ai Dipartimenti di Salute mentale, compatibilmente con l'attività di programmazione regionale in materia di risorse umane del SSR ed il contesto economico finanziario regionale.

1.6 La classificazione delle nuove strutture residenziali regionali di psicoriabilitazione.

Con Deliberazione di G.R. n.441 del 27/07/2020 la Regione Abruzzo ha istituito un Gruppo tecnico di lavoro, con la finalità specifica di rivalutare il fabbisogno della rete di assistenza psichiatrica e ridefinire coerentemente la rete di offerta. In particolare, al Gruppo di lavoro è stato demandato di:

- a) valutare la necessità di aggiornare il fabbisogno della rete di assistenza psichiatrica di cui al DCA n. 10/2016, procedendo, se del caso, alla relativa rideterminazione;
- b) delineare, nell'ambito del fabbisogno assistenziale della rete psichiatrica, quello relativo ai pazienti socialmente pericolosi in relazione ai livelli di complessità assistenziale, aggiornando eventualmente i requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture ospitanti e le correlate tariffe;
- c) procedere ad una valutazione complessiva del sistema di offerta regionale per l'Area della Salute Mentale, alla luce del fabbisogno per la psichiatria come eventualmente ridefinito ai sensi dei precedenti punti a) e b) anche nell'ottica di possibili e correlate misure di integrazione e di implementazione del fabbisogno di altri setting assistenziali ad essa riconducibili;
- d) verificare, all'esito delle attività di cui ai precedenti punti a), b) e c), la permanenza delle condizioni e l'attualizzazione delle analisi sottese alle proposte di riordino;
- e) procedere all'eventuale ridefinizione della rete di offerta pubblica e privata regionale della psichiatria in considerazione delle risultanze delle attività svolte dal gruppo di lavoro.

Con successiva Deliberazione di G.R. n. 108 del 28/02/2022 è stata istituita la Consulta Regionale di Salute Mentale (CRSM), in affiancamento al Gruppo tecnico di lavoro, con le seguenti funzioni:

- esprimere pareri in merito agli obiettivi di salute e proposte di iniziativa per il miglioramento dell'assistenza socio-sanitaria a beneficio di pazienti e familiari;
- promuovere e sperimentare buone prassi per il riconoscimento dei diritti dei portatori di sofferenza psichica tramite adeguati interventi di prevenzione, informazione ed educazione socio-sanitaria;
- verificare i livelli di prestazioni garantiti in materia di salute mentale;
- promuovere, aggiornare e utilizzare indicatori di qualità dei servizi definiti a livello regionale nell'area della salute mentale e monitorare il grado di soddisfazione dell'utenza;
- formulare proposte circa le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni di disservizi ed in merito allo snellimento dei procedimenti amministrativi in ambito della salute mentale.

È pertanto obiettivo della Regione aggiornare il fabbisogno e ridefinire la rete regionale della salute mentale, compatibilmente con la necessità di garantire l'equilibrio economico-finanziario del SSR.

Tab.5 Offerta di residenzialità psichiatrica privata accreditata e proposta di riconversione regionale

ASL	Struttura	Tip_DGR 877_01	Tip_DCA10	Posti Letto DGR 877/2001	Setting riconversione	Assetto transitorio p.l.	Assetto finale p.l.	Regime/Setting
202	Casa di Cura Santa Camilla S.p.a.	Tip. D	SRP 1	61	SRP 1	61	40*	Psicoriabilitazione
202	Casa di Cura Santa Camilla S.p.a.				NRPD		10*	Psicoriabilitazione
202	Casa di Cura Santa Camilla S.p.a.	Tip. A	SRP 2	23	SRP 2	23	20*	Psicoriabilitazione
202	Casa di Cura Santa Camilla S.p.a.	Tip. B	SRP 3.1	10	SRP 3.1	10	10*	Psicoriabilitazione
202	Casa di Cura Santa Camilla S.p.a.				RSA Demenze (nuclei dedicati)	--	10*	Residenziale
203	Casa di Cura Villa Serena S.r.l.	Tip. D	SRP 1	84	SRP 1	84	70*	Psicoriabilitazione
203	Casa di Cura Villa Serena S.r.l.				NRPD		10*	Psicoriabilitazione
203	Casa di Cura Villa Serena S.r.l.	Tip. A	SRP 2	132	SRP 2	132	85*	Psicoriabilitazione
203	Casa di Cura Villa Serena S.r.l.	Tip. B	SRP 3.1		SRP 3.1		40*	Psicoriabilitazione
203	Casa di Cura Villa Serena S.r.l.			--	RP Disabili (nuclei dedicati)		10*	Residenziale
201	Comunità Passaggi S.r.l.	Tip. A	SRP 2	8	SRP 2	8	8	Psicoriabilitazione
201	Comunità Passaggi S.r.l.				NRPD		7	Psicoriabilitazione
201	Comunità Terapeutica Riabilitativa Il Castello	Tip. D	SRP 1	20	SRP 1	20	10	Psicoriabilitazione
201	Comunità Terapeutica Riabilitativa Il Castello				NRPD		10	Psicoriabilitazione
202	Fondazione Padre Alberto Mileno	Tip. A	SRP 2	20	SRP 2	20	20	Psicoriabilitazione
202	Fondazione Padre Alberto Mileno	Tip. B	SRP 3.1	20	SRP 3.1	20	20	Psicoriabilitazione
202	Il Quadrifoglio S.r.l.				NRPD		20	Psicoriabilitazione
202	Il Quadrifoglio S.r.l.	Tip. B	SRP 3.1	10	SRP 3.1	10	10	Psicoriabilitazione
202	Il Quadrifoglio S.r.l.	Tip. A	SRP 2	30	SRP 2	30	20	Psicoriabilitazione

*assetto definito con Decreto Prefettizio Comm. Acta 27.03.2023 con correttivi apportati per la presa in carico di pazienti psichiatrici giudiziari

Tab. 6 - Offerta pubblica di residenzialità psichiatrica regionale (rilevazione 2024)

Codice Azienda	Denominazione struttura	Indirizzo	Setting (menu a discesa)	N° posti	orario apertura
201	STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA (S.R.P.2) MORRONE	Strada Provinciale Nolfese n.52 Pratola Peligna (AQ)	All. A - SRP2	9	h 24
201	STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA (S.R.P.2) CRISALIDE	Via Cavour. 79 B Avezzano (AQ)	All. A - SRP2	7	h 24
201	STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POT-ACUZIE (SRP1) L'AQUILA	Via Giosuè Carducci n.32/ E II /III PIANO L'AQUILA	All. D - SRP1	10	h 24
203	CASA FAMIGLIA PENNE	c/o CSM	All. B - SRP3.1	6	h 24

204	CASA FAMIGLIA SCERNE DI PINETO	Via G. Oberdan, 26	All. B - SRP3.1	8	h 24
204	CASA FAMIGLIA	Via Paolucci, 18	All. B - SRP3.1	6	h 24
204	S.R.R.P. BISENTI - COMUNITA' TERAPEUTICA	Bisenti	All. A - SRP2	16	h 24
				62	

N.B.: il fabbisogno programmatico dei p.l. pubblici è riportato nella successiva Tab.8

Tab. 7 – Pazienti in carico ai servizi territoriali di psicoriabilitazione – di cui fuori regione (2022)

ASL	2021	di cui fuori regione (2022)
All. D - SRP1	236	60
All. A - SRP2	310	64
All. B - SRP3.1	103	29
Totale complessivo	649	153

Fonte: rilevazioni DPF020

Secondo una rilevazione svolta del luglio 2015, i pazienti in cura erano 683 (di cui 80 assistiti in regime transitorio), di cui 165 in strutture extra regionali; esiste pertanto una forte strutturalità del dato, in particolare di quello dei pazienti ricoverati fuori regione. Il dato NSIS 2024 dei pazienti presi in carico dalla residenzialità territoriale è pari a 642.

2. Requisiti e standard delle strutture di psicoriabilitazione

Con l'intesa Stato Regioni del 17 Ottobre 2013, recepita nella Regione Abruzzo con DCA 134/2014 sono state declinate le caratteristiche delle strutture residenziali per la salute mentale ovvero delle strutture residenziali che accolgono utenti adulti 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 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 le seguenti tipologie di strutture residenziali.

2.1 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 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 scopenso.

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

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 clinico-psicologici, psicoterapie) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti); e 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. È da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo; o 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; 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 e Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP)
- 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

Strutture di riabilitazione psichiatrica intensiva
Bisogno da soddisfare: interventi ad alta intensità riabilitativa sui casi gravi, riacutizzazione dei disturbi schizofrenici e dell'umore, esordi psicotici e fasi di post acuzie
Tipologia di utenza: pazienti con disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale anche in comorbidità con l'utilizzo di sostanze d'abuso".
Tipologia di struttura: Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 20 PL)

Modalità di accesso: Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali

Durata di degenza: 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

Standard di struttura: Scheda 4.2.3 del Manuale di Autorizzazione DGR 591-P/ 2008 e ss.mm.ii.

Standard di personale: figure professionali previste nella scheda 4.2.3 (Residenze Riabilitative Psichiatriche post acuzie), il cui impegno orario deve essere adeguato alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. L'impegno orario del personale è differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati e della:

- 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP)
- attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

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 (standard: 12 min./giorno per paziente, inteso non in termini di accesso quotidiano ma di standard medio su base settimanale).

È prevista la reperibilità medica.

2.2 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; e 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

- o area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- o area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- o 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;
- o 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;
- o 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 SRP2 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP);
- 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

Strutture di riabilitazione psichiatrica estensiva
Bisogno da soddisfare: programmi a media intensità riabilitativa finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato.
Tipologia di utenza pazienti stabilizzati sotto il profilo psicopatologico con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata.
Tipologia di struttura Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 20 PL) ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo. Modalità di accesso valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
Durata di degenza: 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, <i>NB: per quanto riguarda i nuovi accoglimenti, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le SRP.2, sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e disturbi dello spettro schizofrenico, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità ad esclusione del disturbo antisociale di personalità o altro disturbo di personalità misto con tratti antisociali anche in comorbidità con l'utilizzo di sostanze d'abuso".</i>
<u>Standard di struttura:</u> Scheda 4.2.6 del Manuale di Autorizzazione DGR 591-P/ 2008 e ss.mm.ii.
<u>Standard di personale:</u> figure professionali previste nella scheda 4.2.6 (Residenze Protette), il cui impegno orario deve essere adeguato alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. L'impegno orario del personale è differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati e della: <ul style="list-style-type: none">• 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP)• attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.
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 (standard: 6 min./giorno per paziente inteso non in termini di accesso quotidiano ma di standard medio su base settimanale).
È prevista la reperibilità medica.

Nel caso in cui il programma di riabilitazione richieda, in relazione alle caratteristiche psico-patologiche e di personalità dell'utente, un ingresso nel/uscita dal programma di tipo semiresidenziale, la tariffa giornaliera da corrispondere alla comunità sarà ridotta del 40%.

2.3 SRP.3 – Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi

Definizione

Si tratta di strutture che accolgono pazienti autosufficienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con modesta 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 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP);
- 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 sottotipi secondo la programmazione regionale sulla base delle indicazioni cliniche delle aree di intervento e dell'impegno orario del personale in servizio.

2.3.1 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 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;
- modesta 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.

Tabella sinottica SRP3.1

Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale nelle 24 ore
--

Bisogno da soddisfare: programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

Tipologia di utenza: pazienti clinicamente stabilizzati non assistiti 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: Scheda 4.2.4 (Case Famiglia) - Manuale di Autorizzazione DGR 591-P/ 2008 e ss.mm.ii.

Standard di personale: figure professionali previste nella scheda 4.2.4 (Case Famiglia), il cui impegno orario deve essere adeguato alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte (entro il limite del 15% della dotazione) da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in Scienze motorie con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti.

L'impegno orario del personale è differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati (medico psichiatra:5 min/giorno per paziente, inteso non in termini di accesso quotidiano ma di standard medio su base settimanale) e della:

- 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP)
- attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Il coordinatore è individuato tra le figure presenti nella struttura dotate di specifica professionalità e iscrizione al relativo ordine professionale.

È garantita la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore.

E' prevista la reperibilità medica, anche tramite modalità flessibili, purché adeguate alle esigenze del paziente.

