



ANALISI DELLA CONGRUITÀ DEI PARAMETRI NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE ESTENSIVE SRP2 IN RELAZIONE ALLA LORO FINALITÀ



Quaderni CNOP

I quaderni CNOP
n. 10



**Gruppo tecnico di lavoro
"Comunità Terapeutiche Residenziali"**



**ANALISI DELLA CONGRUITÀ
DEI PARAMETRI NELLE COMUNITÀ
TERAPEUTICHE ESTENSIVE SRP2
IN RELAZIONE ALLA LORO FINALITÀ**



Copyright: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 - 00198 Roma
Tel + 39 06 44292351
www.psy.it

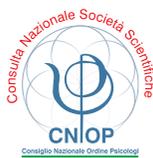
Stampato nel mese di Luglio 2023
dalla Tipolitografia Morphema

Fotocomposizione Morphema

ISBN: 978-88-946917-2-6

INDICE

INTRODUZIONE	7
Composizione Gruppo di Lavoro	9
SEZIONE A	11
Dati di contesto	11
Focus del lavoro	11
Metodologia adottata	12
Regioni esaminate	12
Premessa	12
Cenni storici	13
Problematiche e criticità attuali	16
Per una residenzialità trasformativa	20
La specificità “psico” dell'intervento della Comunità	22
Terapeutica e fattori di complessità	
SEZIONE B	27
Primi risultati emersi	27
Responsabilità Direzione, ruoli dirigenziali	27
Presenza della figura dello psicologo specializzato in psicoterapia nell'organico	28
Sperequazione di figure parainfermieristiche SRP2 adulti	29
Sperequazione di figure parainfermieristiche SRP2 adolescenti	32
Incongruenze rispetto al tempo o al minutaggio dello psicologo tra Comunità intensive ed estensive	34
Discrepanza tra Mission ed organico	35
Possibilità, entro un margine di percentuale, di ampliare la presenza di alcune figure professionali diminuendone altre e criticità	35
Metodologia del minutaggio	36
Piccole Comunità vs deriva dell'utilizzo dei moduli	36
Rette	37
ALLEGATI	39
Allegato 1 Grafici composizione equipe Regione per Regione	39
Allegato 2 Schede Regioni	57



INTRODUZIONE

Credo che il lavoro che viene presentato in questo quaderno meriti una particolare attenzione. E' il frutto del comitato tecnico di lavoro sulle "Comunità Terapeutiche residenziali nella Salute Mentale" attivato presso la Consulta delle Società Scientifiche di area psicologica promossa dal CNOP. Quando nel 2018, come membro dell'Esecutivo nazionale del CNOP proposi l'attivazione della Consulta delle Società Scientifiche speravo che potesse essere, tra le altre cose, un luogo di confronto ed approfondimento in grado di mettere in relazione le conoscenze ed evidenze scientifiche, le buone prassi, con le modalità operative nei contesti professionali.

E il presente lavoro è un esempio chiaro di questa modalità operativa.

L'Italia, è noto, è il Paese della Riforma Basaglia della quale quest'anno ricorrono i 45 anni, per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico e la creazione di una rete articolata di servizi per la cura delle persone con patologie mentali.

Anche in questo campo la scienza ci dice che siamo di fronte ad un orizzonte, pur nelle diverse situazioni ed in proporzioni diverse, di cause bio-psico-sociali, che richiede letture ed interventi che si muovono sui tre piani. In questo scenario si sono sviluppate le comunità terapeutiche per la salute mentale per adulti ed adolescenti, sia di tipo intensivo (Strutture Residenziali Psichiatriche tipo 1) che estensivo (SRP tipo 2). Queste ultime, sulle quali si sofferma la presente indagine, si caratterizzano per un tempo di permanenza più lungo (sino a due anni) e per ospiti con un quadro clinico maggiormente stabilizzato, che ben si presta ad interventi "trasformativi" di tipo psicologico e psicoterapico.

Parliamo di quegli interventi non farmacologici la cui efficacia ed importanza per queste situazioni è sempre più messa in luce da ricerche ed esperienze, che si rilevano cruciali per un percorso di ristrutturazione degli equilibri soggettivi in grado di far uscire la persona fuori dai binari della

cronicizzazione e comunque di metterla in grado di affrontare con maggiori risorse psicologiche un percorso di vita.

Se questa è la missione, le comunità sono attrezzate nel complesso a svolgerla?

L'indagine mette in luce un problema ed una contraddizione macroscopica: la drammatica carenza delle figure (psicologi e psicoterapeuti) che dovrebbero garantire queste attività. Non solo negli organici in modo adeguato e riconosciuto ma anche nei momenti di programmazione, progettazione, verifica. Pochi psicologi e con poca voce in capitolo.

Ed allora cosa vuol dire quell'aggettivo "terapeutico" accanto al termine comunità? I dati mettono in luce una verità in alcuni casi impietosa, che si è di fronte a "strutture psichiatriche" che possono fare quasi solo contenimento. La riabilitazione senza attenzione alla dimensione soggettiva e relazionale, cioè alla componente psicologica della malattia mentale, ai vissuti della persona, rischia di diventare assistenzialismo.

Non si comprende se alla base di questa preoccupante deriva ci siano problemi culturali, la rinuncia ad un orizzonte terapeutico per queste persone (sempre più spesso giovani ed adolescenti), o dei pretesti di tipo economico. Parlo di pretesti perché anni di studi di economia sanitaria ci dicono che la carenza di appropriatezza negli interventi aumenta i costi non li riduce.

La politica, le istituzioni (Governo, Parlamento, Regioni), il mondo scientifico sono chiamati in causa da questa situazione, che è bene i cittadini conoscano. Si chiede un cambio di passo che consenta a queste realtà di essere un luogo terapeutico a tutti gli effetti.

Grazie a Claudio Bencivenga e ai componenti il comitato tecnico, grazie a tutte e tutti coloro che riescono ancora a fare terapia nelle comunità nonostante questa deriva.

Questi dati parlano da soli, anzi "urlano", e non si tenti di ridurre il problema ad una rivendicazione professionale, il tema è quale funzione devono assolvere queste comunità sulle quali si investono le risorse pubbliche.

David Lazzari
Presidente CNOP
Coordinatore Consulta Società Scientifiche di area psicologica



COMPOSIZIONE DEL GDL

- prof. Claudio Bencivenga, Mito & Realtà - Associazione Comunità Tera-
peutiche Residenziali e Fenascop
- dott. Umberto Nizzoli, SISDCA - Società italiana per lo studio dei
disturbi del comportamento alimentare
- dott. Roberto Quintiliani, Mito & Realtà - Associazione Comunità Tera-
peutiche Residenziali
- dott.ssa Chiara Ronconi, Cismai - Coordinamento Italiano dei Servizi
contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia
- dott. Matteo Sozzi, SPAN - Società degli Psicologi dell'Area Neuropsico-
logica
- dott.ssa Carlotta Zoncu, SIPSA - Società Italiana di Psicodramma Anali-
tico

SEZIONE A

DATI DI CONTESTO

GRUPPO TECNICO DI LAVORO “COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI”

La Consulta nazionale delle Società Scientifiche di Psicologia istituita dal CNOP ha promosso nel marzo 2022 un gruppo tecnico di lavoro sul tema delle Comunità Terapeutiche Residenziali con l'intento di:

- Ribadire il ruolo terapeutico della residenzialità delle Comunità terapeutiche, affrancandosi da un modello assistenziale e ospedaliero;
- Delineare il ruolo trasformativo delle residenzialità;
- Analizzare l'appropriatezza delle figure professionali nei ruoli dell'organizzazione;
- Svolgere un'opera di sensibilizzazione culturale e di approccio alla tutela della salute mentale lontano da logiche meramente assistenziali;
- Incidere sulle scelte riguardo la programmazione dei Servizi a livello di politica sanitaria con proposte di modifica delle normative regionali vigenti;
- Per la cittadinanza/familiari/utenti: fornire delle risposte efficaci, luoghi di cura dinamici, flessibili, evolutivi “contro” il rischio di luoghi statici, non vitali, caratterizzati da routine ripetitive, non promotrici di processi evolutivi e di inclusione sociale.
- Non avallare, sulla tematica della salute mentale, soluzioni anacronistiche, fuori dai tempi, dove vengono riproposte, per gli interventi di una certa durata, soluzioni semplicistiche sostanzialmente allocative.

FOCUS DEL LAVORO: STRUTTURE COMUNITARIE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE PER ADULTI E PER ADOLESCENTI DI TIPO ESTENSIVO

Le comunità terapeutiche “estensive”, generalmente conosciute con l'acronimo SRP2 Strutture Residenziali Psichiatriche, si distinguono dalle SRP1 “intensive”

- 1) per il fattore tempo di permanenza: generalmente per un tempo che può prolungarsi fino a due anni.

- 2) per il quadro clinico, maggiormente stabilizzato quindi non in fase di acuzie o sub acuzie, rispetto alle intensive, Strutture quest'ultime idonee per accogliere utenti per un tempo di permanenza più breve, con un quadro caratterizzato da una parziale instabilità clinica ovvero condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o che necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero .

Il maggior tempo di permanenza, dunque, ben si presterebbe ad interventi clinici “trasformativi” di tipo psicologico e psicoterapico

METODOLOGIA ADOTTATA

- a) Ricerca e disamina delle singole normative regionali in merito alle SRP2 per adulti e adolescenti con lo scopo di fornire una fotografia delle figure professionali previste nell'equipe organizzativa
- b) Desumere dai risultati emersi, al di là dei buoni propositi enucleati nelle missioni, i presupposti e la concezione di fondo di come viene inteso l'approccio alla salute mentale
- c) Evidenziare i risultati raccolti con l'ausilio di grafici (istogrammi e torte) per fotografare lo “stato dell'arte” in merito le composizioni dell'equipe. Per comprendere meglio il modello organizzativo si sono sommate le ore degli infermieri e degli OSS; le ore degli educatori e dei TERP; le ore degli Psicologi e degli psicoterapeuti.

REGIONI ESAMINATE

Val D'Aosta - Piemonte - Lombardia - Liguria - Veneto

Emilia Romagna - Toscana - Marche - Lazio - Campania

Puglia - Sardegna- Sicilia

PREMESSA

Le Comunità Terapeutiche sono strutture sanitarie (massimo 20 pl) a “carattere familiare” per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico (ove occorra) relazionale e sociale che - per richiesta dei

Servizi territoriali (Servizi sanitari, sociali) - accolgono pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, non trattabili a domicilio, né a livello ambulatoriale e che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero.

Sono da considerarsi un tassello di un intervento, un'esperienza temporanea che si realizza "in rete": all'interno di un percorso che preveda risposte articolate, a ventaglio, che siano calate sui bisogni e sul progetto del paziente in linea con l'evoluzione di un quadro che può spaziare in interventi a valenza maggiormente sanitaria e/o sociale.

Il quadro clinico dell'utenza accolta in Comunità comporta una disfunzionalità da un punto di vista relazionale, comportamentale, affettivo/emotivo, esistenziale tale da necessitare di un intervento riabilitativo e terapeutico attraverso una presa in carico residenziale e una temporanea separazione, "permeabile", dall'abituale contesto di vita.

L'intervento è adatto per quei pazienti che necessitano di uno *spazio e di un tempo* necessari per sperimentare nuove relazioni significative, per ricostruire, rinarrare e risignificare la propria storia e dove il fattore tempo non è un tempo statico ma un *tempo dinamico* che preveda il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia.

ALCUNI CENNI STORICI SULLA NASCITA DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Gli studi degli ultimi 40 anni hanno messo in luce quanto sia importante per l'intervento una terapia integrata che tenga conto non solo degli aspetti più prettamente sanitari, ma anche di una presa in carico del paziente nella sua crescita attraverso la quotidianità, al di fuori d'istituzioni ghezzanti e alienanti che hanno avuto nel migliore dei casi una funzione di custodia più che di terapia.

Da questa consapevolezza scientifica e operativa è nata la legge n. 180/78, seguita dalla legge di riforma sanitaria n. 833/78 e da una serie d'interventi successivi e da normative e regolamentazioni regionali che hanno sancito il definitivo superamento della struttura manicomiale e l'instaurazione di strutture territoriali diversificate tra cui le strutture a valenza comunitaria.

Già nel primo Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1994/96 si evidenziava: *... in ogni caso una risposta che non sia neo-manicomiale, deve prevedere l'accoglienza in piccole strutture con non più di 20 posti letto i principi cui s'ispira la gestione delle strutture residenziali sono quelli di una dimensione <<familiare>> capaci di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali*".

La riflessione scientifica, legislativa ed istituzionale è andata quindi nella direzione della sostituzione della "grande struttura manicomiale chiusa" con la creazione e lo sviluppo di una Rete Territoriale variamente organizzata (Polo Ambulatoriale, Case famiglia, Centri Diurni, Day Hospital, Comunità Terapeutiche a carattere residenziale).

Il contesto storico in cui si è sviluppato il percorso estremamente complesso dagli anni settanta ad oggi, ha visto la transizione da una cultura "manicomiale" radicata in luoghi di segregazione ai confini per lo più esterni alla vita delle città, ad una cultura delle Comunità Terapeutiche che promuove la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale e il tentativo di recupero delle risorse del soggetto finalizzato a una migliore qualità di vita (*Recovery*).

La possibilità di prendersi cura di persone affette da disturbi mentali gravi in ambiti e ambienti alternativi all'ospedale psichiatrico, a seguito dell'approvazione della legge 180, ha sviluppato negli anni '80 le Comunità Terapeutiche in collegamento con la rete dei nuovi servizi territoriali, che hanno fatto riferimento, per quanto riguarda i modelli teorici e operativi, principalmente alle consolidate esperienze internazionali, anche se il carattere innovativo e anti-istituzionale delle prime comunità in Italia è stato totalmente autoctono.

Il metodo di cura della "Comunità Terapeutica" trae le sue origini da quel movimento di rinnovamento della cultura sociale del dopoguerra, che vede lo sviluppo teorico-clinico della psicoanalisi di gruppo di Bion, la nascita della gruppoanalisi e delle Comunità Terapeutiche inglesi con pionieri quali Bion, Foulkes, Main e Jones, il modello psicodinamico francese di Racamier e Sassolas, le esperienze pilota della Menninger Clinic e dell'Austin Riggs Hospital negli Usa, solo per citare gli esempi più noti.

I principi fondamentali presenti nelle CT inglesi e rilevati dalla ricerca del

sociologo/antropologo Rapaport negli anni '50 sono rappresentati da: comunalismo, democraticità, tolleranza e confronto con la realtà nonché dalla cosiddetta "cultura dell'indagine" (Main 1983), intesa come quell'attitudine e disponibilità all'autosservazione e riflessione attenta su ciò che accade. A questi principi fondativi attualmente il network di *Community of Communities* in Inghilterra ha aggiunto altri "core standards", quali l'attaccamento, il contenimento, il rispetto, la comunicazione, l'interdipendenza, la relazione, la partecipazione, l'integrazione tra esperienze positive e negative e la responsabilizzazione.

Molti di questi valori sono, di fatto, assunti nel metodo e nella pratica delle numerose Comunità Terapeutiche che si sono sviluppate largamente in Italia, soprattutto dopo la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, declinando alcuni capisaldi storici in un modello specifico che ben si è adattato alla nostra realtà. Infatti, le C.T. che hanno resistito sino a oggi conservando l'obiettivo della cura della malattia mentale piuttosto che solo l'assistenza, sono proprio quelle che hanno saputo mantenere una struttura di base psicodinamica pur integrandosi con gli altri modelli nella loro organizzazione e che hanno lavorato, impiegando a volte cospicue risorse, per la "manutenzione" dell'istituzione comunitaria e per la formazione delle loro équipes.

Oggi la cultura delle comunità viene sottovalutata nel dibattito teorico scientifico predominante, ma resta viva e operante in molte strutture e istituzioni che continuano a far riferimento al bagaglio storico culturale e metodologico che essa ha trasmesso nel tempo, a conferma, da un lato della validità del metodo comunitario e dall'altro della dicotomia esistente fra le esigenze di un corretto approccio biopsicosociale e visioni troppo riduzionistiche: o troppo schiacciate su un rigido modello biomedico o all'opposto da chi sostiene un intervento marcatamente orientato su un paradigma ad impronta educativa/sociologica.

Come sempre nella storia della psichiatria, teorie di diversa ispirazione continuano a scontrarsi duramente alla ricerca di una supremazia che tende a non lasciar spazio l'uno all'altra impedendo di fatto una proficua integrazione fra orientamenti diversi.

La corrente di pensiero che ha generato e sostenuto, in questi anni, la prassi della comunità terapeutica non è sfuggita a questo destino.

PROBLEMATICHE E CRITICITÀ ATTUALI

Ciò che preoccupa è che si sta assistendo nel tempo a normative, nelle varie regioni, che finiscono per semplificare e banalizzare la complessità dell'intervento e che stanno, di fatto, assimilando le Comunità sempre più, per caratteristiche e personale, a strutture assistenziali e simil/ospedaliere.

Spesso ci si trova di fronte a normative “appiattite” su quelle che devono essere le caratteristiche strutturali (numero di stanze, distribuzione degli spazi) con una minore riflessione sulla componente specialistica delle professionalità che è opportuno che in esse operino.

Ad una loro disamina a parte l'estrema frammentazione, denominazioni differenti tra Regione e Regione (20 sistemi sanitari regionali), colpisce lo sforzo ipertrofico da parte di chi l'ha estese di voler definire, controllare, monitorare, computare, tracciare, rendere visibile ogni attività, metri quadrati, stanze, riferimenti a linee guida, certificazioni di qualità UNI EN ISO 9001, gestioni dei rischi, HACCP, cartelle informatizzate, PARM; non che ciò non sia utile, anzi, ma si rimane perplessi quando tutto ciò è accompagnato da un'indicazione del personale che vede una sperequazione di figure infermieristiche e parainfermieristiche (OSS ad esempio) rispetto a funzioni professionali maggiormente “attrezzate” nel decodificare gli aspetti interni dei pazienti, venendo tale personale relegato in un ruolo residuale.

La direzione sembra propendere verso un'aziendalizzazione, una cultura imprenditoriale dove poco spazio rimane alla dimensione dell'incontro. Insomma non si può parlare di Comunità terapeutica, dove il fulcro dell'intervento è la 'relazione' in un luogo che – come direbbe l'antropologo francese Marc Auge - è una sorta di “non luogo”. In un luogo dove le azioni, gli avvenimenti, i gesti, gli eventi della vita quotidiana, vengono letti per quello che sono, senza uno sforzo di approfondimento, senza andare oltre quello che può essere soltanto il significato apparente o la mera cronaca di tutto ciò che accade nella quotidianità di una comunità.

Sintomo di questa deriva la si può riscontrare anche in quelle realtà¹ dove si è fatto ricorso alla "soluzione" dei moduli finendo per bypassare la prescrizione che vuole che le strutture comunitarie non debbano superare i 20 posti letto. E quindi abbiamo il piano dei posti per adulti "intensivi", poi il piano dei posti per adulti estensivi (per gli interventi di maggior durata), poi il piano dei posti per i minori adolescenti intensivi e poi il piano dei posti per minori adolescenti estensivi.

I criteri autorizzativi e di accreditamento sono stati comunque rispettati, ma i pazienti superano di gran lunga i 20 posti letto, spesso con divisioni promiscue tra minori e adulti. Ma l'intervento trasformativo quello più propriamente estensivo, di una certa durata, volto alla "cura", riabilitazione e reinserimento non dovrebbe essere svolto nelle comunità propriamente dette a stampo democratico familiare (massimo 10 /20 pl) ovvero in quelle realtà dove gli interventi pur se sanitari e specialistici si poggiano su un clima di domesticità in una logica distante da modelli sanitari prettamente di tipo ospedaliero? Del resto la personalità e l'identità cresce, si forma, evolve in un ambiente familiare o in un contesto asettico, spersonalizzato che ricorda un ospedale?

Tornando all'organizzazione del personale , il pericolo - ma oramai in molti casi già una realtà - è un ritorno ad un approccio alla salute mentale personalizzato, come se non esistesse nelle persone un mondo interno, che si esprime conferendo forma all'esterno, nonostante i tanti studi e ricerche sulla psicoterapia psicodinamica, relazionale, interpersonale².

