

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

DECRETO N. 45 DEL 21/05/2015

OGGETTO: **Recepimento accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante “*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza*” (rep. 138/2014).
*Approvazione requisiti, criteri e modalità di accesso per le prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza.***

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell’articolo 4 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell’attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all’art. 1, comma 88, della Legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari ad Acta con compito di affiancare il commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l’attuazione del Piano di Rientro e che con successiva delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al dimissionario dott. Achille Coppola;
- d. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il prof. Ettore Cinque è stato nominato quale Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale;

PREMESSO altresì:

- a. che ai sensi del DPCM 29/11/2001, sub allegato 1C, l’assistenza sanitaria territoriale, in regime semiresidenziale e residenziale, a favore di minori affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico costituisce un livello essenziale di assistenza;
- b. che il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 (rep. atti n. 4/CU), prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica in età evolutiva e in età adulta 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 la disomogeneità;
- c. che nella seduta del 13/11/2014, repertorio atti n. 138, la Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane ha approvato il documento recante “*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza*”, che fornisce principi generali, indicazioni sull’assetto organizzativo, sull’inserimento e sui percorsi di trattamento individuali, sulle tipologie dei percorsi di cura, nonché sull’accreditamento e su monitoraggio e verifiche;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

CONSIDERATO:

- a. che la Regione Campania, in materia di strutture per l'assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale di neuropsichiatria infantile, non ha mai adottato specifica disciplina e quindi, non è di fatto disponibile alcuna offerta regolamentata pubblica e/o del privato autorizzato/accreditato e che, pertanto, il bisogno in materia viene soddisfatto con il ricorso o a strutture fuori territorio regionale, o a strutture autorizzate per altre tipologie di assistenza, con effetti indesiderati nella gestione del caso clinico e nella spesa pubblica;
- b. che, tra l'altro, il Ministero della Giustizia, Dipartimento Giustizia Minorile, ha sollecitato più volte formalmente, da ultimo con nota del 26/04/2014 indirizzata al Presidente della giunta regionale, l'individuazione di strutture idonee per l'accoglienza e l'assistenza sanitaria a minori con problemi psichiatrici non compatibili con il collocamento in carcere, in attesa di giudizio o con provvedimenti di esecuzione penale;
- c. che, proprio per rispondere alla specifiche criticità riguardo al collocamento in strutture terapeutiche di tipo sanitario dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria con problematiche di tipo psichiatrico, la Direzione Generale Tutela della Salute ha costituito, con propria nota n. 2014.0499264, un gruppo di lavoro ristretto in seno ai componenti dell'Osservatorio regionale sulla Sanità Penitenziaria, integrato da esponenti dell'AG, che si occupi della specifica problematica;
- d. che è necessario, quindi, disciplinare e realizzare la suddetta offerta di prestazioni residenziali e semiresidenziali nonché dare impulso al consolidamento degli interventi integrati, per minori e adolescenti con disturbo psichiatrico, tra il Servizio Sanitario Regionale e attori istituzionali e agenzie territoriali interessati, quali Scuola, Centri di Giustizia Minorile, Enti Locali, mondo dell'associazionismo/Terzo Settore, ecc;
- e. che con nota del Sub Commissario ad Acta n. 3377/C del 25/07/2014, indirizzata a tutte le AASSLL della Campania, sono stati forniti indirizzi per le attività territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare riferimento all'organizzazione di un centro unico aziendale per la salute mentale in età evolutiva che assicuri forme di coordinamento, di indirizzo e di procedure omogenee per l'espletamento di funzioni fondamentali come prevenzione, diagnosi clinica e funzionale, interventi in casi di emergenza e urgenza, elaborazione del progetto personalizzato di intervento che contenga tutte le necessarie e possibili azioni di cura e assistenziali (abilitativi e riabilitativi, terapeutici e psicoterapeutici, farmacologici, il collocamento in strutture residenziali o semiresidenziali sanitarie);
- f. che, sulla scorta degli indirizzi del citato accordo CU del 13/11/2014 e della predetta circolare subcommissariale, gli uffici regionali competenti della DG Tutela della salute hanno provveduto ad elaborare il documento tecnico denominato "*Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)*", con relative sezioni, volto a individuare criteri e modalità d'accesso, finalità, caratteristiche, fabbisogno, requisiti e tariffe delle strutture che erogano prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza nonché i criteri e procedimento di accreditamento in prima applicazione presso il Sistema Sanitario Regionale (SSR);

TENUTO CONTO:

- a. che la DGRC n. 7301 del 31/12/2001 ha definito i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private residenziali e ha approvato le procedure di autorizzazione;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

- b. che la citata delibera, al punto c) dell'introduzione, elenca le strutture sanitarie soggette ad autorizzazione che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale e ne definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici;
- c. che il Regolamento n. 1 del 22/06/2007 definisce i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale;
- d. che il DPCM 1° aprile 2008 ha, tra l'altro, trasferito al SSR la competenza in materia di collocamento dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e con patologia di tipo psichiatrico;

RITENUTO di:

- a. garantire, ai sensi del DPCM 29/11/2001, sub allegato 1C, il livello essenziale di assistenza sanitaria territoriale, in regime semiresidenziale e residenziale, a favore di minori affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico su tutto il territorio regionale;
- b. recepire l'Accordo Conferenza Unificata del 13/11/2014, repertorio atti n. 138;
- c. di disciplinare finalità, caratteristiche, fabbisogno, requisiti e tariffe delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza nonché criteri e modalità d'accesso alle prestazioni, e criteri e procedimento di accreditamento in prima applicazione presso il SSR;

RITENUTO quindi altresì necessario:

- a. di approvare il documento tecnico allegato denominato "*Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)*";
- b. di fare carico alle Aziende Sanitarie Locali di adottare tutte le misure organizzative e amministrative necessarie a dare rapida attuazione alle previsioni del suddetto Documento;
- c. di incaricare, in considerazione del carattere innovativo e delle ricadute in termini sanitari, economici e sociali dell'applicazione della presente normativa, la UOD *Interventi sociosanitari* di attivare le necessarie azioni di monitoraggio sull'applicazione del presente provvedimento, al fine di proporre, terminato il primo anno di applicazione, eventuali modifiche o aggiornamenti del documento tecnico sulla scorta di eventuali criticità evidenziate;
- d. di incaricare pertanto, al fine del monitoraggio dell'applicazione del presente decreto, delle prestazioni erogate e della relativa spesa, l'ARSAN di adeguare i sistemi informatici e informativi attivi (file H, piattaforma LEAsociosan) al fine di accogliere anche i flussi relativi alle strutture e alle prestazioni di cui al presente decreto, in raccordo con la UOD 05;

ATTESO che dall'applicazione/attuazione del presente provvedimento potranno determinarsi una razionalizzazione e un contenimento della spesa sanitaria dovuta all'attuale fenomeno della mobilità interregionale per gli interventi soprattutto residenziali in materia, maggiori livelli di appropriatezza clinica e trattamentale con effetti positivi per l'utenza e le loro famiglie, e un notevole impulso alla realizzazione di una rete integrata tra le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per minori e adolescenti con disturbo psichiatrico e gli attori istituzionali e le agenzie territoriali interessati (Scuola, Centri di Giustizia Minorile, Enti Locali, mondo dell'associazionismo/Terzo Settore, organismi del tessuto produttivo, ecc.);



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

VISTI:

- il DPCM 29/11/2001 concernente la definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- il DPCM 01/04/2008 riguardante *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*;
- il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 (rep. atti n. 4/CU);
- l'accordo del 13/11/2014 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane su *“Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”* (rep. atti n. 138/2014);
- la nota del Sub Commissario ad Acta per la Sanità in Campania n. 3377/C del 25/07/2014 concernente indirizzi per le attività territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- la DRGC n. 7301/2001 e s.m.i.;
- il Regolamento regionale n. 1/2007;
- la L.R. n. 4 del 2011 e s.m.i.;

DECRETA

per tutte le motivazioni richiamate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di **recepire** l'allegato accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *“Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”* approvato nella seduta del 13/11/2014, repertorio atti n. 138, della Conferenza Unificata permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Allegato A);
2. di **approvare** il documento (Allegato B) facente parte integrante e sostanziale del presente decreto, denominato *“Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)”*;
3. di **fare carico** alle Aziende Sanitarie Locali di adottare tutte le misure organizzative e amministrative necessarie a dare rapida attuazione alle previsioni del suddetto Documento;
4. di **incaricare**, in considerazione del carattere innovativo e delle ricadute in termini sanitari, economici e sociali dell'applicazione della presente normativa, la UOD *Interventi sociosanitari* di attivare le necessarie azioni di monitoraggio sull'applicazione del presente provvedimento, al fine di proporre al termine del primo anno di applicazione, eventuali modifiche o aggiornamenti del documento tecnico sulla scorta di eventuali criticità evidenziate;
5. di **incaricare** pertanto l'ARSAN, al fine del monitoraggio dell'applicazione del presente decreto, delle prestazioni erogate e della relativa spesa, di adeguare i sistemi informatici e informativi attivi (file H, piattaforma LEAsociosan) al fine di accogliere anche i flussi relativi alle strutture e alle prestazioni di cui al presente decreto, in raccordo con la UOD 05;
6. di **riservarsi** di adeguare il presente provvedimento alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

7. di **inviare** il presente provvedimento a cura della struttura commissariale alle AASSLL della Campania, al Dipartimento Salute e Risorse Naturali, alla Direzione Generale Tutela della Salute, alla UOD Interventi socio-sanitari e al Settore "Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale" per la pubblicazione sul BURC.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissari ad Acta
dott. Mario Morlacco prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse naturali
dott. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela
della Salute ed il Coordinamento
del Sistema Sanitario Regionale
dott. Mario Vasco

Il Dirigente dell'U.O.D. Interventi Socio-Sanitari
dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente i.d.
Dott. Gennaro Pastore

Il Funzionario P.O.
dott. Riccardo Malafronte

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".

Rep. Atti n. 138/cu del 13 NOV. 2014

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 novembre 2014:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 20 ottobre 2014, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento indicato in oggetto, diramato alle Amministrazioni centrali ed alle Autonomie locali con lettera del 29 ottobre 2014;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 6 novembre 2014 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;

VISTA la nota del 6 novembre 2014, con cui la Regione Liguria, Coordinatrice della Commissione politiche sociali, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Articolo 1

1. E' approvato il documento recante "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

2. Alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
14/130/CR08a/C8

PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL
DOCUMENTO RECANTE

GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
TERAPEUTICO RIABILITATIVI PER I DISTURBI
NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA

Indice:

Premessa

1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali;
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo;
3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minorenni con patologie psichiatriche: Piano di trattamento individuale e Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato;
4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza;
5. Indicazioni per l'accreditamento;
6. Monitoraggio e verifiche



Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, dedica un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza.

Il PANSM, mentre per i pazienti adulti prevede tre distinti modelli clinico organizzativi a seconda della gravità dei quadri clinici e delle compromissioni funzionali dei pazienti, per i minorenni mette in evidenza alcune caratteristiche specifiche: *“Nel caso della tutela della salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza, benché valgano principi analoghi [alla presa in carico dei soggetti adulti] e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza e agli interventi in età evolutiva.*

- 1) *L’intervento multidisciplinare d’équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell’interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.*
- 2) *In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.*
- 3) *In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l’intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.*

Coerentemente con detti principi il PANSM, dopo aver evidenziato la rilevante difformità organizzativa nelle varie Regioni relativamente ai servizi di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (NPIA) e alle risorse ad essi dedicate, con conseguenti criticità della risposta fornita, pone come primo obiettivo il seguente: *“Esistenza (realizzazione) di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell’età evolutiva”.*



Disporre di una rete integrata di servizi di NPIA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) risponde al principio della continuità terapeutica (in opposizione alla frammentazione degli interventi) che è garantita da un servizio territoriale di riferimento a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale (ruolo che nella rete psichiatrica per gli adulti è assegnata al centro di salute mentale e che per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva deve essere svolto dal servizio territoriale di NPIA). Il coordinamento, ai fini della continuità terapeutica, deve riguardare tutti gli interventi: ambulatoriali, domiciliari, in regime semiresidenziale e residenziale, in regime di ricovero ospedaliero per le fasi di acuzie; deve essere previsto inoltre un collegamento formale stabile con le aree dei consultori e della dipendenza patologica, oltre che con l'area sociale, l'area educativa e quella giudiziaria.

