

DELIBERAZIONE N. VIII/4221 DEL 28.2.2007

Oggetto: **RIORDINO DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA IN ATTUAZIONE DELLA D.G.R. 17 MAGGIO 2004 N. VII/17513 "PIANO REGIONALE TRIENNALE PER LA SALUTE MENTALE"**

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATA la d.c.r. n.VII/462 del 13 marzo 2002 di approvazione del "Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004", che nella parte dedicata alla Salute Mentale prevede:

- la necessità di ripensare la classificazione delle Strutture Residenziali Psichiatriche previste dalla normativa vigente in materia di accreditamento e di definire tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto;
- la costituzione nelle Asl di Organismi di Coordinamento che facilitino, anche attraverso l'adozione di specifici protocolli di intesa, la collaborazione tra i diversi soggetti impegnati nel campo della salute mentale (Aziende Sanitarie, Enti Locali, MMG, agenzie della rete naturale, soggetti erogatori del privato sociale e imprenditoriale, associazioni);

DATO ATTO che il Piano regionale per la salute mentale, approvato con. d.g.r. n. VII/17513 del 17 maggio 2004:

- ribadisce la necessità di operare una differenziazione delle strutture residenziali psichiatriche allo scopo di qualificarne il funzionamento sulla base di due assi: il livello di intervento terapeutico e riabilitativo e il grado di intensità assistenziale offerto;
- prevede che le strutture residenziali siano riqualficate sulla base dei seguenti criteri:
- gli attuali Centri Residenziali Terapeutici-Riabilitativi (CRT) diverranno Comunità Riabilitative ad alta assistenza (CRA)
- le attuali Comunità Protette ad elevata intensità assistenziale (Comunità Protette ad alta protezione) diverranno Comunità Protette ad alta assistenza (CPA)
- le attuali Comunità Protette di media intensità assistenziale (Comunità Protette a media protezione) diverranno Comunità Protette a media assistenza (CPM);
- prevede che:
- vengano istituite, a titolo sperimentale, Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM);
- l'area della residenzialità leggera (relativa a programmi che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito) sia svincolata dall'accreditamento e che le relative strutture vengano reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale, intendendosi a esaurimento le attuali strutture accreditate come Comunità Protette a bassa protezione;

RICHIAMATA la d.g.r. n. VI/38133 del 6 agosto 1998 "Attuazione dell'articolo 12 comma 3 e 4 della L.R. n. 31 del 11 luglio 1997. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie", che individua le seguenti tipologie di struttura residenziale psichiatrica per ciascuna delle quali identifica i requisiti minimi organizzativi e gestionali:

- Centri Residenziali Terapeutici-Riabilitativi (CRT) con assistenza nell'arco delle 24 ore;
- Comunità Protette ad alta protezione con assistenza nell'arco delle 24 ore;
- Comunità Protette a media protezione con assistenza nelle 12 ore diurne;
- Comunità Protette a bassa protezione con assistenza per almeno due ore al giorno;

CONSIDERATO che nel citato Piano regionale per la salute mentale viene riformulata l'articolazione complessiva della residenzialità psichiatrica, in particolare prevedendo l'individuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e assistenziali appropriati e la ridefinizione delle strutture residenziali all'interno di tre aree funzionali, così come esplicitato nell'allegato A parte integrante del presente provvedimento, da attuarsi tramite interventi prioritari finalizzati alla realizzazione degli obiettivi strategici stabiliti;

RILEVATO che il Piano regionale per la salute mentale ha previsto che la ridefinizione dell'area della residenzialità sia anche oggetto di sperimentazione attraverso il finanziamento di Programmi innovativi;

VALUTATO che:

- la residenzialità psichiatrica deve essere organizzata secondo le tipologie previste nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento;
- per ognuna delle tipologie di struttura residenziale così ridefinite vengono identificati specifici programmi caratterizzati da una durata massima (3 mesi per i programmi post acuzie in CRA, 18 mesi per i programmi riabilitativi in CRA, 24 mesi per i programmi riabilitativi in CRM, 36 mesi per i programmi dell'area assistenziale erogati in CPA e in CPM, nessun limite per i programmi di residenzialità leggera);
- i succitati programmi devono essere coerenti con l'articolazione proposta nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

VALUTATO, altresì, che la ridefinizione degli assetti organizzativi dell'area della residenzialità psichiatrica, nei termini sopra indicati, non comporta una modifica dei requisiti minimi specifici per l'accreditamento delle strutture previsti dalla d.g.r. n. VI/38133/98 e precisati dal d.d.g. Sanità n. 19791/2000;

RITENUTO che le nuove tipologie di strutture psichiatriche devono essere in possesso degli stessi requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento già previsti dal d.p.r. 14.01.1997 e dalla d.g.r. n. VI/38133/98 e precisati dal d.d.g. Sanità n. 19791/2000, secondo quanto indicato nell'allegato B, parte integrante del presente provvedimento, nel quale vengono indicate anche le modalità di assolvimento dei requisiti stessi;

RITENUTO di definire nell'allegato C, parte integrante del presente provvedimento, i requisiti minimi specifici autorizzativi della struttura residenziale a livello sperimentale Comunità Riabilitativa a Media Assistenza (CRM);

PRECISATO che i requisiti devono essere intesi come requisiti minimi il cui possesso deve essere garantito indipendentemente dal numero di posti letto (comunque non superiore a 20) attivati nelle strutture, ad eccezione dei requisiti che prevedono esplicitamente una modularità;

RILEVATO che il Piano regionale per la salute mentale attribuisce agli Organismi di Coordinamento funzioni, tra le altre, quali l'analisi dei bisogni del territorio, il controllo e la verifica delle attività erogate, la definizione di previsioni di spesa e, per quanto riguarda l'area della residenzialità, la valutazione dell'appropriatezza dei programmi realizzati nelle strutture residenziali, in particolare dei programmi la cui durata si protrae oltre la soglia prevista, prevedendo in questo caso anche una revisione delle tariffe giornaliere;

RITENUTO di prevedere:

- che le strutture psichiatriche residenziali attualmente autorizzate e accreditate devono essere riclassificate secondo le nuove tipologie di strutture;
- la possibilità che gli erogatori proponano di riclassificare le strutture a un livello assistenziale pari o inferiore rispetto a quello per il quale le strutture erano state in precedenza accreditate così da favorire la maggiore differenziazione del sistema di offerta;
- la possibilità per gli erogatori di riclassificare, garantendo i relativi requisiti previsti, gli attuali CRT, le Comunità Protette ad alta protezione e le Comunità Protette a media protezione come Comunità Riabilitativa a media assistenza (CRM), in via sperimentale, solo nell'ambito dei citati programmi innovativi o di sperimentazioni specificamente autorizzate dalla Asl competente, previo parere dell'Organismo di Coordinamento e garantendo la valutazione degli esiti della sperimentazione;