Se con la livella della norma, si azzerava lo spessore psicologico/relazionale dell'interlocutore esistenziale dei pazienti, non si potrà più parlare di comunità terapeutiche ma per lo più di "comunità ikea" prefabbricate in serie per intrattenere e far sostare le persone: squadrate, linde e molto rassicuranti per coloro che hanno deciso di sposare un approccio ingenuo ai temi della salute mentale.

¹ Alcuni esempi li possiamo riscontrare, nel Lazio, in Val d'Aosta.

² Solo per analogia si vuole ricordare come la l.n. 149/2001 ha stabilito la chiusura o almeno il superamento dei vecchi "Istituti" per l'accoglienza dei minori a testimonianza del superamento concettuale dell'idea di Istituto come ente meramente assistenziale o luogo della ri- educazione, funzionale ad una certa concezione "educativa" di tipo statalistico.

E quel lavoro fine di artigianato di andare a toccare il fondo della persona per comprenderlo, contaminandosi con lui, con un coinvolgimento professionale? (Non può non venire in mente il caustico richiamo al cosiddetto “palazzo di cristallo” menzionato da Dostoevskij - nell'opera suggestiva “*memorie dal sottosuolo*” - esemplificativo di un approccio lontano dal comprendere, incontrare, capire quella parte dell'uomo e dell'esistenza umana fatta d'inquietudini, contraddizioni, sofferenze, dubbi, solitudine e di elementi sconvenienti).

Ecco che allora ci si deve chiedere: ma si ha così paura di questo “*uomo del sottosuolo*” (per ricorrere alla terminologia suggestiva di un'opera di Dostoevskij) tanto da doverlo rinnegare, esorcizzare, “disincarnare”, sterilizzare, con un orientamento o prettamente biomedico ospedaliero, o prettamente socio educativo: è il caso questo delle case famiglia socioeducative (non meno emblematico) dove ugualmente scompaiono quelle figure che per curriculum e formazione sono deputate a fare da ponte tra *sottosuolo* e *suolo* ossia in grado di tradurre, insieme ai pazienti, quegli elementi inesprimibili, confusi, che vanno messi in parola, aiutandoli a poterli pensare mentalizzare, contenere e tollerare. *Forte è il dubbio rispetto a coloro che pensano di riprodurre in una comunità estensiva un modello assimilabile ad una clinica: terapeuti soltanto esterni, cuoca esterna, addetti alle pulizie, OSS per la notte, un numero cospicuo di infermieri parcellizzando tutta una serie di funzioni. Si passa a volte senza soluzione di continuità nel concepire questo tipo di intervento o come fortemente sanitarizzato (cliniche dunque) o con una valenza riduttivamente socio/edu/assistenziale (comunità socio educative) dove ci si illude possa essere sufficiente una cospicua presenza di educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica. La conseguenza è che viene a mancare la via di mezzo, dove senza togliere nulla alle altre specificità, non si può dimenticare il percorso curriculare formativo degli psicologi e psicoterapeuti atto propriamente a rispondere, accogliere, dare senso alle dinamiche complesse sopra accennate. Bisogna avere il coraggio di dire esplicitamente che i pazienti ospiti nelle comunità terapeutiche hanno un quadro clinico che rientra nell'alveo della psicopatologia che una volta stabilizzata (fuori dall'acuzie, dall'intervento ospedaliero) deve essere riconosciuta e adeguatamente trattata con strumenti non solo educa-*

*tivi o rieducativi o di tipo assistenziale, ma anche e soprattutto con interventi a valenza clinica*³.

È bene sottolineare che l'utenza delle comunità terapeutiche è caratterizzata oggi sempre più da giovani adulti, non si tratta dei pazienti del “residuo manicomiale” dove purtroppo poco spazio rimaneva per un intervento evolutivo/trasformativo.

L'esperienza quotidiana sul campo, pone in risalto l'esistenza di disturbi molti dei quali assumono dal punto di vista sintomatologico forme nuove precedentemente sconosciute e correlate ai cambiamenti sociali. Quadri clinici complessi, spesso caratterizzati da esperienze traumatiche, pensiamo ai casi connessi all'adozione soprattutto alle adozioni internazionali; le vulnerabilità narcisistiche (figlie del nostro tempo, che “ruotano” sul tema della sfida, della competizione e della performance); l'aumento delle condotte suicidarie e degli attacchi al corpo; i comportamenti dirompenti resi esplosivi dall'incremento dell'abuso di sostanze; l'isolamento in casa; le nuove forme di dipendenza; casi di alta conflittualità familiare; situazioni generate da traumi cumulativi derivanti da storie caratterizzate da reiterate difficoltà interrelazionali.

Storie di sofferenza che richiedono una particolare formazione sia per entrare in relazione che per sintonizzarsi con i bisogni profondi degli utenti. Competenze che si acquisiscono se si è seguito un particolare percorso di studio (se non anche attraverso un training personale) dove gli operatori debbano essere in grado di riconoscere “dentro di sé” ciò che sta accadendo al paziente, per entrarvi in risonanza e restituirlo in maniera pensata e bonificata.

Vengono proposte figure para/infermieristiche (più idonee tra l'altro per un'utenza caratterizzata da una disabilità fisica) in numero sproporzionato rispetto a funzioni professionali competenti nel leggere le dimensioni interne dei pazienti.

Un surplus di figure assistenziali, dunque ... Forse si è scambiato il “contenimento psichico” - che vuol dire accoglienza, holding, reverie, ascolto, mentalizzazione, relazione, dedizione, incontro - per il “con-

³ Documento giugno 2021 Ordine degli Psicologi del Lazio (a cura di Bencivenga, D'Agostino, Quintiliani) dal titolo: “Comunità residenziali per la tutela della salute mentale: ruolo chiave della figura dello psicologo/psicoterapeuta”

tenimento fisico”, per assistenza concreta, biologica, senza attenzione e ascolto alla realtà interna degli utenti? Quale è il pensiero che c'è dietro? Si finisce per riproporre un modello custodialistico che vede i pazienti passivi e non soggetti attivi del loro percorso.

Raramente nei tavoli decisionali delle regioni vengono coinvolti addetti ai lavori che con la loro esperienza sul campo possono offrire un utile contributo. Le proposte sono spesso riduttive, la complessità è banalizzata con la conseguenza di proporre istituzioni inerti caratterizzate da routine ripetitive e prive di senso, “depositi” poco attenti a ricostruire significati e rinarrazioni, seguendo una logica meramente allocativa, e non apparati affettivi e nutritivi dove circolino elementi dinamici, maturativi, emancipativi e dove l'intero percorso è pensato, connotato e ispirato da *un'intenzionalità terapeutica*.

Tralasciamo il tema delle rette giornaliere, figlie di questa ipersemplicificazione, in alcune regioni del tutto insufficienti a discapito di un intervento professionale e con standard elevati.

PER UNA RESIDENZIALITÀ TRASFORMATIVA

Il fattore residenzialità è costituito da un “abitare terapeutico” in cui il fatto stesso di abitare un luogo, all'interno di una cornice “cl clinicamente pensata”, esplica una funzione riabilitativa, fondata sul concetto di quotidianità strutturante. La ripetizione di eventi semplici, come il mangiare insieme, lo svegliarsi, il preparare la colazione in uno spazio capace di dare a queste azioni un senso - insieme a una serie di interventi più specialistici - *si traducono nella possibilità di nuove occasioni di “rimaneggiamento psichico” e che echeggiano le prime fasi dello sviluppo*⁴.

Va tenuto presente che in una Comunità il “nucleo” della terapia si fonda su una “clinica del quotidiano”⁵, in cui ogni momento della giornata diventa un'occasione di apprendimento dall'esperienza.

In questo senso la funzione curante della Comunità è esercitata da “quell'esperienza del vivere in un luogo riscoprendo la dimensione degli

⁴ Monniello G., (a cura di) *Luoghi istituzionali e adolescenza* – Quaderni di psicoterapia infantile n. 51 ed Borla, 2005, Roma.

⁵ Olivero, *I luoghi della Comunità Terapeutica*. In: Fenoglio 'Andar per luoghi'. Ed Ananke, 2007 Torino.

atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarietà, condizioni con gli altri ospiti e gli operatori”, con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisca, una valenza, un valore, una significatività⁶.

Ciò che appare come particolarmente pregnante non sono soltanto gli specifici setting specialistici ma la forte rilevanza clinico/trasformativa della vita di ogni giorno tanto che si può parlare di *ambiente terapeutico globale*⁷.

Per tali finalità le comunità si avvalgono di un approccio multifattoriale che metta in campo risposte individuali, gruppali, familiari, laboratori espressivi, con l'obiettivo di raggiungere un adeguato recupero funzionale per un reinserimento sociale possibile nel proprio contesto di appartenenza.

Occorre un personale multidisciplinare che privilegi però figure a valenza “psico” in grado di ricucire, rinarrare una storia, ritessere delle relazioni familiari cortocircuitate, “mettere in parola” e significare vissuti poco mentalizzabili, elaborare stati traumatici per favorire un riavvio di un'evoluzione che per molteplici fattori si è interrotta e dove il “vulnus” è l'elemento relazionale che possa modificare i Modelli Operativi Interni favorendo l'introduzione di nuovi schemi, copioni più adattivi e funzionali. Potremmo dire che in Comunità la relazione operatore/paziente si fonda sulla nozione di *format/scaffolding*⁸ da intendersi come quella funzione strutturante di impalcatura, sostegno e supporto dove l'azione del personale è quella di “riordinare” e “connotare” le esperienze degli ospiti. *La finalità è quella di attivare e sviluppare nei pazienti la cosiddetta “funzione riflessiva”, ovvero quella competenza che, secondo la definizione di Fonagy e Target, consente al soggetto di comprendere gli stati mentali propri ed altrui e di riconoscere le intenzioni, dando loro significato.*

Occorre allora una preparazione e una particolare attitudine alla riflessione e alla clinica “un continuo entrare e uscire, un saliscendi

⁶ **Rabboni M.**, (a cura di), *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli, Milano 1997.

⁷ **Taurino A, Bastianoni P**, *L'accoglienza del bambino fuori famiglia e i contesti di cura di tipo residenziale. Le Comunità per minori come ambienti terapeutici globali*. In: *Minori e giustizia*, Rivista n 1/2012, Franco Angeli, Milano.

⁸ **Bastianoni P**, *Interazioni in Comunità. Vita quotidiana ed interventi educativi*, Carocci, Roma, 2000.

fra soggettività e oggettività, fantasmatico e reale, personale e professionale, che mette costantemente alla prova le capacità degli addetti ai lavori”⁹.

LA SPECIFICITÀ “PSICO” DELL'INTERVENTO DELLA COMUNITÀ TERAPEUTICA E FATTORI DI COMPLESSITÀ

Basti pensare che in una Comunità oltre ai colloqui di sostegno, la somministrazione di test e retest per la valutazione degli esiti, si effettuano (si dovrebbero effettuare!) psicoterapie non solo individuali ma anche di gruppo e familiari, supervisioni all'equipe, funzioni che non sono appannaggio del “solo” psicologo, se non specializzato in psicoterapia, ma che neanche possono essere esercitate, numericamente, da un unico psicoterapeuta.

È necessaria un'organizzazione, una “regia” pensata e pensante che accompagni il percorso comunitario del paziente dall'ingresso alla dimissione, altri due momenti questi delicatissimi che rimettono in gioco snodi evolutivi importanti profondi, riattivando vecchie ferite o a volte esperienze non risolte connesse al tema della separazione, dell'individuazione e della perdita.

Note sono le difficoltà delle equipe, che operano con la psicopatologia, nel mantenere un'identità stabile e coerente, capace di comprendere i bisogni dei pazienti e soprattutto di differenziare sé stessa dal complesso mondo delle identificazioni proiettive (che si attivano con il contatto con il grave disagio e con gli importanti disturbi di personalità) dove sembra realizzarsi una forma di infezione emotiva o di contagio tra curanti e curati. Da tali possibili vissuti ci si “difende” attivamente sia sul piano individuale con scissioni, proiezioni, ecc., sia su quello istituzionale con l'utilizzo meccanico ed esasperato di dispositivi istituzionali. Ciò è ancor più vero se spostiamo l'attenzione alle comunità che accolgono utenti in fascia adolescenziale. Le gestalt incompiute di questa fascia di età, la confusione dettata dall'irruenza e dalle tempeste emozionali, biochimiche, psichiche,

⁹ Pedriani E (2000), Per una politica delle Comunità Terapeutiche (Relazione presentata, nel 1999, all'annuale Conferenza internazionale di Windsor, organizzata dall' Association of Therapeutic Communities) in: www.psychomedia.it.

entrano in risonanza con aspetti sopiti profondi degli operatori che si trovano sollecitati a rivedere e ripercorrere i propri nodi adolescenziali, così come le proprie "soluzioni" ed equilibri rispetto a tematiche personali quali l'autonomia e la dipendenza, la sessualità, l'illusione e la disillusione, l'individuazione, la responsabilità, i confini, il rapporto con l'autorità, ecc. La grande quantità di dati in trasformazione, i frequenti passaggi all'atto, l'irruenza del corpo sui processi mentali, la struttura di personalità in generale ancora troppo debole e mal strutturata, i nuclei emotivi potenti ma in buona parte inesprimibili, hanno un effetto destrutturante dello spazio mentale del setting di lavoro. La peculiarità dell'utenza, la mancanza di mediazione tra richieste impellenti onnipotenti "contro" la capacità di saper attendere, procrastinare, pianificare, crea negli operatori un vissuto di emergenza. Questo tipo di situazioni attiva e facilita una tendenza a rispondere secondo automatismi preprogrammati, un funzionamento cioè secondo assunti di base, o direbbero per l'appunto gli psicologi dell'emergenza, secondo comportamenti "fight or flight" (ovvero di attacco/fuga) o di "freezing" ovvero un vero e proprio congelamento delle funzioni cognitive.

La Comunità terapeutica, dunque, proprio per le sue peculiari caratteristiche di familiarità e interazionalità, favorisce il ripetersi al suo interno di quei rapporti e stili relazionali già sperimentati dai pazienti nella loro famiglia d'origine.

Come sappiamo la nascita psicologica e il conseguente sviluppo della personalità, avviene nel contesto del gruppo primario e quindi all'interno di una rete di rapporti interpersonali talmente significativi da incidere profondamente sull'andamento psicologico di tutto il ciclo vitale. Se la psicopatologia ha una genesi fondata sull'alterazione delle prime esperienze relazionali, ecco che allora l'Istituzione comunitaria diventa - per i legami relazionali significativi che essa promuove - un'"occasione", ove si ripropongono codici e funzioni di comunicazione familiare: ovvero occasione di ripresentazione o "rimessa in scena" di copioni, schemi relazionali e attualizzazione di processi transferali.

Il setting comunitario diventa così un unico scenario dove l'intero gruppo (gruppo operatori e gruppo dei pazienti) in una sorta di processo isomor-

fico viene sollecitato a riattraversare gli importanti nodi evolutivi dello sviluppo.

Elementi interni connessi al gruppo staff (fantasie di cura onnipotenti, crollo improvviso e repentino di aspetti illusori, nodi evolutivi sopiti) entrano difatti in particolare risonanza con il mondo interno degli utenti, creando collusioni, confusione, arresti regressivi e comunque fenomeni tali che la terapeuticità dell'intervento consiste proprio nel poterli individuare, contattare, pensare, per trasformarli e incanalarli in un processo evolutivo trasformativo¹⁰. Per rispondere ad un tale grado di complessità – come si è detto - occorrono specifiche competenze dove il professionista, l'operatore, debba essere in grado di cogliere “dentro di sé” ciò che sta accadendo al paziente, con una preparazione e una particolare attitudine alla riflessione e alla clinica e non solo una generica accoglienza.

E allora come è possibile che nella quasi totalità delle Regioni non è previsto non solo nei ruoli dirigenziali la figura dello psicoterapeuta (contrariamente a quanto avviene nel SSN) ma che proprio non c'è nell'organico?

La figura dello psicologo inoltre, al di là degli interventi specifici legati ai colloqui, alla diagnosi, è un valore aggiunto se inserito come presenza all'interno della quotidianità dei turni di lavoro, per quella competenza di possedere uno sguardo clinico e una capacità di analisi indispensabile per decodificare tutto ciò che avviene nella quotidianità della residenzialità andando “oltre” i meri fatti concreti, “oltre” una lettura semplicistica che rischia di arenarsi sul dato e sul livello di superficie.

L'offerta di un ambiente abbastanza stabile, la presenza di regole più strutturate rispetto a quello dei nuclei familiari di riferimento, la disponibilità affettiva degli operatori e del personale, progetti educativi finalizzati all'autonomia (seppur preziosi), non bastano a “curare” i danni psichici e di sviluppo di quei pazienti con esperienze di privazione o maltrattamento.

La carenza di conoscenza rispetto ai danni psichici derivati dall'incuria,

¹⁰ Bencivenga C. (2012) *Fenomeni gruppali complessi nelle Comunità terapeutiche per adolescenti: una proposta di lettura* in: Ferruta Foresti Vigorelli "Le Comunità Terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti minori". Ed Raffaello Cortina 2012

dalla trascuratezza finisce per sottovalutare l'intervento psicologico finendo paradossalmente per negare o banalizzare il disagio mentale¹¹.

Certo fa pensare quanto emerso dalla disamina svolta dal presente Gruppo di Lavoro che la stragrande maggioranza delle normative regionali riguardo le residenzialità a carattere comunitario preveda un monte ore complessivo di figure di assistenza di base (infermieri, OSS, OTA) che supera addirittura il numero di ore sia degli educatori professionali e dei Terp, sia delle figure dell'area psicologica, riducendo queste realtà a meri luoghi allocativi, assistenziali e costringendo alcune esperienze virtuose a fare un estenuante slalom¹² tra le pieghe normative per trovare soluzioni nel tentativo di mantenere alto il livello cercando di salvaguardare e operare secondo una modalità trasformativa/evolutiva, in linea con i principi fondativi che hanno ispirato il modello delle comunità terapeutiche.

¹¹ **Codignola F** *Gli adolescenti deprivati e le comunità educative* in: Ferruta Foresti Vigorelli "Le Comunità Terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti minori" ed Raffaello Cortina 2012

¹² È il caso emblematico di alcune storiche comunità psicoterapeutiche che per non abbassare il livello della qualità dell'intervento si sono trovate costrette per rimanere a norma, secondo quanto previsto dalla normativa regionale in merito ai requisiti dell'equipe, a far prendere il titolo da OSS ai loro psicologi, per non doverli licenziare. Scelta encomiabile per certi versi, ma al contempo rappresentativa e paradossale

SEZIONE B

PRIMI RISULTATI EMERSI

RESPONSABILITÀ DIREZIONE RUOLI DIRIGENZIALI

È previsto il ruolo di psicologo specializzato in psicoterapia Responsabile di Struttura solo in:

- Veneto adulti e Veneto minori (per le CER)
- Marche adulti
- Campania minori

Per tutte le altre Regioni esaminate laddove è prevista la funzione di Responsabile/Direttore tale funzione viene svolta dallo Psichiatra per gli adulti e dal NPI per gli adolescenti.

Nel Lazio emerge un incomprensibile incongruenza: mentre per le strutture residenziali psichiatriche non è previsto il ruolo dello psicoterapeuta come responsabile, tale ruolo viene previsto (in opzione con lo psichiatra) per le strutture residenziali per i DCA (l'incongruenza è ancora + palese per il fatto che le comunità per adulti e Strutture per DCA sono trattate all'interno della stessa normativa)

Proposta:

- Inserire la figura dello psicologo specializzato in psicoterapia nel ruolo di Direttore sanitario così come previsto all'interno del SSN ad es nelle UOC e nei DSM e in linea con gli orientamenti della giurisprudenza amministrativa
- Laddove invece il Direttore sanitario risulti essere il medico psichiatra/NPI prevedere, in aggiunta, la figura del Direttore clinico psicologo/psicoterapeuta come responsabile dell'indirizzo terapeutico cui spetta l'impostazione metodologica/clinica della Struttura

PRESENZA DELLA FIGURA DELLO PSICOLOGO SPECIALIZZATO IN PSICOTERAPIA NELL'ORGANICO

Per quanto concerne le SRP2 adulti su 12 Regioni analizzate (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia) è emerso che **solo in 5 Regioni** è contemplata in organico la figura dello psicoterapeuta (Val d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Sardegna)

Pertanto su 12 Regioni solo il 41,66% delle strutture per adulti ha in organico la figura dello psicoterapeuta (con un monte ore esiguo), nelle altre è previsto solo lo psicologo (sempre con un monte ore esiguo)

FAQ: chi svolgerà le attività psicoterapeutiche?

