

Seminario
***“Salute Mentale e assistenza psichiatrica
nei cambiamenti del S.S.N.
Il lavoro del GISM negli anni 2006/2014”***

Genova, 3 dicembre 2014

**LE STRUTTURE RESIDENZIALI
PSICHIATRICHE**

Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013

Giorgio Cerati – Regione Lombardia

ALLEGATO A

**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME****13/054/CR7A/C7****LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE****Indice:****Premessa**

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche



Roma, 13 giugno 2013

Premessa

Il **Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)**, approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche **azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità** per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire **indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale**, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una **residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati** e **strutturata sia per intensità di trattamento** (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), **sia per programmi** e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui **percorsi di cura**, che si fonda sulla necessità di **lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone**, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici offerti agli utenti.

Pazienti **adulti**.

Prendere nota

Indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica inadeguate all'evoluzione dei bisogni, della domanda delle metodologie di cura e riabilitazione (modello percorsi clinici - reti - integrazione)

Eterogeneità negli assetti normativi regionali, pur con la ricchezza di modelli e soluzioni offerta negli anni: v. **difficile ricognizione** svolta (oltre al *numero*, denominazione e tipologia strutture residenziali, pazienti trattati, requisiti accreditamento, tariffe, durata di degenza, compartecipazione alla spesa...)

- La collaborazione con **AGENAS**: una metodologia efficace
- Il lavoro del **GISM**: la valorizzazione delle buone pratiche di Psichiatria di Comunità nelle Regioni
- **Il PANSM**: progettualità e percorsi di cura + OBIETTIVO 11:

Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa



**nella direzione di programmi di cura individuali,
non strutture – contenitori “modello ex OP”**

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

(approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013)

Aree di bisogni prioritari

- **area esordi - intervento precoce**
- **area disturbi comuni**, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia)
- **area disturbi gravi persistenti e complessi**
- **area disturbi infanzia e adolescenza**

La **metodologia** di lavoro consiste in percorsi di cura / programmi innovativi da elaborare ed erogare **sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici** di intervento clinico proposti.

Inoltre, con analogo modello progettuale, vanno affrontate **altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo**, che vanno dai disturbi del **comportamento alimentare** ai disturbi di **personalità**, ai disturbi psichici in età geriatrica, ai disturbi psichici associati alle **dipendenze patologiche** e agli **autori di reato**, ai diversi **modelli di residenzialità psichiatrica differenziata per livelli di intensità**, dalla formazione degli operatori in rapporto con l'Università al sistema informativo. Esse tuttavia richiedono di essere trattate ...(sulla base) delle loro specificità.

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

PANSM – C. U. 24. 1. 2013

OBIETTIVO 1: Percorsi clinici territoriali differenziati

Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utente –

***AZIONE:** Implementazione specifica nei DSM dei percorsi clinici territoriali differenziati (consulenza, assunzione in cura, presa in carico)*

OBIETTIVO 2: Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni

OBIETTIVO 3: Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore

OBIETTIVO 4: Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità

OBIETTIVO 5: Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici “comuni”

OBIETTIVO 11: Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa

Residenzialità psichiatrica

- ❑ **In tutte le Regioni normativa specifica** per la residenzialità psichiatrica e progetti di riqualificazione delle strutture e dei percorsi riabilitativi
- ❑ In generale residenzialità organizzata per livelli di protezione e intensità assistenziale differenziata. **Diffuso lo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo personalizzato** (es. Marche, Lombardia, Campania, Veneto, Puglia)
- ❑ **Criteri di ammissione e dimissioni** definite in molte Regioni
- ❑ In **Lombardia** tempi massimi di permanenza nelle SR riabilitative (max 18 mesi) e utilizzo per post-acuzie (max 3 mesi)
- ❑ **Nuove forme di residenzialità**: residenzialità leggera (Lombardia); Progetti di Housing Sociale
- ❑ Frequenti collaborazione e **convenzioni con il privato** profit e non profit. Coordinamento del DSM

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

- Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del DSM (P.O. 1998-2000), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.
- Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, compresa comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del CSM che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nel piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.
- L'inserimento avviene a cura del CSM, tramite procedura di consenso con sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente
- Continuità terapeutica e coinvolgimento della rete familiare e sociale
- Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

- L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.
- L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico per il miglioramento continuo della qualità
- Le SR operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.
- Adozione di Carta dei Servizi contenente le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/ trattamento/ dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

- PTI - appropriatezza invio, diagnosi incluse: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale. Da considerare quindi:
- La gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, stabilita in base a strumenti di valutazione standardizzati, le risorse o potenzialità riabilitative, le *resistenze* al cambiamento, la stabilità clinica.
- Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere. La risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente correla due livelli:
 - *il livello di intervento terapeutico riabilitativo: intensità riabilitativa*
 - *il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale*