2.3.2 - SRP 3.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con una 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.3.2

Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale nelle 12 ore
--

Bisogno da soddisfare: attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione
Tipologie di utenza: Prevalentemente per pazienti con pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente con competenze compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore notturne Tipologia di struttura: struttura di tipo abitativo
Modalità di accesso: Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali Durata di degenza: La durata dei programmi è prevista nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP). Diagnosi come per SRP.1 e SRP2.
Standard di struttura: Scheda 4.2.5 (Gruppi Appartamento) - Manuale di Autorizzazione e Accreditemento DGR 591-P 2008 e ss.mm.ii.
<u>Standard di personale:</u> figure professionali previste nella scheda 4.2.5 (Gruppi Appartamento), il cui impegno orario deve essere adeguato alle attività richieste dall'intensità riabilitativa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte (entro il limite del 15% della dotazione) da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in Scienze motorie con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti. L'impegno orario del personale è differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati (medico psichiatra: 5 min/giorno per paziente, inteso non in termini di accesso quotidiano ma di standard medio su base settimanale). Il coordinatore è individuato tra le figure presenti nella struttura dotate di specifica professionalità e iscrizione al relativo ordine professionale.

Il Gruppo di Lavoro Regionale DGR 441/2020, dopo aver preso in considerazione gli elementi relativi alle strutture residenziali psichiatriche, ha effettuato 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 877/2001, confermando l'assimilazione, basata su un processo di comparazione prevalentemente di tipo clinico assistenziale, 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 socioriabilitativa 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 socioriabilitativa a minore intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia — allegato C, DGR 877/2001).

Tab.8 – Fabbisogno autorizzativo di p.l. di psicoriabilitazione territoriale residenziale – posti letto per 10 mila residenti, per setting

Tipologia	201	202	203	204	Totale	p.l. per 10 mila abitanti (esclusi psichiatrici giudiziari)
Popolazione (1.1.2025)	286.681	370.127	311.826	299.796	1.268.430	
SRP 1	20 ²	40 ³	70	20 ⁴	150	1,2
SRP 2	24	60	85	16 ⁵	185	1,5
SRP 3.1	20 ⁶	40	46 ⁷	20 ⁸	126	1,0
NRPD	17	30	10			
Totale complessivo	81	170	211	56	461	3,6
REMS	36 ⁹ (attualmente 16 p.l. presso REMS Abruzzo-Molise)					0,3

² n. 10 p.l. settore pubblico

³ n. 16 p.l. settore pubblico

⁴ Fabbisogno settore pubblico

⁵ Fabbisogno settore pubblico

⁶ Fabbisogno settore pubblico

⁷ n. 6 p.l. settore pubblico

⁸ Fabbisogno settore pubblico

⁹ Fabbisogno settore pubblico

2.4 Il ruolo dell'integrazione socio-sanitaria nell'implementazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale psichiatrica

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di Comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei Comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le AASSLL.

A questo proposito, già la L.R. 5/2008 prevede:

- una pianificazione di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Centro di Salute Mentale territorialmente competente di un Programma territoriale sociosanitario sulla Salute Mentale, da approvare attraverso apposito accordo di programma (con gli Ambiti Sociali), che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni;
- la pianificazione di interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione dei disturbi mentali da parte del CSM territorialmente competente attraverso collegamenti funzionali fra strutture a carattere sanitario, servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- il coinvolgimento familiare (anche attraverso gli Enti del Terzo Settore) nella predisposizione, diffusione e verifica dei progetti personalizzati;
- il rafforzamento della rete di interventi domiciliari, anche prevedendo percorsi di accoglienza ed accudimento rimodulati rispetto ai bisogni espressi e rilevati;
- la previsione di modalità di intervento integrati nelle situazioni di emergenza;
- l'attivazione di strumenti innovativi per l'integrazione sociale e lavorativa.

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 si propone di:

- Rafforzare l'integrazione dei LEA garantiti dall'assistenza distrettuale, nei tre ambiti di azione, con gli interventi sociali dei Piani di ambito distrettuali e in particolare con i LEPS e le azioni di potenziamento della nuova programmazione regionale e nazionale 2022-2024.
- La responsabilità prevalente della presa in carico per le prestazioni elencate è, quindi, sostanzialmente posta dai LEA in capo all'assistenza distrettuale per i minori e gli adulti con disturbi mentali e per le persone con disabilità complesse, con la necessità da parte degli Ambiti Distrettuali Sociali di "integrarla" con interventi sociali di sostegno personale e familiare, di inclusione sociale e lavorativa e per la Vita indipendente e i servizi di prossimità per l'autonomia di vita e abitativa della persona in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale

a carattere familiare e comunitario (progetti integrati sociali e socio-sanitari a valere su risorse regionali, nazionali, comunitari e del PNRR/ REACT EU e del PON Inclusionione).

Il PSR 2022-2024, riprendendo il percorso avviato con la precedente programmazione 2016-2018 recepisce gli indirizzi e le misure del PNRR e le azioni complementari di riforma della legge sulla disabilità (Riforma 1.1. del PNRR) e sulla non autosufficienza (Riforma 1.2. del PNRR), che danno importanti indicazioni per la promozione di servizi e interventi socio-sanitari comunitari di prossimità in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale.

Nello specifico, il nuovo PSR prevede anche la predisposizione di un apposito programma di ambito distrettuale, con forte integrazione socio-sanitaria (collaborazione con Dipartimenti di salute mentale, con l'adozione di protocolli operativi) e coinvolgimento del Terzo Settore, per l'assistenza e l'inclusione sociale di persone (minori e adulti) con disturbi mentali sia con finalità preventive sia di inserimento sociale e per il sostegno ai caregiver familiari;

Il nuovo Piano Sociale Regionale rafforza inoltre l'esercizio delle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e socio-sanitari che si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale in forma singola o associata.

In particolare, è di fondamentale importanza che i Piani sociali distrettuali si integrino con le azioni socio-sanitarie del Piano Attuativo Territoriale aziendale e con quelle del Dipartimento di Salute Mentale tramite lo strumento della convenzione di integrazione socio-sanitaria sottoscritta tra ASL e ECAD (Enti Capofila di Ambito Distrettuale), attraverso la declinazione dei seguenti interventi:

Progetti “Dopo di noi” per categorie prioritarie

Razionale: Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone con svantaggio sociale e personale prive di sostegno familiare (Dopo di Noi) attraverso le azioni regionali di accompagnamento, inclusione sociale e di autonomia abitativa previste ai sensi della L. 112/2016. Definire con gli ADS, i DSB, i Centri Salute Mentale, le Associazioni dei familiari e il Terzo Settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato.

Obiettivi: Garantire procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e socio-sanitario, del PAI e PEI e del budget di progetto. L'obiettivo prioritario è quello di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri e garantire percorsi di inclusione sociale e autonomia abitativa (es. attivazione di moduli di p.l. residenziali psichiatrici socio-sanitari).

Risorse: regionali e nazionali FNA, Fondo Dopo di Noi, PNRR (Missione 5 e Missione 6-Salute)

Servizi per la non autosufficienza

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone non autosufficienti con azioni regionali integrate del PNA e altre azioni regionali per la non autosufficienza. Definire con gli ADS, i DSB, le Associazioni dei familiari e il Terzo Settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato.

Obiettivi: garantire procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, del PAI e PEI e del budget di progetto.

Risorse: regionali e nazionali FNA, Fondo Dopo di Noi, PNRR (Missione 5 e Missione 6-Salute)

2.5 Gruppi appartamento, Comunità Alloggio e Residenze protette

Ciascuna ASL può attivare, in accordo con i Comuni, strutture abitative supportate non finanziate dal FSN. Tali strutture (denominate gruppi appartamento o comunità alloggio) 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, con accoglienza di massimo 6 utenti adulti dello stesso sesso e fasce d'età omogenee.

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. Esistono alcune differenze tra il "Gruppo Appartamento" e la "Comunità Alloggio". Il Gruppo Appartamento rappresenta una forma di residenzialità che pone attenzione al "piccolo", cioè a situazioni di convivenza tra poche persone che permette di prendere in esame in modo analitico ed organizzato il problema della casa. Questa tipologia di offerta mira alla Prevenzione dell'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria, il supporto lavorativo e l'integrazione nella comunità locale.

La Comunità Alloggio è una struttura sociosanitaria presente in via residuale (e prospetticamente destinata a naturale esaurimento) solo nella ASL 204 destinata all'assistenza di persone dimesse da lunghi periodi di

istituzionalizzazione di internamento in OPG, che presentano una declamata cronicità, senza evidenti margini nelle possibilità riabilitative. In esse risulta prevalente il carattere di assistenzialità e supporto personale. Sono esclusi soggetti con ritardo mentale o con disturbi prevalentemente affettivi.

Di seguito si riportano gli esiti dell'indagine condotta nel 2024 dalla Regione sullo stato di attivazione di questo tipo di strutture.

Tab. 9 Gruppi Appartamento (rilevazione 2024)

ASL	STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE SEDE	POSTI*
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO SAN SISTO	Via Aveia n.1 L'Aquila	L'AQUILA	5
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO SAN FRANCESCO	Via Filippo Turati n.33 L'Aquila	L'AQUILA	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO TORRIONE	Via Ignazio Silone n.18 L'Aquila	L'AQUILA	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO COPPITO 2	Via Ungaretti n.2 int.3 Progetto CASE Coppito L'Aquila	COPPITO, L'AQUILA	3
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO CECCHETTI	Via Australia n.13 L'Aquila	PETTINO, L'AQUILA	3
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO PAGANICA DONNE	Via Mauro Rostagno n.1 int.8 Progetto CASE Paganica L'Aquila	PAGANICA, L'AQUILA	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO MARINELLA	Via Fabrizio de Andrè n.1 int.9 Progetto CASE Bazzano L'Aquila	BAZZANO, L'AQUILA	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO BAZZANO DONNE	Via Fabrizio de Andrè n.2 int.1 Progetto CASE Bazzano L'Aquila	BAZZANO, L'AQUILA	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO MASCHILE	Via Lucania, 12 Avezzano	AVEZZANO	4
ASL201	GRUPPO APPARTAMENTO SUPPORTATO FEMMINILE	Via Guerrazzi, 14 Avezzano	AVEZZANO	4
ASL203	GRUPPO APPARTAMENTO PESCARA - Struttura "LA ROSA"	Via Valle Furci	PESCARA	6
ASL204	Comunità Alloggio Casa C.A.R.A.	Piazza don Silvio De Annuntiis, Scerne di Pineto	PINETO	6
ASL204	Comunità Alloggio Vico del Nardo	Vico del Nardo 12, Teramo	TERAMO	6
ASL204	Comunità Alloggio Castelnuovo uomini	Via Tasso 39, Castellalto, Fraz. Castelnuovo (gruppo uomini)	CASTELLALTO	6
ASL204	Comunità Alloggio Castelnuovo donne	Via Tasso 39, Castellalto, Fraz. Castelnuovo (gruppo donne)	CASTELLALTO	6
ASL 204	Comunità Alloggio Via Paolucci	Via Paolucci 18, Teramo	TERAMO	6

2.6 Valutazione dei bisogni e modalità di accesso

L'appropriatezza e la garanzia di efficacia dei trattamenti psicoriabilitativi sono tra i primari obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito della salute mentale. La riabilitazione psichiatrica è primariamente ricondotta ai

criteri della medicina basata sull'evidenza (EBM) e deve essere grado di produrre risultati misurabili in termini di efficacia, attraverso la valutazione degli esiti e l'auspicabile introduzione di indicatori comuni sanitari e sociali (dimissioni dal trattamento sanitario, reinserimento del paziente nel tessuto sociale/lavorativo).

Le strutture residenziali psicoriabilitative sono un livello organizzativo dei servizi di salute mentale il cui accesso è inderogabilmente deciso dai Centri di Salute Mentale competenti per residenza o per presa in carico. Il criterio clinico è strettamente tecnico e si basa su parametri di appropriatezza clinica, gravità clinica, livelli di funzionamento personale e sociale e autonomia di vita, disponibilità al cambiamento dell'utente e oggettiva persistenza e floridezza di sintomatologia psicotica e affettiva non rispondente alle usuali cure comunitarie.

Il nuovo sistema di residenzialità psichiatrica deve fondarsi su un forte filtro all'ingresso.

I quadri patologici per l'accesso a programmi riabilitativi residenziali a termine sono:

- disturbi dello spettro schizofrenico;
- sindromi affettive gravi: (include disturbi depressivi e bipolari);
- disturbi borderline gravi di personalità senza attuali o pregressi comportamenti antisociali.

I trattamenti psicoriabilitativi **non si rivolgono** a utenti con:

- con ritardo mentale;
- con uso di sostanze in atto, cui siano residuati disturbi della condotta, del comportamento e della cognitività;
- con patologie neurologiche e neuropsicologiche anche lievi;
- con deficit neurosensoriali;
- con cerebropatie perinatali o acquisite;
- con disturbo antisociale di personalità ovvero misto con tratti antisociali;

Ove necessario, è attivato l'intervento di un mediatore linguistico, che renda comprensibile per lo psichiatra il sintomo patologico portato e possibilmente i significati da esso veicolati.