Nota: in alcune Regioni lo psicoterapeuta è previsto nella mission, ma ciò poi non viene “tradotto” nell'organico dove compare solo la figura dello psicologo (es Lazio)

Per quanto concerne le SRP2 adolescenti su 13 Regioni analizzate (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Emilia Romagna, Campania, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia) è emerso che **solo in 7 Regioni** (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Campania e Sicilia) è contemplata in organico la figura dello psicoterapeuta (comunque con un numero esiguo di ore).

Nelle altre 6 regioni è contemplata la figura del solo psicologo (sempre con un numero esiguo di ore)

Pertanto nelle 13 Regioni analizzate il 53,84% delle strutture per minori prevede nell'organico la figura dello psicoterapeuta.

FAQ: chi svolgerà le attività psicoterapeutiche laddove, nell'equipe, la figura dello psicoterapeuta non viene contemplata?

Nota: in alcune Regioni lo psicoterapeuta è previsto nella mission, ma ciò poi non viene “tradotto” nell'organico dove compare solo la figura dello psicologo (es Lazio, Emilia Romagna, Puglia)

SPEREQUAZIONE DI FIGURE PARAINFERMIERISTICHE SRP2 ADULTI

Sono stati confrontati, laddove è stato possibile¹³ (ovvero per quelle Regioni dove nelle normative è stato specificato il monte ore di ogni singolo ruolo professionale) il numero di ore in termine di presenza degli “OSS/Inf” – “Edu/Terp” – “Area psicologica” così da poter evincere l'impostazione a monte dell'approccio dell'intervento: o maggiormente di tipo meramente assistenziale (OSS/inf) o più calibrato su un approccio educativo/riabilitativo (Edu/Terp) o su un approccio clinico/trasformativo (area psicologica).

Si evince quanto segue:

- un quantitativo di presenza di figure assistenziali eccessivo e sbilanciato rispetto alle altre figure, “spia” di un approccio di intervento sulla salute mentale di tipo meramente assistenziale, impostato su una concezione di psichiatria sbilanciata su un modello organicistico.
- un numero esiguo di figure psicologiche.

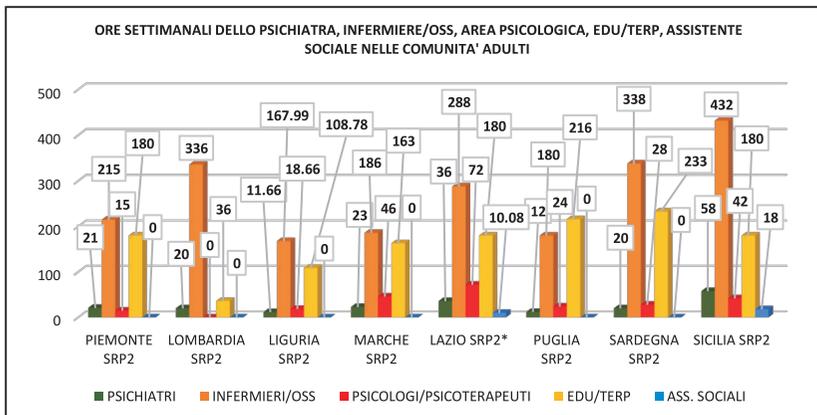
	COMUNITA' PER ADULTI SRP2 ore settimanali					
	PSICHIATRI	INFERMIERI	OSS	AREA PSICOLOGICA	EDU/TERP	ASS. SOCIALI
PIEMONTE SRP2	21	85	130	15	180	0
LOMBARDIA SRP2*	20	168	168	0	36	0
LIGURIA SRP2	11,66	58,33	109,66	18,66	108,78	nella norm le ore degli AS sono inserite insieme agli edu/terp
MARCHE SRP2	23	116	70	46	163	0
LAZIO SRP2	36	72	216	72*	180	10,08
PUGLIA SRP2	12	36	144	24	216	0
SARDEGNA SRP2	20	105	233	28	233	0
SICILIA SRP2	58	216	216	42	180	18
TOT	201,66	856,33	1286,66	245,66	1296,78	28,08

* In Lombardia la figura dello psicologo è menzionata nelle SRP1 ma non nelle SRP2

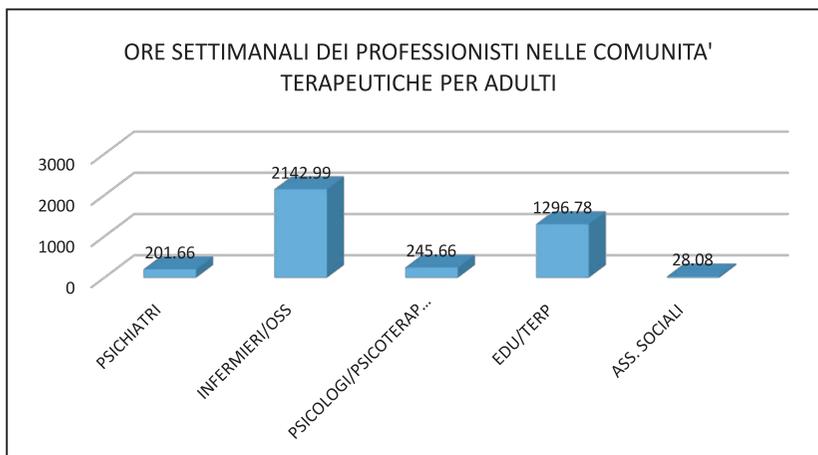
* Nel Lazio nel personale le 72 ore dell'area psicologica sono opzionabili con la figura dello psichiatra

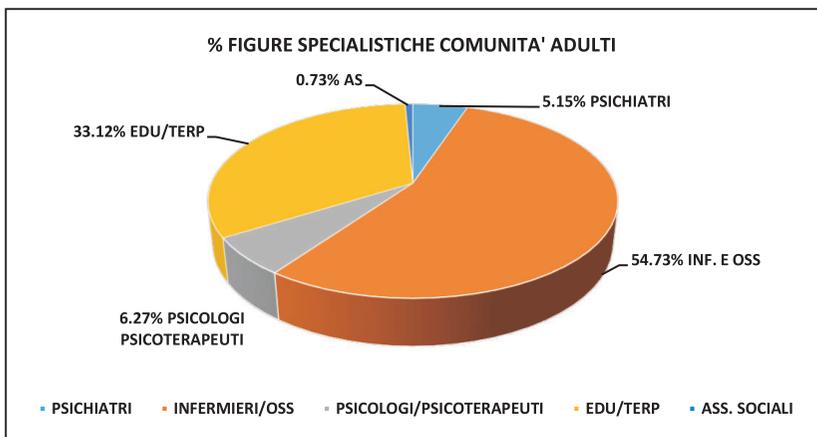
FAQ: chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è lo psichiatra e quindi la decisione dipende dall'impostazione/concezione di questa figura professionale.

¹³ Le comunità per adulti della Val d'Aosta, Emilia Romagna, Veneto, e Toscana non sono state prese in considerazione in quanto le normative non forniscono dati precisi in termini di ore o numeri di professionisti il che potrebbe aprire la possibilità di lasciare alla singola realtà comunitaria un margine di discrezione su come impostare il modello.



- **In 7 strutture su 8 il totale delle ore degli OSS e INFERMIERI è maggiore rispetto alle altre figure professionali con un'unica eccezione la Puglia (dove comunque il numero di OSS e infermieri rimane eccessivo rispetto alle reali necessità se si vuole concepire un modello di intervento clinico/trasformativo)**





SPEREQUAZIONE DI FIGURE PARAINFERMIERISTICHE SRP2 ADOLESCENTI

Si evince quanto segue¹⁴:

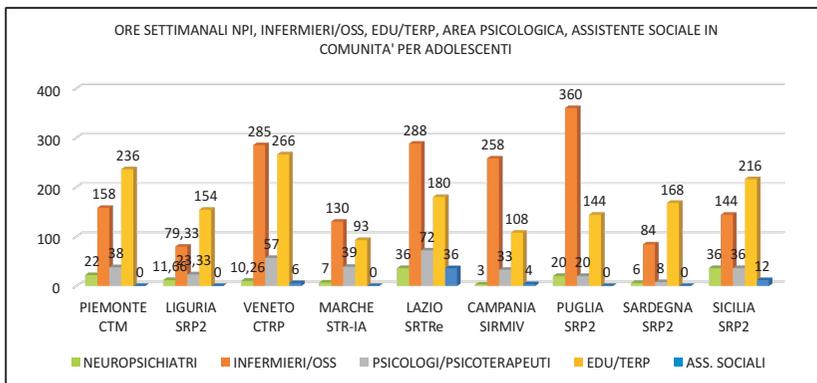
- un quantitativo di presenza di figure assistenziali eccessivo e sbilanciato rispetto alle altre figure, “spia” di un approccio di intervento sulla salute mentale di tipo meramente assistenziale, impostato su una concezione di psichiatria sbilanciata su un modello organicistico.
- un numero esiguo di figure psicologiche

	COMUNITA' PER ADOLESCENTI				
	NEUROPSICHIATRI	INFERMIERI/OSS	PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	EDU/TERP	ASS. SOCIALI
PIEMONTE CTM	22	158	38	236	0
LIGURIA SRP2	11,66	79,33	23,33	154	nella Liguria le ore degli AS sono inserite insieme agli edu/terp
VENETO CTRP	10,26	285	57	266	6
MARCHE STR-IA	7	130	39	93	0
LAZIO SRTRe	36	288	72*	180	36
CAMPANIA SIRMIV	3	258	33	108	4
PUGLIA SRP2	20	360	20	144	0
SARDEGNA SRP2	6	84	8	168	0
SICILIA SRP2	36	144	36	216	12
TOT	151,92	1786,33	326,33	1565	58

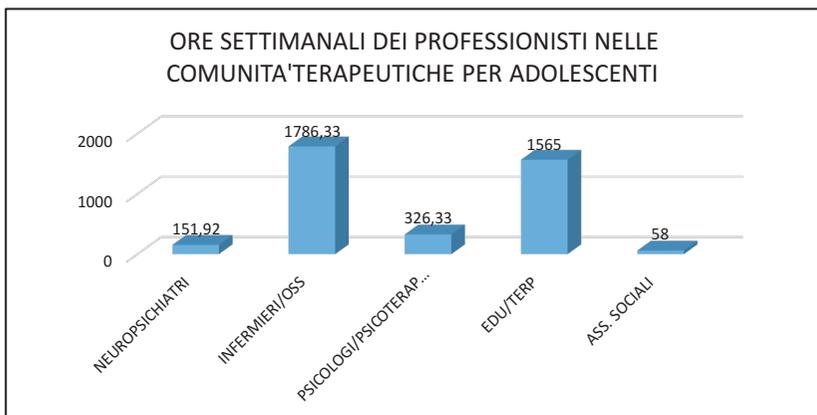
* Nel Lazio nel personale le 72 ore dell'area psicologica sono opzionabili con la figura del NPI

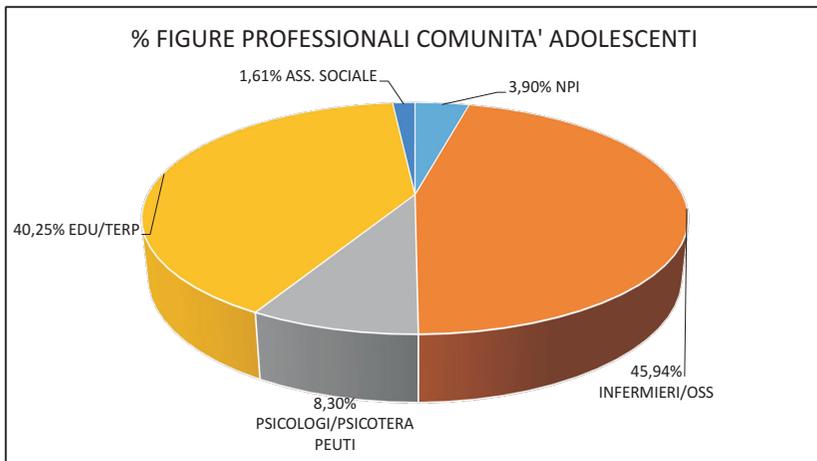
FAQ: chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il NPI e quindi la decisione dipende dall'impostazione/concezione di questa figura professionale

¹⁴ Le comunità per adolescenti della Val d'Aosta, Emilia Romagna, e Toscana non sono state prese in considerazione in quanto le normative non forniscono dati precisi in termini di ore o numeri di professionisti il che potrebbe aprire la possibilità di lasciare alla singola realtà comunitaria un margine di discrezione su come impostare il modello. La comunità per adolescenti della Lombardia non è stata presa in considerazione perché unendo il totale delle ore in più figure (266 ore per INFERMIERE + EDU prof. sanitaria + TERP; 177 ore per OSS+AS+EDU sociopedagogico) non si presta a estendere un grafico che suddivida OSS con infermieri; EDU con TERP; area psicologica



- In 5 strutture su 9 il totale delle ore degli OSS e INFERMIERI è maggiore rispetto alle altre figure professionali. Fatta eccezione del Piemonte, Liguria, Sardegna e Sicilia dove il monte orario di EDU/TERP è maggiore delle altre figure professionali (dove comunque il numero di OSS e infermieri rimane eccessivo rispetto alle reali necessità se si vuole concepire un modello di intervento clinico/trasformativo)**





INCONGRUENZE RISPETTO AL TEMPO O AL MINUTAGGIO DELLO PSICOLOGO TRA COMUNITÀ INTENSIVE ED ESTENSIVE

In alcune regioni si rileva una maggiore frequenza dello Psicologo nelle strutture intensive (SRP1) piuttosto che nelle estensive (SRP2).

Giova specificare che per “intensivi” si intendono interventi residenziali di breve durata: negli adolescenti ad esempio 3 mesi (un pò più di lunga durata per gli adulti); interventi finalizzati a stabilizzare un quadro clinico ancora instabile a volte immediatamente successivo ad un'acuzie.

Per “estensivi” si intendono interventi residenziali più lunghi per quei quadri clinici maggiormente stabilizzati.

Si conviene che l'intervento psicologico trasformativo è più in linea con l'estensività, ma la tendenza per alcune realtà pare essere il contrario.

Tale “errore concettuale” sembra essere un retaggio di quanto previsto dalle normative nazionali per la salute mentale Conferenza Stato Regioni.

Ipotesi n 1: storicamente in Italia le Comunità sono sorte dopo la chiusura dei manicomi per accogliere il cosiddetto “residuo manicomiale” utenti per lo più in età avanzata con quadri clinici “poco mobili” e cristallizzati e quindi difficilmente trasformabili. Oggi le Comunità accolgono per lo più giovani adulti se non adolescenti. Se si pensa a questa fascia di età l'incongruenza è macroscopica.

Ipotesi n 2: per una lettura forse ingenua si pensa che per sostenere il reinserimento sociale, una riabilitazione (ripresa di un attività formativa/lavorativa ecc) si debba ridurre l'aspetto clinica come se questo non sia a rinforzo di queste attività, ma quasi di ostacolo

Tale incongruenza nelle Regioni analizzate è evidente in:

Lombardia adulti

Marche adulti e minori

Campania minori

Lazio minori (addirittura in questa regione nel computo della retta, scompare la figura dello psicologo)

Sardegna minori

DISCREPANZA TRA MISSION ED ORGANICO

Si intende quanto segue: nella descrizione della mission si parla di interventi psicoterapeutici, ma poi ciò non corrisponde (non viene "tradotto") nell'organico dove si trova lo Psicologo e non lo Psicoterapeuta.

Sembrirebbe, è un'ipotesi, che l'estensore della norma non conosca la differenza tra psicologo e psicoterapeuta (la ricaduta di ciò è anche in termini di retta). Tale discrepanza nelle Regioni analizzate è stata riscontrata ad esempio per:

Emilia Romagna minori

Lazio adulti e minori

Puglia minori

POSSIBILITÀ, ENTRO UN MARGINE DI PERCENTUALE, DI AMPLIARE LA PRESENZA DI ALCUNE FIGURE PROFESSIONALI DIMINUENDONE ALTRE E CRITICITÀ

Alcune Regioni prevedono la possibilità di sostituire alcune figure entro un margine contenuto di percentuale. In questi casi c'è la possibilità di aumentare in termini di tempo e presenza la figura dello Psicologo. Esempio in:

Piemonte adulti

Lombardia minori

Liguria minori

Lazio adulti

Vanno evidenziati due aspetti:

- 1 che a ciò non corrisponde mai un ampliamento della retta prevista ad esempio se si va sostituire una laurea breve (terp, educatori) con la laurea quinquennale dello psicologo.
- 2 questa opzione è vincolata al Direttore sanitario della struttura che nella quasi totalità dei casi è un Medico psichiatra o NPI a cui spetta, se non viene previsto come figura dirigenziale lo psicologo specializzato in psicoterapia, l'impostazione e il modello dell'intervento

METODOLOGIA DEL MINUTAGGIO

In diverse Regioni (es Lombardia adolescenti; Liguria adulti e adolescenti; Marche adulti e adolescenti; Campania adolescenti; Sardegna adulti) viene adottata per lo psicologo (come per altre figure) la logica del minutaggio, ossia tot minuti a paziente al giorno. Come categoria professionale abituata a interrogarsi sui messaggi, gli assunti, gli impliciti che stanno dietro certe scelte non può apparirci come un'aporia che il vulnus di un intervento il cui focus è (o dovrebbe essere) la qualità della relazione venga in un qualche modo mortificato e semplificato in maniera fredda e meccanica. Relazione che vuol dire ascolto, tempo, dedizione, cura, riflessione è antitetico alla logica del cronometro, dello speed - date. Non può essere questo, oggi, un modello di psichiatria da proporre

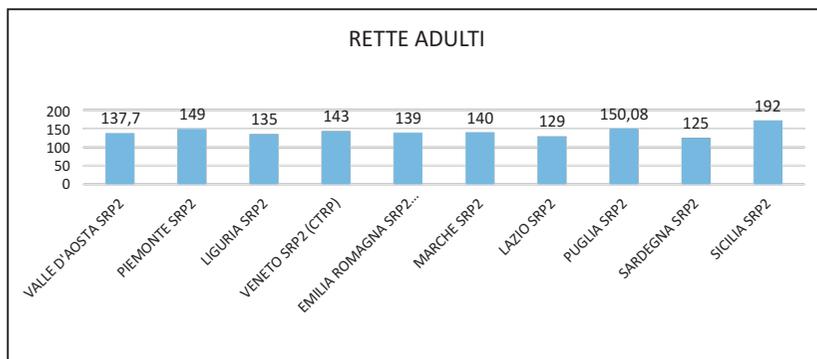
PICCOLE COMUNITÀ VS DERIVA DELL'UTILIZZO DEI MODULI

L'intervento trasformativo quello più propriamente estensivo, di una certa durata, volto alla "cura", riabilitazione e reinserimento non dovrebbe essere svolto nelle comunità propriamente dette a stampo democratico familiare (massimo 10 /20 pl) ovvero in quelle realtà dove gli interventi pur se sanitari e specialistici si poggiano su un clima di domesticità in una logica distante da realtà che per ampiezza e organizzazione sono molto più vicine ad un modello ospedaliero della Clinica, della Casa di cura psichiatrica.

È il caso di alcune Regioni (es. Val D'Aosta ed alcune realtà del Lazio) dove prevedendo la divisione in moduli, non superando dunque per ogni modulo i 10/20 posti letto, si è finiti di fatto per bypassare la norma:

moduli per adulti intensivi (SRP1) + moduli adulti estensivi (SRP2), + moduli per adolescenti, + moduli per la doppia diagnosi, + moduli per i disturbi per le condotte alimentari. Si riproduce di fatto una grande Istituzione con tutti i risvolti che ciò comporta.