In particolare, gli interventi per i minorenni con disturbo neuropsichico grave devono poter garantire una diagnosi precoce, interventi tempestivi e quando necessario, intensivi, nel contesto meno restrittivo possibile, con la possibilità di presa in carico di lungo periodo, in un'ottica di appropriatezza e di percorsi di cura. Per evitare una eccessiva medicalizzazione del minore con disturbi psichiatrici, va valutata la priorità di interventi di supporto sanitario realizzati nell'ambito di strutture a carattere socio-educativo, attraverso attività cliniche e riabilitative, di consulenza e supporto e svolte da specifiche professionalità.

Nei termini indicati, la tempestività nell'individuazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, soprattutto nelle disabilità complesse, è elemento fondamentale per l'appropriatezza delle risposte. A livello regionale si devono individuare criteri che consentano di ottimizzare i passaggi tra l'accesso, la valutazione, la presa in carico, la riabilitazione/abilitazione, garantendo omogeneità ed equità di risposte su tutto il territorio regionale.

Di contro, è abbastanza generalizzata una carenza di strutture ed interventi per i disturbi neuropsichici nei minorenni, specie se in fase di acuzie. A fronte di un numero di posti letto di NPIA, peraltro non presenti in tutte le Regioni, per ricoveri ordinari già molto basso (nel 2012 ne risultavano 336 a livello nazionale, con una diminuzione del 35% rispetto al 2008)¹, i letti dedicati alle patologie psichiatriche in età evolutiva risultano meno di 80². La carenza di risorse

¹ Ministero della Salute – Direzione generale sistema informativo e statistico sanitario. NSIS – Flussi SDO, 2012.

² 1) Atti del Convegno “*Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza*”, Milano, maggio 2010. 2) Documento GAT “*Acuzie Psichiatrica in Adolescenza*”, Regione Lombardia, febbraio 2012.



ospedaliere minime, solo in parte tamponata con il ricorso “alternativo” a ricoveri in contesti poco adatti come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o i reparti pediatrici, o all’inserimento improprio in strutture residenziali terapeutiche, determina emergenze e cronicizzazioni evitabili, secondarie all’inadeguatezza delle cure e a comunicazioni difficili tra Territorio e Ospedale.

Inoltre, quando è possibile un ricovero appropriato in ambiente NPIA, la sua durata finisce per essere condizionata dalla difficoltà di dimissione verso un ambiente terapeutico adeguato, più che dai tempi di gestione e contenimento dell’urgenza che lo aveva determinato.

Diventa, pertanto, imprescindibile definire standard di riferimento e relativi criteri di accreditamento per le componenti organizzative della rete, sia relativamente al fabbisogno territoriale (per le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali), sia relativamente al fabbisogno di posti letto ospedalieri, in un’ottica di appropriatezza, considerando che la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza deve occuparsi di condizioni patologiche neurologiche e psichiatriche in un target di popolazione non omogeneo che comprende soggetti dall’età infantile a quella adolescenziale.

Come già evidenziato nel PANSM, vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell’integrazione tra i servizi di salute mentale per l’età evolutiva e quelli per l’età adulta, con l’elaborazione di modelli operativi innovativi che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione, all’intervento precoce e alla continuità del percorso di cura. Da sottolineare che l’applicazione di modelli innovativi di intervento integrato tra i due servizi consente di affrontare adeguatamente gravi disturbi, che hanno il loro esordio proprio nell’ambito della fascia dei 16-20 anni, quali le psicosi e i disturbi del comportamento alimentare (DCA). In secondo luogo, ciò può agevolare non l’adozione formale di prassi di trasferimento automatico di utenti tra servizi di NPIA e Servizi di Salute Mentale per adulti, al compimento della maggiore età, bensì la condivisione approfondita del percorso di cura individuale del giovane, al fine di valutare gli interventi appropriati e di individuare le soluzioni idonee, con il coinvolgimento di tutti i diversi servizi competenti.

Fermo restando che la programmazione della rete integrata sociosanitaria costituisce obiettivo prioritario e propedeutico alla realizzazione di tutti gli altri



obiettivi previsti dal PANSM, il presente documento si riferisce al secondo obiettivo, relativamente ai trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutici.

I trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale costituiscono un elemento importante dell'intervento in favore dei minorenni con disturbi neuropsichici; a fronte di ciò, sono del tutto diversificate, come già sopra segnalato, le indicazioni normative e programmatiche, sia a livello nazionale che locale. In base alla rilevazione effettuata dai tecnici regionali del settore sull'anno 2011³, nella maggior parte delle Regioni le strutture residenziali terapeutiche di NPIA non sono presenti né sono previste dalla normativa regionale; la semiresidenzialità terapeutica, soprattutto psichiatrica, è carente in modo trasversale, mentre il 90% dei circa 500 posti di residenzialità terapeutica esistenti si colloca nelle regioni del nord-ovest, con differenze marcate relativamente ai criteri organizzativi e di funzionamento: tipologie strutturali, dotazione di personale, soggetti destinatari, criteri e procedure di inserimento, modalità di finanziamento e relative tariffe, requisiti di accreditamento, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

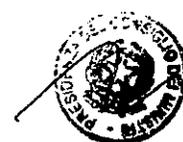
I servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza trattano inoltre diverse tipologie di utenza: minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici, alcuni dei quali determinano disabilità complesse, associate o meno a disturbi comportamentali. A tal proposito, pur senza ricorrere a separazioni radicali, appare opportuno individuare risposte terapeutiche semiresidenziali e residenziali differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età.

Benché gli aspetti generali trattati nel presente documento siano analoghi per entrambe le tipologie di utenti, i capitoli specifici sono relativi solo ad utenti con patologie psichiatriche e si rimandano a successivi documenti di indirizzo gli approfondimenti relativi agli interventi residenziali terapeutici di NPIA per utenti con disabilità fisica o intellettiva.

Accanto a queste prime considerazioni, occorre anche tener presenti:

- i cambiamenti avvenuti nello scenario familiare e sociale;
- l'evoluzione dei bisogni assistenziali emergenti nella popolazione minorile, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai

³ Rilevazione effettuata attraverso i referenti tecnici regionali del settore.



- contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- i cambiamenti normativi che hanno determinato il trasferimento dall'Amministrazione della Giustizia minorile al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, ivi compresa la tutela della salute mentale in favore dei minori sottoposti a provvedimento penale;
 - l'evoluzione delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

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 équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si sottolinea che tale *impostazione metodologica è comune a quella usata per la stesura del documento "Le strutture residenziali psichiatriche"*⁴ –

Nella declinazione degli indirizzi operativi che seguono è opportuno fare riferimento anche ad altri documenti ufficiali di analisi e di valutazione elaborati nel recente passato, quali:

- Progetto Mattoni del SSN: Mattone 12 *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, per le parti relative alla salute mentale e alla disabilità (Ministero della Salute) 2007
- Relazione della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA *Prestazioni residenziali e semiresidenziali* (Ministero della Salute) 2007
- Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011)
- Progetto obiettivo materno infantile 1998-2000
- Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 (capitolo "Area organizzativa dei Servizi di salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva")
- Glossario dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle attività correlate (versione approvata formalmente dal consiglio direttivo SINPIA il 23 marzo 2005)
- Un sistema di indicatori per analizzare i Sistemi di Salute Mentale delle Regioni. Settore Infanzia e Adolescenza (GISM 2010)

⁴ Accordo in Conferenza Unificata del 17.10.2013



- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (accordo Conferenza Unificata 26 novembre 2009)

1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi, associati a interventi di supporto sociosanitario, all'inclusione sociale, nei contesti di vita del minore e costituiscono una importante componente della rete dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza.

Un minorenne con un disturbo neuropsichico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica e con necessità di interventi multi professionali, è preso in carico dal Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale per un trattamento terapeutico- riabilitativo.

L'inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, basata su criteri di appropriatezza, come processo attivo e non di autorizzazione "passiva".

Si sottolinea che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minorenne, con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali per i minori, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento.

Il Servizio inviante segue e monitora, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi.

Ciò premesso, va sottolineato che le strutture semiresidenziali e quelle residenziali, pur entrambe con finalità riabilitative, hanno indicazioni e caratteristiche differenti. Le semiresidenze forniscono un servizio diurno, ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza



nell'ambito familiare e nel contesto socio educativo di riferimento e dunque rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità di ricovero ospedaliero o di inserimento in struttura residenziale terapeutica e di minimizzarne la durata. L'indicazione all'inserimento residenziale è invece collegata alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

Ciò implica la necessità di individuare specifici criteri di inserimento per le due tipologie di percorso e di indicare i possibili raccordi laddove il percorso di cura ne preveda l'avvicendamento.

Nel rimandare ai successivi capitoli in cui verranno descritte le specifiche caratteristiche dei percorsi semiresidenziali e residenziali per gli utenti con patologia psichiatrica, si ritiene mettere qui in rilievo alcuni aspetti rilevanti per tutti gli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

Contrasto dell'istituzionalizzazione. E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. Essa va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del programma terapeutico riabilitativo adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso.

La territorialità. Dai dati disponibili⁵ risulta che la maggior parte degli inserimenti residenziali terapeutico riabilitativi dei minori con disturbi neuropsichici oggi avviene a significativa distanza dal luogo di residenza. Ciò implica numerose conseguenze negative, rendendo più difficile il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza. Si sottolinea, quindi, l'importanza che

⁵ La psichiatria di comunità in Lombardia: Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012).



l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di residenza o, comunque, del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento.

Le fasce d'età. L'inserimento in struttura residenziale terapeutica è più frequente in età adolescenziale, ma può avvenire anche in altre epoche della vita. Premesso che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse, qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con moduli differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie sono molto differenti.

L'integrazione socio-sanitaria. E' uno dei temi più critici e complessi. Nei minorenni con disturbi neuropsichici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali. Le soluzioni adottate nelle varie regioni sono diversificate, prevedendo strutture residenziali terapeutico-riabilitative, a gestione sanitaria, e strutture residenziali socio educative, a gestione sociale, nelle quali gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalle ASL anche tramite protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza. A fronte di ciò, con il presente documento si intende fornire indicazioni sulle caratteristiche clinico organizzative dei percorsi residenziali e semiresidenziali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando i differenti livelli di intensità terapeutico riabilitativa, fermo restando che, ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nelle strutture sanitarie residenziali, gli interventi sanitari e socio-sanitari sono a carico del fondo sanitario nazionale. Eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione tra ASL e Ambiti territoriali sociali.

Rapporti con il Tribunale per i Minorenni. L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi neuropsichici può essere richiesto dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra il Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, la Magistratura minorile ed i servizi sociali per minori dell'Ambito, per individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso e, laddove non è necessario un ricovero ad elevata integrazione



sanitaria, prevedere anche Comunità Educativo Assistenziali supportate dai servizi di Neuropsichiatria dell'ASL, con quote sanitarie riconducibili ai livelli di intensità assistenziale dell'intervento, secondo quanto previsto dai LEA e comunque concordate tra ASL e Comuni.

Transizione dalla minore età all'età adulta. Il passaggio alla maggiore età rappresenta una fase assai delicata, che non sempre coincide con la chiusura di un percorso e l'apertura di un altro. Richiede pertanto la stretta integrazione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, inclusa l'individuazione di modalità che consentano l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito della struttura residenziale o semiresidenziale per minorenni anche dopo il compimento del diciottesimo anno, previa valutazione congiunta tra gli operatori di riferimento dei servizi dell'età evolutiva e dei servizi dell'età adulta, per un periodo comunque breve, per obiettivi specifici e nell'ambito di una progettualità condivisa tra i servizi, l'utente e la famiglia, nel rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

Personale

Sia in ambito residenziale che semiresidenziale, l'équipe è multi professionale e deve prevedere la presenza di medici neuropsichiatri infantili, psicologi esperti nell'età evolutiva, educatori professionali e/o personale riabilitativo. La presenza di infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) è indispensabile nelle strutture residenziali, mentre in quelle semiresidenziali può essere opportuna in base alle caratteristiche dell'utenza e del progetto di intervento. Per lo svolgimento di alcune attività specifiche può essere prevista la presenza di istruttori di attività esterni e/o l'affiancamento di soggetti del volontariato e del terzo settore su specifici progetti di supporto alle attività.

Nell'avvalersi dell'opera di soggetti del volontariato, che non potrà comunque in alcun caso essere sostitutiva delle attività istituzionali, le strutture dovranno prevedere specifiche procedure di *tutoring* e adeguati interventi formativi, nonché favorire il carattere continuativo della relazione del volontario con gli utenti.

Trattandosi di utenti minorenni, nel caso delle strutture residenziali, la presenza degli operatori deve sempre essere organizzata in modo da garantire nell'arco delle 24 ore la presenza e tipologia di personale adeguato alle differenti intensità assistenziali richieste.



La multi professionalità deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse figure professionali. Deve essere garantita un'attività di supervisione per il personale.