L'età massima di accesso a programmi riabilitativi residenziali, che non deve essere, di norma, superiore a 55 anni, si fonda su evidenze di letteratura scientifica e sul rapporto con la durata di malattia mentale.

L'accesso ai servizi di residenzialità per l'utente è subordinato ad una valutazione multidimensionale dei bisogni, effettuata da una équipe multiprofessionale composta ai sensi dell'art. 5 delle linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e delle UVM contenute nel DCA 107/2013 e ss.mm.ii.

Si raccomandano i seguenti, non esclusivi, strumenti diagnostici e di valutazione

- Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)
- Valutazione delle Attività e Definizione degli Obiettivi (VADO)
- Clinical Global (CGI).

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, funzionali e sociali del paziente, di conoscenza della lingua al fine di assegnare il setting assistenziale 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 DSM 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 definire 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 debba avvenire 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 autorizzato dal Dipartimento di Salute Mentale. Sia il P.T.L. 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 Centro di Salute Mentale 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.

2.7 La fase transitoria

L'allineamento agli standard e la messa a regime del processo di riorganizzazione dell'assetto della residenzialità psichiatrica, contenuta nel presente documento, comporta la previsione di una fase di transizione necessaria al fine di rivalutare di tutti i pazienti attualmente ospitati all'interno delle strutture residenziali regionali ed extraregionali in carico ai DSM della regione Abruzzo volti a definire l'inserimento degli stessi nei setting più appropriati. Laddove vi sia incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, il DSM inserente entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento dovrà ricollocare lo stesso in struttura idonea (SRP1, SRP2 e SRP3).

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 7 mesi dall'entrata in vigore del presente documento.

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 da includere nell'ambito residenziale, setting assistenziali appropriati e alternativi, quali:

- nuclei dedicati di RSA Demenze 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 e ss.mm.ii.). I nuclei dedicati di RSA Demenze prevedono il medico

neurologo o geriatra con funzioni di coordinamento (con consulenza psichiatrica in base a PDTA approvato con DGR 513/2019);

- Nuclei dedicati di RP disabili adulti. Ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento si fa riferimento ai manuali regionali (DGR 591P/2008 e ss.mm.ii.). I nuclei dedicati di RP Disabili adulti prevedono il medico neurologo con funzioni di coordinamento (con consulenza psichiatrica in base a PDTA approvato con DGR 513/2019).

I suddetti nuclei dedicati di RSA Demenze e RP Disabili (dettagliati successivamente), sono identificati in ottemperanza al DM 70/2015 che definisce come equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella 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 ospedaliera¹⁰.

Entro e non oltre 7 mesi dall'approvazione del presente documento, le UU.VV.MM. trasmettono al competente Servizio del Dipartimento Sanità, le risultanze dell'attività di valutazione condotta.

Ad esito della rivalutazione e dell'acquisizione dei relativi verbali, le AASSLL potranno proporre al Dipartimento Sanità le istanze di autorizzazione alla realizzazione delle strutture pubbliche a valere sul fabbisogno aggiuntivo approvato con Tabella 8.

2.8 Moduli di RSA demenze dedicati¹¹

La recente letteratura clinica ha evidenziato che in una consistente casistica esiste una sovrapposizione sintomatologica tra alcune patologie neurodegenerative e disturbi psichiatrici primari di natura non degenerativa. A mero titolo di esempio, in uno studio trasversale condotto – tra gli altri – da studiosi italiani è stato osservato che il 50% dei pazienti con FTD (disturbo neuropsichiatrico) riceve una prima diagnosi psichiatrica ed in media la diagnosi è ritardata fino a 5-6 anni dall'esordio della sintomatologia¹².

¹⁰ 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).

¹¹ Setting non di pertinenza psichiatrica ma di afferenza neurologica in ambito distrettuale residenziale (CDCD).

¹² *Frontotemporal Dementia: Correlations Between Psychiatric Symptoms and Pathology* di Scarioni, Galimberti et al., in *Annals of Neurology*, 12 aprile 2020. Lo studio è stato condotto su una coorte di 150 pazienti, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318614/>

A titolo puramente esemplificativo, si possono riportare studi relativi all'elevata incidenza di comorbidità psicopatologica unita alla malattia di Alzheimer o alla demenza multi-infartuale¹³.

In un altro caso è stata condotta un'analisi statistica delle correlazioni tra i parametri cognitivi e psicopatologici: lo studio, condotto su 64 pazienti ambulatoriali affetti da demenza, ha indicato un elevato tasso di psicopatologia fino all'83% dei pazienti¹⁴.

Il presente setting offre a soggetti non autosufficienti con esiti di menomazioni 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 elevato di assistenza tutelare ed alberghiera. La relativa scheda del Manuale di Autorizzazione è la n. 4.4.2 della D.G.R. 591-P-2008 e ss.mm.ii. ("Residenze Sanitarie Assistenziali Demenze").

2.9 Moduli di RP disabili dedicati¹⁵

La disabilità intellettiva è una malattia del neurosviluppo di rilevante gravità, caratterizzata da limitazioni significative, sia nel funzionamento cognitivo intellettivo che nel comportamento adattivo, che si manifestano nelle abilità concettuali, sociali e pratiche. L'associazione tra disabilità intellettiva altre forme di psicopatologia è accettata nella letteratura clinica¹⁶, anche se rara, come evidenziabile dai dati di comorbidità del SISM Gesma della Regione Abruzzo.

I moduli residenziali finalizzati all'accoglienza, all'assistenza e al mantenimento e recupero dell'autonomia residua di persone disabili non autosufficienti, anche temporaneamente privi del sostegno familiare, sono caratterizzati da media intensità assistenziale e medio-alta complessità organizzativa. La relativa scheda del Manuale di Autorizzazione è la n. 4.1.3 della DGR 591-p-2008 e ss.mm.ii. ("Residenze Assistenziali Disabili Adulti").

¹³ *Psychopathology associated with Alzheimer's disease and related disorders*, di Cohen, Eisdorfer et al. Journal of Gerontology, 1993, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8227995/>;

¹⁴ *Psychopathology and cognitive decline in dementia*, The Journal of Nervous and Mental Disease, Becker, Herschkowitz et al. 1994, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7989914/>

¹⁵ Setting non di pertinenza psichiatrica ma di afferenza all'ambito distrettuale residenziale.

¹⁶ Lund, 1985; Gostason, 1985; Inversion, & Fox, R.A., 1989; Reiss, 1990; Borthwick-Duffy, S.A., & Sharon, A., 1994; Roy, A., Martin, D. M., & Wells, M.B., 1997; Deb, S., Thomas, M., & Bright, C., 2001; Hatton, I. C., 2002; Kerker et al., 2004). Gli studi epidemiologici sono aumentati negli anni '90 e successivi (Iverson & Fox, 1989; Jacobson, 1990; Nezu, M.C., 1992; Fletcher & Dosen 1993; Matson & Barrett, 1993; Borthwick-Duffy, Sharon, A., 1994; Berrios, 1994; Rojahn Tasse 1996; Deb, S., Thomas, M., & Bright, C., 2001; Hatton, 2002; Tonge & Bouras, 1999 Martorell, A., 2008

2.10 La fase di riconversione

Le strutture private interessate dalle riconversioni di cui alla Tabella 5 presentano ai rispettivi SUAP le istanze finalizzate all'attualizzazione dei titoli autorizzatori di cui alla L.R. 32/2007. Le strutture presentano per il tramite delle AASSLL, ai DSM di rispettiva competenza territoriale, un piano di transitoria ricollocazione dei pazienti in strutture con setting appropriato nelle more del rilascio dei titoli autorizzatori alla realizzazione e all'esercizio. Il Servizio del Dipartimento Sanità competente in materia di accreditamento accerta la compatibilità delle istanze con gli assetti di riconversione approvati con il presente provvedimento. La conclusione della fase di riconversione avviene entro 18 mesi dell'approvazione del presente documento.

Nelle more della completa attuazione della riconversione, si conferma in capo alle strutture oggetto della stessa, il vigente assetto dei posti letto a garanzia dei LEA e continuità dell'assistenza; inoltre, fino a completa riconversione, le strutture che già svolgono l'attività assistenziale di cura e custodia nei confronti dei pazienti psichiatrici giudiziari dovranno, ove ne sia richiesta disponibilità da parte dei DSM, proseguire l'attività riabilitativa nei confronti dei pazienti inviati dall'autorità competente, senza detrimento dell'assistenza.

Il fabbisogno che si approva, che delinea sia l'area dell'autorizzazione che dell'accreditamento, è destinato ai processi di riconversione, la cui verifica di funzionalità si ritiene assunta – ai sensi dell'art. 6, comma 1-bis L.R. 32/2007 - con il presente provvedimento, senza subordinazione al bando regionale di cui all'art. 1.

3. Servizi per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

3.1 Introduzione

Le linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza di cui all'Intesa Rep. Atti 70/CU del 25 luglio 2019 riferiscono che sugli interventi residenziali terapeutici manca un flusso dedicato e non esistono dati dedicati; l'unico monitoraggio regionale è attivo nella regione Lombardia, ove si segnala un aumento di circa il 10% degli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche.

Alla luce dei dati epidemiologici e di accesso ai servizi territoriali, le linee nazionali forniscono l'indirizzo di assicurare la presenza di un'Unità Operativa di NPIA territoriale per bacini di utenza compresi tra 300 mila e 600 mila abitanti collegata agli ospedali di I o II livello, con collocazione, articolazioni e organizzazioni definite dalle specifiche programmazioni regionali.

In Regione sono presenti 4 U.O. di NPIA territoriale presso le ASL 201, 202, 203 e 204. Presso la ASL 201 è presente anche una U.O. NPIA a direzione universitaria con posti in DH.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile fanno parte del Dipartimento di Salute Mentale e svolgono un'attività finalizzata alla tutela e alla promozione della salute mentale dei soggetti in età evolutiva (0–18 anni). Consentono la presa in carico di bambini e adolescenti con problemi neuropsichiatrici, fornendo un riferimento di specializzazione alle famiglie per gli aspetti diagnostici e riabilitativi. Prevedono l'integrazione e la stretta collaborazione con le altre Unità Operative delle AASSLL e con i Servizi Sociali territoriali. Le attività della U.O. di NPIA territoriali si realizzano mediante un approccio multidisciplinare che integra le competenze cliniche di neuropsichiatri infantili, psicologi e psicoterapeuti con la professionalità di tecnici della riabilitazione (logopedisti, TNPEE, TeRP dell'età evolutiva, educatori professionali, terapisti occupazionali, assistenti sociali ed infermieri).

Per le strutture residenziali psichiatriche dell'area infanzia-adolescenza è individuato un fabbisogno complessivo— come stabilito da L.R. 5/2008 - di 25 posti letto per i setting intensivo ed estensivo (ad eccezione di quello socio-assistenziale della 'casa famiglia').

3.2 Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche per l'area infanzia-adolescenza (art.32 D.P.C. M.12.01.2017)

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi, associati a interventi di supporto sociosanitario, e costituiscono una importante componente della rete dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza. In Abruzzo si registra una mancanza di strutture residenziali territoriali dedicate alla presa in carico neuropsichiatrica dei minorenni. I servizi di NPIA, chiamati ad elaborare – con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento della rete educativa-scolastica - il PTRI, devono essere informati a principi di continuità terapeutica tra i vari setting ospedalieri e territoriali oltre che di collegamento funzionale con l'area dei consultori, sociale, giudiziaria, educativa e delle dipendenze patologiche. Cardine della presa in carico sono la diagnosi precoce e la presenza di setting ad alta intensità (SRP.1 Età Evolutiva), a media intensità (SRP.2 Età Evolutiva) e a bassa intensità (SRP.3 Età Evolutiva), oltre alla presenza di strutture appropriate per la presa in carico successiva, di tipo leggero. Spesso è la carenza di queste strutture a determinare un prolungamento e una cronicizzazione della presa in carico dei minori da parte dei setting ospedaliero (SPDC, pediatria) o la loro istituzionalizzazione, che attualmente avviene fuori regione. I servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza trattano inoltre diverse tipologie di utenza: minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici, alcuni dei quali determinano disabilità complesse, associate o meno a disturbi comportamentali. A tal proposito, pur senza ricorrere a separazioni radicali, appare opportuno individuare risposte terapeutiche semiresidenziali e residenziali differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età.