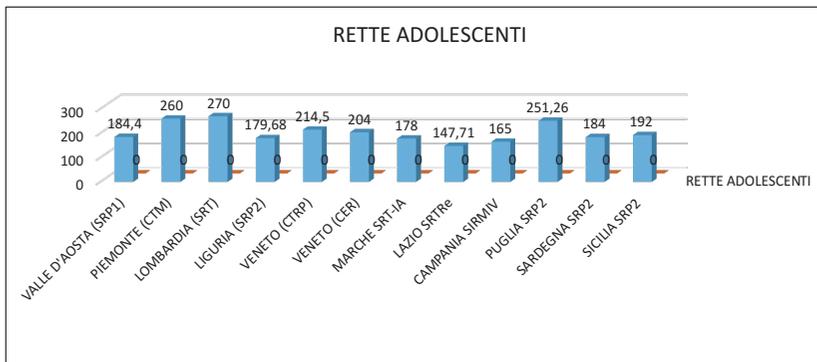
RETTE COMUNITARIE



RETTE COMUNITA' ADULTI:

- SICILIA prima retta più alta 192 euro (SRP2)
- PUGLIA seconda retta più alta 150,08 euro (SRP2)
- PIEMONTE terza retta più alta 149,00 euro (SRP2)
- SARDEGNA retta più bassa 125,00 euro (SRP2)
- LAZIO seconda retta più bassa 129,00 euro (SRP2)

Non siamo riusciti a individuare con certezza quale siano le rette delle Comunità per adulti della Lombardia e Toscana



RETTE COMUNITA' MINORI:

- LOMBARDIA ha la retta più alta 270,00 euro
- PIEMONTE seconda retta più alta 260,00
- PUGLIA VENETO hanno la retta sopra i 200,00 (PS: Veneto CER 157 (retta sanitaria + 30% retta Comune = 204)
- LAZIO ha la retta più bassa 147,71 Euro

Non siamo riusciti a individuare con certezza quale siano le rette delle Comunità terapeutiche per adolescenti della Emilia Romagna e Toscana. La Valle d'Aosta ha rette che possono essere incrementate a seconda dell'organizzazione interna.

ALLEGATO 1

COMPOSIZIONE DELLE EQUIPE PER SINGOLE REGIONI

Il focus di osservazione sono state le composizioni delle equipe delle strutture sanitarie terapeutiche a carattere comunitario di tipo estensivo (SRP2) per pazienti adulti e adolescenti

VAL D'AOSTA

VAL D'AOSTA	VAL D'AOSTA SRP2 (adulti 20 pl)
PSICHIATRA (anche direttore sanitario)	
PSICOTERAPEUTA	
INFERMIERE	
OSS	
TERP o EDUCATORE	

Non vengono né quantificati né indicate le ore

VAL D'AOSTA	VAL D'AOSTA SRP1 (adolescenti 10 pl)
PSICHIATRA o NPI (anche direttore sanitario)	
PSICOTERAPEUTA	
INFERMIERE	
OSS	
TERP o EDUCATORE	

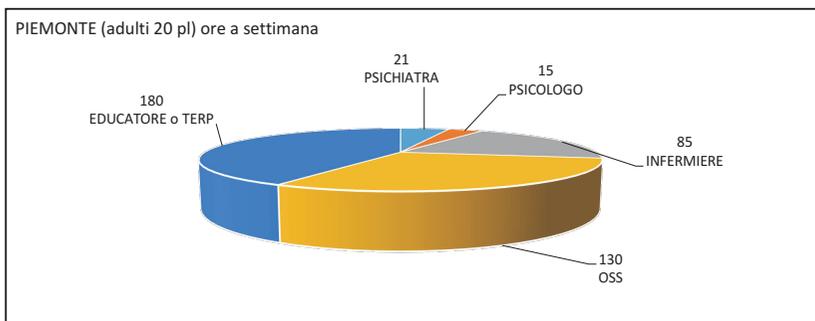
Non vengono né quantificati né indicate le ore

Nota 1 C'è una elasticità delle figure secondo quanto previsto dal piano personalizzato. Si esplicita con chiarezza il superamento dell'utilizzo del minutaggio.

Nota 2 Nelle strutture per adolescenti sono previste solo le SRP1 (intensive) con tempi di 18 mesi (sono i tempi delle intensive adulte, secondo la norm nazion) con il rischio di requisiti strutturali più simili a una clinica

PIEMONTE

	PIEMONTE SRP2 (adulti 20 pl) ore a settimana
PSICHIATRA (anche dirigente sanitario)	21
PSICOLOGO	15
INFERMIERE	85
OSS	130
EDUCATORE o TERP	180

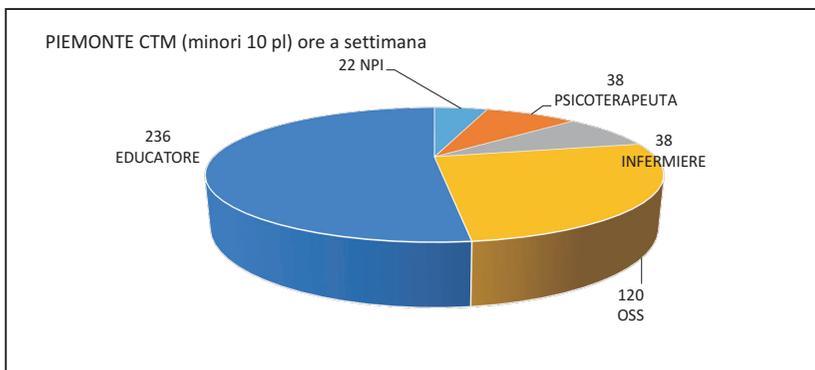


Nota 1 In Piemonte, nelle Comunità per adulti, non viene menzionata la figura dell'Assistente Sociale

Nota 2 In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in “Scienze motorie” con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti. Tale sostituzione può avvenire nel limite del 15% del monte ore riservato agli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica. (ma la retta rimane comunque invariata)

FAQ: Chi decide? Lo psichiatra è il Direttore sanitario

	PIEMONTE CTM adolescenti 10 pl ore a settimana
NPI (anche coordinatore)	22
PSICOTERAPEUTA	38
INFERMIERE	38
OSS	120
EDUCATORE	236



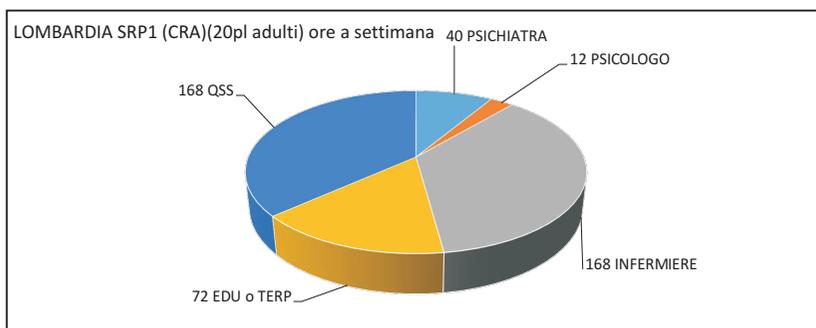
In Piemonte, nelle Comunità per adolescenti, non viene menzionata la figura dell'Assistente Sociale

In alternativa alla figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 100 minuti al giorno per ospite.

LOMBARDIA*

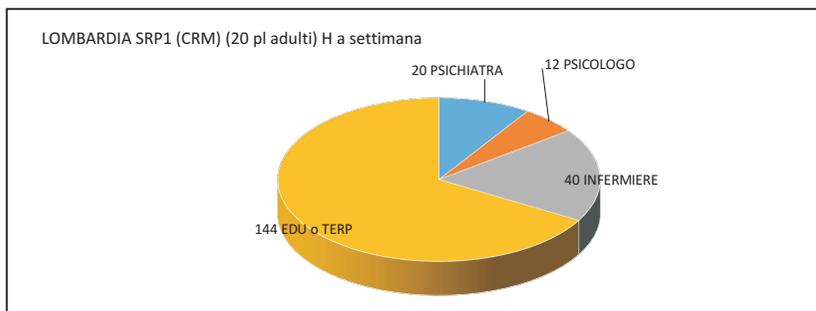
	LOMBARDIA SRP1 (CRA) 20pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	40
PSICOLOGO	12
INFERMIERE	168
2 EDU o TERP	72
OSS	168

*** Abbiamo inserito anche le SRP1 (intensive) per sottolineare l'incongruenza che mentre nelle SRP1 è prevista la figura dello psicologo (seppur in maniera esigua) tale figura pare non comparire nelle SRP2 (estensive)**

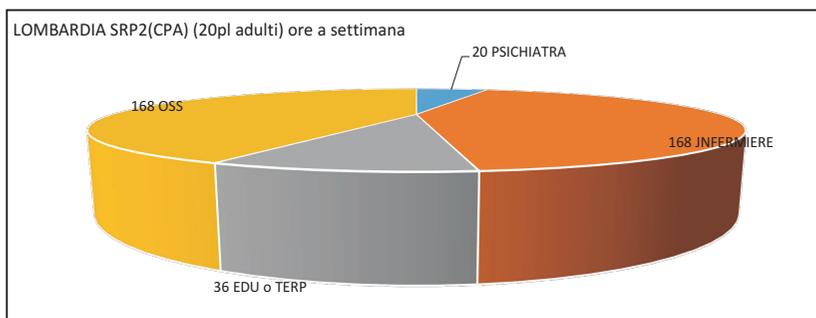


In Lombardia, nelle SRP1(CRA) per adulti nella mission (alta intensità) si parla di psicoterapia, ma poi andando ad esaminare il personale è prevista solo la figura dello psicologo tra l'altro con un numero molto residuale di ore (12 h)

	LOMBARDIA SRP1 (CRM) 20 pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	20
PSICOLOGO	12
INFERMIERE	40
4 EDUC O TERP	144



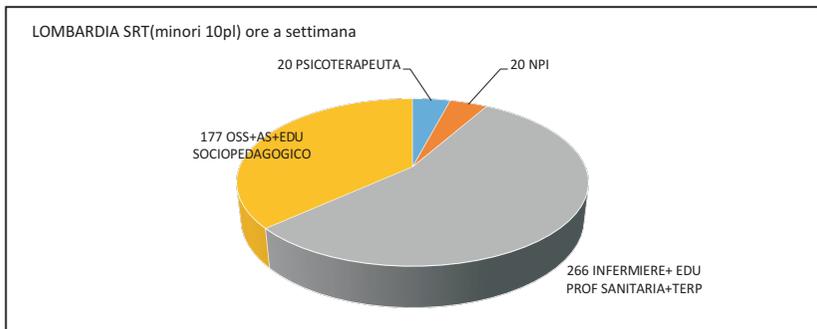
	LOMBARDIA SRP2 (CPA) 20pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	20
INFERMIERE	168
1 EDUC o TERP	36
OSS	168



In Lombardia, nelle SRP2 (CPA) per adulti, non viene menzionata la figura dello psicologo e dell'Assistente Sociale, mentre lo psicologo, come abbiamo visto, è previsto nelle SRP1

	LOMBARDIA SRT adolescenti (10pl) ore a settimana
NPI (anche responsabile sanitario)	20
PSICOTERAPEUTA	20
INFERMIERE+ EDU PROF SANIT + TERP	266
OSS+ AS+EDU SOCIOPEGAGOGICO	177

Nota In Lombardia adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.



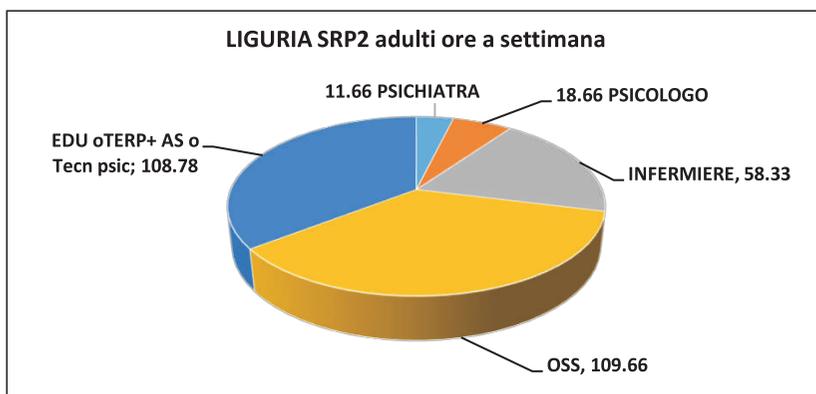
Nota: Nell'area delle 177 ore c'è possibilità nella misura del 20% di aumentare la figura dello psicoterapeuta o del NPI.

FAQ chi decide?: il NPI è il Direttore sanitario

LIGURIA

	LIGURIA SRP2 adulti ore a settimana
PSICHIATRA (dirigente sanitario)	11,66
PSICOLOGO	18,66
INFERMIERE	58,33
OSS	109,66
EDU o TERP+ AS	108,78

Nota In Liguria adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore ipotizzando 20 pl

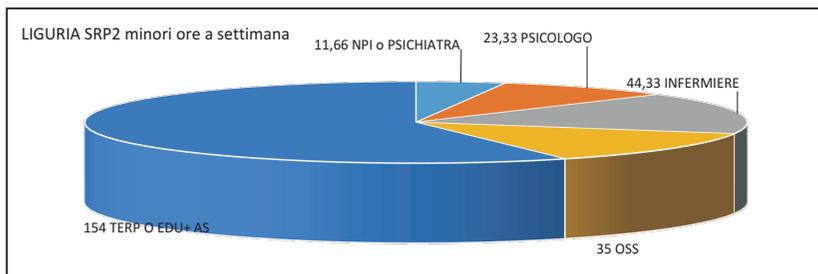


Nota È ammesso un aumento dei tempi psicoeducativi e una diminuzione dei tempi OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 20% della relativa tempistica.

FAQ: A chi spetta questa decisione? Il direttore sanitario è lo psichiatra

	LIGURIA SRP2 adolescenti ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (dirigente sanitario)	11,66
PSICOLOGO	23,33
INFERMIERE	44,33
OSS	35
TERP o EDU + AS	154

Nota In Liguria adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore calcolando 10 pl



Nota Sulla base dei bisogni degli ospiti i tempi assistenziali degli infermieri e degli OSS possono essere in difetto del 30% se sostituiti con figure dell'area psico-educativa rimanendo inalterati i minutaggi complessivi.

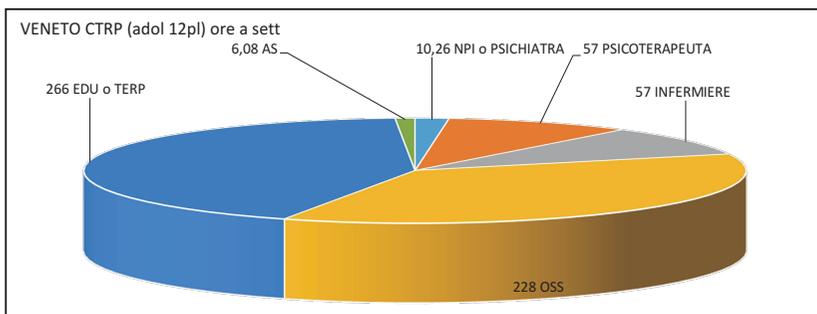
FAQ: chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il medico.

VENETO

	VENETO SRP2 ADULTI (CTRP) ore a settimana
1 PSICHIATRA (Può essere responsabile)	1
1 PSICOTERAPEUTA (Può essere responsabile)	1
INFERMIERE (per fasce orarie)	
OSS non vengono quantificati, ne ore	
EDU o TERP non vengono quantificati, ne ore	

Per le SRP2 adulti, non avendo dati sufficienti ed omogenei, non è possibile fare un grafico

	VENETO CTRP adolescenti 12 pl ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (dirigente sanitario)	10,26
PSICOTERAPEUTA (coordinatore)	57
INFERMIERE	57
OSS	228
EDU o TERP	266
AS	6.08



	VENETO (CER) adolescenti 12pl
NPI	a consulenza
PSICOTERAPEUTA	anche responsabile clinico
INFERMIERE	per fasce programmate
OSS	
EDUCATORE	

Per le CER adolescenti, non avendo dati sufficienti non è possibile fare un grafico. In questo tipo di struttura c'è una elasticità delle figure in base alle esigenze

Nota: *“Considerate particolari variabili e tipologie dell'utenza, gli standard organizzativi minimi possono comunque essere graduati e – se necessario – rafforzati in relazione al progetto individualizzato elaborato per ciascun minore”*

EMILIA ROMAGNA

	EMILIA ROMAGNA SRP2 (RTR) ADULTI
PSICHIATRA	20
PSICOTERAPEUTA	20
INFERMIERE	
OSS	
EDU o TERP	

Per le SRP2 (RTR) adulti, non vengono né quantificati né indicate le ore di tutte le figure professionali e quindi i dati non sono sufficienti per estendere un grafico.

	EMILIA ROMAGNA RTP-M adolescenti (6-10 pl)
NPI	Coordinatore del progetto terapeutico
PSICOLOGO	per attività programmata sulla base del piano terapeutico
INFERMIERE	per fasce orarie
OSS	
EDU	24 h

Per le RTP-M per adolescenti, non avendo dati sufficienti non è possibile fare un grafico.

In questa tipologia di struttura vi è una elasticità delle figure professionali in base alle esigenze

TOSCANA

	TOSCANA SRP2 adulti (12pl)
PSICHIATRA (anche direttore sanitario)	non vengono ne quantificati, ne ore
PSICOLOGO	non vengono ne quantificati, ne ore
INFERMIERE	non vengono ne quantificati, ne ore
OSS	non vengono ne quantificati, ne ore
EDU o TERP	non vengono ne quantificati, ne ore

Per le SRP2 per adulti, non avendo dati non è possibile fare un grafico

	TOSCANA SRP2 adolescenti (10pl)
NPI (anche direttore sanitario)	non vengono ne quantificati, ne ore
PSICOLOGO	non vengono ne quantificati, ne ore
INFERMIERE	non vengono ne quantificati, ne ore
OSS	non vengono ne quantificati, ne ore
EDU e TERP	non vengono ne quantificati, ne ore

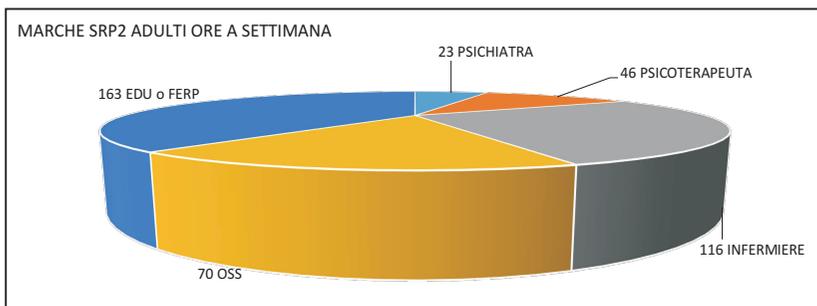
Per le SRP2 per adolescenti, non avendo dati non è possibile fare un grafico

In questo tipo di struttura c'è una elasticità delle figure in base alle esigenze. L'unica specifica è che di notte ci devono essere almeno 1 EDU e 1 OSS

MARCHE

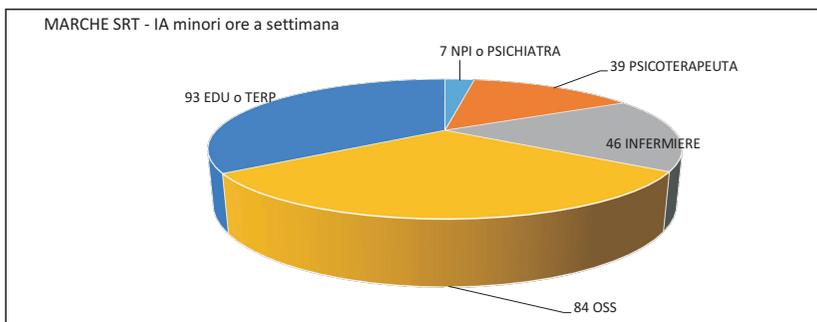
	MARCHE SRP2 ADULTI H A SETTIMANA
PSICHIATRA (può essere responsabile)	23
PSICOTERAPEUTA (può essere responsabile)	46
INFERMIERE	116
OSS	70
EDU o TERP	163

Nota in Marche adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione calcolando 20 pl



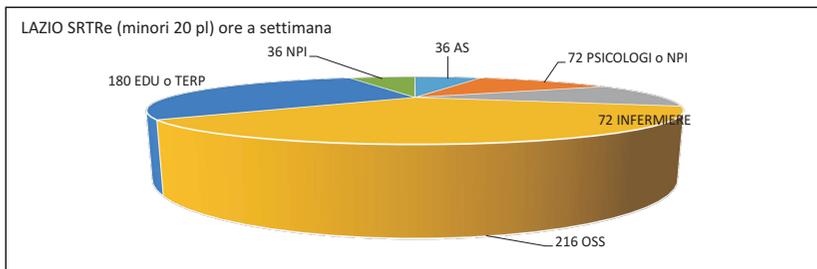
	MARCHE SRT - IA adolescenti ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (può essere responsabile)	7
PSICOTERAPEUTA	39
INFERMIERE	46
OSS	84
EDU o TERP	93

Nota: in Marche adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore, calcolando 10 pl



LAZIO

	LAZIO SRP2 (adulti 20 pl) SRTRe ore a settimana
1 PSICHIATRA (con funzioni di responsabile sanitario)	36
2 Psicologi o 2 PSICHIATRI	72
2 INFERMIERE	72
6 OSS	216
5 EDU o TERP o TECNICI PSIC	180
0,3 AS	10,8



Il numero degli specialisti è stato modificato in ore per avere un quadro omogeneo.