Ciascuna Regione e Provincia autonoma indica gli standard assistenziali sulla base dei criteri descritti nel presente documento, regolamentando, altresì, il ruolo dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza quali responsabili della gestione del paziente minore e delle decisioni in ordine agli interventi terapeutico riabilitativi più appropriati (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri). Per quanto concerne gli standard strutturali, si fa presente l'opportunità di mantenere il numero massimo di ricettività di ogni singola struttura entro limiti coerenti con l'esigenza di trattamenti individualizzati.

Modalità organizzative

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico- assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di NPIA, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, in cui sia previsto anche lo scenario post-ricovero con l'inclusione del minore nel gruppo sociale.

Il progetto di intervento deve essere individualizzato e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere come partner attivo il minore, la sua famiglia e il territorio di riferimento, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative ed i servizi sociali di Ambito e definendo chiaramente gli obiettivi e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

La partecipazione attiva della famiglia e degli utenti al percorso terapeutico rappresenta un aspetto cruciale della presa in carico; ne consegue pertanto che l'assenso al trattamento da parte del minore e il consenso da parte dei suoi familiari è atto preliminare e indispensabile, che prosegue poi nel percorso successivo.

Ciascuna struttura adotta un proprio documento organizzativo in cui, nel rispetto degli elementi generali descritti nel presente documento e sulla base degli indirizzi e delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, definisce le



proprie caratteristiche, le tipologie di utenza (specificando fascia di età, tipologie di disturbi e patologie affrontate), l'organico e le funzioni degli operatori, le procedure e i criteri di ammissione/trattamento/conclusione, le procedure di gestione del rischio clinico, delle urgenze comportamentali evitabili e delle emergenze, le modalità di relazione con i minorenni e le famiglie, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

In tutte le strutture terapeutiche di NPIA, semiresidenziali e soprattutto residenziali, deve essere presente un registro delle richieste d'accesso ricevute da parte dei servizi di NPIA che evidenzia se sono state accolte o no, in quali tempi e per quali motivazioni, e che tenga nota, inoltre, delle conclusioni e delle interruzioni dei percorsi. Deve essere definito e documentato un Regolamento interno, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti, ai familiari e ai servizi invianti. Tale regolamento deve descrivere i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti, le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana.

3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minori con patologie psichiatriche: Piano di Trattamento Individuale (PTI) e Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

In età evolutiva è più che mai valido l'assunto alla base della costruzione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS, secondo il quale la gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, l'urgenza dell'intervento, la prognosi a distanza e le necessità assistenziali non sono definite solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema. In questa ottica, relativamente agli utenti che presentano patologie psichiatriche, il ricorso ad interventi terapeutici residenziali si rende necessario in particolari quadri psicopatologici, di seguito elencati, nei quali la connotazione di gravità si pone non solo in relazione alla diagnosi nosografica quanto alle problematiche di funzionamento generale presentate e alle eventuali difficoltà di contenimento del contesto. Diversi quindi sono i disturbi per i quali può essere indicato l'intervento terapeutico semiresidenziale o residenziale psichiatrico in età evolutiva, in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa. Il disturbo più frequente è il disturbo grave della condotta, dimensione transnosografica caratterizzata da *patterns* sintomatologici gravemente disfunzionali per il soggetto stesso e per l'ambiente circostante. In numerosi studi se ne delinea l'aumento dell'incidenza in



adolescenza, con una sempre crescente e preoccupante anticipazione dell'età di insorgenza. Presumibilmente il maggiore e diffuso disagio sociale provoca un aumento dell'espressività psicopatologica comportamentale e soprattutto una riduzione delle abilità di *coping* da parte delle famiglie e dell'ambiente in generale.

Altri disturbi per i quali può esservi l'indicazione ad un intervento semiresidenziale o residenziale sono i disturbi schizofrenici e le forme gravi dei disturbi affettivi, dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi ossessivi-compulsivi.

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche di NPIA per utenti con patologie psichiatriche, l'inserimento e l'eventuale prosecuzione devono essere proposti dal medico Neuropsichiatra Infantile del Servizio territoriale di NPIA sulla base di un Piano di trattamento individuale (PTI), in cui si prevedano anche elementi prognostici per l'inclusione sociale successivi al ricovero, da condividere con i servizi sociali dell'Ambito di riferimento del minore. Il PTI deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari (sulla base di strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, C-GAS, ICF WHODAS), le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica, nonché i punti di forza e le criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre indicare i trattamenti farmacologici che sono stati utilizzati ed i risultati ottenuti.

Nel PTI deve inoltre essere descritto l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso, comprese le nuove dipendenze da tecnologia, perché modificano la diagnosi, i bisogni terapeutici, la prognosi, la valutazione di gravità e il livello di intensità di cura necessario. In tali casi, il PTI, prevede, sulla base degli indirizzi regionali in materia di consulenza e di collaborazione tra servizi sanitari, il raccordo con i servizi per le dipendenze patologiche, concordando gli interventi più appropriati, da proseguire anche quando il minore è inserito in percorsi di cura residenziali e semiresidenziali.

Gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere, che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.



L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- *il livello di intervento terapeutico e riabilitativo richiesto*
- *il livello assistenziale necessario*

In età evolutiva, nella definizione di tali livelli giocano un ruolo rilevante, oltre alle caratteristiche cliniche, anche l'età, gli appuntamenti evolutivi e il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale.

Nel PTI, vengono definiti gli interventi complessivi necessari al percorso del paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità terapeutico riabilitativa, con durata e prestazioni appropriate.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura semiresidenziale o residenziale terapeutica di NPIA è poi declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura semiresidenziale o residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal Servizio territoriale di NPIA.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, incluse informazioni anamnestiche rilevanti
- Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale di NPIA, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area del funzionamento scolastico*
 - *area delle autonomie e delle abilità sociali*
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, alla scuola, ai contesti di riferimento
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Psicoterapia
 - Terapia farmacologica
 - Interventi sugli apprendimenti

- Interventi sul contesto familiare
- Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio- lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci *off label* per età e a volte per indicazione, esso richiede l'attivazione di procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale. Le decisioni relative al trattamento psicofarmacologico nonché il monitoraggio e la verifica degli *outcomes* clinici sono concordate con il medico NPJA del servizio territoriale inviante.

4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza.

La complessità dei bisogni dei minorenni con disturbi neuropsichici richiede risposte nell'ambito di un sistema coordinato e fortemente individualizzato di cura, ad elevata flessibilità e integrazione tra le diverse agenzie coinvolte e le diverse fasi del percorso, con la possibilità di passaggi rapidi tra diversi livelli di intensità e tipologie di intervento.

Come già evidenziato in premessa, è in genere opportuno differenziare i percorsi per utenti con disabilità dello sviluppo da quelli per utenti con patologie psichiatriche. Elemento rilevante non è poi però la categoria diagnostica, ma il livello di complessità e di instabilità clinica. Conseguentemente appare opportuno differenziare i percorsi per tipologia/livello di bisogno e conseguente necessità di supporto, che viene a determinarsi dall'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico-riabilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/ supporto familiare e ambientale.

L'individuazione di modalità che permettano di focalizzarsi maggiormente sul percorso e non sulla struttura, consente, inoltre, di meglio gestire le transizioni, nell'ambito di progetti individualizzati che includano le fasi di ammissione e conclusione e favoriscano la continuità assistenziale, ad esempio con la possibilità di erogazione di percorsi semiresidenziali anche nell'ambito di strutture residenziali.



La tipologia dei percorsi viene 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.

Livelli di intensità terapeutico-riabilitativa

Per ogni possibile fase del percorso, è opportuno poter differenziare livelli di cura con intensità terapeutico-riabilitativa adeguata alle necessità (bassa, media e alta)

- A. base (bassa intensità terapeutico-riabilitativa)
- B. livello per utenti complessi (media intensità terapeutico-riabilitativa)
- C. livello per utenti complessi ad elevata instabilità clinica (alta intensità terapeutico riabilitativa).

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi terapeutici riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità di cura sono correlati a:

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

Vari modelli di intervento sono 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 ad esempio:

- osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della 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;
- interventi di supporto all'apprendimento e alle competenze cognitive;
- inserimento scolastico in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi, concordati con le istituzioni scolastiche in base alla normativa nazionale vigente e in continuità con il percorso educativo-terapeutico complessivo;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome, raccordate con la rete sociale;



- attività di coordinamento e di rete.

Livelli di intensità assistenziale

In base alle necessità assistenziali globali, che in età evolutiva sono prevalentemente connesse alle capacità/possibilità di supporto familiare-ambientale, i tre livelli di intensità di cura possono poi richiedere maggiore o minore intensità assistenziale.

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento. Trattandosi di utenti minorenni, particolare importanza riveste, nell'immediato e per il futuro, la ricostruzione o a volte addirittura la costruzione ex novo di una rete familiare e sociale di riferimento, ricostruzione da effettuarsi anche con i competenti servizi sociali di Ambito, proprio per poter attivare intorno al minore, tutta la rete sociale.

Attenzione specifica andrà infatti dedicata agli utenti privi di valido supporto familiare, per i quali si tratta di interventi fondamentali per consentire una corretta ed adeguata conclusione del percorso di cura e soprattutto per garantire la presenza di punti di riferimento al momento del passaggio all'età adulta, rispetto al quale essi rischiano altrimenti di trovarsi in una situazione di abbandono.

Tipologie di strutture

I diversi livelli di cura e di assistenza possono essere erogabili sia in ambito residenziale che semiresidenziale, sia nella stessa struttura che in strutture diverse, e succedersi nel tempo per lo stesso utente, purché vi sia la possibilità di graduare, nelle diverse fasi del percorso, l'intensità di cura ed assistenziale necessaria attraverso competenze mirate.

Si individuano pertanto due principali tipologie di strutture:

- struttura residenziale terapeutica di NPIA (SRT NPIA)
- struttura semiresidenziale terapeutica di NPIA (SSRT NPIA).

La scelta di differenziare ulteriormente ciascuna tipologia di struttura in base all'intensità terapeutico-riabilitativa prevalente andrà valutata localmente dal punto di vista clinico-organizzativo. La bassa numerosità complessiva dell'utenza di riferimento e la struttura geografica del territorio possono infatti rendere tale scelta poco praticabile in alcune Regioni, dove la differenziazione delle strutture condurrebbe ad inserimenti troppo distanti dai contesti di provenienza e sradicanti per i minori. Inoltre, in età evolutiva, i diversi livelli di necessità tendono a variare anche rapidamente nel tempo per lo stesso utente a seconda dell'andamento del disturbo di base, delle sue riacutizzazioni e degli effetti degli interventi attivati e



va valutato caso per caso se sia più opportuno mantenere la continuità terapeutica nella stessa struttura o se invece sia necessario un cambiamento per sostenere l'evoluzione e la crescita.

Nel caso di un'unica tipologia di struttura, va prestata particolare attenzione all'equilibrio complessivo del gruppo di utenti, per cui si ritiene possibile affiancare un numero limitato di percorsi ad elevata o media intensità di cura per modulo di SRT NPIA (soprattutto qualora si tratti di utenti provenienti dal penale minorile o con abuso di sostanze), mentre in genere maggiore flessibilità è possibile per le SSRT NPIA. È possibile includere anche eventuali situazioni in comorbilità con ritardo mentale lieve. L'ingresso in acuzie in residenzialità e semiresidenzialità non è clinicamente opportuno né appropriato, come già sottolineato in premessa; la gestione di utenti con sintomatologie subacute o post acute è invece appropriata e raccomandata e richiede una organizzazione specifica, ad intensità di cura molto alta.

Andrà comunque prevista nelle singole strutture la possibilità di individuare moduli per età⁶, la cui organizzazione risulta essere a basso margine di flessibilità se non nelle età di confine tra un gruppo e l'altro, per la significativa differenza dei bisogni nelle diverse fasi evolutive. In particolare nella residenzialità le diverse fasce di età richiedono una diversa organizzazione degli spazi, dei tempi e degli arredi.

Specializzazione e differenziazione dei percorsi di cura

Nell'ambito dei percorsi di cura erogati dalle strutture semiresidenziali e residenziali, appare fondamentale poter diversificare gli interventi per condizioni specifiche in base alle evidenze scientifiche di riferimento, quali ad esempio i trattamenti dei disturbi della condotta, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i trattamenti per gli esordi psicotici. Appare inoltre necessario includere gli appropriati adattamenti per utenti con condizioni specifiche associate (migranti, minori stranieri non accompagnati, soggetti provenienti da percorsi adottivi falliti, soggetti nel circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione).