L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi neuropsichici può essere richiesto anche dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra il Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza e la Magistratura minorile al fine di individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso, con l'eventuale collaborazione dei servizi sociali.

3.3 Requisiti e standard delle strutture di salute mentale infanzia e adolescenza

Per l'area infanzia-adolescenza si individuano strutture riabilitative età evolutiva di tipo SRP1- E.E. a carattere intensivo con le caratteristiche della SRP1 adulti ed SRP2 E.E, a carattere estensivo con le caratteristiche simili a quelle delle SRP degli adulti (le schede di autorizzazione di riferimento sono rispettivamente la 4.1.7 e 4.2.6 con previsione del neuropsichiatra infantile in luogo dello psichiatra e ricettività massima di 10 posti letto).

In aggiunta occorre inserire strutture riabilitative psichiatriche per età evolutiva di tipo SRP3.1 con le caratteristiche della SRP3 adulti (la scheda di autorizzazione di riferimento è la 4.2.4 – Casa Famiglia con previsione del neuropsichiatra infantile in luogo dello psichiatra).

Per la semi-residenzialità si individuano almeno 1 Centro Diurno di natura pubblica per ASL.

3.4 SRP.1 E.E. - Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Definizione

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti minori con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con diversi gradi di assistenza.

Indicazioni clinico riabilitative età evolutiva

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, delle competenze relazionali, 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-scolastica e familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che può produrre scempenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti accessi al PS anche dopo un periodo di ricovero, sotto i 16 anni, nei Servizi di Pediatria della Regione o in degenza ordinaria NPI (attualmente fuori Regione); e sopra i 16 anni, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie attualmente fuori Regione;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo (attualmente fuori Regione);
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento

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 neuropsichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

area clinico neuropsichiatrica: monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte del neuropsichiatra infantile sia con il paziente che con la famiglia; area psicologica: offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie) e psicoeducativo (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 minore nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del minore nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. È da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento/ recupero scolastico e/o lavorativo (fascia di età 16-18); 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 Servizio di NPIA che ha in carico il minore, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 E.E. 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 e Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i Tecnici 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 la NPIA di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

Tabella sinottica SRP.1 E.E.

Strutture di riabilitazione psichiatrica intensiva

Bisogno da soddisfare: interventi ad alta intensità riabilitativa sui casi gravi, esordi in fase acuta dei disturbi schizofrenici a insorgenza precoce e dei disturbi dell'umore, esordi psicotici e fasi di post acuzie.

Tipologia di utenti minori : pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale affetti da disturbi schizofrenici ad insorgenza precoce (dai 13 anni), disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi comportamentali gravi.

<p>Tipologia di struttura: Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 10 PL)</p> <p>Modalità di accesso: Valutazione da parte della NPIA attraverso progetti individuali</p>
<p>Durata di degenza: La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con la NPIA di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi</p>
<p>Standard di struttura: Manuale di Autorizzazione e Accreditamento DGR 4.1.7.</p> <p>Standard 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:</p> <p>Medico Neuropsichiatra Infantile: 12 minuti al giorno per paziente Psicologo: 20 minuti al giorno per paziente Infermiere: 110 minuti al giorno per paziente Tecnici della riabilitazione psichiatrica 90 minuti al giorno per paziente OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente</p> <p>Il turno notturno prevede obbligatoriamente la presenza di n. 2 unità (2 Infermieri o infermiere + 1 OTA/OSS)</p> <p>Il coordinamento è affidato al medico neuropsichiatra infantile</p> <p>E' prevista la reperibilità medica</p> <p>Tariffa: Costo complessivo giornaliero: le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale</p>

SRP.2 E.E. Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Definizione

Si tratta di strutture che accolgono minori 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 minore a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, delle abilità sociali e scolastiche.

In particolare si possono evidenziare:

- problemi relazionali e o comportamentali di gravità media o grave in ambito familiare/sociale/scolastico; e aderenza al programma terapeutico riabilitativo almeno sufficiente, con coinvolgimento della famiglia, ove possibile.

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 e riabilitazione

- o area clinico neuropsichiatrica infantile: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica; area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- o area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del minore nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- o 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;
- o area del coordinamento: incontri periodici con la NPIA che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP2 E.E. 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 e Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri

- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i tecnici della riabilitazione psichiatrica Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, prorogabile per altri 12 mesi, con motivazione scritta e concordata con la NPIA di riferimento,

Tabella sinottica SRP.2 E.E.

Strutture di riabilitazione psichiatrica estensiva
Bisogno da soddisfare: programmi a media intensità riabilitativa finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato.
Tipologia di utenza minori stabilizzati sotto il profilo psicopatologico con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata.

Tipologia di Struttura riabilitativa di tipo comunitario (fino ad un massimo di 10 PL) ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo.

Modalità di accesso valutazione da parte della NPIA attraverso progetti individuali

Durata di degenza: La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi prorogabile per altri 12 mesi, con motivazione scritta e concordata con il NPIA di riferimento,

NB: per quanto riguarda i nuovi accoglimenti, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito neuropsichiatrico, per le SRP.2 valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia ad esordio precoce e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi comportamentali;

Standard di personale: Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto:

Medico Neuropsichiatra Infantile: 6 minuti al giorno per paziente

Psicologo: 18 minuti al giorno per paziente

Infermiere: 80 minuti al giorno per paziente

- Tecnici della riabilitazione psichiatrica 70 minuti al giorno per paziente

OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente

Il turno notturno prevede obbligatoriamente la presenza di 2 unità (2 Infermieri o 1 infermiere + OTA/OSS)

Il coordinamento è affidato al medico neuropsichiatra Infantile

È prevista la reperibilità medica

Tariffa: Le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale

SRP.3 E.E.– Strutture residenziali psichiatriche età evolutiva per interventi socio-riabilitativi

Definizione

Si tratta di strutture che accolgono minori 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 E.E. 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 o Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri o Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i tecnici della riabilitazione psichiatrica o 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 E.E. può articolarsi in sottotipi secondo la programmazione regionale sulla base delle indicazioni cliniche delle aree di intervento e dell'impegno orario del personale in servizio.

SRP 3.1 E.E. - Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

I minori 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 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 progressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare, scolastico 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 neuropsichiatrica infantile: 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 minore 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 la NPIA che ha in carico il minore, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo;

Tabella sinottica SRP3.1 E.E

Strutture Residenziali Psichiatriche età evolutiva per interventi socio-riabilitativi con personale nelle 24 ore
Bisogno da soddisfare: programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.
Tipologia di utenza: pazienti clinicamente stabilizzati non assistiti 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 della NPIA attraverso progetti individuali
Durata di degenza: La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (TRP)
Standard minimi di personale: Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti secondo il seguente prospetto: Medico neuropsichiatra Infantile: 5 minuti al giorno per paziente; Psicologo: 10 minuti al giorno per paziente; Infermiere: 45 minuti al giorno per paziente; Tecnici della riabilitazione psichiatrica o Educatore o Terapista occupazionale: 30 minuti al giorno per paziente; OTA/OSS: 60 minuti al giorno per paziente; È prevista la reperibilità medica
Tariffa: le tariffe saranno determinate con apposito provvedimento regionale

4. Semiresidenzialità psichiatrica – Centri Diurni Psichiatrici (CDP)

La Programmazione regionale conferma di voler diffondere sul territorio dei Centri Diurni in luogo delle strutture di tipo SRP 3.3, rimandando, anche a seguito della rivalutazione dei bisogni assistenziali, 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 effettuato nell'ottica della ripresa di una vita soddisfacente e dotata di senso nonostante la presenza o meno di sintomi o problemi correlati.

Ai sensi della L.R. 5/2008, Par. 5.2.10.8, la gestione dei Centri Diurni permane di competenza del Servizio pubblico, come articolazione dipartimentale e/o come Servizio che risponde ad esigenze di integrazione socio-sanitaria (area dell'integrazione DPCM 29-11-2001), con facoltà di convenzionamento per la loro gestione con cooperative sociali di tipo A. 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.

Di seguito l'elenco dei CD di Salute Mentale (rilevazione 2024):

Tab. 10 - Centri Diurni di Salute Mentale

ASL	STRUTTURA	INDIRIZZO	SEDE
ASL201	UOSD Unità Provinciale Centri Diurni Psichiatrici	Via San Marciano (Ingresso Via Vetusti 7)	L'AQUILA
ASL201	UOSD Unità Provinciale Centri Diurni Psichiatrici	Via Carlo Alberto Dalla Chiesa 1	AVEZZANO
ASL201	UOSD Unità Provinciale Centri Diurni Psichiatrici	Viale Giuseppe Mazzini n. 34	SULMONA
ASL202	UOC CSM	Via Parma	LANCIANO
ASL202	UOC CSM	Via Italia	GISSI
ASL202	UOSD CSM	Corso Plebiscito	VASTO
ASL202	UOC CSM	Viale Amendola 47	CHIETI
ASL202	UOC CSM	Piazza San Francesco 4	ORTONA
ASL203	UOC CSM Area Sud	Via XX Settembre 44	TOCCO DA CASAURIA
ASL203	UOC CSM Area Nord	C.da De Cesaris c/o Distretto	PENNE
ASL203	UOC CSM Area Sud	Contrada Valle Furci, Pescara	PESCARA
ASL204	CSM TERRE DEL CERRANO	Viale della Repubblica, 1	ATRI
ASL204	CSM GIULIANOVA	Via Gramsci	GIULIANOVA
ASL204	CSM TERAMO	P.zza del Carmine	TERAMO
ASL204	CSM VAL VIBRATA	Via Murri	S.EGIDIO ALLA VIBRATA

La scheda di autorizzazione è individuata nella n. 4.2.1. del manuale di autorizzazione (“Centro Diurno Psichiatrico”).

4.1 Modello organizzativo dei Centri Diurni Psichiatrici

Le attività che si svolgono nel CDP, modello organizzativo del DSM, 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 55 anni;
- diagnosi: tutti i disturbi psichiatrici dello spettro schizofrenico con rilevanti deficit del funzionamento sociale e personale.

Valutata la possibilità di effettuare un percorso riabilitativo, viene elaborato il Programma Riabilitativo Personalizzato (PRP) da parte dell'équipe 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 équipe riabilitativa e psichiatra inviante;
- verifica trimestrale delle condizioni cliniche e di funzionamento da parte del CSM inviante 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 e metacognitiva;
- recupero del ruolo sociale.

4.2 Finalità dei Centri Diurni Psichiatrici

Lo scopo del percorso riabilitativo nel CDP è sostanzialmente rivolto al recupero e 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 pregiudizio 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.

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

Tab. 11 Centri Diurni – Numero e posti attivi

ASL	Somma di N° posti	Somma di N° utenti	Giornate	Numero strutture	Indice rotazione p.l.	Degenza media
201	66	118	4.793	3	1,8	40,6
202	120	117	9.332	5	1,0	79,8
203	70	84	7.424	3	1,2	88,4
204	91	120	9.200	4	1,3	76,7
Totale complessivo	347	439	30.749	15	1,3	70,0

Fonte: elaborazioni DPF020 su dati Nsis (STS.24 Quadro F)

Con 30.749 giornate erogate nel 2022 e 347 posti, l'Abruzzo evidenzia un indice di rotazione di 1,3 posti letto.

Nel Manuale di Autorizzazione (sezione 4.2. 1) viene invece definito che la struttura può ospitare fino ad un massimo di 30 utenti compatibilmente con le caratteristiche strutturali dell'immobile in cui i CDP sono ospitati e con adeguata volumetria per le attività di gruppo.

Considerando l'indice di turnover e di degenza media, un fabbisogno aggiuntivo di posti letto può essere apprezzato solo per le province dell'Aquila e Pescara.

Si ribadisce l'indirizzo di implementare il fabbisogno di Centri Diurni Psichiatrici nella misura di 1 per Centro di Salute Mentale, dando mandato alle ASL di procedere a raggiungere tale numerosità critica ove non conseguita (Asl 201 e 203).

Accessi semiresidenziali erogati per tipo di struttura erogante - valori assoluti e tassi per 10.000 abitanti

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

Regione	Strutture psichiatriche		Strutture non psichiatriche		TOTALE	
	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso
ABRUZZO	30.870	280,9			30.870	280,9
ITALIA	1.199.527	244,8	19.095	3,90	1.218.622	248,7

4.3 Semiresidenzialità psichiatrica età evolutiva – Centri Diurni Neuropsichiatrici E.E. (CDPEE)

La Programmazione regionale conferma di voler diffondere sul territorio dei Centri Diurni in luogo di strutture di tipo “SRP 3.2. Età Evolutiva” rimandando, anche a seguito della rivalutazione dei bisogni assistenziali, l'opportunità di programmare sul territorio le strutture SRP 3.2 E.E.