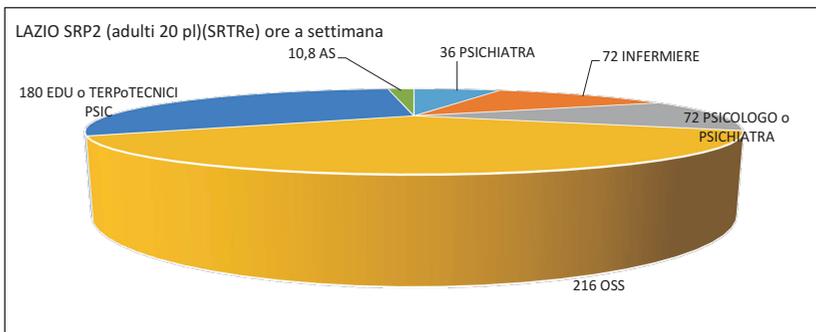
Nota 1 Nella mission è prevista la psicoterapia, ma nel personale no!

Nota 2 Nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 psichiatri. La conseguenza è che potrei avere un struttura senza la figura dello psicologo!

FAQ: chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è lo psichiatra.

Nota 3 Le presenze delle figure nell'equipe possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni purchè per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi e le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria
 Commento: ipoteticamente per alzare lo standard potrei sostituire un triennialista tecnico di psicologia, con uno Psicoterapeuta, ma la retta rimane sempre quella base!!

	LAZIO SRRe adolescenti 20 pl ore a settimana
1 NPI (con funzioni di responsabile)	36
2 Psicologi o NPI	72
2 INFERMIERE	72
6 OSS	216
5 EDU o TERP	180
1 AS	36



Il numero degli specialisti è stato modificato in ore per avere un quadro omogeneo.

Nota 1 Nella mission è prevista la psicoterapia, ma nel personale no!

Nota 2 Nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 NPI. La conseguenza è che potrei avere una struttura senza la figura dello psicologo!

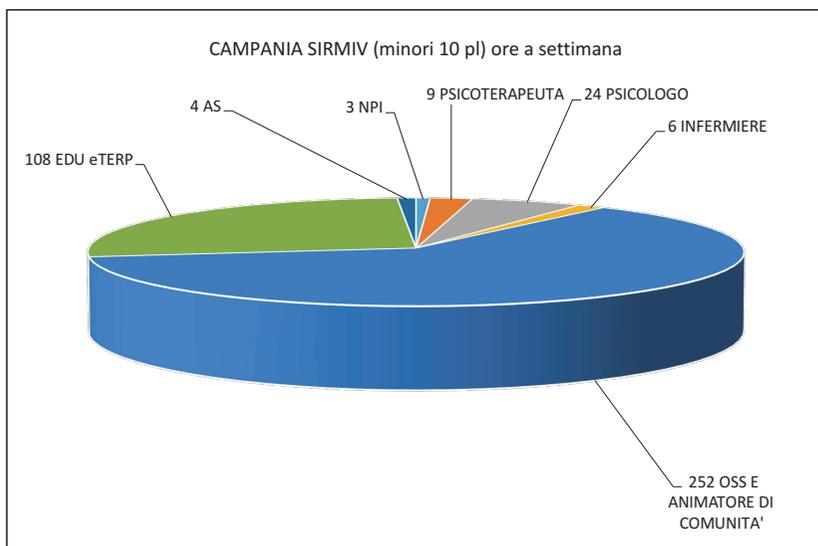
FAQ: chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il NPI

CAMPANIA

Non abbiamo dati per le comunità terapeutiche per adulti

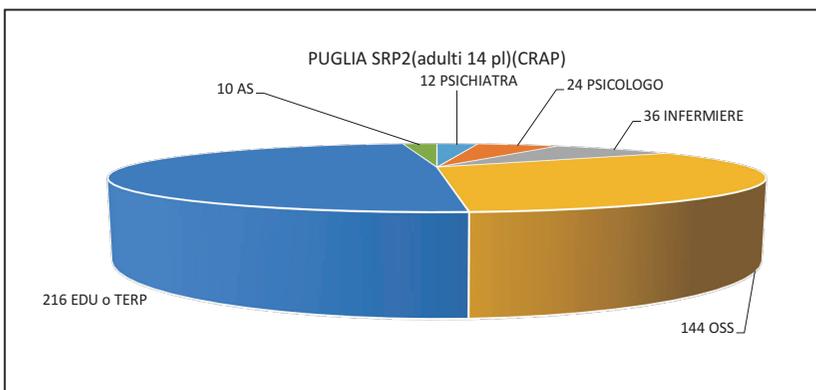
	CAMPANIA SIRMIV adolescenti 10 pl ore a settimana
NPI	3
PSICOTERAPEUTA (anche responsabile di struttura)	9
PSICOLOGO	24
INFERMIERE	6
OSS E ANIMATORE DI COMUNITA'	252
EDU e TERP	108
AS	4

Nota In Campania adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.

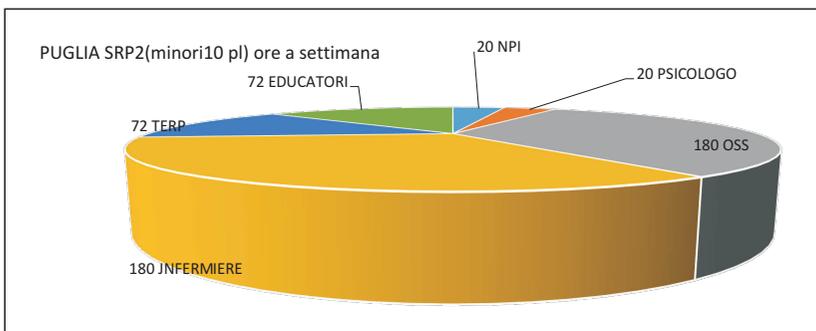


PUGLIA

	PUGLIA SRP2 adulti 14 pl (CRAP) ore settimanali
PSICHIATRA (anche responsabile di struttura)	12
PSICOLOGO	24
1 INFERMIERE	36
4 OSS	144
5 EDU o TERP	216
AS	10



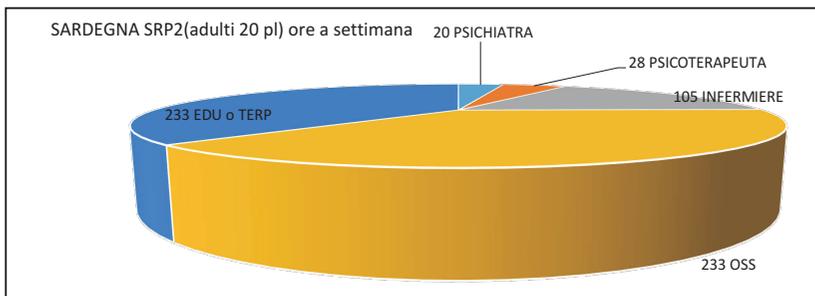
	PUGLIA SRP2 adolescenti 10 pl ore a settimana
NPI(anche responsabile di struttura)	20
PSICOLOGO	20
5 INFERMIERI	180
5 OSS	180
2 TERP	72
2 EDUCATORI	72



SARDEGNA

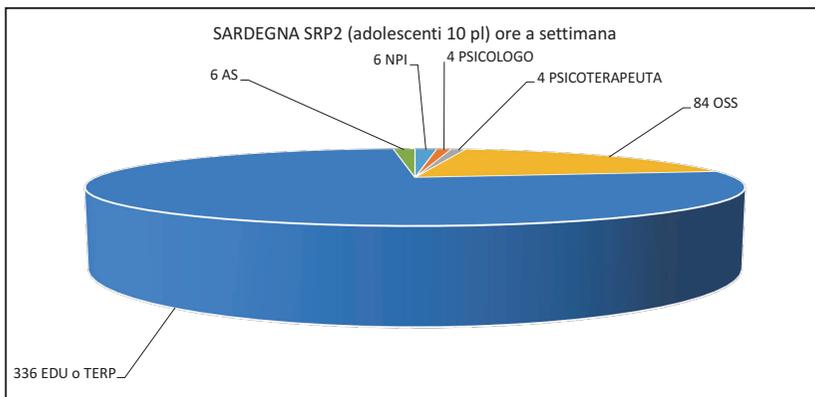
	SARDEGNA SRP2 adulti 20 pl ore a settimana
PSICHIATRA (anche responsabile sanitario)	20
PSICOTERAPEUTA	28
INFERMIERE	105
OSS	233
EDU o TERP	233

Nota In Sardegna adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.



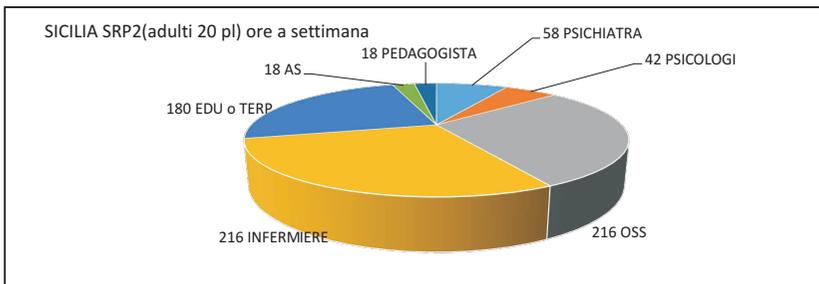
	SARDEGNA SRP2 adolescenti 10 pl ore a settimana
NPI(anche responsabile di clinico)	6
PSICOLOGO	4
PSICOTERAPEUTA	4
1 OSS sempre di notte	84
2 EDU o TERP	336
AS	6

Infermiere è a fasce orarie



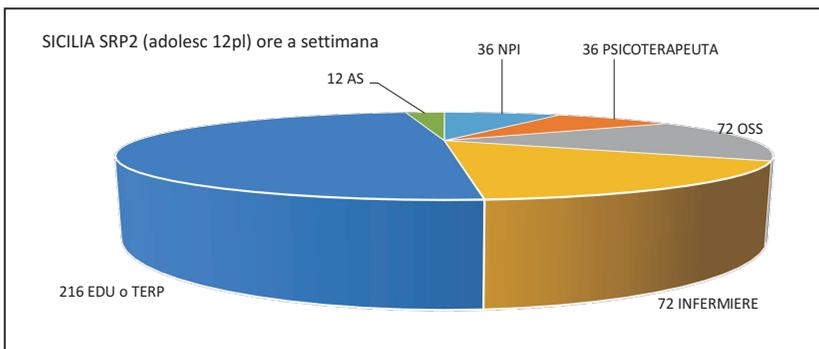
SICILIA

	SICILIA SRP2 adulti 20 pl ore a settimana
2 PSICHIATRA (anche responsabile di struttura)	58
2 PSICOLOGI	42
6 INFERMIERE	216
6 OSS	216
5 EDU o TERP	180
PEDAGOGISTA	18
AS	18



I dati sono stati modificati in ore

	SICILIA SRP2 adolescenti 12pl ore a settimana
1 NPI (anche responsabile di clinico)	36
1 PSICOTERAPEUTA	36
2 INFERMIERE	72
2 OSS	72
6 EDU o TERP	216
AS	12



I dati sono stati modificati in ore

ALLEGATO 2

SCHEDE REGIONI

GRUPPO TECNICO CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI

"COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI"
(Ruolo della figura dello psicologo/psicoterapeuta)

Prima disamina di alcune regioni:

Val D'Aosta

Lazio

Marche

Emilia Romagna

Piemonte

Lombardia

Veneto

Toscana

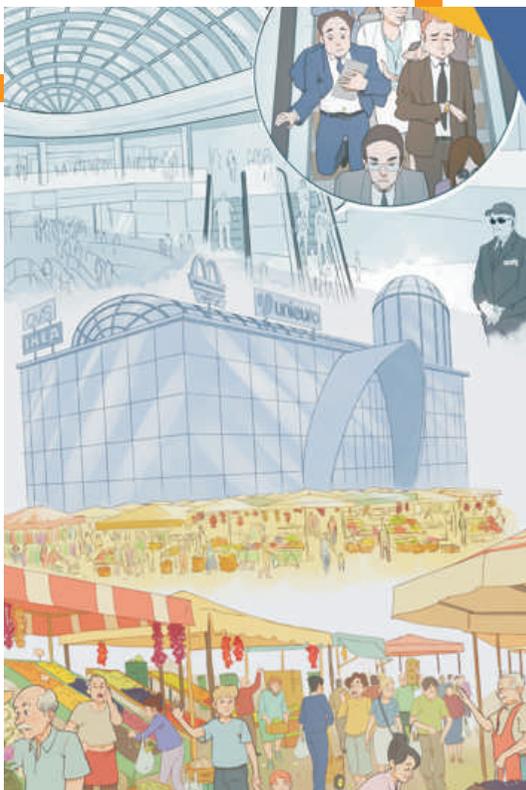
Campania

Liguria

Puglia

Sardegna

Sicilia



**MERCATO RIONALE E CENTRO COMMERCIALE
ALIAS
COMUNITÀ O PALAZZO DI CRISTALLO**

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL DOCUMENTO RECANTE GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVI PER I DISTURBI NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (atto n 138 del 13 nov 2014)

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

- 1 livello per utenti complessi ad elevata instabilità clinica (alta intensità terapeutico riabilitativa) della presa in carico **3 mesi**
- 2 livello per utenti complessi (media intensità terapeutico-riabilitativa) **6 mesi**
- 3 base (bassa intensità terapeutico-riabilitativa) **12 mesi** con possibilità di proroga.

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.

(Esempio nel Lazio per gli adolescenti esistono 2 tipologie di strutture residenziali post ospedaliere: le intensive (SRTRi per adolescenti) e le estensive (SRTRe per adolescenti).

• Aree di intervento strutture intensive (3 mesi)

Come detto i percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa (3 mesi) sono indicati per utenti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica ...ovvero 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;
area clinico neuropsichiatrica: monitoraggio attivo e intensivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una maggiore stabilizzazione clinica

area psicologica: interventi strutturati brevi di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici)

- **Aree di intervento strutture estensive (es quelle che prevedono la permanenza di 1 anno)**

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.

Commento

Pare ravvisarsi nella Conferenza Stato Regioni un errore concettuale di fondo:

Quando si tratta di interventi ad alta intensità (3 mesi) , se la definizione da un lato è pertinente

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... dall'altra assistiamo che tra gli interventi relativi all'area psicologica (nel regime intensivo) questi "inaspettatamente" sono più ricchi e articolati (si parla di colloqui clinico - psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) rispetto a quelli che dovremmo invece aspettarci, secondo un criterio di appropriatezza, in un intervento estensivo di più lungo termine, ma dove invece troviamo, "paradossalmente", che l'area psicologica si è come dire "asciugata", riducendosi meramente a interventi di carattere psicologico.

Ma concettualmente non dovrebbe essere l'inverso?

Inoltre: si pensa che per sostenere la risocializzazione, la ripresa della scuola, ecc, si debba ridurre l'attività clinica come se questa non sia a rinforzo di queste attività, ma quasi di ostacolo.

Commento

In ogni caso troviamo che la presenza di OSS per il fatto stesso che si parli di residenzialità (a prescindere se ad alta intensità o meno) debba essere alta . Infatti così leggiamo nelle premesse quando si tocca il tema del personale:

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.*

Come si può vedere rimane un'interpunzione molto forte sulle figure (sono indispensabili) infermieristiche e parainfermieristiche.

ACCORDO CONFERENZA UNIFICATA N 116 DEL 17 OTTOBRE 2013 LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica...

Si precisa che il presente documento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta.

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

- *Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).*
- *Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).*
- *Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).*

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

... Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC

... Per quanto riguarda i programmi per la post-acuzie, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del pro-

gramma terapeutico di medio lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Aree di intervento (alta intensità riabilitativa)

area clinico psichiatrica: *monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;*

area psicologica: *offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti)*

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

- Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

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

area clinico psichiatrica: *monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;* **area psicologica:** **offerta di interventi strutturati di supporto psicologico**

Commento

L'attività di psicoterapia è prevista maggiormente negli interventi di breve durata (non nelle SRP.2!); e non solo: pare essere vista in contrapposizione alle attività di risocializzazione piuttosto che a sostegno.

Ma ci si chiede, senza prendere alla lettera ma cogliendone il significato profondo: *quanta e quale realtà può affrontare un paziente con un funzionamento di tipo psicotico?* Ossia come sostenere se non con l'elaborazione il re - incontro con la realtà?

VALLE D'AOSTA



NORMATIVA DI RIFERIMENTO: DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1727 DEL 30 DICEMBRE 2021 ADULTI E MINORI

NOTE IN PREMESSA

Dato atto che la revisione dei requisiti di cui trattasi, prevede, tra l'altro: l'eliminazione dei riferimenti ai minutaggi per paziente per figura professionale, con l'introduzione del concetto di Piano di lavoro quotidiano individuale (PLQI) in base agli obiettivi del Piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e del Piano di trattamento individuale (PTI) favorendo la valutazione, da parte delle équipes dei bisogni socio-sanitari di ogni singolo paziente e le relative necessità di intervento da parte delle differenti figure professionali ...

Il superamento della logica dei minutaggi

Il modello organizzativo delle strutture e dei servizi oggetto del presente documento deve garantire flessibilità progettuale, organizzativa e gestionale, al fine di offrire la risposta più adeguata ai bisogni dell'utente. Nell'ambito del sistema complessivo costituito dai piani individuali sopra descritti (PTI, PTRP, PLQI), predisposti per ogni singolo utente, le attività svolte e le prestazioni erogate non seguono tabelle prestabilite concernenti un monte-ore da erogare indistintamente verso ogni paziente, ma sono modulate in base al bisogno del paziente medesimo e agli obiettivi, quotidiani e di medio-lungo periodo fissati per ognuno di essi.

Commento: La logica del minutaggio viene superata con chiarezza e senza mezzi termini a favore di una elasticità dell'organizzazione e del personale

SRP. 2 STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO. ADULTI MAX 20 UTENTI

• ***Durata dell'inserimento***

La durata massima di permanenza non è superiore a 36 mesi, prorogabili per altri 12 mesi, con motivazione espressa e concordata con il DSM inviante, a seguito di rivalutazione dell'utente.

• ***Standard organizzativi specifici***

Le strutture SRP 2 devono avere in organico:

- un **Direttore sanitario** (medico), con una presenza in struttura di almeno 4 ore settimanali, dedicate esclusivamente alla direzione sanitaria. ... Deve essere in possesso di **specializzazione attinente alla natura prevalente della patologia**.
- un **coordinatore/responsabile di struttura**, scelto anche tra i **professionisti che compongono l'équipe di operatori**, purché con un'anzianità di servizio di almeno 3 anni in strutture pubbliche o private, ovvero in possesso di apposito master per le funzioni di coordinamento.
- Le équipe di operatori per ciascun nucleo di specializzazione sono composte dalle figure professionali di seguito indicate, le quali prestano la propria attività secondo quanto previsto nel PTRP di ciascun utente e secondo il Piano di lavoro quotidiano (PLQI).
- Medico Psichiatra; Direttore sanitario (almeno 4 ore settimanali finalizzate alla direzione sanitaria)
- **Psicologo/Psicoterapeuta;**
- Infermiere;
- Operatore della riabilitazione/dell'educazione;
- Animatore sociale/OSS;
- Coordinatore
- Pronta disponibilità notturna infermiere

Retta € 137,70 al di

La tariffa quotidiana può essere maggiorata, con oneri a carico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, a fronte di programmi e percorsi terapeutici personalizzati, da valutare e approvare in sede di UVSM, che richiedano il coinvolgimento di ulteriori figure professionali. In tali casi la definizione della tariffa maggiorata è concordata tra la struttura ospitante e l'Azienda USL inviante e stabilita nella relativa convenzione.