⁶ In ambito semiresidenziale, 2-5aa; 6-10aa; 11-13aa; 14-18aa. In ambito residenziale sono in genere presenti soprattutto preadolescenti-bambini (10-14aa) e adolescenti (14-18aa), e vi è la necessità di spazi specifici differenziati in modo stabile per ciascuna fascia di età. Poco opportuna appare la commistione, seppure in moduli diversi, di piccoli sotto i 10 anni e di adolescenti sopra i 14 nella stessa struttura residenziale. In ogni caso, l'inserimento in strutture residenziali terapeutiche di minori sotto i 10 anni di età può essere consentito solo in via eccezionale.



La differenziazione per gruppi clinici omogenei può essere utile soprattutto in quelle fasi del percorso che richiedono interventi mirati o per alcune tipologie di utenti, mentre in altre può essere più opportuno organizzare le attività per gruppi disomogenei che meglio consentono di sviluppare competenze cooperative. Si tratta quindi di gruppi flessibili e spesso transitori, in particolare in ambito semiresidenziale, dove possono essere collocati anche in spazi fisici diversi e differenziati. Lo stesso utente può essere coinvolto in un gruppo o in un altro a seconda delle proprie necessità.

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 il personale abilitativo e riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Conclusione del percorso di cura residenziale

Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutici devono avere una durata definita, in base a quanto stabilito nel PTI e PTRP di ciascun utente. La conclusione del percorso deve essere, comunque, concordata con il servizio territoriale di NPIA inviante, al quale compete la definizione del percorso successivo, dopo una valutazione congiunta, con i servizi sociali dell'Ambito e gli altri servizi coinvolti, l'utente e la famiglia, degli obiettivi raggiunti, delle criticità esistenti e della situazione individuale, familiare e ambientale, con il passaggio, quindi, ad altre unità d'offerta a minore intensità assistenziale, o in percorsi territoriali, o in strutture educative, coerentemente a quanto definito nel PTI.

La possibilità di passaggio verso comunità educative è di estrema importanza per i ragazzi che provengono da situazioni ambientali troppo deprivate o non in grado di accoglierli nuovamente, senza la possibilità di essere adottati o affidati a famiglie. In questi casi è necessario un percorso comunitario lungo, in cui alla fase terapeutica sanitaria o sociosanitaria segua una fase educativa, eventualmente con supporto specialistico o in integrazione con interventi semiresidenziali terapeutici, che conduca progressivamente ad una crescita e poi ad una vita



sempre meno protetta e che consenta un adeguato accompagnamento nella transizione all'età adulta.

La continuità assistenziale

L'integrazione tra i Servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta è ampiamente sottolineata nel PANSM per la fascia di età tra i 15 e i 21 anni, nella direzione di percorsi funzionali e culturali integrati, come già evidenziato in premessa. Per quanto riguarda i minorenni con patologie psichiatriche inseriti nei percorsi semiresidenziali o residenziali terapeutici qui trattati, la valutazione congiunta tra Servizio territoriale di NPIA e Centro di salute mentale deve essere effettuata nel diciassettesimo anno di età e comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età, onde concordare il percorso di cura più appropriato da attuare dopo i 18 anni, nell'ottica sia di garantire la continuità di cura sia di prevenire il rischio di istituzionalizzazione. Sulla base della valutazione congiunta, al compimento del diciottesimo anno di età, la titolarità tecnica ed economica del caso passa al CSM, ma, laddove opportuno per il percorso di cura, può essere definito un proseguimento transitorio della gestione integrata. Andranno, quindi, valutati congiuntamente gli interventi più appropriati, gestendo il passaggio di responsabilità da un servizio all'altro in maniera progressiva e funzionale ai bisogni del soggetto.

Si consideri, in particolare, che alcuni utenti possono necessitare di percorsi di continuità terapeutica nelle strutture semiresidenziali o residenziali in cui sono inseriti. Il trasferimento presso strutture per adulti può rivelarsi non opportuno in presenza di un gruppo di utenti con età significativamente più elevata o con patologie non compatibili, o nel caso di percorsi terapeutici iniziati da poco o in una fase che richiede particolare stabilità o in situazioni in cui sia ipotizzabile direttamente una prossima conclusione del percorso di cura. In tali situazioni il trattamento residenziale o semiresidenziale terapeutico in strutture per minorenni può eventualmente essere esteso, sulla base di un appropriato progetto condiviso, definendo modalità e durata. Sempre al fine di garantire la continuità terapeutica, è necessario che i Servizi di Salute Mentale per l'età adulta si dotino di programmi specifici per la presa in carico di giovani adulti, già in cura presso i servizi di NPIA, prevedendo percorsi appropriati al singolo caso, di tipo ambulatoriale, o semiresidenziale o residenziale.

Percorsi residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

I trattamenti residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche sono indicati in presenza di distorsioni dello sviluppo che



compromettono gravemente l'autonomia personale e sociale, in misura tale da rendere necessario il loro inserimento in un ambiente fisico e relazionale idoneo a mobilitare le capacità adattive.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo non si esaurisce in un singolo episodio acuto, non cede agli ordinari interventi di presa in carico terapeutica e educativa e interferisce con la partecipazione alle quotidiane attività familiari ed extrafamiliari, che possono anzi aggravare lo scacco evolutivo.

L'attivazione di un percorso residenziale terapeutico è necessariamente proposta dal Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il caso, che continuerà a monitorarne l'evoluzione e a gestire il percorso complessivo e che, alla conclusione del percorso residenziale o semiresidenziale, assumerà la responsabilità degli eventuali ulteriori interventi da porre in essere. Anche per le situazioni segnalate dall'Ente Locale o dall'Autorità Giudiziaria è indispensabile la preliminare verifica dell'opportunità e appropriatezza clinica del percorso da parte del servizio territoriale di NPIA e la costruzione di un progetto condiviso.

Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico.

In sintesi quindi:

- A. deve essere presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- B. devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale
- C. deve essere presente la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati
- D. gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli farmacologici, non devono essere sufficienti
- E. vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

La sola presenza del criterio E in assenza dei criteri B, C e D non è sufficiente per porre l'indicazione ad un percorso di residenzialità terapeutica e deve invece orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità.



In considerazione del fatto che i bisogni e la conseguente necessità di supporto possono variare nel tempo in relazione a modificazioni del quadro clinico e familiare-ambientale, le diverse tipologie di percorsi più oltre descritte possono essere prorogabili e/o trasformabili le une nelle altre in termini di livello di intensità terapeutico-riabilitativa offerto. In entrambi i casi è sempre richiesta una ridefinizione del progetto che evidenzi il permanere della necessità di supporto e/o il cambiamento del livello di intensità necessario. Le modifiche del progetto devono essere sempre concordate con gli operatori del Servizio territoriale di NPIA di riferimento.

I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa

Sono indicati per utenti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento residenziale non siano state sufficienti
- la contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale, che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico;

Aree di intervento

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa prevedono attività clinica intensa, soprattutto in ambito medico, ma anche psicologico e la prevalenza delle attività terapeutico-riabilitative rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio attivo e intensivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una maggiore stabilizzazione clinica e una mobilitazione dei processi di sviluppo, attraverso colloqui clinici da parte del NPIA sia con il paziente che con la famiglia, gestione della terapia farmacologica ecc;
- **area psicologica:** interventi strutturati brevi di carattere psicologico (colloqui clinico- psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** interventi strutturati intensivi e diversificati (sia individuali che di gruppo) di abilitazione psicosociale, finalizzati ad un



recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi possono prevedere anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere, non appena possibile, la presenza di interventi per il recupero delle attività scolastiche;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano non appena possibile, interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con le strutture del territorio (scuola e servizi sociali), al fine di monitorare il progetto terapeutico riabilitativo e la rimodulazione del percorso di cura.

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa possono includere i programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-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.

Possono inoltre essere relativi ad utenti per i quali è opportuno garantire da subito un livello di coordinamento molto elevato con la famiglia ed i contesti di vita per la presenza di elementi di criticità, mantenendo nel contempo l'elevata intensità terapeutica riabilitativa.

La durata massima del programma non può essere superiore a 3 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi ad alta intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:



- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti complessi con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti e per i quali si ritengono quindi efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi a media intensità di cura (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali). Il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo rilevante. Possono inoltre richiedere un supporto assistenziale elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate;
- presenza di multi problematicità e complessità clinica
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Aree di intervento

La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità clinica ed alta intensità riabilitativa e psicologica e un incremento delle attività educative e di risocializzazione:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica e di ridurre le disarmonie del percorso evolutivo ;
- **area psicologica:** interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinicopsicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti, ed in attività riabilitative nel territorio. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti assumono un ruolo rilevante e deve essere riattivato al più presto l'inserimento scolastico o formativo in



percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, dovrà essere valutata l'attivazione di percorsi di orientamento lavorativo;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, rimodulare il percorso di cura e di garantire il proseguimento degli interventi.

In alcuni utenti può inoltre essere necessaria una elevata integrazione sociale, assistenziale e di rete, per la presenza di significative difficoltà nel contesto familiare ed ambientale di riferimento e la conseguente necessità di ricostruire una rete sociale di supporto, soprattutto per ragazzi prossimi al raggiungimento della maggiore età. In tal senso va mantenuto un costante rapporto con i competenti servizi sociali.

La durata massima del programma non può essere superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nella strutture residenziali che attuano programmi a media intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

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



I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti con quadri clinici più stabili, privi di elementi di particolare complessità e con moderata compromissione di funzioni e abilità, per i quali è necessario un trattamento terapeutico riabilitativo residenziale di base. Il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo molto rilevante. Il tipo di supporto assistenziale necessario può essere basso o elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche discretamente stabili;
- moderata compromissione di funzioni e abilità nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse, non risolte attraverso precedenti interventi;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta è caratterizzata dalla prevalenza di attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione e cliniche, che sono comunque presenti e fondamentali:

- ***area clinico neuropsichiatrica***: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica;
- ***area psicologica***: interventi strutturati di carattere psicologico
- ***area riabilitativa***: coinvolgimento attivo del paziente in tutte le mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti hanno un ruolo particolarmente rilevante; è sempre previsto l'inserimento scolastico o formativo in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, devono essere attivati percorsi di orientamento lavorativo.
- ***area di risocializzazione***: secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano partecipazione ampia e stabile ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede.
- ***area del coordinamento***: incontri periodici con il Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione e di garantire il proseguimento degli interventi.



La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi a bassa intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

Gli interventi semiresidenziali terapeutici possono rappresentare un elemento fondamentale del percorso degli utenti con patologie psichiatriche, pur essendo attualmente poco diffusi. Essi consentono la messa in campo di interventi intensivi, complessi e coordinati, anche per buona parte della giornata se necessario (si pensi alle situazioni nelle quali la gravità della sintomatologia non solo richiede un ambiente adeguato ma non permette temporaneamente la ripresa della frequenza scolastica), sfruttando la positività del gruppo eterogeneo dei pari e mantenendo le relazioni sociali e familiari. Possono assumere un ruolo importante anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale (permettendo di fare meglio emergere le risorse esistenti), per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e verso la residenzialità e il ricovero. Appaiono inoltre particolarmente adatti a situazioni nelle quali sia presente anche abuso di sostanze, in cui l'intervento residenziale è difficilmente accettato, mentre quello semiresidenziale diminuisce i pericoli di "fuga" e conseguenti *drop out* ed è un tassello fondamentale del reinserimento sociale.

L'inserimento in programmi terapeutico riabilitativi a carattere semiresidenziale è definito e proposto dal servizio territoriale di NPIA di riferimento, nell'ambito del PTI, condiviso anche con i competenti servizi sociali per attivare tutte le misure necessarie a rinforzare la rete familiare e sociale.



I percorsi semiresidenziali terapeutici per minorenni con patologie psichiatriche sono indicati in soggetti in cui:

- è presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- sono presenti compromissioni del funzionamento personale e sociale moderate o gravi
- sono necessari interventi riabilitativo-terapeutici intensivi, multipli e coordinati, a frequenza variabile
- gli interventi erogabili in ambito ambulatoriale non sono sufficienti
- non vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita ed è anzi auspicabile preservare le relazioni familiari, sociali e la frequenza scolastica.

Aree di intervento:

- **Interventi clinici rivolti all'utente e/o alla famiglia:** attività di valutazione (colloqui clinici, somministrazione di test), di inquadramento funzionale e di monitoraggio della condizione clinica e della terapia farmacologica. Comprendono inoltre interventi finalizzati all'erogazione di terapie medico/psicologiche, sia individuali che di gruppo.
- **Interventi e attività riabilitative e terapeutiche:** attività educative individuali e di gruppo volte alla valutazione e al sostegno delle autonomie, delle competenze comunicative e relazionali. Tali attività possono essere svolte al Centro o all'esterno (es. scuola, domicilio) a seconda dei bisogni individuati.
- **Interventi di rete:** incontri con gli interlocutori della "rete" per la discussione dei bisogni del singolo utente e della famiglia e la programmazione degli interventi.