Il Centro Diurno Psichiatrico per Età Evolutiva (CDPEE) rappresenta il luogo dove si attivano percorsi di ripresa del funzionamento sociale e scolastico/lavorativo di minori con problematiche emotivo-comportamentali. Tali percorsi di ripresa, già avviati nell'ambito della NPIA 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 dei disturbi neuropsichiatrici infantili effettuato nell'ottica della ripresa di una vita soddisfacente e dotata di senso nonostante la presenza o meno di sintomi o problemi correlati.

Ai sensi della L.R. 5/2008, Par. 5.2.10.8, la gestione dei Centri Diurni permane di competenza del Servizio pubblico, come articolazione dipartimentale e/o come Servizio che risponde ad esigenze di integrazione socio-sanitaria (area dell'integrazione DPCM 29-11-2001). Il CDPEE ha la funzione di incoraggiare e facilitare i percorsi verso l'autonomia nelle funzioni adattive e nella capacità di chiedere aiuto quando necessario.

4.3.1 Modello organizzativo dei CDPEE

Le attività che si svolgono nel CDPEE, modello organizzativo del DSM, sono finalizzate alla riacquisizione di abilità, all'accettazione delle difficoltà da parte del minore al riconoscimento che lo stesso deve assumere un ruolo attivo all'interno del proprio percorso di cura. Il CDPEE 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 CDPEE avviene attraverso la presentazione da parte dello neuropsichiatra infantile della NPIA all'équipe riabilitativa. Ai fini dell'inserimento, devono essere valutati i seguenti requisiti:

- assenza di deficit cognitivi rilevanti;
- età fino ai 18 anni;
- diagnosi: tutti i disturbi neuropsichiatrici infantili con rilevanti deficit del funzionamento sociale;

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

- avvio del programma riabilitativo con accoglienza individuale presso il CDPEE;
- contatto e condivisione del programma con la famiglia;
- incontri di verifica mensili tra equipe riabilitativa e il neuropsichiatra inviante;
- verifica mensile da parte della NPIA 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/scolastico/lavorativo.

4.3.2 Finalità del CDPEE

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

L'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e l'inclusione sociale pertanto, rappresentano gli obiettivi principali dell'intervento di un CDPEE.

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.

In termini di fabbisogno regionale di centri diurni psichiatrici età evolutiva, è necessario attivare almeno 1 Centro Diurno Psichiatrico E.E. per ASL.

Utenti presenti in strutture semiresidenziali psichiatriche per tipologia di struttura erogante - valori assoluti e tassi per 10.000 abitanti

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

Regione	Strutture psichiatriche		Strutture non psichiatriche		TOTALE	
	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso
ABRUZZO	578	5,3			578	5,3
ITALIA	22.037	4,4	159	0,0	22.196	4,4

Utenti presenti in strutture semiresidenziali psichiatriche per sesso, fasce d'età e tipo di rapporto della struttura con il SSN

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

Regione	Tipo Rapporto	MASCHI							FEMMINE							TOTALE		
		Fasce d'età							Fasce d'età									
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	TOTALE	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74		≥75	TOTALE
ABRUZZO	Struttura afferente DSM	23	69	88	117	43	8	-	348	14	26	52	55	31	1	-	179	527
	Struttura privata accreditata o in convenzione	2	4	7	20	1	-	-	34	-	3	7	6	1	-	-	17	51
	TOTALE	25	73	95	137	44	8	-	382	14	29	59	61	32	1	-	196	578
TOTALE		877	2.089	2.416	3.783	2.772	591	135	12.663	940	1.120	1.457	2.647	2.474	708	187	9.533	22.196

Restano validi i requisiti specifici dei Centri diurni già declinati all'interno della DGR 591/P-2008 e ss.mm.ii, nei rispettivi Manuali di Autorizzazione (sezione 4.2. 1), salve successive modifiche.

5. Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.)

5.1 Introduzione

Il dibattito sui pazienti socialmente pericolosi ha avuto ampia eco, nel corso del 2021, nella letteratura sanitaria e di giustizia in Italia, con culmine nella Sentenza n. 22/2022 della Corte Costituzionale.

Con Ordinanza 131 la Corte disponeva un'indagine (da condurre con Ministero della Salute, Ministero della Giustizia e Conferenza delle Regioni) in risposta alla questione di legittimità costituzionale sollevata dal GIP di Tivoli circa la disciplina delle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), che affida ai sistemi sanitari regionali una competenza esclusiva nella gestione delle misure di sicurezza privative della libertà personale disposte dal giudice penale nei confronti di autori di reato che versino in condizioni di salute mentale incompatibili con la detenzione.

Nell'Ordinanza, articolata in 14 punti, la Consulta richiedeva specifici chiarimenti circa le difficoltà incontrate dalle Regioni (Sanità regionali) nel dare seguito alle misure di sicurezza, testimoniate dalle lunghe liste d'attesa REMS (per Abruzzo e Molise, il dato medio degli ultimi 4 anni è di almeno 10 utenti in attesa di ingresso nella REMS di Barete) chiedendo *“se le riscontrate difficoltà siano dovute a ostacoli applicativi, all'inadeguatezza delle risorse finanziarie, ovvero ad altre ragioni”*.

A seguito dell'Ordinanza, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) istituiva una cabina di regia permanente sul fenomeno richiedendo alle regioni italiane (compresa la REMS Abruzzo-Molise con sede a Barete, che detiene 1 modulo di 20 posti letto (dei quali 16 p.l. per la Regione Abruzzo – 14 per uomini e 2 per donne - e 4 riservati al Molise - 3 per uomini e 1 per donne) un monitoraggio continuo delle liste d'attesa delle REMS e dei posti letto dei c.d. “ricoveri alternativi”, teoricamente riservati ai pazienti con grado inferiore di pericolosità sociale e destinatari di libertà vigilata e LFE (licenza finale di esperimento). Raccolte le informazioni necessarie, la Corte Costituzionale ha ritenuto, nelle conclusioni della Sentenza 16 dicembre 2022, n. 22, che l'applicazione concreta delle norme in materia di REMS nei confronti degli autori di reato affetti da patologie psichiatriche presenta diversi profili di contrasto con i principi costituzionali.

Il dato sostanziale osservato dalla Corte osserva riguarda il fatto che *“i dati forniti congiuntamente dai Ministri della giustizia e della salute e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome hanno mostrato che, allo stato, tutte le REMS esistenti nelle varie realtà territoriali sono occupate quasi al limite delle rispettive capacità regolamentari; sicché i posti disponibili sull'intero territorio nazionale sono ampiamente inferiori al numero delle persone che si trovano in lista d'attesa, comunque determinato”*.

La Corte Costituzionale, con sentenza 2-18 luglio 2003, n. 253, (in G.U. 1^a s.s. 23/07/2003, n. 29), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 c.p. nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale. L'art. 3-ter del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni,

dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha dettato disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari rinviando a successivo apposito decreto l'individuazione, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, degli ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Conseguentemente, con il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1° ottobre 2012 sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia ed è stato previsto che la gestione interna delle strutture residenziali sia di esclusiva competenza sanitaria la cui responsabilità è assunta da un medico dirigente psichiatra.

5.2 Il “Gruppo Tecnico REMS”

Il 13 aprile 2016 Regione Abruzzo e Ministero della Giustizia (Tribunale di L'Aquila-Ufficio di Sorveglianza, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria Lazio-Abruzzo-Molise) sottoscrivevano un Accordo al fine di dare adeguata attuazione alla normativa vigente in materia di effettiva garanzia della presa in carico nella REMS Abruzzo-Molise di Barete (AQ), struttura residenziale aperta nel maggio del 2016 a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Il 5 dicembre 2017 veniva siglato il Protocollo attuativo dell'Accordo 13.04.2016, ai sensi del quale:

- Tutti i DSM delle Regioni Abruzzo e Molise sono tenuti a comunicare al Presidente della Corte d'Appello, al Procuratore Generale e al Presidente del Tribunale di Sorveglianza entro il 30 giugno di ogni anno l'elenco aggiornato delle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) accreditate o provvisoriamente accreditate presenti nell'ambito della ASL di appartenenza;
- È compito del Responsabile/Direttore della REMS segnalare all'Autorità Giudiziaria l'eventuale necessità di revisione anticipata del giudizio di pericolosità sociale qualora vi siano variazioni psicopatologiche tali da poterla escludere; contestualmente si coordina con il DSM al fine di elaborare tempestivamente il PTRP in collaborazione con gli enti locali per individuare le risorse economiche necessarie al reinserimento sociale della persona.

Il Protocollo prevede altresì un indirizzo comune in ragione del quale l'Autorità Giudiziaria, nel richiedere al perito di valutare se sussista o meno la pericolosità sociale, inviti lo stesso a richiedere al DSM di competenza eventuale documentazione clinica e a verificare l'incidenza sulla pericolosità di possibili trattamenti terapeutici e riabilitativi (se esistenti ai sensi delle linee guida internazionali e della medicina basata sulle evidenze) a cura del DSM di appartenenza. Si aggiunge inoltre che “resta fermo, ai sensi della L. 81/2014,

che non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”.

La Regione Abruzzo ha istituito con Determinazione Dirigenziale DPF015/04 del 23.01.2020 il Gruppo Tecnico Regionale REMS per la gestione e il monitoraggio della lista d’attesa REMS, i cui compiti si sostanziavano nella definizione di un protocollo operativo per il riesame degli ingressi e circa la collaborazione peritale in fase di giudizio.

Il “Gruppo REMS” è composto dal Presidente del Tribunale di Sorveglianza (o suo delegato); dai Direttori dei DSM della Regione Abruzzo e dell’ASREM Molise; dal Direttore della UOC di Medicina Legale dell’Asl203; dal Coordinatore regionale dei servizi di sanità penitenziaria; dai Dirigenti regionali con competenza in ambito di programmazione sanitaria penitenziaria e di salute mentale.

I passaggi istituzionali svolti dalla Regione Abruzzo (anche a seguito delle riunioni del Gruppo Rems tenutesi in periodo pre-pandemico) hanno rappresentato un percorso di avvicinamento e di condivisione per la futura creazione di un gruppo tecnico ristretto a composizione multidisciplinare quale elemento di raccordo tra Sanità regionale e Ministero della Giustizia.

Il presente paragrafo recante l’istituzione del PUR sarà integrato con l’approvazione dello schema aggiornato del protocollo d’intesa che, con separato atto, la Regione Abruzzo e il Ministero della Giustizia si impegnano a sottoscrivere. Il protocollo definisce la migrazione del “Gruppo REMS” nel Punto Unico Regionale, il quale ne acquisisce integralmente ruolo e funzioni.

5.3 P.U.R. – Punto Unico Regionale

L’Accordo n. 188/C.U. del 30.11.2022 della Conferenza Unificata ha approvato la proposta di un Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale, inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi dell’articolo 3-ter, decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1° ottobre 2012 (requisiti tecnico organizzativi delle REMS).

Il documento prevede la creazione di una «Cabina di regia nazionale», che va ad affiancare l’«Organismo di Coordinamento per il superamento dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)» presso il Ministero della Salute e di un «Punto Unico Regionale» avente l’obiettivo di supportare l’Autorità giudiziaria, di fungere da raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) nonché di promuovere Protocolli locali. L’impianto mira ad elaborare «condivisi percorsi assistenziali» per i quali sono essenziali, oltre ai periti, il consenso e la partecipazione del paziente, nonché l’attività di avvocati, amministratori di sostegno e garanti che verranno coinvolti a tutti i livelli.

Le attività terapeutico riabilitative, quali elementi costitutivi del percorso di cura, ancorché svolte in luogo esterno alla R.E.M.S., non necessitano di ulteriore avallo da parte dell'Autorità Giudiziaria (art 8).

I criteri per la gestione della lista di attesa per entrare in R.E.M.S. (per la cui disamina si rimanda al relativo paragrafo), oltre a quello temporale, sono:

- le «caratteristiche sanitarie» del paziente;
- il livello attuale di inappropriatezza della collocazione in Istituto Penitenziario o in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) e dell'adeguatezza di alternative alla R.E.M.S.

L'Accordo prevede la presa in carico delle persone sottoposte a misura di sicurezza secondo il principio della territorialità (art. 1); la gestione delle liste di attesa, nell'ottica di una riduzione graduale fino ad un loro azzeramento, secondo criteri e modalità uniformi (art.4); l'obbligatorietà per ogni paziente, al quale è applicata una misura di sicurezza, di uno specifico Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (P.T.R.I.), definito dal D.S.M. competente, finalizzato al reinserimento sociale, periodicamente aggiornato e inserito nella cartella clinica personale (art. 8); il monitoraggio uniforme e continuo delle R.E.M.S. attraverso il sistema S.M.O.P. creato dalla Regione Campania e adottato, tra le altre regioni, anche dalla Regione Abruzzo (art. 14).