MINORI

- Nell'ambito della tipologia di struttura SRP 1, oltre al Nucleo base per pazienti adulti (SRP 1.1.A), nel quale, su disposizione del Dipartimento di Salute Mentale è possibile inserire anche pazienti con doppia diagnosi, si individuano, sulla base dei fabbisogni regionali, i seguenti nuclei di specializzazione:

- **SRP 1.1.A** **durata inserimento:** non è superiore a 18 mesi, prorogabili per altri 6 m.
Nucleo intensivo adulti
Massimo 20 utenti

- **SRP 1.1.B** **durata inserimento:** non è superiore a 18 mesi, prorogabili per altri 6 m
Nucleo intensivo adolescenti-giovani adulti (14-21anni)
Massimo 10 utenti

- **SRP 1.2.A**
DCA adulti
Massimo 20 utenti

- **SRP 1.2.B**
DCA adolescenti-giovani adulti (14-21 anni)
Massimo 15 utenti

Commento: Le strutture per minori sono previste solo nelle SRP1 (intensive) con tempi di 18 mesi (sono i tempi delle intensive adulti , secondo la norm nazion) con il rischio di requisiti strutturali più simili a una clinica

- Nucleo "**Adolescenti-Giovani adulti (14-21 anni)**" – SRP 1.1.B MAX **10 utenti**: accoglie pazienti adolescenti e giovani adulti con esordi psicotici, gravi difficoltà sociali e familiari, disturbi di personalità/discontrollo degli impulsi, distorsioni dello sviluppo che compromettono gravemente l'autonomia personale e sociale oltre che le competenze, i quali necessitano di allontanamento dall'ambiente familiare e di discontinuità con il contesto di vita. I programmi terapeutici riabilitativi e assistenziali erogati sono di tipo longitudinale e attraversano diversi gradi di intensità terapeutica e riabilitativa, da quella elevata a quella bassa. All'interno di tale nucleo si ravvisa l'opportunità, ove possibile, di individuare moduli distinti per età;

***Il nucleo intensivo per adolescenti-giovani adulti deve essere fisicamente separato dal Nucleo intensivo adulti.** Possono essere ammesse interferenze unicamente in alcune, limitate, aree comuni (es. area verde/cortile esterni) e/o nell'area reception. È comunque sempre richiesta un'attenta valutazione, all'atto dell'inserimento di un minore, della tipologia di ospiti adulti presenti in struttura, in modo da evidenziare preventivamente eventuali possibili rischi e incompatibilità.*

Nell'ambito del nucleo di specializzazione dei Disturbi del comportamento alimentare la separazione netta tra il modulo adulti e il modulo adolescenti-giovani è richiesta solo per la zona notte.

Commento Si paventa il rischio di grandi strutture (le separazioni infatti non riguardano strutture dislocate tra loro), fino a 4 moduli/nuclei, che assumono così le sembianze non più di Strutture a carattere familiare ma di Cliniche

- **Standard organizzativi specifici**

Nelle strutture SRP 1 devono essere presenti in organico:

- un **Direttore sanitario** (medico), con una presenza in struttura di almeno 4 ore settimanali, dedicate esclusivamente alla direzione sanitaria. **Il direttore sanitario deve essere in possesso di specializzazione attinente alla natura prevalente della patologia.**
- un **coordinatore/responsabile di struttura**, scelto anche tra i pro-

fessionisti che compongono l'équipe di operatori, purché con un'anzianità di servizio di almeno 3 anni in strutture pubbliche o private, ovvero in possesso di apposito master per le funzioni di coordinamento.

Le équipe di operatori per ciascun nucleo di specializzazione sono composte dalle figure professionali di seguito indicate, le quali prestano la propria attività secondo quanto previsto nel PTRP di ciascun utente e **secondo il Piano di lavoro quotidiano (PLQI)**.

- Medico Psichiatra/Neuropsichiatra infantile (Direttore sanitario)
- **Psicologo/Psicoterapeuta;**
- Infermiere;
- Operatore della riabilitazione/dell'educazione;
- Animatore sociale/OSS
- Coordinatore

Retta € 184,40 al di

La tariffa quotidiana può essere maggiorata, con oneri a carico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, a fronte di programmi e percorsi terapeutici personalizzati, da valutare e approvare in sede di UVSM, che richiedano il coinvolgimento di ulteriori figure professionali. In tali casi la definizione della tariffa maggiorata è concordata tra la struttura ospitante e l'Azienda USL inviante e stabilita nella relativa convenzione.

PIEMONTE



NORMATIVA RIFERIM. DGR N 84 - 4451 DICEMBRE 2021 (ADULTI)

S.R.P. 2.1 – Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo [20 pl]

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali d'esercizio previsti per un nucleo di massimo 20 posti letto sono i seguenti:

- medico psichiatra: 21 ore a settimana, un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali assume anche la funzione di Dirigente Sanitario Responsabile.
- **psicologo: 15 ore a settimana.**
coordinatore delle attività: non richiesto.
- infermiere: 85 ore a settimana.
pronta disponibilità infermieristica notturna: 84 ore a settimana.
- educatore professionale socio-sanitario/tecnico della riabilitazione psichiatrica: 180 ore a settimana.
- **ausiliari (OSS): 130 ore a settimana.**

Normativa riferim. DGRN 84 - 4451 dicembre 2021 (ADULTI)

- *... In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in "Scienze motorie" con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti.*

Tale sostituzione può avvenire nel limite del 15% del monte ore riservato agli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica. (ma la retta rimane comunque invariata)

Retta giornaliera/utente: € 149,00

RESIDENZA PSICHIATRICHE PER MINORI (10 pl)

NORMATIVA: Deliberazione della Giunta Regionale 5 aprile 2019, n. 22-8704

(Modifiche e integrazioni alla DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 con riferimento ai requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori)

• COMUNITA' TERAPEUTICA PER MINORI (C.T.M.)

A CHI E' RIVOLTA: É una struttura residenziale per pre-adolescenti e adolescenti, con disturbo psico-patologico grave in fase sub - acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale.

PERSONALE:

All'interno della C.T.M. è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:

- medico neuropsichiatra infantile con funzioni di coordinatore 22 ore settimanali
- **psicologo/psicoterapeuta** 38 ore settimanali
- infermiere professionale 38 ore settimanali

Oltre alla presenza delle figure professionali di cui sopra, deve essere garantita un'assistenza media di **306 minuti/giorno per ospite**, dei quali almeno **203 minuti** erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e, per la restante parte, da personale in possesso del titolo di **OSS** (ovvero 103 min , ovvero circa 120 ore a settimana)

- In alternativa alla figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 100 minuti al giorno per ospite.

Retta: 260,00 € al di

(da Deliberazione della Giunta Regionale 15 aprile 2014, n. 55-7469)

LOMBARDIA



NORMATIVA DI RIFERIMENTO ADULTI:
DGR 29 DICEMBRE 2015 N. 4702
ALLEGATO A ALLA DGR N.4221 DEL 28.02.2007

• **Riqualificazione delle Strutture Residenziali di psichiatri**

Secondo quanto definito dal Piano Regionale Salute Mentale la *differenziazione delle* Strutture residenziali psichiatriche avviene allo scopo di qualificarne il funzionamento, sulla base di due assi:

- a) *i livelli di intensità terapeutica e riabilitativa,*
- b) *i gradi di intervento assistenziale offerto.*

• **Programmi riabilitativi:**

- Programma a bassa intensità riabilitativa (durata della degenza non prestabilita)
- Programma a media intensità riabilitativa (durata massima di degenza 24 36 mesi)
- Programma ad alta intensità riabilitativa (durata massima di degenza 18 mesi)
- Programma per la post acuzie (durata massima di degenza 3 mesi)

• **Mission:**

Le **tipologie di attività dei programmi a bassa, media, alta intensità riabilitativa** delle Strutture Residenziali Psichiatriche si articolano in aree di intervento differenti: abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, interventi di intrattenimento, interventi di sostegno ai programmi personalizzati, interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, partecipazione ad attività di gruppo, coinvolgimento in attività riabilitative in sede e fuori sede (anche in collaborazione con il volontariato), attività specifiche di **gruppo psicoterapico**, colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia, specifici interventi di riabilitazione psicosociale, partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale, ecc...

- **NOTA:** In particolare si segnala che la psicoterapia , sempre nella definizione della mission è prevista **solo nei Programmi ad alta intensità riabilitativa (18 mesi) dove tra gli interventi si segnalano:**
 - Gruppi **psico e socio-terapici:** psicodramma, musicoterapica, ecc.
 - **Psicoterapia e/o colloqui strutturati specialistici individuali** e della famiglia
 - Coinvolgimento responsabile dell'utente nella gestione della vita comunitaria
 - Interventi di riabilitazione psicosociale strutturati
- **SRP1 Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA) (3 mesi post acuzie ; 18 mesi programmi riabilitativi . Max 20 pl)**
 - Le CRA garantiscono una *offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore.*
 - Nelle CRA i programmi residenziali **appropriati** sono sia per la **alta intensità riabilitativa** che per la **post-acuzie**
 - Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CRA valgono i seguenti criteri di ammissione:
 - Sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; di norma è da considerarsi il limite di età di 50 anni, *con l'eccezione dei programmi di post-acuzie.*

Personale SRP1 CRA Comunità Riabilitativa Alta Assistenza

OSRES07

È garantita la presenza di un medico nelle 12 ore diurne?

accred.

La presenza del **medico psichiatra** nelle 12 ore diurne deve essere intesa dal lunedì al venerdì 8 ore , di presenza attiva e le restanti 4 ore di pronta disponibilità

OSRES08

Il personale di assistenza , tra cui almeno 1 infermiere , garantisce , 24 ore su 24, il supporto alla normale vita di relazione in ambiente protetto secondo programmi individualizzati?

accred.

Nell'ambito del **personale di assistenza** , deve essere presente almeno **un' infermiere professionale nelle 24 ore**

OSRES15

In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità **psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?**

accred.

Deve essere comunque garantita la **presenza dello psicologo per almeno 12 ore alla settimana**

OSRES16

E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?

accred.

Deve essere previsto almeno un educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica fino a 10 posti letto e almeno 2 educatori e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica sopra i 10 posti letto

Commento:

nella mission per l'alta intensità si parla di psicoterapia , ma poi andando

ad esaminare il personale è prevista solo la figura dello psicologo tra l'altro con un numero molto residuale di ore (12 h)

• **SRP1 Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM) sperimentale (24 mesi) - Vedasi anche Allegato C alla dgr n. VIII/4221 del 28.02.2007**

Le CRM garantiscono un'*offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore.*

- OS Requisito Organizzativo Specifico:

Dal lunedì al venerdì sono garantite la presenza attiva di un **medico psichiatra** per almeno 4 ore e la pronta disponibilità per almeno 2 ore ; nelle giornate di sabato e domenica sono garantite 6 ore di pronta disponibilità da parte di un medico psichiatra? (almeno **20 ore** di psichiatra **in presenza + 12 di pronta disponibilità** a settimana)

- OS Requisito Organizzativo Specifico:

Nelle 12 ore diurne (fascia 8 -20) sono presenti 2 operatori, tra cui un **infermiere professionale** per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì , e per almeno 5 ore il sabato e la domenica?

- OS Requisito Organizzativo Specifico:

In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazione, è assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative (tra cui lo psicologo e l'educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica), con approccio multi professionale d'équipe?

- OS Requisito Organizzativo Specifico:

E' garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso, e comunque uno **psicologo presente per 12 ore la settimana**, e 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica ogni 5 utenti?

Commento:

la presenza dello psicologo è prevista in forma residuale (12 h)

• **SRP2 Comunità Protetta Alta assistenza (CPA) (36 mesi) max 20 pl**
Vedasi anche Allegato B alla dgr n. VIII/4221 del 28.02.2007

- Nell'ambito di tale area assistenziale vengono erogati *programmi resi-*

*denziali che **non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo** e specifico*

- Le CPA garantiscono un'*offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore*
- Nelle CPA i programmi residenziali **appropriati** all'ingresso sono di **media intensità riabilitativa** e hanno una durata massima di 36 mesi e vengono indicati nel *Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)* di ciascun paziente.
- Per quanto riguarda i *nuovi accoglimenti*, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le CPA valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità; ii) è da considerarsi il limite di età di 65 anni.

Personale SRP2 CPA Comunità Protetta Alta assistenza

OSRES10

È garantita la presenza di almeno 1 medico in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore?

accred.

La presenza dello **psichiatra** nelle 6 ore deve essere intesa dal lunedì al venerdì 4 ore di presenza attiva e le restanti 2 ore di pronta disponibilità. nelle giornata di sabato e domenica le 6 ore devono essere intese come pronta reperibilità

OSRES11

Il personale di assistenza, tra cui almeno un infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione?

accred.

Nell'ambito del personale di assistenza, deve essere presente almeno un **infermiere professionale** nell'arco delle 24 ore.

OSRES15

In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e di risocializzazio-

ne, è assicurato il contributo di professionalità **psico-socio-educative con approccio multi professionale d'équipe?**

accred. **NOTA:** lo spazio rimane vuoto come se la componente "psico" non sia ritenuta indispensabile tra i criteri di accreditamento.

OSRES16

E' prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti?

accred.

Deve essere previsto almeno un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica.

DELIBERAZIONE N° XI / 7752 Seduta del 28/12/2022

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'AREA DELLA NEUROPSICHIATRIA **DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**: DEFINIZIONE DEL NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE E DI PRESA IN CARICO NEI PERCORSI TERAPEUTICI, AGGIORNAMENTO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI E DELLE TARIFFE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICHE E POTENZIAMENTO DELLA RETE SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE DI NPIA E ULTERIORI DETERMINAZIONI

Le strutture residenziali terapeutiche si articolano in **moduli che accolgono fino a 10 utenti ciascuno**

La responsabilità del progetto per la parte concernente l'intervento all'interno della **SRT** è del medico **NPIA** della struttura, mentre la titolarità della presa in carico e del progetto individuale restano in capo alla NPIA di riferimento.

Fasce di età: l'organizzazione deve essere strutturata con **moduli differenziati per età** (bambini/preadolescenti 10-14aa e adolescenti 14-18aa)

- **Superamento del Punto 4 Allegato A-DGR X/2189 del 25/7/2014, "L'introduzione di percorsi di cura differenziati per intensità assistenziale"**

- In attuazione del nuovo modello assistenziale e di presa in carico di cui all'allegato 1 del presente atto, è da considerarsi superato quanto previsto dalla DGR X/2189/2014 in materia di Percorsi B e C, con decorrenza dalla data del **1/5/2023**.
- Con effetto dal 1/5/2023 pertanto non sarà più possibile attivare nuovi Percorsi B e C.

EQUIPE:

- All'interno della struttura residenziale è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:
- **NPI per 120 minuti/paziente alla settimana** (per ciascun modulo di 10 utenti) **ovvero 17,14 min al di x ospite**
- **Psicoterapeuta per 120 minuti/paziente alla settimana** (per ciascun modulo di 10 utenti) **ovvero 17,14 m. al di x ospite**
- Oltre a quanto sopra, deve essere garantita la presenza di "Altre figure professionali" al fine di garantire un'assistenza media pari a **380 minuti/giorno per ospite**, dei quali **Almeno il 60%** erogati da personale in possesso del titolo di **infermiere, educatore professionale** (Classe di laurea L/SNT2), **TERP**, TNPEE, logopedista, fisioterapista, terapeuta occupazionale **ovvero 228 min. al di x ospite**
La restante parte pari al 40%, può essere garantita da **OSS, assistente sociale, educatore socio pedagogico** (Classe di laurea L19), operatore di supporto alle attività della struttura residenziale, compresa la presenza di soggetti esterni per l'esecuzione delle attività (istruttori, maestri d'arte, ecc). **ovvero 152 min. al di x ospite**
- Possono concorrere alla realizzazione del 40% dei minuti/settimana/paziente, lo Psicologo specializzato nella misura non superiore al 20% e il medico NPIA, entrambe in aggiunta al minutaggio previsto nello specifico del proprio profilo.

Retta 270,00 euro al di

MESSA A DISPOSIZIONE DI UN POSTO RESIDENZIALE TERAPEUTICO DI NPJA PER L'EMERGENZA

- E' previsto che venga riservato, in relazione alla singola struttura residenziale terapeutica, n. 1 posto letto per ciascun modulo residenziale da dedicare alla pronta accoglienza di pazienti NPJA in condizione clinica di sub-acuzie (es.dimissioni da reparto ospedaliero, ingressi dal domicilio in situazioni emergenziali gestibili non in degenza ospedaliera, ecc) o con necessità di collocamento terapeutico d'urgenza. Particolare e prioritaria attenzione è posta all'accoglienza di pazienti provenienti dal circuito della giustizia minorile, anche alla luce della necessità di garantire risposte tempestive a tale bisogno.
- L'utilizzo dell'offerta residenziale per l'urgenza riveste carattere di assoluta transitorietà non potendo in nessun modo superare, per lo stesso paziente ed in occasione del medesimo episodio di cura, il tempo massimo di **90 giorni**. **Per tale** tipologia di accoglienza è prevista la remunerazione della tariffa giornaliera di **€290,00**. **Durante la presa in carico dei 90 giorni, l'ente gestore e la NPJA inviante** provvedono a definire la prosecuzione del progetto terapeutico individuando nuova collocazione su posto ordinario.

LIGURIA



NORMATIVA REGIONALE: LEGGE REGIONALE

11 MAGGIO 2017, N.9 DGR N. 1188/2017; DGR N. 944/2018; DGR N. 18/2023

STRUTTURE PSICHIATRICHE per ADULTI

*A chi sono rivolte: Le strutture sono dedicate al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di **interventi terapeutico-riabilitativi** o di interventi di supporto sociosanitario effettuabili in regime residenziale o semiresidenziale.... In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale, sono individuate tre tipologie di struttura residenziale psichiatrica:*

- **SRP2 - STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO (ex RSA psichiatrica)**

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo rivolti a pazienti stabilizzati con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata.

REQUISITI ORGANIZZATIVI:

Direttore sanitario: medico specialista in psichiatria/NPI:

5 min /ospite/die.

Medico/ psicologo:

8 min /ospite/die.

Tecnico della riabilitazione psichiatrica/Educatore professionale-TASE/
Assistente sociale/Tecnico di psicologia:

58 min /ospite/die.

Infermiere:

25 min/ospite/die.

OSS:

47 min /ospite/die.

E' ammesso un aumento dei tempi psicoeducativi e una diminuzione dei tempi OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 50% della relativa tempistica e viceversa mantenendo invariato l'ammontare complessivo dei tempi assistenziali, sulla base dei bisogni degli ospiti.

Commento

Si noti il gap di orario tra figure infermieristiche e OSS (72 MIN AL DI PER OSPITE) rispetto a quello dello psicologo (8 min al di per ospite) e che tra l'altro è opzionabile con il medico.

Retta 135 euro al die (da DGR 15 luglio 2011 n. 862 e DGR 941/2012)

STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

A chi sono rivolte:

*...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...*

La struttura residenziale terapeutica di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è dedicata al trattamento di pazienti minori e adolescenti da 14 a 18 anni di età ...

REQUISITI ORGANIZZATIVI:

Direttore sanitario: medico specialista in Neuropsichiatria infantile o psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva:

10 min /ospite/die.

Psicologo

NB: nella DGR 1188/2017 era prevista la figura dello psicoterapeuta

20 min/ospite/die.

Tecnico della riabilitazione psichiatrica/Educatore professionale / Tecnico della psico e neuromotricità dell'età evolutiva - TASE/Assistente sociale/Tecnico di psicologia:

132 min /ospite/ die .

Infermiere:

38 min/ospite /die

OSS:

30 min/ospite/die 30 min .

Sulla base dei bisogni degli ospiti i tempi assistenziali degli infermieri e degli OSS possono essere in difetto del 50% se sostituiti con figure dell'area psicoeducativa rimanendo inalterati i minutaggi complessivi.