Le attività che fanno parte del percorso semiresidenziale terapeutico riabilitativo sono declinate nel PTRP e sono svolte quotidianamente, nei giorni feriali, presso la struttura semiresidenziale o anche esternamente ad essa. Devono prevedere, sin dall'accesso, quando non già coinvolti al momento della presa in carico del minore da parte del servizio territoriale di NPIA, il coinvolgimento dei contesti sociali (es. scuola, oratorio etc.), di vita (famiglia, comunità) e, ove opportuno, dei servizi sociali. Il coinvolgimento tempestivo di tutti gli interlocutori permette di strutturare un intervento integrato e coerente, fondamentale per una maggiore efficacia degli interventi, e favorisce la costruzione di un progetto di cura a lungo termine, che continui anche dopo la conclusione del percorso semiresidenziale.



Si sottolinea che gli interventi terapeutico riabilitativi sono a carico del servizio sanitario nazionale, mentre eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione.

Organizzazione delle attività

Nell'ambito della fascia oraria di apertura infrasettimanale, gli orari di presenza delle diverse figure professionali sono pensati per garantire la massima flessibilità d'accesso per gli utenti e le famiglie.

L'intervento semiresidenziale deve poter essere organizzato in moduli flessibili, sul mattino, sul pomeriggio o su entrambi, tutti i giorni feriali della settimana o solo alcuni a seconda della fase del percorso, della capacità di reggere la frequenza scolastica, della tenuta familiare, dei bisogni degli utenti e delle famiglie. Deve sempre includere interventi con famiglia, scuola e contesto sociale (nell'ottica di riattivare le reti naturali e il raccordo con i luoghi aggregativi della comunità locale) e la possibilità di interventi intensivi, individuali o domiciliari, nelle fasi critiche del percorso.

Indicativamente, in condizioni di sub-acuzie o qualora le condizioni cliniche non consentano la frequenza scolastica continuativa, le attività educativo-terapeutiche possono coprire l'intera giornata, tutti i giorni. In condizioni maggiormente stabilizzate, che necessitano di interventi riabilitativo-terapeutici o di risocializzazione e nelle quali vi è una positiva frequenza scolastica, le attività educative-terapeutiche possono essere frequentate dagli utenti prevalentemente in orario pomeridiano o serale, solo alcuni giorni della settimana.

In situazioni non acute, ma nelle quali è presente una elevata criticità della frequenza scolastica e familiare-ambientale, potrebbe essere opportuno l'inserimento per l'intera giornata tutti i giorni feriali per pochi mesi, o variare nella fase di aggancio difficoltoso di un utente.

Frequenza e durata dell'inserimento vanno definiti esplicitamente nell'ambito del PTI e del PTRP e motivati.

5. Indicazioni per l'accreditamento

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: prestazioni e servizi; personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

“L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l’inserimento e l’addestramento di nuovo personale.*

Requisiti concernenti la Comunicazione

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:



1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei genitori nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti e delle famiglie.

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *approccio alla pratica clinica secondo evidenze;*
2. *promozione della sicurezza e gestione dei rischi;*
3. *programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;*
4. *strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.*

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, attraverso la raccolta di informazioni omogenee in tutte le regioni, nel contesto delle attività complessive del sistema dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria l'attivazione di un adeguato Sistema Informativo per gli interventi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NPIA, quale parte integrante di un indispensabile Sistema Informativo specifico per i servizi di NPIA, con l'adozione di un set di indicatori specifici, in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale.



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 e dei familiari. Tale valutazione è particolarmente indicata per quanto riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali terapeutici per i soggetti provenienti dal circuito penale minorile, 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.

Roma, 16 ottobre 2014



Allegato B

Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania:

- **Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.)**
- **Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)**

INDICE

Sezione 1: DEFINIZIONE, FINALITÀ, DESTINATARI, FUNZIONAMENTO

Sezione 2: REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE, SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E ALL'ESERCIZIO

Sezione 3: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Sezione 4: REGIME TARIFFARIO

Sezione 5: FABBISOGNO

Sezione 6: NORME TRANSITORIE

Sezione 7: MODULISTICA

Allegato B

Sezione 1: DEFINIZIONE, FINALITÀ, DESTINATARI, FUNZIONAMENTO

1.1. Definizione

Strutture Terapeutiche Intermedie residenziali e semiresidenziali, per la realizzazione di programmi terapeutici, riabilitativi ed assistenziali a favore di preadolescenti e adolescenti che presentano un bisogno sanitario complesso di tipo psichiatrico.

1.2. Finalità

La creazione di tali strutture, garantendo la disponibilità di posti di accoglienza nel territorio campano, permette innanzitutto la riduzione del fenomeno di mobilità extra-regionale per questo tipo di bisogno sanitario e, al contempo, offre condizioni per l'appropriatezza clinica, gestionale ed economica nella realizzazione di interventi e percorsi terapeutici e riabilitativi per la presa in carico di preadolescenti e adolescenti con disturbo di tipo psichiatrico.

Il Sistema Sanitario Regionale (SSR), pertanto, si fa carico di intraprendere tutte le azioni possibili per collocare o ricollocare i pazienti quanto più possibile nel proprio contesto di vita (ad eccezione di quei casi dove l'allontanamento è obiettivo dell'intervento stesso) con immaginabili effetti benefici per l'individuo e il suo ambiente familiare.

I programmi terapeutici sono finalizzati al recupero e al potenziamento dell'autonomia individuale e del funzionamento personale e sociale, a partire dai percorsi di comprensione e superamento dei comportamenti disfunzionali.

Tutte le azioni, realizzate di concerto con i servizi sanitari e sociali, nell'assicurare la presa in carico terapeutica del minore, devono garantire un contesto relazionale idoneo, stabile e affettivamente significativo.

I programmi di trattamento a carico del SSR sono attivati secondo le indicazioni contenute nel piano di trattamento individuale predisposto dall'Equipe Multidisciplinare Territoriale (nel documento definita EMT) della ASL di residenza del minore, competente per la Neuropsichiatria Infantile, eventualmente integrata, in caso di soggetti a partire dai 17 anni di età, da operatori dei servizi per la Salute Mentale adulti, al fine di favorire ogni esigenza di continuità terapeutica nel transito dalla adolescenza all'età adulta.

I programmi di trattamento sono modulati secondo intensità variabile (intensivi ed estensivi) per rispondere in modo appropriato alle specifiche esigenze di cura del paziente.

1.3. Destinatari

I servizi sono rivolti a minori di età compresa tra i 10 e i 18 anni che, avendo superato la fase di instabilità clinica, necessitano, nel prosieguo del decorso post acuzie, di intervento terapeutico riabilitativo in regime residenziale o semiresidenziale.

L'estensione della fascia di età (10 – 18 anni) deve tener conto che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse; qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con gruppi differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie possono essere molto differenti.

Solo per i casi inviati dall'EMT a carico del SSR e su specifica autorizzazione della stessa EMT inviante, in ragione di esigenze cliniche di completamento del percorso terapeutico-riabilitativo, i

Allegato B

servizi possono continuare ad ospitare soggetti fino al compimento del 21° anno, purché già inseriti in minore età.

L'accoglienza di minori sottoposti a provvedimento della Autorità Giudiziaria (AG) non deve superare il 30% dei posti letto autorizzati.

Le strutture improntano l'organizzazione degli ambienti e delle attività secondo modalità di tipo domestico-familiare, che favorisca la partecipazione degli ospiti alla conduzione della vita quotidiana insieme all'equipe degli operatori. A tal fine le strutture devono essere caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi e delle risorse umane.

1.4. Funzionamento

1.4.1. Accesso

L'accesso alla struttura è coordinato ed autorizzato, nei casi di inserimento i cui costi gravino sul SSR, dall'equipe multidisciplinare territoriale (EMT) della ASL di residenza del minore.

Per l'inserimento nella residenza terapeutica è necessario che siano presenti, insieme, ognuna delle seguenti condizioni:

- a) presenza di una patologia psichiatrica, non controllata con interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico;
- b) presenza di gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale;
- c) necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati;
- d) insufficienza degli interventi erogabili in altre tipologie di setting assistenziale;
- e) necessità di una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

Pertanto la sola presenza del criterio e), in assenza dei criteri b)-c)-d), non è sufficiente per porre l'indicazione a un percorso di residenzialità terapeutica, ma deve orientare verso un percorso di residenzialità socioeducativa, con supporto sanitario specialistico variabile a seconda delle necessità.

Per i minori dell'area penale con disturbo psichiatrico la sola presenza del requisito a) è sufficiente a determinare l'accesso ai servizi in quanto intervento ordinato dalla Autorità Giudiziaria Minorile ai sensi dell'art. 22 del DPR 448/88. In questo caso il referente aziendale di cui alla DGRC n. 621/12 attiva l'EMT dell'ASL di residenza del minore che provvede alla presa in carico.

1.4.2. Inserimento

Gli inserimenti che sono a carico del Servizio Sanitario Regionale avvengono attraverso un'approfondita valutazione multidimensionale da parte delle EMT dell'ASL di residenza del minore, che deve garantire l'appropriatezza del setting attraverso la verifica del rispetto dei criteri di accesso.

In caso di un soggetto con età uguale o superiore ai 17 anni, alla valutazione multidimensionale devono partecipare, in collaborazione con l'EMT dell'ASL di residenza del minore, anche i servizi per la Salute Mentale adulti.

In tutti i casi, l'inserimento si configura come processo attivo di pratica clinica secondo cui l'insieme delle necessità assistenziali, in caso di disturbo psichiatrico in età evolutiva, non è definito solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla valutazione psicopatologica e dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema.

A titolo esemplificativo, disturbi schizofrenici, forme gravi dei disturbi affettivi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivo-compulsivi, con gravi compromissioni del

Allegato B

funzionamento e dell'adattamento in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa, costituiscono situazioni per le quali può esservi l'indicazione a un collocamento semiresidenziale o residenziale presso questo tipo di strutture.

Per le strutture residenziali è garantito il funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni; per le strutture semiresidenziali, invece, di almeno 8 ore/die per non meno di 6 giorni a settimana.

Nei casi in cui il programma terapeutico preveda temporanei rientri in famiglia, la struttura è tenuta a garantire la conservazione del posto letto, per un periodo massimo di 15 giorni, a una tariffa giornaliera decurtata del 20%.

1.4.3. Documenti per la gestione del processo di cura - PTI e PTRP

Ogni progetto di collocamento, a carico del SSR, in struttura residenziale o semiresidenziale, ha il proprio fondamento di indirizzo negli obiettivi terapeutici individuati dal PTI (Piano Terapeutico Individuale) elaborato dall'EMT, mentre l'articolazione organizzativa e di intervento si riconosce nel PTRP (Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato) proposto dall'equipe multidisciplinare della struttura che accoglie il minore.

Il PTI (vedi modello allegato), proposto dall'equipe inviante, descrive:

- a) la diagnosi codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali;
- b) la gravità, complessità e stabilità del quadro clinico;
- c) il grado di compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari;
- d) il grado di pericolosità sociale;
- e) i punti di forza e le criticità del soggetto, della famiglia e del contesto di riferimento, nonché le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali;
- f) i trattamenti farmacologici che sono stati utilizzati ed i risultati ottenuti;
- g) il livello di intensità assistenziale da garantire da parte della struttura ospitante;
- h) le azioni per favorire il reinserimento sociale;
- i) le finalità complessive degli indirizzi del PTI con evidenza degli specifici obiettivi terapeutici da raggiungere, con particolare riferimento alle azioni per favorire il reinserimento sociale.

Il PTRP, elaborato e definito dall'equipe della struttura accogliente:

- a) recepisce gli indirizzi contenuti nel Piano Terapeutico Individuale;
- b) traduce la proposta del PTI in una serie di interventi coordinati (offerta terapeutica) attraverso l'elaborazione di una specifica scheda (vedi modello allegato);
- c) tiene conto di tutte le specifiche e complesse esigenze del paziente, comprese quelle dettate da eventuali provvedimenti giudiziari, nonché prevede le necessarie integrazioni con i servizi sanitari specialistici territoriali per tutte le altre esigenze mediche generali e specifiche del caso.

La scheda di PTRP, in quanto strumento di "contratto terapeutico", è sottoscritta dai genitori del minore o da chi ne esercita la potestà genitoriale, dal referente-case manager dell'equipe inviante e dal responsabile della struttura residenziale. Tale contratto deve essere condiviso con il minore e, laddove possibile, anche da lui formalmente sottoscritto.

Allegato B

In caso di minore sottoposto a provvedimento della AG, fermo restando la competenza della ASL di residenza per gli aspetti clinici e amministrativo-contabili, il PTRP sarà condiviso con gli operatori del Centro per la Giustizia Minorile (CGM), secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di giustizia penale minorile.