PRECISATO che le istanze di riclassificazione avanzate dagli attuali erogatori devono avvenire in coerenza con le indicazioni sopra riportate e previste dal Piano regionale per la salute mentale;

VALUTATO che l'iter per la riclassificazione delle strutture residenziali sia strutturato come di seguito indicato:

- entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL del presente atto le strutture presentano alla Direzione Generale Sanità, e in copia alla Asl competente, istanza di riclassificazione con contestuale dichiarazione del possesso dei requisiti previsti per la struttura nella quale intendono riclassificarsi;
- entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL del presente atto, la Asl, su parere

dell'Organismo di Coordinamento, valuta la congruità delle istanze di riclassificazione delle strutture, insistenti sul proprio territorio, dal punto di vista di adeguatezza alle esigenze clinico-epidemiologiche del territorio di competenza; la Asl comunica alla Regione la proposta di riclassificazione delle strutture interessate, già condivisa dalle strutture stesse;

- la Direzione Generale Sanità, tramite decreto del Direttore Generale, provvede a riclassificare le strutture;
- entro 90 giorni dal decreto di riclassificazione la Asl verifica l'effettivo possesso dei requisiti dichiarati da parte delle strutture di propria competenza;

RITENUTO di mantenere, fermo restando il vincolo della riclassificazione per le relative strutture, la specificità per quanto riguarda la gestione della casistica, dei progetti per la psico-organicità e psicogeriatría approvati con d.g.r. n. VI/48044 del 4 febbraio 2000 "Approvazione del progetto sperimentale per la residenzialità psichiatrica negli Istituti Fatebenefratelli dell'Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio in attuazione della d.g.r. n. 41785 del 5 marzo 1999" e la d.g.r. n. VIII/2766 del 21.06.2006 "Approvazione del Progetto di riconversione dell'Istituto Psichiatrico Ente Morale AS-Fra di Vedano al Lambro ai sensi della d.g.r. 4058 del 30 marzo 2001";

RITENUTO che, per quanto riguarda la "residenzialità leggera" le strutture utilizzate per la realizzazione dei relativi programmi devono essere conformi a quanto previsto dalla d.g.r. n. IV/45266 del 25 luglio 1989 "Aggiornamento titolo III Regolamento locale di igiene tipo" e che l'erogazione dei programmi può nell'attualità avvenire solo ad opera di Aziende Sanitarie/Enti gestori di strutture già accreditate e a contratto per le attività di psichiatria;

RIBADITO quanto contenuto nel Piano regionale per la salute mentale in merito alle prestazioni semiresidenziali in strutture residenziali rivolte ad utenti non ricoverati, ovvero la possibilità per le strutture residenziali di erogare attività semiresidenziali a condizione di avere un'adeguata disponibilità di spazi e di personale e di essere autorizzate e accreditate anche come centro diurno;

PRECISATO che, a seguito del presente riordino, tutte le strutture che svolgono attività di residenzialità psichiatrica accreditata e a contratto, dovranno concordare con la Asl, nel cui ambito territoriale sono collocate, la modifica del contratto in essere secondo l'assetto riclassificato;

DATO ATTO che le attività svolte nelle strutture residenziali psichiatriche attualmente accreditate e a contratto sono remunerate secondo le tariffe definite con d.g.r. n. VI/37597 del 24 luglio 1998;

ATTESA la necessità che restino in vigore, fino a successivo provvedimento che la Giunta Regionale dovrà adottare, le tariffe indicate nella citata d.g.r. n. VI/37597/1998 anche per le strutture residenziali che verranno riqualificate secondo quanto disposto con il presente provvedimento ovvero che: per le strutture riqualificate come CRA e come CPA restino in vigore le tariffe relative agli attuali CRT e CP ad elevata intensità assistenziale, per le strutture riqualificate come CPM restino in vigore le tariffe relative alle attuali CP a media assistenza;

STABILITO che le prestazioni sanitarie effettuate per le attività di "residenzialità leggera" vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale anche a seguito della valutazione degli esiti della sperimentazione attivata nell'ambito dei programmi innovativi, con la tariffa forfettaria di € 45,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto indicato nella circolare 49/San/2005;

STABILITO inoltre che le attività erogate nelle strutture sperimentali denominate Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM) vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione della Giunta Regionale assunta anche a seguito della valutazione degli esiti della sperimentazione attivata nell'ambito dei programmi innovativi, con la tariffa forfettaria di € 140,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto già indicato nella circolare 49/San/2005;

EVIDENZIATO che per ognuna delle tipologie di struttura saranno in vigore, a partire dalla data del decreto di riclassificazione, i tempi massimi dei relativi programmi indicati nel Piano regionale per la salute mentale, il cui superamento comporterà la riformulazione del programma (prevedendo un livello di intensità,

riabilitativa o assistenziale, inferiore) e quindi una modificazione della remunerazione riconosciuta secondo modalità che saranno definite;

DATO ATTO delle determinazioni contenute nella d.g.r. n. VII/9491 del 21.06.2002 nella quale si dispone il blocco dei contratti per le strutture residenziali psichiatriche (Comunità Protette e Centri Residenziali Terapeutico-Riabilitativi), in regime di accreditamento, fatta eccezione per quelle realizzate con fondi pubblici;

STABILITO di confermare il blocco dei contratti per i posti di residenzialità psichiatrica secondo le determinazioni assunte con la citata d.g.r. n. 9491/2000 e di sospendere gli accreditamenti di nuove strutture residenziali e semiresidenziali (ad esclusione di quelle realizzate nell'ambito dei programmi innovativi, o comunque già finanziate con fondi pubblici, e di quelle che hanno avviato le procedure di accreditamento entro l'approvazione del presente provvedimento) fino alla conclusione del processo di riqualificazione da parte delle Asl della residenzialità psichiatrica e comunque fino al 31 dicembre 2007;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento;

RITENUTO di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Direzione Generale Sanità;

RICHIAMATI:

- la d.g.r. n. VI/37597 del 24 luglio 1998 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. n. VI/34437 del 4 febbraio 1998"
- la d.g.r. n. VI/38133 del 6.08.1998 "Attuazione dell'art. 12 comma 3 e 4 della legge regionale 11.07.1997, n. 31 -Definizione dei requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie" e successive modifiche;
- il d.d.g. Sanità n. 19791 del 8 agosto 2000 "Indicazioni alle Asl in merito al possesso dei requisiti specifici da parte delle strutture dell'area psichiatrica per l'attuazione della d.g.r. n. 38133/98";
- la d.g.r. n. VII/3312 del 2.2.2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 12.08.1999 n. 15, relative alle attività svolte presso strutture pubbliche e private";
- la d.g.r. n. VIII/1375 del 14.12.2005 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2006";