Retta: 179,68 euro al die

(da DGR 15 luglio 2011 n. 862 e DGR 941/2012)

VENETO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1673 DEL 12 NOVEMBRE 2018 - PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA RESIDENZIALE EXTRA-OSPEDALIERA PER LA SALUTE MENTALE (ADULTI)

COMUNITÀ TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA (CTRP)

Strutture residenziali destinate ad un intervento terapeutico – riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale. I pazienti vengono inseriti con un progetto personalizzato, in base alle caratteristiche dei pazienti e alla conseguenti intensità assistenziali necessarie, si distinguono due moduli:

- a) Modulo ad alta intensità assistenziale (SRP1/ tipo A)
- b) Modulo ad attività assistenziale intermedia (SRP2/ tipo B)

Le strutture residenziali psichiatriche svolgono attività terapeutico riabilitativa e non sono da considerare abitazioni permanenti

Necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera:

- Modulo ad alta intensità assistenziale, nel trattamento protratto di situazioni di gravità per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero
- Modulo ad attività assistenziale intermedia, nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo.

COMUNITÀ TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA (CTRP)

SRP 2 o TIPO B

- Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,90 (Tempo pieno equivalente)
- In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza per
- un medico psichiatra
- **uno psicologo psicoterapeuta**

- una presenza infermieristica che garantisca lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- educatori-animatori (o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale - assistente sociale

La struttura prevede un **Responsabile**, in possesso della qualifica di Medico Psichiatra o **Psicologo psicoterapeuta**. Qualora il Responsabile sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

Retta: 143 euro al di

Commento: il personale prevede uno psicoterapeuta che può essere adibito anche a funzione di Responsabile

Nota: Tra le risposte residenziali extraospedaliere (come nelle altre regioni) sono previste le SRP 3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi a valenza socioriabilitativa denominate *Comunità Alloggio*, differenziate per diversi livelli di protezione (SRP3.1 → 24 h - SRP3.2 → 12 h - SRP3.3 → per fasce orarie).
Bene, l'aspetto positivo è che anche per questa tipologia di strutture (SRP3) è prevista la figura dello **psicologo psicoterapeuta** inserendolo anche con il **ruolo di Responsabile**

Nella Regione del Veneto l'offerta di residenzialità extraospedaliera dedicata a **MINORI** con patologie psichiatriche, è definita dalla DGR 242/2012; DGR 1109 del 06/08/2020; DGR 742 del 21/06/2022.

La residenzialità è caratterizzata da:

- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) per minori e adolescenti; (max 12 pl di cui 2 per la pronta accoglienza)
- Comunità Educativo Riabilitativa (CER) per minori e adolescenti (max 12 pl di cui 1 -2 per la pronta acc)

- La struttura nella quale vengono effettuati i percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) per minori e adolescenti (struttura sanitaria);
- La struttura nella quale vengono effettuati i percorsi residenziali a media e bassa intensità terapeutico riabilitativa corrisponde alla Comunità Educativo Riabilitativa (CER) per minori e adolescenti (struttura socio-sanitaria).

COMUNITA' EDUCATIVA-RIABILITATIVA PER MINORI E ADOLESCENTI (CER)

• Definizione e Mission:

- E' un servizio educativo, terapeutico e riabilitativo con il compito di accogliere temporaneamente il minore/adolescente in situazione di evidente disagio psico-sociale e/o con gravi disturbi di comportamento.
- E' finalizzata a pazienti affetti da psicopatologia importante, in situazione di disagio psico-relazionale, con presenza o meno di disturbi del comportamento, non più in situazione di gravità, che hanno attivato, o iniziato ad attivare, risorse personali sufficienti per la ripresa delle attività e degli interessi propri dell'età adolescenziale (scuola, vita gruppo dei pari extra comunitaria), e che, in presenza di condizioni familiari precarie, hanno ancora bisogno di un contesto terapeutico strutturato.
- Ha finalità educative terapeutico e riabilitative volte al recupero psicosociale del minore/adolescente accolto.

• Comunità Educativo Riabilitativa CER

Figure Professionali:

Le figure previste quali essenziali con documentata e comprovata esperienza nel lavoro con l'utenza fascia di età target accolta in comunità sono:

Psicologo specialista / psicoterapeuta;

- Infermiere per fasce programmate di orario (tre fasce per somm. farmac)
- Educatore professionale sanitario o Educatore professionale Animatore.
- Operatore socio sanitario e/o Operatore tecnico assistenziale.
- La struttura prevede un **Responsabile Clinico**, in possesso di **laurea in Psicologia**, iscrizione **all'albo degli psicoterapeuti** e una comprovata competenza nell'ambito dell'utenza specifica.
- La struttura prevede la consulenza , anche solo telefonica, di un NPI consulente della Comunità nelle fasce orarie non coperte dal Servizio territoriale.
- Deve essere garantita la Supervisione.

Considerate le particolari variabili e tipologie dell'utenza gli standard organizzativi minimi devono comunque essere graduati e – se necessario – rafforzati in relazione al progetto individualizzato elaborato per ciascun minore. Deve essere garantita la compresenza diurna degli operatori... garantendo personale idoneo per l'attuazione degli obiettivi previsti nei Pei degli ospiti. Ore notturne almeno due operatori.

Nota: pare essere prevista la possibilità di una certa elasticità sull' organizzazione del personale a seconda dei progetti

Retta al di: 157 ,00 (quota sanitaria) + almeno il 30% (quota sociale → Comune) *da allega DGR n 2621 del 18/12/2012.

COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA PER MINORI E ADOLESCENTI (CTRP)

• **Definizione e Mission:**

- E' una comunità residenziale per minori/adolescenti affetti da psicopatologia rilevante, con risorse personali attivabili attraverso adeguati interventi terapeutici riabilitativi intensi e continuativi, e per

soggetti in situazione di grave disagio psico-relazionale, con eventuali gravi disturbi del comportamento e con eventuali condizioni di precarietà familiare.

- Ha finalità terapeutiche – riabilitative intensive ed estensive. Accoglie minori in dimissione da strutture ospedaliere o comunque in condizioni psicopatologiche che richiedono interventi importanti di protezione e cura.
- Gli interventi devono essere personalizzati, continuativi, prolungati e definiti all'interno di un progetto terapeutico specifico, individuale, monitorabile e verificabile.

COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA PER MINORI E ADOLESCENTI (CTRP)

Il personale della comunità in servizio include almeno le seguenti professionalità essenziali con documentata comprovata esperienza nel lavoro con l'utenza fascia di età target accolta in comunità:

- Neuropsichiatra Infantile in via prioritaria e in subordine Psichiatra con documentata esperienza nell'ambito di servizi per l'età evolutiva;
N. 0,27 almeno 2 g sett
- **Psicologo psicoterapeuta;**
N. 1,50 almeno 7 h al g per almeno 5 g **57 ore**
- Infermiere;
N. 1,50 57 ore sett
- Assistente sociale
N. 0,16 6 ore sett
- Educat. Profess. sanitario e/o TERP;
N. 7,00 7 giorni su 7 266 ore sett
possibilità per il 20% di sostituire con ed. prof. classe laurea LN 19
- OSS e/o OTA
N. 6,00 228 ore sett

- La struttura prevede un Responsabile Clinico, in possesso in via prioritaria della qualifica di Neuropsichiatra Infantile e in subordine della qualifica di Psichiatra con documentata esperienza nell'ambito di servizi per l'età evolutiva (possibile solo se i minori hanno già compiuto 14 a.)
- Qualora il Responsabile Clinico sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori, a tempo pieno della struttura, con la **qualifica di Psicologo-psicoterapeuta** deve essere identificato quale **coordinatore di sede**.

Tariffa massima/die da DGR 1109 del 06/08/2020

Pronta accoglienza: euro 264,70;

Ordinaria: euro 214,50

EMILIA ROMAGNA



RESIDENZA PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI BIOPSIOSOCIALI A MEDIO TERMINE A CARATTERE ESTENSIVO (RTR-ESTENSIVA) (ADULTI)

A chi è rivolta: La struttura è deputata al trattamento psicosociale per pazienti con disfunzionalità moderata o grave, eleggibili per la riacquisizione dei ruoli sociali validi e rispondenti alle aspettative e alle richieste del contesto.

Il target è rappresentato da pazienti con psicopatologia complessa ma con margini di miglioramento clinico e funzionale per i quali è necessario realizzare un piano di trattamento evolutivo del funzionamento personale, sociale e lavorativo in vista di un successivo rientro al proprio domicilio o inserimento in famiglia o verso una domiciliarità con vari gradienti di supporto.

Mission e obiettivi: Il progetto terapeutico ha durata annuale ... In casi motivati ... è possibile una ulteriore proroga per un tempo massimo di un anno.

La **multiprofessionalità** deve essere garantita dalla presenza della figura dello psichiatra, dell'infermiere, dell'educatore/tecnico della riabilitazione, dell'OSS (o di OTA e ADB, fino ad esaurimento di tali figure) e del coordinatore della struttura.

Deve essere prevista la **disponibilità di uno psicologo** per progetti relativi a pazienti che necessitano di approfondimento psicodiagnostico e per pazienti multiproblematici **che richiedano psicoterapia**.

La presenza dello psichiatra, o psichiatra più psicologo, è graduata in modo proporzionale ai posti letto garantendo almeno 1 ora settimanale a posto letto.

Retta: 139 euro die

Nota: Come in altre Regioni sono previste le *Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) - Programma post-acuzie* (max 90 g). All'interno sono previsti interventi psicoterapici che opportunamente non scompaiono nei trattamenti estensivi, dove dovrebbero rientrare (insieme alle attività riabilitative e di risocializzazione) tra gli interventi di elezione.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

25/06/2007 n. 911

Pubblicazione BUR Num. 113 del 31/07/2007

(requisiti specifici di accreditamento delle strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, territoriali ed ospedaliere).

RESIDENZE TERAPEUTICHE POST ACUZIE PER MINORI (RTP-M) [DA 6 A 10 PL]

A chi è rivolta: *É una struttura terapeutica di accoglienza per minori affetti da gravi patologie neuro-psichiatriche, che hanno positivamente superato la fase acuta ma non sono ancora in grado di fare ritorno in famiglia, oppure presentano un quadro di scompenso parziale o transitoria necessità di un intervento più intenso di quanto possibile nei servizi ambulatoriali.*

Sono strutture residenziali:

orientate al trattamento di disturbi psichici gravi in preadolescenti e adolescenti

La RTP-M accoglie residenzialmente 6 minori (eccezionalmente fino a 10 minori). L'età è compresa fra i 10 e i 17 anni: vanno differenziati gli interventi rivolti alla fascia 10 – 14 da quelli relativi alla fascia 14 – 17 o fino alla conclusione del piano terapeutico. Deve prevedere sei mesi di lavoro terapeutico, eventualmente ripetibile una sola volta.

Mission:

Devono poter essere fornite nella struttura consulenze neuropsichiatriche e **altre consulenze specialistiche** a seconda della tipologia della struttura e della esigenze dei minori ospitati.

Debbono poter essere effettuate: valutazioni delle autonomie, delle funzioni adattivo-relazionali cognitive, **psicoterapie individuali e di gruppo**, trattamenti neuropsicologici cognitivi e comportamentali nonché terapie farmacologiche anche attraverso l'utilizzo di personale esterno.

Gli interventi devono essere orientati al recupero e allo sviluppo delle autonomie di base, integranti, relazionali, di gestione del controllo emotivo.

Deve essere facilitata, qualora possibile, la frequenza scolastica.

Personale: Devono essere disponibili le seguenti figure professionali:

- neuropsichiatra infantile per attività programmata a frequenza quotidiana (almeno 5 giorni su 7)
- **psicologo** per attività programmata sulla base del piano terapeutico
- infermiere professionale presenza quotidiana con 2 accessi per un totale di almeno 6 ore al giorno
- personale sanitario dell'area riabilitativa (educatori professionali) h 24
- OTA/OSS per attività diurne programmate
- nonché ulteriori figure professionali (anche prestatori d'opera) in relazione alle attività individuate dal piano terapeutico.
- La **multiprofessionalità** deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse professionalità.
- Il coordinamento del progetto terapeutico complessivo è affidato al neuropsichiatria infantile.

Commento: Sono previste attività di psicoterapia individuali e di gruppo. La mission lascia intravedere una certa elasticità a seconda delle esigenze dei minori ospiti anche se nel personale poi si parla solo di psicologo e non di psicoterapeuta

TOSCANA



DPGR 11 agosto 2020, n. 86/R

Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. Bollettino Ufficiale n. 83, parte prima, del 14 agosto 2020

- Tipologia delle Strutture residenziali Psichiatriche ADULTI

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

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano le seguenti tipologie di strutture:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo **(SRP1) 18 mesi pror. per 6 mesi ; pl 12**
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo **(SRP2)**, articolata su due livelli di intensità assistenziale:

SRP.2-A Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e ad alta intensità assistenziale **36 mesi pror per 12 mesi ; pl 12**

SRP.2-B Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e a bassa intensità assistenziale. Assistenza 12 ore ; pl 6

Assetto organizzativo

L'impegno orario del personale sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati e sarà definito, per ciascuna tipologia di struttura, con l'aggiornamento del Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R)

La definizione degli standard di personale dovrà tenere conto dei seguenti raggruppamenti:

Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi

Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri

Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica

Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

L'Equipe multi professionale comprende:

è individuato un Referente di Struttura;

psichiatra; psicologo; infermiere; terp; educatore professionale/terapista occupazionale; OSS. (Direttore sanitario psichiatra - da art 11 L.R. 5 agosto 2009, n. 51)

Retta: allo stato non si è riusciti a reperire riferimento normativo retta.

- Le **STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER MINORI** accolgono minori con bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi non erogabili né ambulatoriamente né in regime semiresidenziale.

La tipologia delle strutture residenziali è distinta per livello di intensità terapeutico-riabilitativa che può richiedere maggiore o minore intensità assistenziale, correlato al grado di autonomia complessivo. Nell'ambito delle strutture possono essere individuati moduli in relazione all'età tenendo presente le seguenti fasce: 10-14 anni e 14-18.

- **REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI**

E' individuato un referente della Struttura

Equipe multi professionale comprendente personale socio sanitario: neuropsichiatra infantile, psicologo, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale/terapista occupazionale, OSS.

Direttore sanitario NPI (da art 11 L.R. 5 agosto 2009, n. 51)

- **A.1 – AD ALTA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA.**

Per pazienti, con disturbo psicopatologico complesso e una parziale instabilità clinica. Compromissione di funzioni e abilità di livello grave. Le condizioni psicopatologiche portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero. La presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale possono concorrere a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità di cura, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, che possono essere appropriati anche per situazioni di acuzie, post acuzie e sub acuzie. **Durata massima del programma non superiore a 3 mesi**, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza. Possono essere programmate modalità di inserimento rivolte a situazioni di post-acuzie.

- **Organizzazione specifica** Presenza di personale socio sanitario H 24 con almeno un infermiere ed un OSS nelle ore notturne. **PL 12**

- **A.2 - A MEDIA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA.**

Per pazienti in situazioni di multiproblematicità e complessità clinica ma con un quadro clinico che non presenta elementi di instabilità rilevanti. La compromissione di funzioni e abilità si presenta di livello grave o moderato in particolare 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.

- La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Un ruolo rilevante assume il recu-

pero del funzionamento scolastico e formativo e l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo.

- **Durata massima del programma non superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile** con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza
- **Organizzazione specifica** Presenza di personale socio sanitario H 24 con almeno un educatore e un OSS nelle ore notturne. **PL 10**

- **A.3 - A BASSA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA.**

Per pazienti che non presentano elementi di particolare complessità, con quadri clinici sufficientemente stabili e con moderata compromissione di funzioni e abilità. Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Sono prevalenti le attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle riabilitative e cliniche. Un ruolo rilevante assume il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero di un percorso scolastico e formativo e l'investimento nella direzione di un futuro inserimento. **Durata massima del programma non superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile** con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.

- **Organizzazione specifica** Presenza di personale socio sanitario H 24 con almeno un educatore e un OSS nelle ore notturne. **PL 10**

Rette: allo stato non si è riusciti a reperire retta

MARCHE



NORMATIVA: Deliberazione della Giunta Regionale n. 937 del 20 luglio 2020 - Decreto del Dirigente Settore Autorizzazioni Accreditamenti n 20 del 15/2/2020
STRUTTURA RIABILITATIVA RESIDENZIALE
PER LA SALUTE MENTALE SRR (SRP2) (ADULTI)

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

Durata della permanenza in struttura: 36 mesi + 12 in accordo con il CSM di riferimento

Per Rette

DGR 1588/2017 Proroga della DGR 1331/2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semi residenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della dgr 1011/2013"

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI SRP2:

- **Il responsabile è uno Psichiatra/Psicologo con specializzazione in Psicoterapia**
- Il coordinatore è un infermiere, o altro personale sanitario laureato, con master di coordinamento o laurea magistrale ed esperienza nel settore almeno triennale. Personale già presente in organico (minutaggio computato nella specifica professione di appartenenza)
- **È garantita la presenza di un equippe multiprofessionale** comprendente personale socio sanitario: medico psichiatra, **Psicologo con specializzazione in Psicoterapia**, infermiere, educatore professionale/tecnici di riabilitazione psichiatrica, OSS
- Sono garantiti almeno 10min/die di personale Medico per ospite

- Sono garantiti almeno **20 min/die di assistenza psicologica per ospite** NB nel SRP 1. *30 MIN*
- Sono garantiti almeno 50 min/die di personale Infermieristico per ospite
- Sono garantiti almeno 30min/die di assistenza OSS per ospite
- Sono garantiti almeno 70 minuti/die di personale educativo (tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale NB NEL SRP 1. *90 MIN*

Commento: è contemplata la figura dello psicoterapeuta ed anche come ruolo di responsabilità in linea con il SSN.

Retta: 140,00 euro die

STRUTTURA RESIDENZIALE PER LA SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA SRT IA

Definizione: Struttura che eroga prestazioni diagnostiche, terapeutiche-riabilitative e socioeducative-riabilitative in regime residenziale a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.

Caratteristiche: Utenza con relativo livello di intensità assistenziale - Utenza differenziata sulla base delle condizioni psicopatologiche, dei livelli di autonomia e del contesto ambientale e familiare.

I livelli di **Intensità alta, media e bassa** sono misurati sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata con strumenti condivisi a livello regionale.

Durata della permanenza in struttura:

3 mesi (alta intensità) (**Retta** 250 euro al die)

6 mesi (media intensità) (**Retta** 220 euro al die)

12 mesi (bassa intensità). Prorogabile sulla base di motivazioni concordate con i servizi invianti o fino alla conclusione del percorso terapeutico.

(**Retta** 178 euro al die)

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il Servizio deve possedere i requisiti di seguito elencati:

- È assicurata la supervisione dell'équipe degli operatori da parte di un professionista esterno con esperienza specifica per almeno tre ore mensili.
- E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni).
- Il responsabile clinico è uno Neuropsichiatra Infantile o uno Psichiatra con esperienza in infanzia ed adolescenza.
- Il coordinatore è un infermiere, o altro personale delle professioni sanitarie laureato, con master di coordinamento o laurea magistrale ed esperienza nel settore almeno triennale. Personale già presente in organico.

È **garantita la presenza di un'équipe multi professionale** comprendente personale socio sanitario: medico psichiatra,

Psicologo con specializzazione in Psicoterapia, infermiere, educatore professionale/tecnici di riabilitazione psichiatrica, OSS

Commento: si esplicita la necessità della supervisione ed è previsto tra il personale lo psicoterapeuta

- *Assistenza Medica* Sono garantiti almeno personale Medico NPI o Psichiatra con esperienza nell'ambito, per ospite 6 min/die per ospite a bassa intensità assistenziale
- **Assistenza Psicologica** - Sono garantiti almeno **34 min/die per ospite a bassa intensità assistenziale.**
(NB IN QUELLE ad alta intensità 65 MIN)
- *Assistenza Infermieristica* - Sono garantiti nelle 24 ore, 40 min/die per ospite a bassa intensità assistenziale.
(NB IN QUELLE ad alta intensità 64 min)
- *Assistenza OSS* - Sono garantiti almeno 72 min/die di assistenza OSS per ospite
La presenza dell'OSS deve essere continuativa nelle 24 ore.

- Sono garantiti almeno personale educativo riabilitativo per ospite (tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale)
80 min/die per ospite a bassa intensità assistenziale.(NB in quelle ad alta intensità 95 min)

Retta: 178, 00 euro al die

Nota: il tempo dedicato all'assistenza psicologica è maggiore nell'intensivo e minore nell'estensivo! (concettualmente dovrebbe essere il contrario)

LAZIO



DEFINIZIONE /MISSION

SRTRE ADULTI (20 PL) - DA: DCA 8/2011 e s.m e i. Versione 3.3 - 15.01.2018 par 4.3 alleg 2

Le "Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative) le strutture sanitarie di tipo comunitario per il **trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale** - di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale".