L'equipe della ASL inviante segue e monitora attraverso il "case manager" l'andamento del percorso terapeutico del PTRP, ne valuta gli esiti ed aggiorna il PTI.

1.4.4. Organizzazione

Le strutture residenziali e semiresidenziali per minori con disturbo psichiatrico devono descrivere le loro attività attraverso la Carta dei Servizi che illustra i principi ispiratori, gli indirizzi metodologici e l'offerta terapeutica anche in funzione delle specifiche fasce di età.

Le stesse, sono inoltre tenute a partecipare al monitoraggio aziendale e regionale attraverso l'invio dei dati delle loro attività.

Per ogni inserimento effettuato, i dati relativi all'inizio e alla conclusione del percorso terapeutico devono essere trasmessi all'ASL di residenza del minore.

La ASL, a sua volta, per il tramite del Centro Unico Aziendale per la Salute Mentale in Età Evolutiva di cui alla nota del sub commissario n. 3377/C del 25/07/2014, deve inviare report semestrali alla Regione Campania – UOD: Interventi Sociosanitari, che attuerà il monitoraggio di questo tipo di interventi.

Il trattamento dei dati individuali e di monitoraggio deve avvenire nel rispetto della normativa vigente sulla privacy.

1.4.4.1. Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità variabile (SIRMIV)

La struttura garantisce il funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni all'anno e la capacità di erogare programmi di trattamento, ad intensità variabile, secondo due percorsi terapeutico-riabilitativi – *intensivo* o *estensivo* – da attivare in funzione delle direttive del PTI.

a) Il trattamento *intensivo* riguarda gli utenti con parziale instabilità del quadro clinico.

L'instabilità è dovuta a condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriore stabilizzazione, a una compromissione grave o media delle funzioni e delle abilità, alla contemporanea presenza di problemi relazionali gravi o medi che mantengono o aggravano il disturbo psicopatologico.

In questa situazione sono prevalenti le attività di tipo clinico e terapeutico-riabilitativo rispetto a quelle risocializzanti e la durata massima del programma intensivo non può essere superiore a 6 mesi salvo diverso parere dell'equipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante. Il programma, in ogni caso, non può avere durata superiore ai 12 mesi.

b) Il trattamento *estensivo* riguarda, invece, gli utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni e delle abilità, ma con presenza di problemi relazionali di media o elevata gravità in ambito familiare e/o sociale. La durata massima del programma estensivo non può essere superiore a 12 mesi, salvo diverso parere dell'equipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante.

Il programma residenziale totale, comprensivo della fase intensiva e di quella estensiva, in ogni caso non può avere durata superiore ai 36 mesi.

L'evoluzione del decorso clinico, sia in senso migliorativo sia peggiorativo, può giustificare la modulazione tra i diversi livelli di intensità del PTI.

Allegato B

1.4.4.2. Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (SISEM)

La struttura garantisce il funzionamento per almeno 8 ore al giorno per non meno di 6 giorni a settimana e la capacità di erogare programmi di trattamento a carattere estensivo da attivare in funzione delle direttive del PTI.

I programmi di trattamento estensivo riguardano gli utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni ed abilità, con presenza di adeguate risorse relazionali in ambito familiare e/o sociale.

La durata massima del programma semiresidenziale non può essere superiore a 18 mesi, salvo diverso parere dell'equipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante, e comunque non superiore a 36 mesi complessivi.

1.5. Offerta Terapeutica

L'offerta terapeutica è finalizzata al potenziamento delle competenze individuali per la gestione del controllo emotivo e al recupero dell'autonomia e delle funzioni adattive e cognitive del minore nelle seguenti aree:

- psicopatologica
- cura di sé/ambiente
- competenza relazionale
- autonomie e abilità sociali
- famiglia, scuola e contesti di vita

Le azioni devono svilupparsi secondo un approccio multimodale che preveda la seguente tipologia di interventi:

- interventi psicoeducativi, abilitativi e psicoriabilitativi
- interventi psicoterapeutici
- interventi di individuazione della terapia psicofarmacologica, somministrazione e vigilanza
- interventi sugli apprendimenti
- interventi sul contesto familiare
- interventi di risocializzazione di rete per l'inclusione scolastica e/o sociolavorativa

Devono essere previste azioni di tutoring e accompagnamento sia per quanto riguarda gli adempimenti di carattere giudiziario sia per l'assolvimento degli obblighi scolastici e formativi.

La struttura garantisce modalità organizzative idonee a una graduale familiarizzazione e accoglienza del minore, in raccordo con i servizi territoriali che hanno in carico il minore.

La struttura deve garantire attività trattamentali, sportive e culturali e progetti di reinserimento nel contesto socio affettivo, lavorativo e territoriale di appartenenza per il pieno superamento di ogni forma di esclusione sociale e isolamento.

In caso di minore di area penale, il programma terapeutico deve garantire particolare attenzione agli interventi di rielaborazione dei comportamenti illegali e di emancipazione dagli stili di devianza. L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (per es. possibilità di riposo, di avere momenti individuali, di partecipare alle attività organizzate anche esterne, ecc.).

Il programma terapeutico, per la specifica della valutazione degli esiti, deve essere periodicamente sottoposto alla verifica congiunta tra l'equipe inviante e gli operatori della struttura.

Eventuali emergenze psichiatriche dei minori ospiti della struttura devono essere affrontate e risolte dai servizi specialistici della ASL in cui insiste la struttura, in analogia a quanto previsto per

Allegato B

gli altri interventi di emergenza territoriale. Per tale motivo la struttura provvede ai necessari accordi con i servizi specialistici territoriali (NPI, DSM, SerT, ecc.).

Il programma terapeutico è sempre a termine in relazione agli obiettivi raggiunti, preventivamente definiti nel PTI. La conclusione definitiva del percorso è decisa dall'equipe inviante sentita la struttura ospitante. La struttura, in relazione a quanto previsto dal PTI e dal servizio territoriale inviante, concorre, con idonee modalità organizzative e operative, alla transizione del minore verso altra tipologia di offerta residenziale o semiresidenziale in funzione delle condizioni cliniche dell'ospite, ovvero al rientro in famiglia.

Il percorso di ogni minore è documentato da un fascicolo personale, la cui tenuta è garantita dal responsabile della struttura. Il fascicolo personale comprende gli atti di carattere sanitario, eventuali atti giudiziari, le schede di diagnosi e di valutazione redatte, le osservazioni periodiche degli operatori, eventuali documentazioni prodotte dai servizi esterni e dalla AG.

La struttura è inoltre dotata di un registro nel quale si annotano giornalmente le presenze degli ospiti e le attività svolte.

Esiste specifico documento interno, redatto dal Responsabile della struttura, che individua le procedure operative di redazione, conservazione e tutela dei dati sensibili.

Sezione 2: REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE, SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E ALL'ESERCIZIO

PREMESSA: autorizzazione all'esercizio e accreditamento

La DGRC n. 7301 del 31 dicembre 2001 (BURC n. 2 dell'11.01.2002) ha definito i requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private residenziali e ha approvato le procedure di autorizzazione. La delibera citata, al punto c) dell'introduzione, elenca le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie soggette ad autorizzazione che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale e ne definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici.

Il Regolamento 1 del 22.06.2007 definisce i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero e in regime residenziale.

Il presente documento, quindi, in ragione del necessario adeguamento della rete dei servizi per i minori con disturbo psichiatrico, definisce, alla Sezione 2, i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici, per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziali erogate dalle Strutture Terapeutiche Intermedie a Intensità Variabile – S.I.R.M.I.V. e S.I.Se.M. – per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in regione Campania e ne definisce, alla Sezione 3, i requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale. Per tutto quanto non previsto nel presente documento, comprese le procedure e la relativa modulistica, si conferma il riferimento alla normativa vigente in materia.

La struttura deve essere in possesso delle caratteristiche minime funzionali e strutturali che attengono alla sicurezza degli ospiti nonché garantire la qualità delle prestazioni alberghiere erogate. Devono essere rispettati, inoltre, i requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

Allegato B

Al fine di assicurare un adeguato contesto di tutela dei minori accolti, le nuove strutture residenziali per minori non possono essere realizzate in strutture residenziali destinate ad altre tipologie di utenti, quali tossicodipendenti, adulti affetti da disturbi mentali, anziani e disabili. Deve essere assicurata l'integrazione con un tessuto sociale strutturato, onde agevolare l'accesso a tutte le opportunità di inclusione offerte dal territorio e garantire il necessario collegamento con un'adeguata rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto.

Di seguito le indicazioni per i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici, per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziali e i requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale.

2.1.2. Strutture Residenziali

La struttura è dotata di un massimo di 10 posti letto (PL).

Le dimensioni delle stanze e dei servizi igienici devono rispettare gli standard previsti per una civile abitazione, ponendo particolare attenzione alle esigenze legate all'accessibilità e mobilità.

Deve essere presente almeno un servizio igienico ogni quattro ospiti dei quali uno di dimensioni idonee a essere all'occorrenza attrezzato per la non autosufficienza e un servizio igienico riservato al personale. In caso di accoglienza mista (maschi – femmine) i servizi igienici dovranno essere specificamente riservati ai singoli generi. La struttura è dotata di cucina e di locali per il soggiorno/pranzo.

La dimensione della sala pranzo/soggiorno deve essere tale da contenere un minimo di posti pari a quello degli ospiti della struttura (operatori e utenti) e garantire accoglienza per il tempo libero, le attività socializzanti e quelle ricreative. Ogni utente dispone di spazi privati e comuni arredati in maniera dignitosa e funzionale, con armadi e mobili a lui accessibili per gli oggetti e il vestiario personale. Ogni locale è dotato di vetri antisfondamento. La struttura deve essere situata a livello del piano terra o, al massimo, al primo piano dotato di finestre con apertura vasistas. La zona notte, in caso di utenza mista (maschi e femmine), è organizzata secondo le opportune regole di sistemazione e compatibilità. Devono essere previsti gli spazi necessari e adeguati allo svolgimento delle attività trattamentali: visite mediche e somministrazione farmacologica, colloqui, incontri di gruppo, attività di laboratorio.

Le camere da letto singole devono avere una superficie minima 9 mq; quelle doppie, invece, una minima di 14 mq distinte eventualmente per genere. Deve essere previsto un locale opportunamente arredato per ospitare il personale in servizio notturno. Parimenti, devono essere previsti spazi adeguati alle necessità dell'utenza per assicurare la raccolta, il lavaggio, la stiratura, il rammendo e la distribuzione della biancheria.

2.1.3. Strutture semiresidenziali

La struttura, secondo gli indirizzi del D.M. 21 maggio 2001 n. 308 per le strutture a ciclo diurno, deve avere:

- capienza massima di 24 posti (da intendersi come numero massimo di minori contemporaneamente presenti)
- spazi (superficie indicativa mq/utente 4,00) per attività collettive e di socializzazione per un gruppo massimo di dieci minori
- stanze (superficie indicativa mq/utente 4,00) per colloqui individuali e di gruppo

Allegato B

- un servizio igienico ogni 10 minori di cui uno attrezzato per la non autosufficienza
- un servizio igienico per il personale, separato da quello degli ospiti
- servizi igienici distinti per genere, in caso di utenza mista
- un locale per il personale (superficie minima 9 mq)
- appositi locali rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore, qualora il progetto del servizio preveda la preparazione, la somministrazione ed il consumo dei pasti

2.2. Requisiti tecnologici comuni alle strutture residenziali e semiresidenziali

Gli arredi, le attrezzature e gli utensili devono essere curati, esteticamente gradevoli, secondo i principi di normale arredamento delle civili abitazioni al fine di assicurare comfort, funzionalità d'uso e fruibilità. Particolare attenzione deve essere rivolta alle esigenze di decoro e di protezione dei minore nel rispetto della specifica normativa nazionale e regionale.

La struttura deve essere ubicata in luoghi dotati di agevole accessibilità ai servizi scolastici, sociali, sanitari, educativi, ricreativi e culturali. Nella struttura devono essere presenti dispositivi di protezione individuale per il primo soccorso, i relativi strumenti (bombola di ossigeno, pallone ambu e defibrillatore) e la cassetta medica che devono essere custoditi secondo la normativa vigente. La struttura deve essere fornita della necessaria strumentazione elettronica e informatica (televisore, riproduttore musicale, computer, stampante, wifi, etc.) che, oltre ad essere indispensabile ausilio per tutte le esigenze del servizio, sia in grado di offrire, nell'ambito della complessiva gestione educativa, quelle opportunità, congrue all'età, per un minimo livello di alfabetizzazione digitale.