VISTE le circolari emanate dalla Direzione Generale Sanità in materia di residenzialità psichiatrica:

- n. 28/San del 02.08.2004 "Residenzialità psichiatrica: prime norme attuative del Piano regionale per la salute mentale (d.g.r. n. VII/17513 del 17 maggio 2004)";
- n. 49/San del 08.11.2005 "Indirizzi operativi per la riqualificazione delle Strutture Residenziali psichiatriche in attuazione del Piano regionale per la salute mentale (d.g.r. n. VII/17513 del 17 maggio 2004)";
- n. 20/San del 15.06.2006 "Programmi innovativi area residenzialità psichiatrica: determinazioni in merito alla collaborazione tra Soggetto pubblico e Soggetto privato per la realizzazione dei progetti";

VISTI:

- il d.p.r. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- la legge regionale 11 luglio 1997 n. 31 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" e successive modifiche;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

1. di stabilire che:
 - la residenzialità psichiatrica deve essere organizzata secondo le tipologie previste nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
 - per ognuna delle tipologie di struttura residenziale così ridefinite vengono identificati specifici programmi caratterizzati da una durata massima (3 mesi per i programmi post acuzie in CRA, 18 mesi per i programmi riabilitativi in CRA, 24 mesi per i programmi riabilitativi in CRM, 36 mesi per i programmi dell'area assistenziale erogati in CPA e in CPM, nessun limite per i programmi di residenzialità leggera);
 - i succitati programmi devono essere coerenti con l'articolazione proposta nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
2. di precisare che la ridefinizione degli assetti organizzativi dell'area della residenzialità psichiatrica, nei termini sopra indicati, non comporta una modifica dei requisiti minimi specifici per l'accreditamento delle strutture previsti dalla d.g.r. n. VI/38133/98 e precisati dal d.d.g. Sanità n. 19791/2000;
3. di stabilire che le nuove tipologie di strutture psichiatriche devono essere in possesso degli stessi requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento già previsti dal d.p.r. 14.01.1997 e dalla d.g.r. n. VI/38133/98 e precisati dal d.d.g. Sanità n. 19791/2000, secondo quanto indicato nell'**allegato B**, parte integrante del presente provvedimento, in cui vengono indicate anche le modalità di assolvimento dei requisiti stessi;
4. di precisare che i requisiti devono essere intesi come requisiti minimi il cui possesso deve essere garantito indipendentemente dal numero di posti letto (comunque non superiore a 20) attivati nelle strutture, ad eccezione dei requisiti che prevedono esplicitamente una modularità;
5. di definire nell'**allegato C**, parte integrante del presente provvedimento, i requisiti minimi specifici autorizzativi della struttura residenziale sperimentale Comunità Riabilitativa a media assistenza (CRM);
6. di stabilire che le strutture psichiatriche residenziali attualmente autorizzate e accreditate devono essere riclassificate secondo le nuove tipologie di strutture e che le attuali Comunità Protette a bassa protezione sono da intendersi a esaurimento;
7. di prevedere la possibilità che gli erogatori propongano di riclassificare le strutture a un livello assistenziale pari o inferiore rispetto a quello per il quale le strutture erano state in precedenza accreditate così da favorire la maggiore differenziazione del sistema di offerta;
8. di prevedere inoltre che gli erogatori possano proporre la riclassificazione, garantendo i relativi requisiti previsti, degli attuali CRT, Comunità Protette ad alta protezione e Comunità Protette a media protezione in Comunità Riabilitativa a media assistenza (CRM) a livello sperimentale e a seguito di specifica autorizzazione della Asl competente, previo parere dell'Organismo di Coordinamento e garantendo la valutazione degli esiti della sperimentazione;
9. di precisare che le istanze di riclassificazione avanzate dagli attuali erogatori devono avvenire in coerenza con le indicazioni sopra riportate e previste dal Piano regionale per la salute mentale;
10. di stabilire che l'iter per la riclassificazione delle strutture residenziali è strutturato come di seguito indicato:
 - entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL del presente atto le strutture presentano alla Direzione Generale Sanità, e in copia alla Asl competente, istanza di riclassificazione con contestuale dichiarazione del possesso dei requisiti previsti per la struttura nella quale intendono riclassificarsi;
 - entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL del presente atto, la Asl, acquisito il parere

dell'Organismo di Coordinamento, valuta la congruità delle istanze di riclassificazione delle strutture, ubicate sul proprio territorio, dal punto di vista di adeguatezza alle esigenze clinico-epidemiologiche del territorio di competenza; la Asl comunica alla Regione la proposta di riclassificazione delle strutture interessate, già condivisa dalle strutture stesse;

- la Direzione Generale Sanità, tramite decreto del Direttore Generale, provvederà a riclassificare le strutture;
 - entro 90 giorni dal decreto di riclassificazione la Asl verifica l'effettivo possesso dei requisiti dichiarati da parte delle strutture di propria competenza;
11. di mantenere, fermo restando il vincolo della riclassificazione per le relative strutture, la specificità per quanto riguarda la gestione della casistica, dei progetti per la psico-organicità e psicogeriatrica approvati con d.g.r. n. VI/48044 del 4 febbraio 2000 "Approvazione del progetto sperimentale per la residenzialità psichiatrica negli Istituti Fatebenefratelli dell'Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio in attuazione della d.g.r. n. 41785 del 5 marzo 1999" e la d.g.r. n. VIII/2766 del 21.06.2006 "Approvazione del Progetto di riconversione dell'Istituto Psichiatrico Ente Morale AS-Fra di Vedano al Lambro ai sensi della d.g.r. 4058 del 30 marzo 2001";
 12. di stabilire che, per quanto riguarda la "residenzialità leggera" le strutture utilizzate per la realizzazione dei relativi programmi debbano essere conformi a quanto previsto dalla d.g.r. n. V/45266 del 25 luglio 1989 "Aggiornamento titolo III Regolamento locale di igiene tipo" e che l'erogazione dei programmi può nell'attualità avvenire solo a opera di Aziende Sanitarie/Enti gestori di strutture già accreditate e a contratto per le attività di psichiatria, rimandando a futuro provvedimento la definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento di nuovi erogatori;
 13. di precisare altresì che, a seguito del presente riordino, tutte le strutture che svolgono attività di residenzialità psichiatrica accreditata e a contratto dovranno concordare con la Asl, nel cui ambito territoriale sono collocate, la modifica del contratto in essere secondo l'assetto riclassificato;
 14. di stabilire che le attività di residenzialità vengano remunerate, fino a successivo provvedimento che dovrà essere adottato dalla Giunta Regionale, come di seguito indicato:
 - le attività svolte nelle strutture residenziali psichiatriche attualmente accreditate e a contratto sono remunerate secondo le tariffe definite con la d.g.r. n. VI/37597 del 24 luglio 1998 e in particolare: per le strutture riqualificate come CRA e come CPA restano in vigore le tariffe relative agli attuali CRT e CP ad elevata assistenza e per le strutture riqualificate come CPM restano in vigore le tariffe relative alle attuali CP a media assistenza;
 - le prestazioni sanitarie effettuate per le attività di "residenzialità leggera" vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale, con la tariffa forfettaria di € 45,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto indicato nella circolare 49/San/2005;
 - le attività erogate nelle strutture sperimentali denominate Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM) vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale, con la tariffa forfettaria di € 140,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto già indicato nella circolare 49/San/2005;
 15. di precisare che per ognuna delle tipologie di struttura saranno in vigore, a partire dalla data del decreto di riclassificazione, i tempi massimi di degenza definiti dai relativi programmi indicati nel citato Piano per la salute mentale, il cui superamento comporterà la riformulazione del programma (prevedendo un livello di intensità, riabilitativa o assistenziale, inferiore) e quindi una modificazione della remunerazione coerentemente con le tariffe stabilite;
 16. di confermare il blocco dei contratti per i posti di residenzialità psichiatrica secondo le determinazioni assunte con la citata d.g.r. n. 9491/2000 e di sospendere le procedure di accreditamento di nuove strutture residenziali e semiresidenziali (ad esclusione di quelle realizzate nell'ambito dei programmi innovativi, o comunque già finanziate con fondi pubblici, e di quelle che hanno avviato le procedure di accreditamento entro l'approvazione del presente provvedimento) fino alla conclusione del processo di riqualificazione da parte delle Asl della residenzialità psichiatrica e comunque fino al 31 dicembre 2007;
 17. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento;

18. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO

Riqualificazione delle Strutture Residenziali di psichiatria

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Giunta Regionale nel maggio 2004 pone la riqualificazione delle Strutture residenziali psichiatriche (SR) come uno degli obiettivi strategici per lo sviluppo dell'assistenza psichiatrica.

Secondo quanto definito dal PRSM la *differenziazione delle SR* avviene allo scopo di qualificarne il funzionamento, sulla base di due assi: *a) i livelli di intensità terapeutica e riabilitativa, b) i gradi di intervento assistenziale offerto*. Le strutture residenziali sono chiamate ad attuare la personalizzazione del programma di cura all'interno di un percorso clinico unitario, espresso dal Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), coerente con il Piano di Trattamento individuale (PTI) elaborato in sede territoriale. La responsabilizzazione sui percorsi e sui programmi di cura delle SR viene attuata anche attraverso l'applicazione di protocolli per il trattamento e la durata massima di degenza.

Vengono qui di seguito trattati gli aspetti relativi a:

1 – definizione dei programmi residenziali: durata e tipologia

2 - aree funzionali della residenzialità psichiatrica e criteri di appropriatezza nell'inserimento degli utenti e nello svolgimento dei programmi

3 – indicazioni relative alle nuove tipologie di Residenzialità

1 - I programmi erogati nelle Strutture Residenziali

La revisione del sistema della residenzialità psichiatrica pone principalmente attenzione ai *programmi di cura erogati nelle singole strutture*. Secondo quanto definito dal PRSM l'identificazione dei programmi erogati dalle SR deve essere metodologicamente basata su tre **criteri**: a) la numerosità e l'intensità degli interventi erogati, b) il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc), c) la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano i rapporti di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità). Inoltre, Il PRSM differenzia i programmi erogati dalle SR introducendo anche il criterio della **durata** massima di degenza.

Su questa base, pertanto, si identificano i seguenti **programmi riabilitativi**:

- Programma a bassa intensità riabilitativa (durata della degenza non prestabilita)
- Programma a media intensità riabilitativa (durata massima di degenza 36 mesi)
- Programma ad alta intensità riabilitativa (durata massima di degenza 18 mesi)
- Programma per la post acuzie (durata massima di degenza 3 mesi)

La proposta di programma riabilitativo, che viene formulato dalla Unità Operativa di Psichiatria (UOP) inviante sulla base del PTI, viene definita nel **Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)** elaborato dalla SR per ogni utente sulla base della valutazione dei bisogni individuali. Il PTR dovrà pertanto contenere attività riconducibili a diverse aree di intervento.

Le **tipologie di attività dei programmi a bassa, media, alta intensità riabilitativa** delle SR si articolano in aree di intervento differenti: abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, interventi di intrattenimento, interventi di sostegno ai programmi personalizzati, interventi di

risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, partecipazione ad attività di gruppo, coinvolgimento in attività riabilitative in sede e fuori sede (anche in collaborazione con il volontariato), attività specifiche di gruppo psicoterapico, colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia, specifici interventi di riabilitazione psicosociale, partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale, ecc.

Considerato che una serie di interventi clinici e psicosociali “di base” sono comuni a tutti i programmi - valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali, somministrazione di farmaci, interventi coi familiari, riunioni di coordinamento – e che devono essere attuati nella misura richiesta da ciascun tipo di programma e in coerenza con il PTR, per rispondere all’esigenza di una ulteriore e più specifica **esemplificazione**, i programmi erogati dalle SR possono essere descritti come segue:

Programmi a bassa intensità riabilitativa

- i) Interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l’igiene personale e domestica
- ii) Coinvolgimento in minime mansioni della vita quotidiana di comunità: riordino di spazi di comunità, turnazioni nelle attività di colazione, pranzo, cena
- iii) Interventi di intrattenimento: attività ludiche interne alla comunità
- iv) Interventi di risocializzazione: attività di gruppo in sede o fuori sede (gestiti dalla SR)
- v) Coinvolgimento del volontariato per sostegno di programmi personalizzati

Programmi a media intensità riabilitativa

- i) I precedenti punti della bassa intensità
- ii) Partecipazione alla programmazione delle attività comunitarie
- iii) Partecipazione ad attività di gruppo strutturate di tipo riabilitativo: espressive, psicomotorie, occupazionali, musicali, gruppi discussione, ecc
- iv) Partecipazione del volontariato alle attività risocializzanti in sede e fuori sede

Programmi ad alta intensità riabilitativa

- i) I precedenti punti della bassa e della media intensità
- ii) Gruppi psico e socio-terapici: psicodramma, musicoterapica, ecc.
- iii) Psicoterapia e/o colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia
- iv) Coinvolgimento responsabile dell’utente nella gestione della vita comunitaria
- v) Interventi di riabilitazione psicosociale strutturati
- vi) Partecipazione ad attività pre-lavorative e/o inserimento in progetti di avviamento al lavoro
- vii) Partecipazione ad attività di rete sociale promosse sul territorio e finalizzate alla corresponsabilità nella cura (incontri con associazioni locali, partecipazione e promozione di attività esterne alla comunità, autonome, ecc) e/o partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto

Programmi per la post-acuzie

Questi programmi, ad alta intensità, comprendono specificamente interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico successivamente ad un episodio acuto di malattia, all’inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all’impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine. Sono dunque tipologie specifiche di attività per tali programmi quelli definiti nei punti seguenti:

- i) Interventi per la valutazione clinico-diagnostica e il piano di trattamento
- ii) Interventi di risocializzazione: attività individuali e di gruppo in sede
- iii) Interventi sulle abilità di base interpersonali e sociali

Si ribadisce che per ogni utente inserito in SR dovrà essere elaborato un **Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)**, che sarà contenuto nella cartella clinica, presenterà obiettivi, tempi e verifiche previste del programma riabilitativo e descriverà le attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti

le quali, una volta effettuate, saranno registrate in cartella. Esso dovrà contenere tutti gli elementi che identifichino il programma erogato, relativi alla tipologia quali-quantitativa degli interventi e al mix di attività previsto. Per quanto riguarda la numerosità degli interventi gli indicatori di riferimento sono in generale quelli individuati nella circolare 28 SAN del 21/07/2004.

In **appendice** viene proposta una **scheda indicativa di PTR**.

2 - Le aree funzionali della Residenzialità psichiatrica

Il PRSM definisce tre aree funzionali per la residenzialità psichiatrica: *area riabilitativa, area assistenziale, area della residenzialità leggera*.

Area Riabilitativa

Nell'ambito di tale area devono essere erogati i **programmi residenziali di tipo riabilitativo intensivi**. I programmi residenziali intensivi di area riabilitativa prevedono una durata massima di degenza di 3 mesi per i programmi per la post acuzie (erogabili solo nelle CRA) e di 18 mesi per i programmi di alta intensità riabilitativa. Questi ultimi non sono rinnovabili di norma prima della scadenza di 5 anni nella stessa tipologia di struttura. Le SR ove tali programmi possono aver luogo sono le seguenti:

Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA)

Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM) sperimentale

Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA)

- Le CRA garantiscono una *offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore*.
- Nelle CRA i programmi residenziali **appropriati** sono di **alta intensità riabilitativa** e per la **post-acuzie** e vengono indicati nel **PTR** di ciascun paziente. Il programma viene concordato con la UOP inviante e pertanto deve essere coerente al **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** elaborato dal servizio territoriale - CPS - titolare della presa in carico. *I programmi residenziali per la post-acuzie hanno una durata massima di 3 mesi; i programmi residenziali di alta intensità riabilitativa hanno una durata massima di 18 mesi.*
- In casi di particolare e documentato impegno, con valutazione congiunta tra erogatore e inviante, può essere negoziato con la ASL –tramite l'Organismo di Coordinamento– il rinnovo del programma di alta intensità fino a un massimo di ulteriori 6 mesi. I programmi residenziali che per situazioni specifiche necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con l'inviante e la ASL di residenza dell'utente –tramite l'Organismo di Coordinamento– come programmi di media intensità riabilitativa: tali programmi hanno una durata massima di 36 mesi. I programmi residenziali per la post acuzie non sono rinnovabili ma se necessario ripetibili (per es. in occasione di ricadute cliniche).
- Anche nel caso in cui al termine dei 18 mesi alcuni pazienti debbano proseguire la degenza con un programma di minore intensità riabilitativa, presso le CRA deve essere garantito che in ogni momento *almeno 2/3 degli utenti ricoverati sia inserito in un programma di post-acuzie o alta intensità riabilitativa*.
- Le CRA devono recepire i *“protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione” per le SR psichiatriche* definiti nel Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17 Maggio 2004),
- Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CRA valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; ii) di norma è da considerarsi il limite di età di 50 anni, *con l'eccezione dei*

programmi di post-acuzie. Sono considerate diagnosi di esclusione: demenza primaria, grave ritardo mentale.

Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM) sperimentale

- Le CRM garantiscono una *offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore.*
- Nelle CRM i programmi residenziali **appropriati** sono di **alta intensità riabilitativa** e vengono indicati nel *Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)* di ciascun paziente. Il programma viene concordato con la UOP inviante e pertanto deve essere coerente al *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* elaborato dal servizio territoriale (CPS) titolare della presa in carico. *I programmi residenziali di alta intensità riabilitativa hanno una durata massima di 18 mesi (nell'ambito di programmi innovativi già finanziati può essere prevista la durata di 24 mesi).*
- In casi di particolare e documentato impegno, con valutazione congiunta tra erogatore e inviante, può essere negoziato con la ASL –tramite l'OCSM– il rinnovo del programma di alta intensità fino a un massimo di ulteriori 6 mesi. I programmi residenziali che per situazioni specifiche necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con l'inviante e la ASL di residenza dell'utente –tramite l'Organismo di Coordinamento– come programmi di media intensità riabilitativa: tali programmi hanno una durata massima di 36 mesi.
- Anche nel caso che al termine dei 18 mesi alcuni pazienti debbano proseguire la degenza con un programma di minore intensità riabilitativa, presso le CRM deve essere garantito che in ogni momento *almeno 2/3 degli utenti ricoverati sia inserito in un programma di alta intensità riabilitativa.*
- Le CRM devono recepire i “*protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione*” per le SR psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17 Maggio 2004),
- Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CRM valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; ii) di norma è da considerarsi il limite di età di 50 anni. Sono considerate *diagnosi di esclusione*: demenza primaria, grave ritardo mentale.

Area Assistenziale

Nell'ambito di tale area vengono erogati *programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo* e specifico e che invece richiedono gradi diversi di interventi assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. La durata di tali programmi viene stabilita in 36 mesi. Le SR ove tali programmi possono aver luogo sono le seguenti:

Comunità Protetta Alta assistenza (CPA)

Comunità Protetta Media assistenza (CPM)

Comunità Protetta Alta assistenza (CPA)

- Le CPA garantiscono una *offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore*
- Nelle CPA i programmi residenziali **appropriati** all'ingresso sono di **media intensità riabilitativa** e hanno una durata massima di 36 mesi e vengono indicati nel *Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)* di ciascun paziente. Il programma viene concordato con la

UOP inviante e pertanto deve essere coerente al *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* elaborato dal servizio territoriale (CPS) titolare della presa in carico.