Come accennato, l'Accordo assegna alle Regioni il compito di istituire un Punto Unico Regionale (P.U.R.), che operi d'intesa e in costante raccordo con i D.S.M. e le aziende sanitarie locali e che si impegni a:

- indicare tempestivamente e direttamente all'Autorità Giudiziaria richiedente, nonché al D.A.P., la R.E.M.S. di destinazione per competenza territoriale;
- qualora nell'immediato non siano disponibili posti in R.E.M.S. Abruzzo-Molise, favorire il raccordo con la Magistratura competente al fine di permettere una periodica, stringente, revisione della situazione clinica dei soggetti in attesa di internamento. Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà cura del P.U.R. indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell'Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata;
- qualora l'Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), ai sensi degli articoli 73 del c.p.p. o 211-bis del c.p., il P.U.R. provvede a raccordare l'Autorità Giudiziaria e le A.S.L. per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie; nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il P.U.R. ne dà tempestiva notizia al D.A.P.;
- promuovere la stipula di protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie presenti sul territorio al fine di elaborare condivisi percorsi assistenziali in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato e che contengano, tra l'altro, la previsione secondo cui, al momento del conferimento degli incarichi peritali o

di consulenza tecnica in materia psichiatrico-forense, le Autorità Giudiziarie invitino i periti e i consulenti tecnici a prendere contatti con i P.U.R. al fine di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale presenti sul territorio eventualmente idonei ad accogliere il paziente psichiatrico autore di reato, qualora, all'esito degli accertamenti, l'Autorità Giudiziaria dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva;

- promuovere forme di coordinamento interregionale, nel rispetto del principio di territorialità, specialmente tra Regioni limitrofe, al fine di stimolare la collaborazione tra sistemi sanitari regionali da attivare in relazione all'esecuzione delle misure detentive e non detentive;
- favorire il raccordo operativo con i D.S.M., titolari della presa in carico, qualora da questi venga sollecitata la necessità di rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti presenti nelle liste di attesa per l'ingresso in R.E.M.S. o che comunque risultino già in carico ai D.S.M. in conformità alla Legge 81/2014;
- favorire la rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti ricoverati in R.E.M.S. a cura del Magistrato competente qualora venisse ravvisata dall'equipe curante della R.E.M.S. e/o del D.S.M. la possibilità di adozione di misure terapeutiche alternative;
- monitorare qualitativamente e quantitativamente le liste d'attesa eventualmente esistenti per l'ingresso in R.E.M.S., comunicando ogni sei mesi gli esiti delle rilevazioni al Ministero della Salute ed al Ministero della Giustizia.

Relativamente alle liste di attesa regionali, i P.U.R. ne assicurano la gestione, sino all'esaurimento delle stesse, secondo le modalità di cui all'art. 4 dell'Accordo n. 188/C.U. del 30.11.2022.

L'art. 10 dell'Accordo prevede che le Regioni, gli Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.) definiscano con la Magistratura specifici accordi che regolamentano le modalità di collaborazione ai fini dell'attuazione delle disposizioni normative inerenti all'applicazione delle misure di sicurezza detentive, alla loro trasformazione e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive.

5.4 Assegnazioni in REMS

Le assegnazioni ed i trasferimenti presso le R.E.M.S. si attengono al principio della territorialità e sono eseguiti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (di seguito DAP) in collaborazione con il P.U.R. Le assegnazioni sono disposte dal DAP anche tenuto conto della disponibilità di posti nelle singole R.E.M.S., come segnalati e tempestivamente aggiornati dal P.U.R. I soggetti senza fissa dimora/stranieri sono presi in carico dal DSM competente per territorio ove è ubicata la REMS di assegnazione definita dall'Autorità Giudiziaria. Gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico delle AASSLL (di Abruzzo e Molise) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione. Il DAP assicura, ai sensi dell'art. 1 e 3 dell'Accordo n.

188/CU del 30.11.2022, l'invio al P.U.R. delle pertinenti informazioni relative alla singola persona alla quale è applicata dalla Magistratura una misura di sicurezza e le informazioni disponibili sul Comune di residenza o domicilio, ovvero, nei casi di persone senza fissa dimora, di quello di commissione del reato. Il P.U.R. fornisce supporto all'Autorità Giudiziaria al fine di dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentive e non detentive in base al principio di territorialità, individuando la REMS di assegnazione. Il DAP, ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo n. 188/CU del 30.11.2022, si impegna a svolgere ogni utile funzione di raccordo e coordinamento tra l'Autorità Giudiziaria ed il P.U.R. ricevendo dall'Autorità Giudiziaria e condividendo le richieste di collocazione di soggetti nelle R.E.M.S. e la copia dei provvedimenti applicativi della misura di sicurezza detentiva.

Al momento della trasmissione dei provvedimenti di assegnazione alla R.E.M.S., il DAP si impegna altresì a comunicare al P.U.R. se la richiesta riguarda:

- un soggetto già presente in lista di attesa in quanto già sottoposto a misura di sicurezza detentiva mai eseguita per carenza di posto in R.E.M.S. che sia stato raggiunto da un ulteriore provvedimento applicativo di misura di sicurezza detentiva in relazione ad un nuovo titolo di reato;
- un soggetto già sottoposto a misura di sicurezza non detentiva che sia stato raggiunto da un provvedimento di aggravamento, con applicazione della misura di sicurezza detentiva. Il P.U.R. provvede, quindi, ad indicare tempestivamente e direttamente all'Autorità Giudiziaria richiedente, nonché al DAP, la R.E.M.S. di destinazione per competenza territoriale. Qualora nell'immediato non siano disponibili posti in R.E.M.S., il P.U.R. favorisce il raccordo con la Magistratura competente al fine di permettere una periodica, stringente, revisione della situazione clinica dei soggetti in attesa di internamento. Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà cura del P.U.R. indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell'Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata. Qualora l'Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), ai sensi degli articoli 73 del c.p.p. o 211-bis del c.p., il P.U.R. provvede a raccordare l'Autorità Giudiziaria e i servizi aziendali di competenza per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie; nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il P.U.R. ne dà tempestiva notizia al DAP. Il P.U.R. e il DAP si impegnano a revisionare periodicamente e comunque ogni sei mesi le liste di attesa per gli ingressi R.E.M.S. scambiandosi ogni dato ritenuto rilevante, nel rispetto del principio di leale collaborazione e della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali. Ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo n. 188/CU del 30.11.2022, il DAP procede ai trasferimenti dagli Istituti Penitenziari alle R.E.M.S. per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, nonché alle traduzioni per motivi di giustizia, secondo quanto disposto dall'Autorità Giudiziaria. In tutte le restanti circostanze, l'accompagnamento della persona in R.E.M.S., compreso l'accompagnamento dalla libertà, è

disposto dall'Autorità Giudiziaria competente attraverso le FF.OO. Previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria, competono al P.U.R. i trasferimenti programmati per luoghi di cura esterni alla struttura ove è ospitato il paziente, i trasferimenti presso altre strutture, comunità o abitazione, l'accompagnamento nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata, compreso il momento della dimissione. In caso di estrema urgenza o pericolo di vita, il Dirigente Medico Responsabile della struttura che accoglie il paziente dispone direttamente il trasferimento per motivi sanitari, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità Giudiziaria competente per eventuali disposizioni in merito.

5.5 Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati (NRPD). Analisi e fabbisogno

Al fine di garantire setting di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato portatori di patologie psichiatriche particolarmente complesse e destinatari di misure di sicurezza non detentive, si prevede l'attivazione di Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati (NRPD), di massimo 20 posti letto. Le attuali criticità riguardanti la gestione dei percorsi di cura dei pazienti psichiatrici autori di reato dichiarati "socialmente pericolosi" riguardano l'individuazione di strumenti uniformi atti a garantire l'applicazione di misure assistenziali e riabilitative adeguate al quadro clinico del destinatario della misura.

Il tema è stato trattato dalla Risoluzione del CSM del 24 settembre 2018, che ha individuato nello strumento dei Protocolli operativi, stipulati tra gli Enti istituzionalmente coinvolti nell'applicazione della Legge n. 81/2014, la sede più opportuna per la sintesi tra le esigenze giudiziarie e quelle di cura nonché l'ambito più adatto per adeguare gli interventi alle specificità territoriali.

A livello nazionale erano 577 i presenti in REMS al 31.12.2023 a fronte dei 572 al 31.12.2021 (rispettivamente 22 e 20 sono i presenti a fine 2021 e 2022 per la REMS Abruzzo-Molise di Barete, pressoché sempre al limite della capienza regolamentare). Manca tuttavia un dato riferito alle giornate di assistenza e alla rotazione di posti letto. Secondo le statistiche del Ministero della Giustizia, al 15 giugno 2023, in Italia erano 4.717 le persone in libertà vigilata, cioè fuori dal circuito carcerario, ma con una qualche forma di controllo, per lo più ospitati in residenze di tipo "comunitario".

Secondo il Rapporto Antigone 2023, nel corso del 2022 le diagnosi psichiatriche gravi tra i detenuti erano pari a circa il 9% (si tratta in ogni caso di indici di prevalenza non stimati ufficialmente).

Al fine di decongestionare le liste d'attesa dell'unica REMS attiva sul territorio regionale, la Regione Abruzzo intende pertanto procedere alla definizione di setting assistenziali (con relative specifiche di autorizzazione e accreditamento) volti ad implementare e formalizzare l'offerta di un setting residenziale denominato Nuclei Residenziali Psichiatrici dedicati, da coprire prioritariamente attraverso la riconversione di cui alla Tabella 5. Il setting NRPD è dedicato a soggetti autori di reato raggiunti da misure di sicurezza non detentive e affetti da disturbi mentali, a cui venga applicata dalla magistratura la misura di sicurezza della libertà vigilata.

In termini di offerta di nuclei dedicati a pazienti autori di reato affetti da disturbo mentale, il fabbisogno residenziale di NRPD regionale è da ritenere soddisfatto con l'implementazione del piano di riconversione di cui alla Tabella 5, con l'attivazione di 57 posti letto (0,4 p.l. ogni 10 mila abitanti),

L'istituzione di nuove REMS non è esclusa dalle indicazioni fornite al legislatore¹⁷ e la stessa Corte Costituzionale raccomanda *“la realizzazione e il buon funzionamento di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura”*¹⁸.

La Regione Abruzzo considera l'istituzione di una seconda REMS un'opzione programmatica percorribile, anche per evitare una parcellizzazione dei trattamenti sanitari nelle more di una riforma nazionale. A questo proposito, è opportuno che il modulo minimo di posti letto REMS sia fissato a non meno di 10 (fermo restando il limite massimo di 20).

Nell'ipotesi di realizzazione di nuovi 20 posti letto di REMS, il fabbisogno di Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati potrà essere eventualmente ridotto di n. 20 posti letto nella fascia di setting intensivo, con conseguente necessità di ulteriori riconversioni.

È opportuno, infine, invocare una particolare cautela nell'implementazione di modelli 'diffusi' delle REMS¹⁹, sia per motivi logistici e di dimensionamento delle équipe sanitarie (aumento ingiustificato di costi), che di sicurezza.

In termini di offerta di posti letto REMS, un plausibile fabbisogno residenziale cumulato, limitato alla sola Regione Abruzzo è stimabile in 36 posti letto (16 p.l. esistenti + 20 p.l. aggiuntivi)

¹⁷ Una recente delibera del CSM (Documento finale REMS del 12.11.2024) ha proposto un'implementazione dei posti REMS di 700 unità, corrispondente al fabbisogno stimato per ridurre le liste d'attesa e salvaguardando il principio di territorialità della misura.

¹⁸ Nel DDL 1171 "Disposizioni per lo sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all'età geriatrica" della XIX legislatura è prevista l'implementazione *“di programmi volti al miglioramento degli interventi di prevenzione, governo dei rischi, individuali e sociali, e cura rivolti a soggetti autori di reato, migliorando gli interventi svolti nell'ambito territoriale, adeguando l'offerta di posti letto nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) secondo target di rischio individuale e sociale anche di massima sicurezza e promuovendo livelli di assistenza appropriati nelle realtà carcerarie, nonché attivando un tavolo permanente regionale finalizzato a pianificare i percorsi e i rapporti con la magistratura anche sul versante della messa in campo di interventi progettuali e soluzioni residenziali mirate per i casi di disagio mentale di elevata pericolosità sociale, per finalità di protezione osservazionale predittiva e di trattamento preventivo proattivo”*.