2.3. Requisiti di personale

La dotazione organica di personale, in accordo con quanto vigente in tema di normativa sul lavoro, deve garantire l'offerta delle sottoelencate attività attraverso il personale di seguito specificato:

- A. Attività e prestazioni medico specialistiche di NPI (Neuropsichiatra Infantile)
- B. Attività e prestazioni psicoterapeutiche individuali e di gruppo (anche attraverso almeno una delle figure professionali già presenti e abilitata alla psicoterapia)
- C. Attività e prestazioni di assistenza psicologica (Psicologo)
- D. Attività e prestazioni di assistenza infermieristica e tutelare (Infermieri e Operatori Sociosanitari, ciascuno per la sua competenza)
- E. Attività e prestazioni educative (Educatore Professionale, Animatore di Comunità, Animatore Sociale, ciascuno per la sua competenza)
- F. Attività e prestazioni di altre figure professionali sanitarie che possono essere impiegate in relazione a specifici programmi terapeutici (per es. Psichiatra, in relazione a eventuali pazienti con età uguale o superiore ai 17 anni, Operatore della Riabilitazione, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica)

Allegato B

Figura professionale	Tipo di attività					
	A	B	C	D	E	F
Neuropsichiatra Infantile	X	X				
Psicologo		X	X			
Psicoterapeuta		X				
Infermiere				X		
Operatore sociosanitario (OSS)				X		
Educatore Professionale, Animatore di Comunità, Animatore Sociale*					X	
Psichiatra, Operatore della Riabilitazione, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**						X

* *Almeno una delle figure elencate presenti*

** *Figure impiegate secondo specifiche esigenze degli ospiti*

Il Responsabile della struttura deve essere un medico o psicologo il quale, oltre alla presenza nei turni ordinari, garantisce pronta disponibilità h 24.

Per ogni turno notturno devono essere presenti due operatori.

I compiti di vigilanza sanitaria, ambientale e dei percorsi sanitari interni sono attribuiti a un medico referente per la struttura.

L'eventuale presenza di personale volontario e/o tirocinante, di carattere integrativo e non sostitutivo, non deve superare il 20% del numero degli operatori retribuiti.

La direzione della struttura provvede, in maniera costante e periodica, ad attivare: riunioni settimanali di equipe, periodici incontri di supervisione, costante aggiornamento professionale degli operatori impiegati, corretta tenuta dei fascicoli personali e il loro relativo aggiornamento.

La struttura ha l'obbligo di sottoporsi a controlli e verifiche da parte dei competenti servizi della ASL sulla permanenza dei requisiti e sulla qualità dei servizi erogati nonché di conferire i dati richiesti dai sistemi informativi regionali e nazionali.

Sezione 3: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Nella scheda che segue, sono definiti i requisiti ulteriori specifici che le strutture eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali ad intensità variabile per minori con disturbo psichiatrico devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale secondo le classi individuate dall'art. 50, cap. III, del Regolamento regionale n. 1/2007.

3.1. Requisiti ulteriori strutturali, organizzativi, tecnologici e di personale

1.	La struttura è inserita nel tessuto urbano o in prossimità dello stesso. In ogni caso sono garantiti i collegamenti con le sedi scolastiche e/o lavorative degli ospiti e l'accessibilità ai servizi pubblici del territorio.	B
2.	La struttura possiede le caratteristiche logistiche abitative per garantire anche l'accoglienza di eventuali minori diversamente abili.	A
3.	La struttura è dotata di spazi esclusivamente dedicati alle attività di visita medica e attività infermieristica, psicoterapia individuale e di gruppo, attività di socializzazione, sala da pranzo.	B

Allegato B

4.	L'Ente gestore ha un proprio <i>progetto di struttura</i> , cioè un progetto di servizio che formalmente illustri i principi ispiratori, gli indirizzi metodologici e il catalogo dell'offerta terapeutica secondo i seguenti punti: a) obiettivi e riferimenti valoriali ed educativi generali da cui nasce la struttura, storia dell'ente o della struttura di accoglienza, stile educativo generale b) modalità di accesso e di dimissione c) fascia di età e tipologia di utenza a cui la struttura si rivolge e per i quali si ritiene particolarmente adatta d) metodologia e strumenti compresi il tipo di prestazioni offerte (metodi e tecniche cliniche, psicoterapeutiche e socio educative) e) organigramma/funzionigramma del personale della struttura e indicazione del responsabile f) descrizione dei rapporti e degli accordi di rete con il territorio g) processi di formazione continua e di supervisione del personale	B
5.	La struttura possiede un <i>regolamento interno</i> , coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi, che deve essere fornito agli utenti e ai loro familiari o a chi ne fa le veci, nel quale sono illustrate sia le regole di vita e di comportamento per utenti, operatori e adulti che quelle relative alla vita comunitaria.	A
6.	La struttura ha riportato in un apposito documento, redatto dal Responsabile e sottoscritto da ogni operatore, le procedure per la gestione delle emergenze (fughe, reati, agiti violenti, emergenze sanitarie e ambientali, ecc).	C
7.	La struttura ha stipulato formali e condivisi accordi di rete interistituzionale con le risorse del territorio (servizi della ASL, Scuola, Centri sportivi, Parrocchie, centri giovanili, Gruppi informali di pari, ecc.).	B
8.	La struttura possiede una documentazione formale, conosciuta dagli operatori, nella quale sono descritte e condivise le procedure relative a collaborazioni con: Servizi Specialistici Sanitari, Servizi Educativi, Centri Giustizia Minorile, Medicina Generale, Urgenza ed Emergenza.	B
9.	La struttura impiega personale che, oltre alla necessaria qualificazione, è in possesso di documentata esperienza lavorativa, di almeno tre anni con minori di neuropsichiatria o con adulti con problematiche psichiatriche.	B
10.	La struttura, se privata, non intrattiene rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza oltre il 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative.	A
11.	La struttura deve avere un sistema di registrazione e monitoraggio delle attività che consenta annualmente (scadenza 31 dicembre) di valutare i risultati raggiunti.	A
12.	La struttura deve sottoporsi, con frequenza almeno biennale, attraverso organismi di certificazione abilitati, a procedure di certificazione della Qualità finalizzate alla ricerca delle pratiche di miglioramento.	C
13.	Il datore di lavoro organizza, con frequenza almeno biennale, direttamente o indirettamente, percorsi di formazione del personale sia di tipo generale (per es. in tema di gestione della relazione, rapporti con la famiglia, l'insegnante, ecc.) sia di tipo specialistiche (in tema di collaborazioni e integrazioni con i Servizi Specialistici Sanitari, i Servizi Educativi e i Centri Giustizia Minorile, la Medicina Generale, compresa la gestione delle Urgenze e delle Emergenze – fughe, reati, agiti violenti, emergenze sanitarie e ambientali - approfondimenti su specifiche tecniche e metodologie di intervento). La formazione è realizzata secondo la normativa in materia di crediti formativi.	B
14.	La struttura organizza, almeno con frequenza biennale, eventi di approfondimento e/o formazione in materia di presa in carico di minori con disturbo psichiatrico.	C

Allegato B

15.	La struttura non impiega volontari, se non con documentata e specifica formazione nel campo dell'assistenza a pazienti con problemi psichiatrici.	A
16.	La struttura ha uno specifico documento interno, redatto dal Responsabile, che individua le procedure operative di redazione, conservazione e tutela dei dati sensibili.	A
17.	Prestazioni erogate medie e Personale come da tabelle 1.1 e 1.2 e tabelle 2.1 e 2.2	A
18.	La Struttura deve essere dotata di spazi idonei ad assicurare – su richiesta del Referente ASL ex DGCR n. 621/12 – la pronta accoglienza di un minore sottoposto a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria oltre il numero massimo dei posti consentiti, per il tempo strettamente necessario alla individuazione, da parte del medesimo Referente, della struttura ove collocare stabilmente il paziente.	B

Ai fini dell'accreditamento le attività e le prestazioni offerte dalla struttura devono garantire le seguenti condizioni:

Tab. 1.1 PERSONALE IMPIEGATO NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di Unità di personale a tempo pieno per un nucleo di 10 ospiti)		
Figure Professionali	Unità di personale (1unità rapportata a 36h/sett)	Ore settimanali
Neuropsichiatra Infantile	1/12	3
Psicoterapeuta	¼	9
Psicologo	2/3	24
Infermiere professionale	1/6	6
Assistente Sociale	1/9	4
Professionisti della riabilitazione (per es.: Educatore Professionale, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, ecc.)	3	108
Personale per le Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona (es.: Animatore Sociale, Animatore di Comunità, Operatore Socio Sanitario)	7	252

Tab. 1.2 PERSONALE IMPIEGATO NEI PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI (valori di Unità di personale a tempo pieno per un nucleo di 24 ospiti)		
Figure Professionali	Unità di personale	Ore settimanali
Neuropsichiatra Infantile	1/6	6
Psicoterapeuta	½	18
Psicologo	1	36
Infermiere professionale	1/6	6
Assistente Sociale	1/6	6
Professionisti della riabilitazione (per es.: Educatore Professionale, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, ecc.)	4	144
Personale per le Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona (es.: Animatore Sociale, Animatore di Comunità, Operatore Socio Sanitario)	4	144

Allegato B

Tab.2.1 ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ASSICURATE NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di attività per un nucleo di 10 ospiti)		
Tipo di attività	Minuti pz/die	
	Programma intensivo	Programma estensivo
Attività di Neuropsichiatria Infantile	11	3
Attività di Psicoterapia	11	8
Attività di sostegno in ambito psicologico	31	21
Attività di tipo infermieristico	11	5
Attività di assistenza sociale	4	4
Attività di riabilitazione	92	92
Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona	247	216

Tab.2.2 ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ASSICURATE NEI PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI (valori di attività per un nucleo di 24 ospiti)	
Tipo di attività	Minuti pz/die
Attività di Neuropsichiatria Infantile	2,5
Attività di Psicoterapia	7,5
Attività di sostegno in ambito psicologico	15
Attività di tipo infermieristico	2,5
Attività di assistenza sociale	2,5
Attività di riabilitazione	60
Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona	60

Sezione 4: REGIME TARIFFARIO

La determinazione delle tariffe predefinite, ai sensi della normativa vigente, tiene conto delle componenti essenziali di costo (personale, costi alberghieri e altri costi, costi generali).

Il regime tariffario che ne risulta definisce quindi il corrispettivo predeterminato da corrispondere, a fronte dell'erogazione delle attività elencate, ai soggetti che erogano assistenza residenziale e semiresidenziale a pazienti minori con disturbo di tipo psichiatrico.

Tipologia di programma	P.L. max	Tariffa giornaliera/pz
Accoglienza residenziale di tipo intensivo	10	182 euro/die
Accoglienza residenziale di tipo estensivo	10	165 euro/die
Accoglienza semiresidenziale	24	70 euro/die

Allegato B

Sezione 5: FABBISOGNO

Sia a livello nazionale che regionale, non esistono dati epidemiologici definitivi ed univoci per quanto concerne il fabbisogno di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali per l'accoglienza di minori con disagio psichico/psichiatrico.

Come riporta la letteratura internazionale, tra il 18% e il 21% dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta una rilevante compromissione del funzionamento personale e sociale.

Nell'arco di tutta l'adolescenza, il 9%-13% dei ragazzi può presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale.

In mancanza, al momento, di dati reali per quanto riguarda la Campania, facendo riferimento al Progetto Obiettivo Materno Infantile – Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (Decreto Ministero della Sanità, 24 aprile 2000), il fabbisogno di queste strutture è tendenzialmente pari, per le semiresidenziali, ad almeno 1 ogni 500.000 abitanti e, per le residenziali, ad almeno 1 ogni 1.500.000 abitanti.

Considerando che la Campania conta attualmente circa 6.000.000 di abitanti, applicando tali stime emerge un fabbisogno per un numero di 120 posti letto per le strutture terapeutiche semiresidenziali e di 40 posti per le strutture terapeutiche residenziali, per un totale di non meno di 160 posti letto in regione Campania.

Si stima che questo fabbisogno minimo consente di dare riposte a breve termine all'emergenza rappresentata dalla totale assenza di strutture con le caratteristiche descritte nel presente documento. Terminata la fase di avvio e sperimentale, sulla scorta delle verifiche metodologiche, organizzative e di risultato si potrà poi avere un preciso quadro epidemiologico con la conseguente eventuale rimodulazione del fabbisogno.