- I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con l'inviante e la ASL di residenza dell'utente –tramite l'Organismo di Coordinamento– in base alla valutazione dei bisogni *e vengono rinnovati di norma come* programmi di bassa intensità riabilitativa. In situazioni particolari e documentate, congiuntamente valutate tra erogatore e inviante, può essere negoziato con la ASL –tramite l'OCSM– il rinnovo del programma di media intensità con cadenza annuale per un massimo di ulteriori 36 mesi.
- Le CPA devono recepire i “*protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione*” per le SR psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17 Maggio 2004)
- Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CPA valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; ii) è da considerarsi il limite di età di 65 anni. Sono considerate *diagnosi di esclusione*: demenza primaria, grave ritardo mentale

Comunità Protetta Media assistenza (CPM)

- Le CPM garantiscono una *offerta assistenziale di medio grado sulle 12 ore*.
- Nelle CPM i programmi residenziali **appropriati all'ingresso sono di media intensità riabilitativa**, hanno una durata massima di 36 mesi e vengono indicati nel *Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)* di ciascun paziente. Il programma viene concordato con la UOP inviante e pertanto deve essere coerente al *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* elaborato dal servizio territoriale (CPS) titolare della presa in carico.
- I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con l'inviante e la ASL di residenza dell'utente –tramite l'Organismo di Coordinamento– in base alla valutazione dei bisogni *e vengono rinnovati di norma come* programmi di bassa intensità riabilitativa. In situazioni particolari e documentate, congiuntamente valutate tra erogatore e inviante, può essere negoziato con la ASL –tramite l'OCSM– il rinnovo del programma di media intensità con cadenza annuale per un massimo di ulteriori 36 mesi.
- Le CPM devono recepire i “*protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione*” per le SR psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17 Maggio 2004) .
- Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CPM valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; ii) è da considerarsi il limite di età di 65 anni. Sono considerate *diagnosi di esclusione*: demenza primaria, grave ritardo mentale.

Area della Residenzialità leggera

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

I programmi di *residenzialità leggera* vengono implementati e finanziati allo scopo essenziale di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell'utente. Nel contempo tali programmi per essere realizzati si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di *sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale*, anche tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza. Sarà perciò necessario consentire la partecipazione dei cittadini e l'intervento dei Comuni, oltre ad agevolare eventuali convenzioni con il privato sociale.

3 – Indicazioni relative alle nuove tipologie di Residenzialità

I requisiti minimi definiti per le SR negli allegati B e C alla d.g.r. si intendono riferiti a strutture di 20 posti letto. Esigenze di flessibilità clinico-operativa e di razionale impiego delle risorse possono suggerire soluzioni organizzative diverse: ad esempio istituire “presidi funzionali” di comunità tra strutture contigue di ridotte dimensioni organizzando idonee integrazioni, nel rispetto degli standard previsti, o attivare programmi di residenzialità leggera, individuando abitazioni adatte nelle vicinanze, secondo le caratteristiche più avanti descritte. Inoltre, se ritenuto opportuno e necessario, è possibile svolgere attività semiresidenziali a condizione di procedere allo specifico accreditamento per Centro Diurno.

Si indicano di seguito le caratteristiche delle CRM sperimentali e dei programmi di residenzialità leggera.

Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM) sperimentali

Le CRM sono strutture residenziali che erogano principalmente programmi residenziali a riabilitazione intensiva, con un'offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore, e sono caratterizzate da una prevalente presenza di personale di assistenza alla persona e di educatori professionali e/o tecnici della riabilitazione.

Le CRM devono essere in possesso dei requisiti minimi autorizzativi indicati nell'allegato C.

Area della Residenzialità leggera

Possono accedere all'erogazione di tali programmi ***i soggetti accreditati per attività di psichiatria.***

Secondo quanto definito dal PRSM, le strutture ove vengono erogati i programmi di residenzialità leggera possono essere di tipologia molto variabile (*es: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA*), possono prevedere fino a un massimo di 10 posti letto per stabile o unità abitativa in “moduli” (*appartamenti*) massimo di 5 posti letto. Si tratta di strutture abitative svincolate dall'accREDITAMENTO e conformi, secondo le indicazioni del D.M. 14 gennaio 1997, alle “civili abitazioni”, le cui caratteristiche sono definite nel Regolamento locale di igiene-tipo, di cui alla DGR n. 45266/89.

In tali strutture si attuano programmi individuali di trattamento (*programmi di residenzialità leggera*) che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito. **Tali programmi** sono rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e devono essere definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti, sono assimilabili ai programmi di media/bassa intensità riabilitativa e comprendono un ampio spettro di attività possibili, con particolare attenzione agli interventi di rete sociale.

A titolo **esemplificativo**, si propone di seguito uno schema di programma individuale di residenzialità leggera:

Programma di residenzialità leggera

- i) Coinvolgimento nelle attività domestiche e della vita quotidiana: interventi individuali sulle abilità di base, supporto alle attività quotidiane
- ii) Partecipazione alla programmazione delle attività comunitarie

- iii) Gruppi di risocializzazione e/o interventi riabilitativi di gruppo
- iv) Interventi riabilitativi individuali finalizzati al mantenimento delle capacità sociali
- v) Coinvolgimento del volontariato per sostegno a programmi personalizzati
- vi) Tutte le altre attività “di rete sociale”
- vii) Riunioni di coordinamento: interne e con altri enti / associazioni
- viii) Colloquio con il paziente e interventi con i familiari

*E' prevista la presenza di **personale** socio-sanitario multiprofessionale analogo a quello impiegato nelle SR in grado di fornire la propria assistenza tutti i giorni feriali, indicativamente con presenze nei momenti principali che scandiscono la giornata (mattino, mezzogiorno, sera) e con l'impegno orario richiesto dalla situazione specifica.*

La **durata** dei programmi di residenzialità leggera è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. Tali programmi sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Per favorire la diffusione di tali programmi va incentivato *il reperimento di idonee soluzioni abitative, con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento e di eventuali Soggetti privati, concordando modalità di contributo alle spese e di intervento dei Comuni / Piani di zona e agevolando eventuali convenzioni con il privato sociale per la gestione del servizio.*

APPENDICE: SCHEDA PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO (PTR)

Il PTR, di norma, deve contenere:

- 1. scheda di invio in SR (modello ASL) compilata**
- 2. piano di trattamento individuale (PTI) del CPS di provenienza**
- 3. scheda per il progetto terapeutico riabilitativo (PTR)**
- 4. scala di valutazione (tra quelle validate) o griglia di valutazione (bisogni, disabilità, funzionamento psicosociale)**

MODELLO di SCHEDA PTR

Nome:

Cognome:

Diagnosi:

C.P.S. di riferimento:

Data di inserimento:

Data di compilazione del PTR:

Osservazione delle problematiche relativa a:

- area della cura del sé / ambiente:
- area della competenza relazionale:
- area della gestione economica:
- area delle abilità sociali:

Obiettivi dell'intervento:

Aree di intervento: (descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti)

VERIFICA: aggiornamento relativo a:

Osservazioni:

Obiettivi d'intervento:

Aree di intervento:

data della verifica:

COMUNITA' RIABILITATIVA ALTA ASSISTENZA

Codice	Requisito *		Modalità assolvimento
OSRES01	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?	auto	
OSRES02	Per le strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: è prevista la presenza di assistenza nelle 24 ore?	auto	
OSRES05	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?	auto	
OSRES06	La struttura terapeutico-riabilitativa, è inserita in contesti abitativi, e assicura una assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?	accred.	La struttura terapeutico-riabilitativa è inserita in contesti abitativi e garantisce un'offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti
OSRES07	E' garantita la presenza di almeno un medico di I livello nelle 12 ore diurne?	accred.	La presenza del medico psichiatra nelle 12 ore diurne deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 8 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva, come indicato nel DDGS 19791/00, e le restanti 4 ore di pronta disponibilità. Nelle giornate di sabato e domenica le 12 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità.
OSRES08	Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati?	accred.	Nell'ambito del personale di assistenza, deve essere presente almeno un'infermiere professionale nell'arco delle 24 ore
OSRES09	E' garantita la presenza di almeno 2 operatori per turno nelle ore notturne?	accred.	
OSRES15	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?	accred.	Deve essere comunque garantita la presenza dello psicologo per almeno 12 ore alla settimana
OSRES16	E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?	accred.	Deve essere previsto almeno un educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica fino a 10 posti letto e almeno 2 educatori e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica sopra i 10 posti letto
OSRES17	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?	accred.	

OSRES18	E' predisposto un documento nel quale sono esplicitate le attività, che devono essere svolte in appositi spazi dedicati, volte al recupero della vita di relazione?	accred.	Per ogni utente deve essere elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti. Le attività svolte devono essere registrate in cartella. Devono essere recepiti i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale.
OSRES19	Esiste un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obbiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?	accred.	
SSRES01	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?	auto	
SSRES02	Il numero dei posti è massimo 20?	auto	
SSRES04	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?	auto	
SSRES05	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?	auto	

* **Requisiti attualmente riferiti al CRT**

Legenda			
OS	Requisito organizzativo specifico	auto	Requisito autorizzativo d.p.r. 14 gennaio 1997
SS	Requisito strutturale e tecnologico specifico	accred.	Requisito di accreditamento d.g.r. 38133/1998
RES	Residenziale		

COMUNITA' PROTETTA ALTA ASSISTENZA

Codice	Requisito *		Modalità assolvimento
OSRES01	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?	auto	
OSRES02	Per le strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: è prevista la presenza di assistenza nelle 24 ore?	auto	
OSRES05	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?	auto	
OSRES06	La struttura terapeutico-riabilitativa, è inserita in contesti abitativi, e assicura una assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?	accred.	La struttura terapeutico-riabilitativa è inserita in contesti abitativi e garantisce un'offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti
OSRES10	E' garantita la presenza di almeno un medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore?	accred.	La presenza del medico psichiatra nelle 6 ore deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 4 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva, come indicato nel DDGS 19791/00, e le restanti 2 ore di pronta disponibilità. Nelle giornate di sabato e domenica le 6 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità.
OSRES11	Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati?	accred.	Nell'ambito del personale di assistenza, deve essere presente almeno un infermiere professionale nell'arco delle 24 ore
OSRES15	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?	accred.	
OSRES16	E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?	accred.	Deve essere previsto almeno un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica
OSRES17	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?	accred.	

OSRES18	E' predisposto un documento nel quale sono esplicitate le attività, che devono essere svolte in appositi spazi dedicati, volte al recupero della vita di relazione?	accred.	Per ogni utente deve essere elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti. Le attività svolte devono essere registrate in cartella. Devono essere recepiti i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale.
OSRES19	Esiste un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obbiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?	accred.	
SSRES01	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?	auto	
SSRES02	Il numero dei posti è massimo 20?	auto	
SSRES03	Per le strutture fino a 10 posti letto, le caratteristiche delle civili abitazioni e l'organizzazione interna, garantiscono gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, oltre che le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, per le riunioni	auto	
SSRES04	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?	auto	
SSRES05	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?	auto	

* **Requisiti attualmente riferiti alla Comunità Protetta di Elevata Attività Assistenziale**

Legenda			
OS	Requisito organizzativo specifico	auto	Requisito autorizzativo d.p.r. 14 gennaio 1997
SS	Requisito strutturale e tecnologico specifico	accred.	Requisito di accreditamento d.g.r. 38133/1998
RES	Residenziale		

COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA

Codice	Requisito*		Modalità assolvimento
OSRES01	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?	auto	
OSRES03	Per le strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale, è prevista la presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne?	auto	
OSRES05	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?	auto	
OSRES06	La struttura terapeutico-riabilitativa, è inserita in contesti abitativi, e assicura una assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?	accred.	La struttura terapeutico-riabilitativa è inserita in contesti abitativi, e garantisce un'offerta assistenziale di medio grado sulle 12 ore, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti
OSRES12	E' garantita la presenza di almeno un medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore?	accred.	La presenza del medico psichiatra nelle 6 ore deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 2 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva, come indicato nel DDGS 19791/00, e le restanti 4 ore di pronta disponibilità. Nelle giornate di sabato e domenica le 6 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità.
OSRES13	Il personale di assistenza, garantisce, nelle 12 ore diurne, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati?	accred.	Nelle 12 ore diurne (fascia 8-20) devono essere presenti 2 operatori, tra cui un infermiere professionale per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì, e per almeno 5 ore il sabato e la domenica.
OSRES15	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?	accred.	
OSRES16	E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?	accred.	Deve essere previsto almeno un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica
OSRES17	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?	accred.	

OSRES18	E' predisposto un documento nel quale sono esplicitate le attività, che devono essere svolte in appositi spazi dedicati, volte al recupero della vita di relazione?	accred.	Per ogni utente deve essere elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti. Le attività svolte devono essere registrate in cartella. Devono essere recepiti i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale.
OSRES19	Esiste un fondo cassa economica regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?	accred.	
SSRES01	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?	auto	
SSRES02	Il numero dei posti è massimo 20?	auto	
SSRES03	Per le strutture fino a 10 posti letto, le caratteristiche delle civili abitazioni e l'organizzazione interna, garantiscono gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, oltre che le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, per le riunioni?	auto	
SSRES04	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?	auto	
SSRES05	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?	auto	

* **Requisiti attualmente riferiti alla Comunità Protetta di Media Attività Assistenziale**

Legenda			
OS	Requisito organizzativo specifico	auto	Requisito autorizzativo d.p.r. 14 gennaio 1997
SS	Requisito strutturale e tecnologico specifico	accred.	Requisito di accreditamento d.g.r. 38133/1998
RES	Residenziale		

COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA

Codice	Requisito*		Modalità assolvimento
OSRES01	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?	auto	
OSRES03	Per le strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale, è prevista la presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne?	auto	
OSRES05	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?	auto	
OSRES06	La struttura terapeutico-riabilitativa, è inserita in contesti abitativi, e assicura una assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?	accred.	La struttura terapeutico-riabilitativa è inserita in contesti abitativi, e garantisce un'offerta assistenziale di medio grado sulle 12 ore, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti
OSRES12	E' garantita la presenza di almeno un medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore?	accred.	La presenza del medico psichiatra nelle 6 ore deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 2 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva, come indicato nel DDGS 19791/00, e le restanti 4 ore di pronta disponibilità. Nelle giornate di sabato e domenica le 6 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità.
OSRES13	Il personale di assistenza, garantisce, nelle 12 ore diurne, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati?	accred.	Nelle 12 ore diurne (fascia 8-20) devono essere presenti 2 operatori, tra cui un infermiere professionale per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì, e per almeno 5 ore il sabato e la domenica.
OSRES15	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?	accred.	
OSRES16	E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?	accred.	Deve essere previsto almeno un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica
OSRES17	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?	accred.	
OSRES18	E' predisposto un documento nel quale sono esplicitate le attività, che devono essere svolte in appositi spazi dedicati, volte al recupero della vita di relazione?	accred.	Per ogni utente deve essere elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti. Le attività svolte devono essere registrate in cartella. Devono essere recepiti i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale.
OSRES19	Esiste un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obbiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?	accred.	
SSRES01	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?	auto	
SSRES02	Il numero dei posti è massimo 20?	auto	

COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA

Codice	Requisito*	Modalità assolvimento
SSRES03	Per le strutture fino a 10 posti letto, le caratteristiche delle civili abitazioni e l'organizzazione interna, garantiscono gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, oltre che le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, per le riunioni?	auto
SSRES04	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?	auto
SSRES05	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?	auto

* **Requisiti attualmente riferiti alla Comunità Protetta di Media Attività Assistenziale**

Legenda

OS	Requisito organizzativo specifico	auto	Requisito autorizzativo d.p.r. 14 gennaio 1997
SS	Requisito strutturale e tecnologico specifico	accred.	Requisito di accreditamento d.g.r. 38133/1998
RES	Residenziale		

COMUNITA' PROTETTA ALTA ASSISTENZA

Codice	Requisito *		Modalità assolvimento
OSRES01	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?	auto	
OSRES02	Per le strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: è prevista la presenza di assistenza nelle 24 ore?	auto	
OSRES05	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?	auto	
OSRES06	La struttura terapeutico-riabilitativa, è inserita in contesti abitativi, e assicura una assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?	accred.	La struttura terapeutico-riabilitativa è inserita in contesti abitativi e garantisce un'offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti
OSRES10	E' garantita la presenza di almeno un medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore?	accred.	La presenza del medico psichiatra nelle 6 ore deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 4 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva, come indicato nel DDGS 19791/00, e le restanti 2 ore di pronta disponibilità. Nelle giornate di sabato e domenica le 6 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità.
OSRES11	Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati?	accred.	Nell'ambito del personale di assistenza, deve essere presente almeno un infermiere professionale nell'arco delle 24 ore
OSRES15	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?	accred.	
OSRES16	E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?	accred.	Deve essere previsto almeno un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica
OSRES17	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?	accred.	
OSRES18	E' predisposto un documento nel quale sono esplicitate le attività, che devono essere svolte in appositi spazi dedicati, volte al recupero della vita di relazione?	accred.	Per ogni utente deve essere elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti. Le attività svolte devono essere registrate in cartella. Devono essere recepiti i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale.
OSRES19	Esiste un fondo cassa economica regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?	accred.	
SSRES01	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?	auto	

COMUNITA' PROTETTA ALTA ASSISTENZA

Codice	Requisito *		Modalità assolvimento
SSRES02	Il numero dei posti è massimo 20?	auto	
SSRES03	Per le strutture fino a 10 posti letto, le caratteristiche delle civili abitazioni e l'organizzazione interna, garantiscono gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, oltre che le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, per le riunioni	auto	
SSRES04	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?	auto	
SSRES05	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?	auto	

* **Requisiti attualmente riferiti alla Comunità Protetta di Elevata Attività Assistenziale**

Legenda

OS	Requisito organizzativo specifico	auto	Requisito autorizzativo d.p.r. 14 gennaio 1997
SS	Requisito strutturale e tecnologico specifico	accred.	Requisito di accreditamento d.g.r. 38133/1998
RES	Residenziale		

COMUNITA' RIABILITATIVA MEDIA ASSISTENZA

Tipo		Requisito
OS	auto	E' prevista la presenza di medici specialisti e di altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie?
OS	auto	E' previsto un collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994?
OS	auto	La struttura garantisce un'offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti?
OS	auto	Dal lunedì al venerdì sono garantite la presenza attiva di un medico psichiatra per almeno 4 ore e la pronta disponibilità per almeno 2 ore; nelle giornate di sabato e domenica sono garantite 6 ore di pronta disponibilità da parte di un medico psichiatra?
OS	auto	Nelle 24 ore è garantita la presenza di almeno un operatore?
OS	auto	Nelle 12 ore diurne (fascia 8-20) sono presenti 2 operatori, tra cui un infermiere professionale per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì, e per almeno 5 ore il sabato e la domenica?
OS	auto	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative (tra cui lo psicologo e l'educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica), con approccio multi professionale d'équipe?
OS	auto	E' garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso, e comunque uno psicologo presente per 12 ore la settimana e 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica ogni 5 utenti?
OS	auto	Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona il personale di assistenza, frequenta un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
OS	auto	Per ogni utente è elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), contenuto nella cartella clinica, che descriva: obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo e attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti, che una volta effettuate, sono registrate in cartella?
OS	auto	La struttura recepisce i protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le Strutture Residenziali Psichiatriche definiti nel Piano Regionale Salute mentale?
OS	auto	Esiste un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obbiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione?
SS	auto	Il numero complessivo dei locali e degli spazi, è in relazione alla popolazione servita?
SS	auto	Il numero dei posti è massimo 20?
SS	auto	Per le strutture fino a 10 posti letto, le caratteristiche delle civili abitazioni e l'organizzazione interna, garantiscono gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, oltre che le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui, per le riunioni?
SS	auto	Per strutture oltre i 10 posti letto, sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10?
SS	auto	Le strutture sono collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione?

legenda

OS Requisito organizzativo specifico
SS Requisito strutturale e tecnologico specifico