¹⁹ Quali quelle sperimentate in Friuli, organizzate in moduli di 2-4 posti letto in 3 subunità territoriali (es. Maniago, Udine e Aurisina), commisurate prioritariamente al fabbisogno storico della Regione Friuli-Venezia Giulia - evidentemente basso - e solo secondariamente ideato al fine di limitare l'incidenza dei necessari adeguamenti strutturali di sicurezza.

5.6 Gestione della lista di attesa per l'ingresso in REMS

Il P.U.R. si impegna a monitorare e a ridurre la lista d'attesa per l'ingresso in R.E.M.S. in coordinamento con la stessa, nonché a programmare e realizzare ogni iniziativa per prevenire la formazione di nuove liste, nel rispetto dei principi sanciti in materia dalla Corte Costituzionale (Sentenza n. 22/2022).

Tra le predette iniziative sono sempre assicurate quelle idonee a garantire la completa e sollecita disponibilità di tutti i posti autorizzati in R.E.M.S. e, a tal fine, è esclusa la possibilità di attuare regolamentazioni che prevedano il non utilizzo a medio-lungo termine dei posti (come, per es., nei casi di dimissioni di internati cui è applicata la Licenza Finale di Esperimento).

La lista di attesa, sino all'esaurimento della stessa, viene dal P.U.R. costantemente aggiornata per includere le persone assegnate e stabilire l'ordine di priorità dell'inserimento in R.E.M.S., secondo quanto definito dal P.U.R. stesso di concerto con l'Autorità Giudiziaria, mediante apposito accordo e nel rispetto dei seguenti criteri:

1. data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S.;
2. caratteristiche sanitarie del paziente;
3. livello attuale di inappropriata collocazione del paziente cui è applicata una misura di sicurezza detentiva immediatamente eseguibile, con particolare riferimento allo stato di detenzione in Istituto Penitenziario o al ricovero in SPDC;
4. adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista di attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla R.E.M.S. per i pazienti assegnati, da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria.

Sulla tenuta della lista di attesa il P.U.R. si impegna a:

- escludere i soggetti che facciano ingresso in R.E.M.S., ovvero i destinatari di misura nelle more deceduti, ovvero coloro nei cui confronti la misura detentiva risulti revocata/sostituita con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- non escludere dalla lista di attesa coloro che, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., vengano temporaneamente collocati in altre strutture terapeutiche del territorio ma nei cui confronti non risulti formalmente revocata/sostituita la misura di sicurezza detentiva con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- inserire in elenchi separati oggetto di costante monitoraggio i destinatari di misura di sicurezza detentiva di seguito indicati:
 - coloro che, al momento della esecuzione della misura, risultino irreperibili all'esito delle ricerche effettuate dalla polizia giudiziaria, nonché coloro che risultino espatriati;
 - coloro che, al momento dell'applicazione della misura di sicurezza detentiva o nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., si trovino o vengano ristretti in istituto penitenziario per causa diversa da quella per la quale è stata applicata nei loro confronti la misura di sicurezza detentiva;

- coloro nei cui confronti sia stato disposto il ricovero in R.E.M.S. da eseguirsi dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata o altrimenti estinta, ai sensi dell'art. 220, co. 1 codice penale;
- coloro che vengano provvisoriamente accolti, per specifiche ed eccezionali motivazioni, in una R.E.M.S. di una Regione o P.A. diversa da quella di competenza territoriale.

Il P.U.R. conserva altresì apposito monitoraggio degli utenti nei cui confronti, nelle more dell'ingresso in REMS, venga disposta la momentanea allocazione di natura non detentiva sino all'acquisizione della disponibilità di posto in REMS;

Il P.U.R. definisce un regolamento di funzionamento delle REMS e di gestione della lista d'attesa sulla base dei criteri concordati nell'accordo con la Magistratura come sopra riportato.

Il Punto Unico Regionale è uno snodo:

- per il confronto professionale di posizioni comuni in ambito psichiatrico e criminologico clinico-forense, nonché per l'assunzione di indirizzi condivisi circa l'*assessment* e la definizione di percorsi assistenziali appropriati per i pazienti socialmente pericolosi autori di reato;
- per il supporto amministrativo-informativo a beneficio di: Regioni Abruzzo e Molise, Ministero della Giustizia, Ministero della Salute, Aziende Sanitarie Locali, REMS italiane e Agenas.

Del PUR fanno parte:

- i Direttori dei DSM aziendali ovvero, su loro delega, referenti dei DSM/CSM regionali che operano in ambito psichiatrico-forense su pazienti autori di reato;
- il Responsabile della REMS Abruzzo-Molise;
- 1 unità di personale con competenze amministrative e informatiche;

Il PUR si avvale del supporto consulenziale del coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria.

Il Punto Unico Regionale è insediato presso la ASL di competenza territoriale della struttura residenziale REMS (attualmente la Asl201 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila). La medesima ASL ne stabilisce il funzionamento tramite proprio protocollo organizzativo. Il PUR si attiva anche con sessioni a distanza, ove non sia possibile riunirsi in presenza; i componenti medici del DSM rendono disponibili i propri contatti telefonici e di servizio all'Autorità Giudiziaria, all'UEPE e alla componente peritale.

Compiti generali del PUR sono, oltre a quelli menzionati dall'Accordo di Conferenza Unificata 188/C.U. del 30.11.2022:

- fornire tempestivamente attività di consulenza tecnica ad ogni richiesta di supporto esterna da parte dell'Autorità Giudiziaria (o del perito nominato dal Magistrato, nonché dal Magistrato stesso) mediante l'individuazione di idonee soluzioni di presa in carico sanitario delle persone potenzialmente destinatarie di misure di sicurezza e con progetti terapeutico riabilitativi individuali (PTRI) finalizzati anche ad indirizzare il paziente, essendovene le condizioni, a percorsi di inserimento in strutture alternative alla REMS.

- stimolare la revisione e l'aggiornamento periodico delle valutazioni dei pazienti già in lista d'attesa per l'ingresso in REMS, a iniziare da quelle meno recenti, in quanto tali valutazioni potrebbero non essere più attuali rispetto all'evoluzione del quadro clinico del paziente;
- monitoraggio periodico dei pazienti ospiti delle strutture territoriali ovvero a seguito di richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

Obiettivi e strumenti operativi del PUR, funzionali al perseguimento dei suoi compiti generali sono:

- promozione dell'utilizzo congiunto del sistema SMOP (Sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità penitenziaria) da parte di REMS e Ministero della Giustizia ai fini di armonizzazione e allineamento;
- tenuta e conservazione a norma privacy di un *repository anagrafico unico*, con valorizzazione, anche tramite estrazione da sistema SMOP ove la gestione – tramite apposite customizzazioni – non sia possibile al suo interno, dei dati informativi riguardanti la presa in carico sanitaria (presente e adeguata /assente o critica), i progetti terapeutici riabilitativi individuali alternativo alla REMS (presente/assente), l'attuale collocazione della persona (domicilio, struttura sanitaria, Istituto Penitenziario ecc.); la tipologia di misura applicata; l'Autorità Giudiziaria competente; la registrazione degli eventi critici che si siano registrati nella REMS con riferimento alla singola persona (allontanamenti volontari, aggressioni, etc); registrazione di dettaglio dei reati associati alla posizione giuridica delle singole persone;
- censimento e monitoraggio dei percorsi di presa in carico delle persone in misure non detentive (di sicurezza o cautelare) da parte dei servizi territoriali di salute mentale competenti;
- monitoraggio dei minori con definizione di pericolosità sociale;
- successivamente alla dimissione, monitoraggio del percorso esterno (tipicamente in Licenza Finale di Esperimento²⁰ o in Misura di Sicurezza Non Detentiva della Libertà Vigilata²¹), fino alla revoca della misura e all'uscita dal circuito di detenzione o internamento;
- utilizzo e consultazione di un cruscotto, già predisposto per le necessità delle C.O.T. (Centrali Operative Territoriali), contenente la situazione, aggiornata direttamente dalle strutture di riabilitazione psichiatrica accreditate delle regioni Abruzzo-Molise.

²⁰ Licenza Finale Esperimento: licenza di una durata massima di sei mesi (ex art. 53 Ordinamento Penitenziario), eventualmente rinnovabile, nel periodo prossimo alla rivalutazione della pericolosità sociale, generalmente richiesta nel periodo che precede la scadenza della misura di sicurezza definitiva.

²¹ Libertà Vigilata: misura di sicurezza non detentiva, meno incisiva della libertà personale dell'imputato, associata a un rapporto stabile e continuativo con il servizio Psichiatrico territoriale.

Tabella sinottica REMS

Strutture Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza
<u>Bisogno da soddisfare</u> : riabilitazione psichiatrica intensiva o estensiva per pazienti autori di reato definiti socialmente pericolosi con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria
<u>Tipologia di utenza</u> : pazienti autori di reato affetti da disturbi mentali e definiti ad elevata pericolosità sociale la cui condizione è ritenuta dall'A.G. incompatibile con la detenzione
<u>Tipologia di struttura</u> : Strutture dedicate al trattamento riabilitativo psichiatrico di pazienti autori di reato affetti da disturbi mentali e definiti ad elevata pericolosità sociale in base a provvedimento dell'A.G. a cui viene applicata la misura di sicurezza detentiva del ricovero/internamento in REMS o l'assegnazione a casa di cura e custodia
<u>Modalità di accesso</u> : l'accesso alle REMS è disposto dall'autorità giudiziaria a seguito di perizia psichiatrica che attesta l'infermità mentale del soggetto e la sua pericolosità sociale (art. 222 c.p.)
<u>Durata di degenza</u> : stabilita da provvedimento dell'A.G. (art. 222 c.p.) salva rivalutazione del PTRI a fini di stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale
<u>Standard di struttura</u> : Scheda 4.2.8 Manuale di Autorizzazione e Accreditamento (REMS) - Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto - minimo 10 posti letto
<u>Standard minimi di personale</u> : coerenti con standard di cui al Decreto 1° ottobre 2012 - Requisiti delle strutture residenziali per le persone ricoverate in ospedale psichiatrico giudiziario e assegnate a casa di cura e custodia
<u>Tariffa</u> : da definire
<u>Fabbisogno p.l.</u> : 0,3 x 10.000 abitanti

4.2.8 RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DI MISURE DI SICUREZZA (REMS)

Strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto - minimo 10 posti letto

codice paragrafo REMS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

(restano ferme le prescrizioni vigenti in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche)

1	la struttura ha caratteristiche tali da ridurre il rischio di agiti auto e/o etero aggressivi e/o allontanamenti	Sì	No
2	la struttura dispone di uno spazio verde esterno dedicato ai soggetti ospitati nella residenza che risponda alle necessarie esigenze di sicurezza	Sì	No
3	la struttura è opportunamente delimitata in modo da prevenire il rischio di uscita non controllata nonché di passaggio di materiale e/o sostanze tra l'interno e l'esterno	Sì	No

4	l'area abitativa è articolata in camere da n.2 posti letto di misura non inferiore a 18/20 mq. Nei casi di particolari e documentate esigenze strutturali e/o assistenziali è possibile prevedere camere fino a n.3 posti letto di misura non inferiore a 26 mq	Sì	No
5	il numero di posti letto collocati in camere singole, di misura non inferiore a 12/15 mq, è pari ad almeno il 10% dei posti letto totali	Sì	No
6	in ciascuna camera è presente un bagno interno dotato di doccia e separato dallo spazio dedicato al pernottamento ogni 2 ospiti o comunque fino ad un massimo di 4	Sì	No
7	ciascuna camera è dotata di struttura, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort	Sì	No
8	l'area abitativa di ciascun nucleo è dotata di almeno un bagno per soggetti portatori di disabilità motoria.	Sì	No
AMBIENTI COMUNI			
9	Locali di servizio comune:		
	a) è presente un locale cucina/spazio dispensa	Sì	No
	b) è presente un locale lavanderia e guardaroba (unico per struttura)		
	c) è presente un locale soggiorno/pranzo	Sì	No
	d) è presente un locale per attività lavorative/occupazionali	Sì	No
	d) è presente un locale/spazio per deposito materiale pulito (unico per struttura)	Sì	No
	e) è presente un locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia (unico per struttura)	Sì	No
	f) è presente un locale/spazio o armadio, dotato di serratura per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità (unico per struttura)	Sì	No
	g) è presente un locale di servizio per il personale (unico per struttura)	Sì	No
	h) è presente un locale spogliatoio per il personale (unico per struttura)	Sì	No
	i) sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
	l) è presente un locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia (unico per struttura).	Sì	No
	m) è presente un locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati (unico per struttura)	Sì	No
	n) è presente un'area in cui è possibile fumare dotata di sistemi di accensione senza fiamma libera	Sì	No
LOCALI PER ATTIVITA' SANITARIA			
10	è presente un locale per le visite mediche	Sì	No
11	è presente un locale adibito a medicheria con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci	Sì	No
12	è presente un locale per riunioni di équipe (unico per struttura)	Sì	No
13	è presente un locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo in relazione alle attività specifiche previste	Sì	No
14	è presente un locale per colloqui e consultazioni psicologiche/psichiatriche	Sì	No
15	è presente un locale per la gestione degli aspetti giuridico amministrativi (unico per struttura)	Sì	No
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI			
16	e' presente un carrello per l'emergenza completo di farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio), defibrillatore semiautomatico, pallone autoespansibile con maschere di varie misure, cannule orofaringee di varie misure, sfigmomanometro con fonendoscopio, laccio, siringhe e agocannule e materiale per medicazione	Sì	No
17	è presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No