Sezione 6: NORME TRANSITORIE – PERCORSO PER L'ACCREDITAMENTO

6.1. PRIMA APPLICAZIONE. In fase di prima applicazione del presente atto possono inoltrare istanza di accreditamento istituzionale, stante il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale, specifici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture di cui al presente documento, entro il limite del fabbisogno, unicamente le strutture che, alla data di pubblicazione del presente atto, rispondano al complesso delle seguenti precondizioni:

- a) possesso di autorizzazione all'esercizio quale struttura, residenziale o semiresidenziale, sanitaria o sociale, ai sensi della normativa regionale vigente;
- b) possesso dei requisiti minimi di cui alle DDGGRRCC n. 3958/01 e n. 7301/01 e di quelli di cui al presente Decreto, con le seguenti precisazioni:
 - b.1 Le strutture già in possesso di autorizzazione sanitaria per altre tipologie di attività svolte in regime residenziale o semiresidenziale, dovranno acquisire l'autorizzazione per l'attività sanitaria di cui al presente provvedimento entro un anno dalla data di eventuale accreditamento ai sensi del successivo punto 6.5;
 - b.2 Le strutture in possesso di autorizzazione sociale dovranno acquisire l'autorizzazione all'esercizio per la specifica attività sanitaria entro un anno dalla data di eventuale accreditamento ai sensi del successivo punto 6.5;
- c) esercizio di attività senza soluzione di continuità per almeno tre anni negli ultimi cinque anni;
- d) possesso degli ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO stabiliti con il presente documento.

Allegato B

6.2. **ISTRUZIONI** per la compilazione e la presentazione delle domande di accreditamento istituzionale definitivo ai sensi dell'art.1, comma 237-vicies-quater della legge regionale 15 marzo 2011 n. 4 e s.m.i.

Le strutture di cui al paragrafo 6.1 presentano istanza di accreditamento istituzionale definitivo secondo le modalità definite ai punti seguenti.

6.2.1 Le istanze di accreditamento istituzionale, in forma cartacea e a firma del legale rappresentante, dovranno essere indirizzate al Commissario ad Acta per la Sanità, Centro Direzionale, Isola C3, tredicesimo piano, 80143 Napoli e devono pervenire entro e non oltre le ore 12.00 del sessantesimo giorno dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto in plico chiuso e debitamente sigillato recante le seguenti indicazioni:

- a) ragione sociale e denominazione della struttura richiedente
 - b) partita IVA
 - c) indirizzo completo di recapito
 - d) indirizzo completo della sede per la quale si chiede l'accredimento
 - e) precisa indicazione "richiesta di accreditamento istituzionale delle attività di accoglienza per minori con disturbo psichiatrico: *(segnalare la tipologia di struttura per la quale si inoltra istanza)*
- Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.)*
- Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)*

Il recapito delle istanze rimane ad esclusivo rischio del mittente. Si intenderanno non presentati i plichi che dovessero giungere, per qualsiasi motivo, oltre il termine prefissato anche se il ritardo fosse imputabile al vettore.

- 6.2.2 Alle istanze, sottoscritte dal legale rappresentante della Struttura, deve essere allegati:
- copia del documento di riconoscimento del legale rappresentante
 - dichiarazioni di notorietà ex art. 15, legge 12 novembre 2011, n. 183 attestanti:
 - a) il possesso di autorizzazione all'esercizio quale struttura residenziale o semiresidenziale, sanitaria o sociale, con le indicazioni degli estremi e dell'Ente concedente
 - b) il possesso dei requisiti minimi di cui alle DDGRRCC n. 3958/01 e n. 7301/01 e di cui al presente decreto
 - c) il possesso dei requisiti ulteriori di cui al presente decreto
 - d) documentata esperienza e di relativi rapporti con le AASSLL Regione Campania per l'accoglienza di adulti e minori con problemi psichiatrici per un periodo non inferiore a tre anni negli ultimi cinque anni, corredata di attestazione di almeno una delle AASSLL della Regione Campania

6.3 Nei quindici giorni successivi alla data di scadenza dei termini di presentazione delle istanze, i competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute, verificati i contenuti delle singole istanze di accreditamento sotto l'aspetto della completezza, le inviano alle Commissioni locali delle competenti AASSLL, istituite ai sensi dell'art. 8 della legge regionale 28.11.2008 n. 16, affinché queste provvedano a verificare, con le procedure previste dall'art. 1, comma 237 duodecies, della legge regionale 4/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della legge regionale 5/2013, oltre la veridicità della dichiarazione di notorietà, il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori.

Allegato B

6.4 Gli esiti delle verifiche, di cui al comma precedente, sono trasmessi dalle AASSLL alla Struttura Commissariale per l'adozione del Decreto Commissariale di accreditamento.

6.5 Il Commissario ad Acta, in caso di esito positivo delle verifiche, emana Decreto Commissariale di accreditamento.

Al termine della prima fase di applicazione, in caso di non completo soddisfacimento del fabbisogno, possono fare richiesta di autorizzazione, secondo tempi, condizioni e modalità fissate successivamente con specifici atti regionali, nuove strutture che siano in possesso dei requisiti per autorizzazione e accreditamento di cui al presente provvedimento.

Sezione 7: MODULISTICA

Di seguito i moduli relativi a:

1. Piano Terapeutico Individuale (**PTI**)
2. Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (**PTRP**)

Allegato B

ASL _____ Centro Aziendale Unico per la Salute Mentale dell'Età Evolutiva - Responsabile:

PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO (PTI)

Cognome e Nome					Luogo e data di nascita					Cartella clinica																			
Luogo di residenza					Abitazione																								
Codice Fiscale																													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																													
ASL Distretto Sanitario																													
Equipe Territoriale																													
Referente					recapiti																								
Case manager					recapiti																								
Familiare Referente					recapiti																								
Diagnosi Clinica Principale										Cod. ICD10																			
Diagnosi Clinica Secondaria										Cod. ICD10																			
Diagnosi Clinica Secondaria										Cod. ICD10																			
Informazioni anamnestiche rilevanti																													
INDICATORI CLINICI SIGNIFICATIVI																													
<input type="checkbox"/>	Depressione del tono dell'umore				<input type="checkbox"/>	Instabilità affettiva																							
<input type="checkbox"/>	Alterazione dell'identità				<input type="checkbox"/>	Impulsività																							
<input type="checkbox"/>	Non consapevolezza dell'atto commesso				<input type="checkbox"/>	Aggressività																							
<input type="checkbox"/>	Ideazione delirante				<input type="checkbox"/>	Acting out																							
<input type="checkbox"/>	Ideazione paranoidea				<input type="checkbox"/>	Sentimenti di vuoto																							
<input type="checkbox"/>	Ideazione ossessiva				<input type="checkbox"/>	Sentimenti abbandonici																							
<input type="checkbox"/>	Abuso di sostanze				<input type="checkbox"/>	Angoscia																							
RISCHIO SUICIDARIO			NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	alto <input type="checkbox"/>		medio <input type="checkbox"/>		basso <input type="checkbox"/>																				
PERICOLOSITÀ SOCIALE ¹			NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>																									

¹ Obbligatorio specificare se minore sottoposto a provvedimento A.G.

Allegato B

Descrizione del quadro clinico in riferimento alla gravità, alla complessità e alla stabilità

--

Grado di compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari

--

Famiglia e Contesti di vita (descrizione, punti di forza, criticità, etc)

--

Eventuali provvedimenti Giudiziari (disposizione A.G., referente C.G.M., etc)

--

Aree di intervento

<input type="checkbox"/> psicopatologica	<input type="checkbox"/> cura di sé/ambiente	<input type="checkbox"/> competenza relazionale
<input type="checkbox"/> funzionamento scolastico	<input type="checkbox"/> autonomie e abilità sociali	<input type="checkbox"/> autonomie e abilità sociali
<input type="checkbox"/> famiglia	<input type="checkbox"/> scuola	<input type="checkbox"/> contesti di vita

Allegato B

Area degli Interventi/ individuazione degli Obiettivi

INTERVENTI PSICOEDUCATIVI (p.es. Aiutare il paziente e i familiari a raggiungere una migliore comprensione dell'esperienza di malattia, favorire le conoscenze sulla malattia e sui fattori di rischio, etc)

INTERVENTI ABILITATIVI E RIABILITATIVI (p.es. Definire il profilo funzionale del paziente secondo la classificazione ICF, motivare il paziente alla partecipazione al programma terapeutico, coinvolgere il paziente nelle mansioni della vita quotidiana, Incrementare le abilità residue e/o recuperare quelle perse, favorire il progresso verso il raggiungimento di obiettivi personali e la capacità di soluzione dei problemi, favorire l'acquisizione di abilità integranti (gestione tempo libero, gestione economica, ecc.). migliorare le abilità relazionali, etc)

PSICOTERAPIA (p.es. Favorire la comprensione della propria ed altrui realtà psichica, Rafforzare il senso d'identità e confini dell'io, migliorare la gestione delle fasi di acuzie sintomatologica e il riconoscimento dei segni precoci di crisi, favorire il riconoscimento e il superamento dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali o devianti, favorire modalità adattive e di fronteggiamento (coping), controllare la rabbia e la frustrazione, saper gestire i conflitti, favorire l'acquisizione di abilità di autogestione e di autodeterminazione)

INTERVENTI FARMACOLOGICI (p.es. Motivare al trattamento farmacologico migliorando la collaborazione del paziente, stabilizzare il quadro clinico, ridurre e sospendere il trattamento farmacologico)

Allegato B

INTERVENTI SUGLI APPRENDIMENTI (p.es. Promuovere l'apprendimento di base o comunque funzionale a migliorare l'autonomia personale e sociale del paziente)

INTERVENTI SUL CONTESTO FAMILIARE (p.es. Coinvolgere la famiglia nel percorso di recupero ed nel successivo reinserimento familiare. Migliorare l'interazione in ambito familiare; trasferire competenze relazionali e di gestione dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali)

INTERVENTI DI RISOCIALIZZAZIONE E DI RETE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA E/O SOCIOLAVORATIVA (p.es. Favorire la partecipazione ad attività di socializzazione presenti sul territorio. Favorire la partecipazione ad attività pre-lavorative o di avviamento al lavoro)

SETTING ASSISTENZIALE (Residenziale Intensivo, Residenziale Estensivo, Semiresidenziale)

(specificare) _____

Durata prevista del progetto di inserimento nello specifico setting assistenziale : mesi _____

decorrenza dal __/__/____ al __/__/____

Firme dei Componenti dell'Equipe Multidisciplinare _____

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci) _____ Data _____

Allegato B

SIRMIV _____

SISEM _____

PIANO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Cartella clinica																				
Luogo di residenza	Abitazione																					
Codice Fiscale																						
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																						
ASL Distretto Sanitario																						
Equipe Territoriale																						
Referente	recapiti																					
Case manager	recapiti																					
Familiare Referente	recapiti																					
Diagnosi Clinica Principale	Cod. ICD10																					
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																					
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																					
Motivo dell'invio da parte dell'Equipe Territoriale																						

Informazioni anamnestiche rilevanti

Allegato B

DIAGNOSI FUNZIONALE		Cod. ICF	
		Cod. ICF	

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Area psicopatologica	
Punti di forza	Criticità

Area della cura di sé/ambiente	
Punti di forza	Criticità

Area della competenza relazionale	
Punti di forza	Criticità

Area del funzionamento scolastico	
Punti di forza	Criticità

Allegato B

Area delle autonomie e delle abilità sociali	
Punti di forza	Criticità

Famiglia	
Punti di forza	Criticità

Scuola	
Punti di forza	Criticità

Contesti di vita	
Punti di forza	Criticità

Allegato B

PROGETTO TERAPEUTICO RESIDENZIALE INTENSIVO RESIDENZIALE ESTENSIVO SEMIRESIDENZIALE

Obiettivi Generali

Aree di intervento	Obiettivi	Tipologia di interventi*						
		1	2	3	4	5	6	7
psicopatologica		1	2	3	4	5	6	7
cura di sé/ambiente		1	2	3	4	5	6	7
competenza relazionale		1	2	3	4	5	6	7
funzionamento scolastico		1	2	3	4	5	6	7
autonomie e abilità sociali		1	2	3	4	5	6	7
Famiglia		1	2	3	4	5	6	7
Scuola		1	2	3	4	5	6	7
Contesti di vita		1	2	3	4	5	6	7

Tipologia degli interventi	Specificare (ad es. metodologia, frequenza, dosaggio, ecc)
1) Interventi psicoeducativi	
2) Interventi abilitativi e riabilitativi	
3) Psicoterapia	
4) Interventi farmacologici*	
5) Interventi sugli apprendimenti	
6) Interventi sul contesto familiare	
7) Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o sociolavorativa	

* Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci off label per l'età e a volte per indicazione, attivare le procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale.

Operatori coinvolti (anche eventuali operatori di reti informali e del volontariato)	Qualifica

Durata prevista nello specifico setting assistenziale : mesi _____ decorrenza dal __/__/____ al __/__/____

Verifiche periodiche _____

Data, _____

Firma del Responsabile della Struttura

Firma dei Genitori

Firma del Referente Equipe Territoriale