Il PTRP - Differenziare i livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale

- Gli interventi necessari al paziente nell'insieme rientrano in programmi differenziati per durata e prestazioni e di qui la scelta della tipologia di struttura residenziale.
- Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**, specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il PTI e quindi in accordo con il CSM.
- Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una **Scheda di PTRP**, quali:
 - Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal PTI (allegato)
 - Osservazione problematiche - aree: *psicopatologia; cura di sé e ambiente; competenza relazionale; gestione economica; abilità sociali*
 - Obiettivi dell'intervento
 - Aree di intervento: la tipologia e il mix di interventi previsti; e la **durata**

4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle SR è distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei *programmi attuati* e al livello di intensità assistenziale *presente*, **tre tipologie** di struttura residenziale:

- **Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).**
- **Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).**

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- **Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi**, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Specializzazione e differenziazione: strutture / programmi

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali:

- i trattamenti all'esordio
- i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta
- i trattamenti dei disturbi di personalità
- i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare
- i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle *Regioni* e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

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

Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I **criteri** sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:

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

Interventi

Modelli di intervento attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività quali:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. su funzioni cognitive
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Programmi per la post-acuzie: rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici 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 e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio

- essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli
- stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti
- prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza)
- curare l'igiene personale

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

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

Indicazioni clinico-riabilitative:

- **Trattamenti a carattere intensivo 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; o 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 processi di recupero.
- Spesso 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 genera stress che possono produrre scompenso. *In particolare...*

Aree di intervento: *alta intensità riabilitativa*

- In termini di **aree di intervento**, la tipologia di offerta da parte della SRP.1 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 per la stabilizzazione del paziente, attraverso periodici colloqui clinici anche con la famiglia;
- **area psicologica**: offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (allargati alle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa**: offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (individuali e di gruppo) di riabilitazione psicosociale, per il recupero di abilità di base interpersonali / sociali e al reinserimento del paziente nel contesto di origine, con coinvolgimento in attività di vita quotidiana della struttura e di formazione/inserimento lavorativo;
- **area di risocializzazione**: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede, in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento**: incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti e durata

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. **Regioni e Province Aut. definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri**, tenendo conto dei raggruppamenti di attività:

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

Durata

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

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

Pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per cui siano efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a **media** intensità riabilitativa (anche per *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:
- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

Aree di intervento: ***programmi a media intensità riabilitativa*** con attività clinica di minore intensità e attività di risocializzazione maggiore di riabilitativa

Durata massima programma: non superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12

SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

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

Sottotipologie SRP.3

- ***SRP.3.1*** - *Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere*
- ***SRP.3.2*** - *Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere*
- ***SRP.3.3*** - *Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie*

SRP.3.1

Indicazioni cliniche:

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento

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

SRP.3.2 // SRP.3.3

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 //12 ore conclusasi positivamente.

I pazienti, clinicamente stabilizzati, presentano bisogni prevalenti 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.

//Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono assistenza solo in alcune fasce orarie 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 // non presenti di norma difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- 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 da programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione e il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale // supervisione

5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree:

- *Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi*
- *Requisiti concernenti le competenze professionali*
- *Requisiti concernenti la Comunicazione*
- *Requisiti concernenti Appropriatazza clinica e sicurezza*

6. Monitoraggio e verifiche

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. E' **compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti** organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria **l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)**, anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione (a cura Gruppo SISM Min. Salute)

Si raccomanda l'utilizzo di **strumenti strutturati di valutazione** dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti.

Analogamente, riguardo ai **trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza** del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

C. U. 17.10.2013, dalla collaborazione GISM – AGENAS

Risposta appropriata ai bisogni specifici rilevati del paziente. In correlazione tra
livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa
livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Definiti gli interventi necessari al paziente, con durata e prestazioni appropriate:
programmi differenziati per intensità.

Percorso clinico-assistenziale di ciascun utente declinato nel **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**, elaborato dall'equipe della struttura residenziale, **in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI)**, in accordo con il CSM: cornice della Psichiatria di Comunità

A fronte dell'elevato utilizzo delle SR (doppio del previsto dal P.O.) **dopo 35 anni dalla 180**, a partire da esperienze regionali ed evoluzione dei bisogni e dei modelli di intervento, una normativa nazionale per rendere **omogenee**:

- la **nomenclatura** e la **tipologia** delle diverse SR
- le **caratteristiche** e la **durata dei Programmi** riabilitativi
- le aree dei **disturbi** trattati, i **requisiti**, gli assetti organizzativi-gestionali