18	sono presenti attrezzature e ausili per la movimentazione dei pazienti e almeno una carrozzina per portatori di disabilità motoria	Sì	No
19	sono disponibili scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicodiagnostiche e la rilevazione dei bisogni assistenziali	Sì	No
20	sono presenti attrezzature, strumentazioni e arredi per lo svolgimento di attività di tempo libero, educativo e riabilitativo in quantità adeguate alla tipologia ed al volume delle attività svolte, tali da non risultare pregiudizievoli per l'ordinario svolgimento della vita all'interno della residenza e/o per l'incolumità dei pazienti e degli operatori in servizio	Sì	No
21	sono disponibili sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali: sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale, della privacy e delle norme di sicurezza	Sì	No
22	la struttura è dotata di sistemi atti a garantire attività di telemedicina	Sì	No
REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI			
23	il Responsabile della struttura è un medico specialista in psichiatria	Sì	No
24	è previsto un coordinatore infermieristico	Sì	No
25	è garantita la presenza delle seguenti figure professionali:		
	a) n.2 medici psichiatri a tempo pieno	Sì	No
	b) n.1 tecnico della riabilitazione psichiatrica o educatore professionale socio/sanitario a tempo pieno	Sì	No
	a) n.12 infermieri a tempo pieno	Sì	No
	b) n.6 OSS a tempo pieno	Sì	No
	f) n.1 assistente sociale per fasce orarie programmate	Sì	No
	g) n.1 psicologo per fasce orarie programmate	Sì	No
	h) n.1 amministrativo per fasce orarie programmate	Sì	No
26	ogni paziente è dotato di un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) redatto dal DSM inviante che ha in carico il paziente, in collaborazione con la struttura	Sì	No
27	è presente un programma dettagliato contenente le aree di intervento e le figure professionali coinvolte	Sì	No
28	nella definizione del programma è assicurata l'acquisizione del consenso del paziente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate	Sì	No
29	sono presenti l'organigramma e funzionigramma che definiscono ruoli e responsabilità	Sì	No
30	sono presenti procedure/protocolli che definiscono le modalità di accoglienza del paziente	Sì	No
31	sono presenti procedure/protocolli che descrivono la valutazione clinica ed il funzionamento psico/sociale	Sì	No
32	sono presenti procedure/protocolli che descrivono i criteri per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti terapeutico/riabilitativi	Sì	No
33	sono presenti procedure/protocolli di gestione delle emergenze/urgenze	Sì	No
34	sono definite procedure, concordate con il DSM, relative alla gestione trasparente delle liste d'attesa e criteri di priorità	Sì	No
35	sono definite procedure, concordate con il DSM, per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte degli utenti o dei familiari e per la gestione dei tempi e delle modalità di risposta	Sì	No

36	sono definite procedure/protocolli che definiscono le modalità di raccordo con MMG/CONTINUITA' ASSISTENZIALE per garantire l'assistenza di base ai pazienti	Sì	No
37	sono definite procedure/protocolli che descrivono le modalità ed i criteri di raccordo con il DSM, il SERD, gli EE.LL., le Cooperative Sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero ed eventuale inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva	Sì	No
38	sono definite procedure/protocolli che definiscono le modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza	Sì	No

Tabella sinottica Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati – NRPD

Strutture Nuclei Residenziali Psichiatrici Dedicati
<u>Bisogno da soddisfare</u> : attuazione di percorsi terapeutico-riabilitativi per persone affette da patologia psichiatrica a cui è stata applicata una misura di sicurezza della libertà vigilata.
<u>Tipologia di utenza</u> : pazienti autori di reato affetti da disturbi mentali e definiti a pericolosità sociale attenuata, la cui condizione è ritenuta dall'A.G. incompatibile con la detenzione in istituto di pena
<u>Tipologia di struttura</u> : Strutture dedicate, anche in via non esclusiva, al trattamento riabilitativo psichiatrico di pazienti autori di reato affetti da disturbi mentali, a cui viene applicata la misura di sicurezza della libertà vigilata con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Sono definite: <ul style="list-style-type: none"> - procedure, concordate con il DSM e tramite il PUR, per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte degli utenti o dei familiari e per la gestione dei tempi e delle modalità di risposta; - procedure/protocolli che definiscono le modalità di raccordo con MMG/continuità assistenziale per garantire l'assistenza di base ai pazienti; - procedure/protocolli che descrivono le modalità ed i criteri di raccordo con il DSM, il SERD, gli EE.LL., gli ETS, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero ed eventuale inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva; - procedure/protocolli che definiscono le modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.
<u>Modalità di accesso</u> : come da procedure di cui al presente provvedimento e tenuto conto dell'Allegato 1 alla DGR 809 del 20.12.2022 e ss.mm.ii.
<u>Durata di degenza</u> : stabilita da PTRI con l'obiettivo di una rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale
<u>Standard di struttura</u> : scheda di autorizzazione 4.2.9 (NRPD)
<u>Standard di personale</u> : Sono previste le seguenti figure professionali: medico psichiatra, tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale socio-sanitario, infermiere, OSS, assistente sociale, psicologo, personale amministrativo, con organizzazione turnistica ed impegno orario adeguati all'intensità riabilitativa dei programmi erogati. In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte (entro il limite del 15% della dotazione) da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in Scienze motorie con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti. L'impegno orario del personale è differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati e della:

- 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 tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP)
- attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

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.

È prevista la reperibilità medica.

Tariffa: pazienti intensivi, € 218; pazienti estensivi, € 173, salve modifiche ed integrazioni (Nota Direttoriale Sanità n. 189822/2017)

Fabbisogno p.l.: 0,4 x 10.000 abitanti

4.2.9 NUCLEI RESIDENZIALI PSICHIATRICI DEDICATI (NRPD)

Strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza della libertà vigilata.

Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto

codice paragrafo NRPD

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

(restano ferme le prescrizioni vigenti in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche)

1	la struttura dispone di uno spazio verde esterno dedicato ai soggetti ospitati nella residenza che risponda alle necessarie esigenze di sicurezza	Sì	No
2	l'area abitativa è articolata in camere da n.2 posti letto di misura non inferiore a 18/20 mq. Nei casi di particolari e documentate esigenze strutturali e/o assistenziali è possibile prevedere camere fino a n.3 posti letto di misura non inferiore a 26 mq	Sì	No
3	il numero di posti letto collocati in camere singole, di misura non inferiore a 12/15 mq, è pari ad almeno il 10% dei posti letto totali	Sì	No
4	in ciascuna camera è presente un bagno interno dotato di doccia e separato dallo spazio dedicato al pernottamento ogni 2 ospiti o comunque fino ad un massimo di 4	Sì	No
5	ciascuna camera è dotata di struttura, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort	Sì	No
6	l'area abitativa di ciascun nucleo è dotata di almeno un bagno per soggetti portatori di disabilità motoria.	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

7	Locali di servizio comune:		
	a) è presente un locale cucina/spazio dispensa	Sì	No
	b) è presente un locale lavanderia e guardaroba (unico per struttura)		
	c) è presente un locale soggiorno/pranzo	Sì	No
	d) è presente un locale per attività lavorative/occupazionali	Sì	No
	d) è presente un locale/spazio per deposito materiale pulito (unico per struttura)	Sì	No
	e) è presente un locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia (unico per struttura)	Sì	No
	f) è presente un locale/spazio o armadio, dotato di serratura per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità (unico per struttura)	Sì	No
	g) è presente un locale di servizio per il personale (unico per struttura)	Sì	No
	h) è presente un locale spogliatoio per il personale (unico per struttura)	Sì	No
	i) sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
	l) è presente un locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia (unico per struttura).	Sì	No
	m) è presente un locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati (unico per struttura)	Sì	No
	n) è presente un'area in cui è possibile fumare dotata di sistemi di accensione senza fiamma libera	Sì	No
	LOCALI PER ATTIVITA' SANITARIA		
8	è presente un locale per le visite mediche	Sì	No
9	è presente un locale adibito a medicheria con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci	Sì	No
10	è presente un locale per riunioni di équipe (unico per struttura)	Sì	No
11	è presente un locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo in relazione alle attività specifiche previste	Sì	No
12	è presente un locale per colloqui e consultazioni psicologiche/psichiatriche	Sì	No
13	è presente un locale per la gestione degli aspetti giuridico amministrativi (unico per struttura)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
14	e' presente un carrello per l'emergenza completo di farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio), defibrillatore semiautomatico, pallone autoespansibile con maschere di varie misure, cannule orofaringee di varie misure, sfigmomanometro con fonendoscopio, laccio, siringhe e agocannule e materiale per medicazione	Sì	No
15	è presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No
16	sono presenti attrezzature e ausili per la movimentazione dei pazienti e almeno una carrozzina per portatori di disabilità motoria	Sì	No
17	sono disponibili scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicodiagnostiche e la rilevazione dei bisogni assistenziali	Sì	No
18	sono presenti attrezzature, strumentazioni e arredi per lo svolgimento di attività di tempo libero, educativo e riabilitativo in quantità adeguate alla tipologia ed al volume delle attività svolte, tali da non risultare pregiudizievoli per l'ordinario svolgimento della vita all'interno della residenza e/o per l'incolumità dei pazienti e degli operatori in servizio	Sì	No
19	sono disponibili sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali: sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale, della privacy e delle norme di sicurezza	Sì	No
20	la struttura è dotata di sistemi atti a garantire attività di telemedicina	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

21	il Responsabile della struttura è un medico specialista in psichiatria	Sì	No
22	è previsto un coordinatore infermieristico	Sì	No
23	Sono previste le seguenti figure professionali: medico psichiatra, tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale socio-sanitario, infermiere, OSS, assistente sociale, psicologo, personale amministrativo, con organizzazione turnistica ed impegno orario adeguati all'intensità riabilitativa dei programmi erogati. In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte (entro il limite del 15% della dotazione) da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in Scienze motorie con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti.	Sì	No
24	ogni paziente è dotato di un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) redatto dal DSM inviante che ha in carico il paziente, in collaborazione con la struttura	Sì	No
25	è presente un programma dettagliato contenente le aree di intervento e le figure professionali coinvolte	Sì	No
26	nella definizione del programma è assicurata l'acquisizione del consenso del paziente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate	Sì	No
27	sono presenti l'organigramma e funzionigramma che definiscono ruoli e responsabilità	Sì	No
28	sono presenti procedure/protocolli che definiscono le modalità di accoglienza del paziente	Sì	No
29	sono presenti procedure/protocolli che descrivono la valutazione clinica ed il funzionamento psico/sociale	Sì	No
30	sono presenti procedure/protocolli che descrivono i criteri per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti terapeutico/riabilitativi	Sì	No
31	sono presenti procedure/protocolli di gestione delle emergenze/urgenze	Sì	No
32	sono definite procedure, concordate con il DSM, relative alla gestione trasparente delle liste d'attesa e criteri di priorità	Sì	No
33	sono definite procedure, concordate con il DSM, per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte degli utenti o dei familiari e per la gestione dei tempi e delle modalità di risposta	Sì	No
34	sono definite procedure/protocolli che definiscono le modalità di raccordo con MMG/CONTINUITA' ASSISTENZIALE per garantire l'assistenza di base ai pazienti	Sì	No
35	sono definite procedure/protocolli che descrivono le modalità ed i criteri di raccordo con il DSM, il SERD, gli EE.LL., le Cooperative Sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero ed eventuale inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva	Sì	No
36	sono definite procedure/protocolli che definiscono le modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza	Sì	No