S.R.T.R per trattamenti comunitari estensivi: strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, **psicoterapeutici** e farmacologici. (pag 211)

Commento:

Nella mission dunque è prevista la psicoterapia, ma nel personale – come vedremo – no!

PAG. 218 DEL DCA

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl): Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

- | | |
|---|---|
| - Medici psichiatri (responsabili) | 1 a prescindere dal numero di posti letto |
| - Medici psichiatri/Psicologi | 2 ogni 20 posti letto |
| - Infermieri | 2 ogni 20 posti letto |
| - Terpi/Educatori/Tecnici di Psicologia | 5 ogni 20 PL |

- Operatori socio-sanitari 6 ogni 20 posti letto
- Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto

Commenti:

Dopo la barra obliqua (*slash*) occorre inserire "Psicologo abilitato alla psicoterapia", dal momento che lo psichiatra è un medico specializzato *ERGO* → Non è previsto lo psicoterapeuta

INOLTRE IL FATTO CHE SI DIA L'OPZIONE Psichiatri/ psicologi fa sì che ipoteticamente si possa avere una comunità con 3 psichiatri e nessun psicologo!

Non è previsto lo Psicologo abilitato alla psicoterapia, come figura di responsabile. Contraddizione con quanto avviene nel SSN

NB: Terapisti/Educatori professionali/Tecnici di Psicologia sono le lauree brevi triennali. Il tecnico di psicologia non può fare attività clinica, né tantomeno colloqui di sostegno.

DCAN. U00121 DEL 02.04.2019

In quest'altro decreto ritroviamo la stessa incongruenza:

- Nonostante la mission psicoterapeutica, ritroviamo nell'organico professionale previsto la figura dello Psicologo, ma non dello Psicologo abilitato alla psicoterapia.
- Anche qui lo Psicologo abilitato alla psicoterapia non viene contemplato come Responsabile.

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20pl):

- Medico psichiatra (responsabili) 1
- Medici psichiatri/Psicologi 2
- Infermieri 2
- Terapisti/Educatori professionali
- Tecnici di psicologia 5 (per garant. anche i turni di notte)
- Operatori socio-sanitari 6 (per garant. anche i turni di notte)
- Assistenti sociali 0,3 (12 h con almeno 3 pres. sett.)

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni ... purchè per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria

Commento: ipoteticamente per alzare lo standard potrei sostituire un triennalista tecnico di psicologia , con uno Psicoterapeuta , ma la retta rimane sempre quella base!! INOLTRE IL FATTO CHE SI DIA L'OPZIONE psichiatri/psicologi fa sì che ipoteticamente si possa avere una comunità con 3 psichiatri e nessun psicologo!

Retta: prevista: 129,00 euro.

DCA 8/2011 E S.M E I. VERSIONE 3.3 - 15.01.2018 PAR 4.3 ALLEGATO C (20 PL) ADOLESCENTI

Tale allegato, a proposito della mission psicoterapeutica delle Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per Adolescenti, cita a pag.240 par 4.11

*La S.R.T.R per Adolescenti è una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento volontario globale - **psicoterapeutico**, farmacologico, relazionale e sociale - di adolescenti (12/17 anni) - anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari.*

*S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi: strutture per pazienti minori con disturbi in fase di sub-acuzie, nonché provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, **psicoterapeutici** e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni.*

Commenti: La mission dunque sostiene che il trattamento comunitario in adolescenza debba essere caratterizzato da un **INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO**. Ma quando andiamo a vedere la composizione del personale lo psicoterapeuta non compare !

Aggiunge inoltre l'importanza del coinvolgimento delle famiglie nel processo d'intervento residenziale, verosimilmente facendo riferimento alla necessità di colloqui familiari con uno Psicologo abilitato alla Psicoterapia esperto di famiglie...

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione la responsabilizzazione della famiglia la piano d'intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.

Sottolinea, oltretutto, l'esigenza di mantenere degli spazi dedicati per i **colloqui** e gli **incontri di gruppo**...

EQUIPE PREVISTA

- a) 1 medico specialista in neuropsichiatria infantile responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari;
- b) 2 medici specialisti in neuropsichiatria infantile/psicologi;

Le altre figure professionali previste dal DCA sono:

- 2 infermieri professionali;
- 5 terapisti/educatori professionali/tecnici di psicologia (per garantire anche turni di notte);
- 6 OSS (per garantire anche turni di notte);
- 1 assistente sociale (con almeno 24 ore e 4 presenze settimanali);

Commento:

Come mai allora tra i **requisiti organizzativi**, nell'equipe multidisciplinare, compare **solo** la figura dello Psicologo quando nella mission si fa riferimento ad un intervento PSICOTERAPEUTICO?

Come mai non viene previsto nei ruoli di responsabilità dirigenziale la figura dello Psicologo abilitato alla psicoterapia, contrariamente a quanto avviene nel SSN?

Come mai la figura dello psicologo viene pensata insieme o in alternativa a quella del Neuropsichiatra Infantile? INOLTRE IL FATTO CHE SI DIA L'OPZIONE NPI/psicologi fa sì che ipoteticamente si possa avere una comunità con 3 NPI e nessun psicologo!

Dal momento che il Neuropsichiatra Infantile è un medico specializzato il DCA avrebbe dovuto inserire: *"/Psicologo abilitato alla Psicoterapia..."*

NB: Terapisti/Educatori professionali/Tecnici di Psicologia sono le lauree brevi triennali. Il tecnico di psicologia non può fare attività clinica, né tantomeno colloqui di sostegno

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 25 GIUGNO 2018, N. U00256

Commento:

- **Questo decreto che regola il tariffario** e le rette per le S.R.T.R. non prevede (omette, scorda?) per le Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative per Adolescenti Estensive la figura dello Psicologo/Psicologo abilitato alla psicoterapia, ma solo quella dei Medici e dei Medici Responsabili.

Di seguito sono stati individuati i requisiti organizzativi necessari per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Il personale necessario in una struttura/modulo con 20 posti residenziali viene indicato nella tabella 2 di seguito riportata. Tabella 2

Figura Professionale	Dotazione organico minimo
Infermiere	2,00
Terapista della riabilitazione	5,00
O.S.S.	6,00
Assistente sociale	0,68

Medici	2,00
Medici responsabile	1,00
Amministrativo	0,68

Retta: al die 147,71 euro

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

ALLEGATO C DEL DCA 8/2011 E S. M. E I. (DCA N. 121 DEL 2/4/2019)

- Tale decreto, a livello organizzativo, prevede per **le Strutture Residenziali per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità trattamenti psicoterapeutici individuali** ad orientamento psicodinamico, familiari e di gruppo... e, quindi, Psicologi specialisti in Psicoterapia.

Il trattamento residenziale è altamente strutturato con attività quotidiane settimanalmente programmate e prevede un programma riabilitativo le cui attività comprendono:

Promozione del cambiamento e delle capacità di insight attraverso colloqui psicologici e trattamenti psicoterapeutici individuali ad orientamento psicodinamico, familiari e di gruppo

L'equipe, per una struttura di 20 posti di residenzialità, deve comprendere un Responsabile (un Medico Psichiatra o uno Psicologo specialista in psicoterapia) con almeno 5 anni di esperienza specifica nel campo dei DA e il seguente personale con specifica competenza nel campo dei DA:

- 2 Psicologi specialisti in psicoterapia
- 1 Medico psichiatra...

Commento: come mai queste differenze con le altre Strutture Residenziali per "adolescenti" e "adulti" → eppure quest'ultime vengono trattate all'interno della stessa normativa

Qui il modello organizzativo appare sia in linea con un intervento che vuole essere terapeutico come anche in linea con la mission delle Strutture Comunitarie (sia per gli adulti che per i minori)

C'è congruenza tra mission e personale (laddove si prevedono esplicitamente figure psicoterapeutiche e che le stesse possano ricoprire ruoli di responsabilità) cosa che – come abbiamo visto – non accade nelle residenzialità psichiatriche.

CAMPANIA



**STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER
ADOLESCENTI (10 PL)
DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA PER LA
PROSECUZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE
SANITARIO N. 45 DEL 21/05/2015**

- **A CHI SONO RIVOLTI:** 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
- **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

Il trattamento estensivo riguarda, invece, gli utenti con condizioni psicotologiche 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

- **REQUISITI DI PERSONALE:**
 - 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)
- **Il Responsabile della struttura** deve essere un **medico o psicologo** il quale, oltre alla presenza nei turni ordinari, garantisce pronta disponibilità h 24.

Tab. 1.1 PERSONALE IMPIEGATO NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di unità di personale a tempo pieno per nucleo di 10 ospiti)		
Figure professionali	Unità di personale (1 unità rapportata a 36h/sett)	Ore settimanali
Neuropsichiatra infantile	1/12	3
Psicoterapeuta	1/4	9
Psicologo	2/3	24
Infermiere professionale	1/6	6
Assistente sociale	1/9	4
Professionisti della riabilitazione (per ec. Educatore professionale Terapista della riabilitazione Psichiatra, 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. 2.1 ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ASSICURATE NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di unità per 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 di prestazioni di assistenza e tutela alla persona	247	216

* ovvero $8 \times 10 = 80$ m. $\times 7$ g = 560 m : 60 = **9, 33 h sett**

* ovvero $21 \times 10 = 210$ m. $\times 7$ g = 1470 m : 60 = **24, 5 h**

Commento: sono previste attività di psicoterapia e lo psicoterapeuta in linea con il SSN può assumere ruolo di Responsabile;

Nota: il tempo dedicato alla psicoterapia ed al sostegno psicologico è maggiore nell'intensivo e minore nell'estensivo! (concettualmente dovrebbe essere il contrario)

Retta: 165 euro/die

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

PUGLIA



DGR N. 793/2020 DGR N. 793/2020 DISCIPLINA LE CRAP ESTENSIVE (COMUNITÀ RIABILITATIVA ASSISTENZIALE PSICHIATRICA) 14 PL - ADULTI

La deliberazione n. 793 del 28/05/2020 ha istituito la CRAP estensiva rivolta a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa

REQUISITI PERSONALE E RETTA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 giugno 2021, n. 1085 (RR n. 3/2005 – RR n. 11/2008 – RR n. 18/2014 – RR n. 20/2020 – DGR n. 793/2020) – DGR n 1293/2022

Strutture della salute mentale – Aggiornamento tariffe di riferimento regionali.

- n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto (educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica) → cat DS2
- n.5 collaboratori professionali sanitari (educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica); → cat. D
- n. 1 infermiere;
- n. 4 Operatori Socio Sanitari;
- assistente sociale per 10 ore settimanali;
- **psicologo 24 h settiman.** (nota con la DGR n 1293/2022 da 12 h a 24 h)
- medico psichiatra con funzioni di Responsabile sanitario per 12 ore settimanali

Retta: € 150,08 al die

Commento: è presente la figura di un solo psicologo a 24 ore settimanali. Non è presente lo psicoterapeuta

NORMATIVE DI RIFERIMENTO: REGOLAMENTO REGIONALE 8 LUGLIO 2014, N. 14 INTEGRAZIONE DEL REGOLAMENTO REGIONALE 13 GENNAIO 2005, N. 3 DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 DICEMBRE 2017, N. 2127 REGOLAMENTO REGIONALE 8 LUGLIO 2014, N.14 - DGR N 1293/2022. - MINORI

Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza (10 pl)

Mission: La struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in fase subacuta in preadolescenza e adolescenza accoglie minori con disturbi psicopatologici, disabilità intellettiva con gravi disturbi del comportamento, gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo e per periodi definiti limitati nel tempo.

Sono previste strutture differenziate e specifiche per:

- a) Disturbi psicopatologici, di socializzazione e del comportamento;
- b) Gravi patologie della relazione e della comunicazione e disabilità intellettiva.

L'obiettivo della residenzialità e quello di avviare, di concerto con i Servizi NPIA territoriali competenti e con i servizi sociali, **percorsi terapeutici** volti al recupero ed al potenziamento dell'autonomia personale e sociale dell'individuo ed alla riduzione dei comportamenti disfunzionali, garantendo un contesto relazionale e sociale stabile ed affettivamente significativo, nonché una specifica presa in carico terapeutica della patologia psichiatrica da cui l'individuo è affetto. L'intervento terapeutico si basa su un approccio **multidisciplinare** educativo, sociale, riabilitativo, **psicoterapeutico**, farmacologico, ad opera di specifiche figure professionali neuropsichiatri infantili, **psicologi**, assistenti sociali, collaboratori professionali sanitari, coinvolte nella predisposizione e messa in atto di programmi

terapeutici individualizzati, oltre a garantire costantemente agli utenti disponibilità di ascolto e supporto sociale

Nota: nella mission si parla di psicoterapia

PERSONALE:

neuropsichiatra infantile: 20 ore settimanali . Responsabile sanitario **psicologo: 20 h** settimanali;

- n. 1 coordinatore di struttura (educatore professionale / tecnico della riabilitazione psichiatrica/assistente sociale);
- n. 2 educatori professionali e n. 2 tecnici della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno ;
- n. 1 infermiere per turno (5 infermieri)
- n. 1 operatore socio-sanitario per turno (5 oss)

Retta: 251,26 euro al die

(Nota con la DGR n 1293/2022 da 195,37 € a 251,26)

Commento: Nonostante nella mission si parli di psicoterapia , nel personale si parla solo di psicologo. Il numero di OSS e infermieri pare indubbiamente in soprannumero per una Struttura che vuole avere una finalità terapeutica.

SARDEGNA



STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA PER ADULTI A CARATTERE ESTENSIVO → SPRAE (SRP2) 20 pl Allegato n. 3 alla Delib.G.R. n. 64/11 del 28.12.2018

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI (personale)

E' individuato il responsabile sanitario medico (psichiatra) della struttura
L'assistenza diretta al paziente garantisce:

- a. psichiatra (con almeno tre accessi settimanali e almeno 1 ora di terapia settimanale per ciascun paziente) 9 min/die per paziente
- b. **psicologo-psicoterapeuta** (con almeno tre accessi settimanali e almeno 1 ora di terapia settimanale per ciascun paziente) 12 min/die per paz. → *ovvero* $12 \times 20 = 240 \text{ min} : 60 = 4 \text{ h} \times 7 \text{ g.} = \mathbf{28 \text{ h sett.}}$
- c. tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale, 100 min/die per paziente
- d. operatore socio sanitario 100 min/die per paziente
- e. infermiere 45 min./die per paziente

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)

In relazione alla gravità della patologia e delle caratteristiche personali sono erogati interventi nelle seguenti tipologie di attività:

- cura di sé e dell'ambiente
- abilità di base
- coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana
- interventi di risocializzazione
- partecipazione ad attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede
- **attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali di gruppo o della famiglia**
- **attività psicoterapeutica multifamiliare**

Retta: 125 € al dì

STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA PER MINORI PER TRATTAMENTI A MEDIA INTENSITÀ (ex SRMAE) (SRP2) Allegato n. 3 alla Delib.G.R. n. 64/22 del 28.12.2018 - pl 10 o 2 moduli da 8 pl

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI (personale)

E' garantita:

- la presenza di 2 educatori professionali sanitari o tecnici della riabilitazione psichiatrica con specifica esperienza in NPIA per ciascun turno antimeridiano e pomeridiano e uno nel turno notturno
- la presenza di un OSS nel turno notturno
- la presenza dell'infermiere programmata in modo da garantire la somministrazione degli eventuali farmaci almeno in tre fasce orarie nell'arco delle 24 ore
- la **presenza di psicologo** di comunità con comprovata esperienza dell'età evolutiva **4 ore** settimanali
- la presenza di **psicologo - psicoterapeuta** per **4 ore** settimanali
- la presenza del medico specialista in NPIA per almeno 6 ore settimanali e assistenza programmata, anche telefonica, per le emergenze. NPI = Responsabile clinico
- la presenza dell'Assistente sociale per 6 ore settimanali

Commento: Tot ore tra psicologo e psicoterapeuta 8 ore settimanali

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)

In relazione alla gravità della patologia e delle caratteristiche personali sono erogati interventi nelle seguenti tipologie di attività:

- a) cura di sé e dell'ambiente
- b) abilità di base
- c) coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana
- d) interventi di socializzazione
- e) partecipazione ad attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede

f) attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia

- g) partecipazione ad attività prelaborative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazioni ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale

È possibile che la Struttura orienti la propria finalità di accoglienza secondo fasce di età (pre-adolescenza, adolescenza, post-adolescenza). Possono essere ospitati nella struttura anche soggetti sottoposti a provvedimenti di carattere giudiziario. È possibile prevedere, previo accordo di tutte le strutture di riferimento e nel rispetto delle norme relative alle modalità di passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, l'assistenza di utenti fino al compimento dei 21 anni di età esclusivamente per garantire la continuità del percorso già avviato precedentemente al compimento della maggiore età, anche con eventuale comorbidità per uso/abuso di sostanze e di utenti inseriti con provvedimento dell'Autorità giudiziaria

Retta: 184 € al dì

Nota a margine: Emerge che nelle Strutture Residenziali psichiatriche per Minori per trattamenti ad Alta Intensità (SRP1) il monte ore della figura dello psicologo + psicoterapeuta ammonta a un tot di *almeno 16 h* settimanali (4 h psicologo + 12 h psicoterapeuta)

mentre

Nelle Strutture Residenziali psichiatriche per Minori per trattamenti a Media Intensità (SRP2) il totale delle ore per lo psicologo + psicoterapeuta sono ridotte a **8 h**. Ma non dovrebbe essere semmai il contrario?

Nota: nella normativa regionale SRP1 = 3 mesi; SRP2 = da 6 mesi a 1 anno

SICILIA



NORMATIVA DI RIFERIMENTO: DECRETO ASSESSORATO DELLA SALUTE 7 GENNAIO 2014 PUBBLICATO IN GURS N. 5 DEL 31/01/2014

"APPROVAZIONE DEI CONTENUTI DEI PROGRAMMI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE" ADULTI

I LIVELLI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Vanno distinti:

- Programmi terapeutico-riabilitativi residenziali a carattere intensivo, con personale sanitario presente nelle 24 ore e con durata del trattamento non superiore a 18 mesi prorogabile per altri 6 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento;
- Programmi terapeutico-riabilitativi residenziali a carattere estensivo, con personale sanitario presente nelle 24 ore e con una durata di trattamento non superiore a 36 mesi prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

ESTENSIVE

Profili professionali Standard per trattamenti terapeutico-riabilitativi per 20 utenti

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| - Medico psichiatra | n. 2 per complessive 58 h/s |
| - Psicologo | n. 2 per complessive 42 h/s |
| - Pedagogista | 18 h/s |
| - Ass. Sociale | 18 h/s |
| - T.R.P./Educatore | 5 |
| - Inf. Prof. | 6 |
| - OTA/OSS/OSA | 6 |
| - Cuoco* | 1 |
| - Aiuto-cuoco* | 1 |
| - Coll. Amm.vo | 1 |

* nei casi in cui il servizio non risulti esternalizzato.

Retta: Normativa: D.A. del 24 2 2014 pubblicato in GURS n. 10 del 07/03/2014 euro 192,00

NORMATIVA DI RIFERIMENTO: DECRETO ASSESSORATO DELLA SALUTE 7 GENNAIO 2014. PUBBLICATO IN GURS N. 5 DEL 31/01/2014

*Approvazione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali per i **MINORI** e dei requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture dedicate*

PROGRAMMI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI PER ADOLESCENTI A CARATTERE ESTENSIVO

- Gli interventi sono indirizzati a soggetti che hanno raggiunto un minimo di stabilità emotiva o un adeguato livello di controllo (anche attraverso terapia farmacologica) sul piano comportamentale rispetto agli impulsi auto o etero aggressivi, che hanno concluso un trattamento terapeutico-riabilitativo intensivo o per i quali è ritenuto necessario un trattamento residenziale a minore intensità riabilitativa.
- Sono inoltre compresi i minori afferenti all'area penale, per i quali è possibile prevedere un breve periodo di osservazione (massimo 1 mese) per la definizione del progetto individualizzato, che potrà prevedere la permanenza presso la stessa struttura, oppure l'invio ad una comunità educativa.

In particolare dovranno essere garantite, in relazione all'età e al progetto:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche (se necessarie);
- **psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;**
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività di reinserimento sociale;
- gestione del controllo emotivo;
- attività scolastiche, formative, espressive, culturali e sportive;

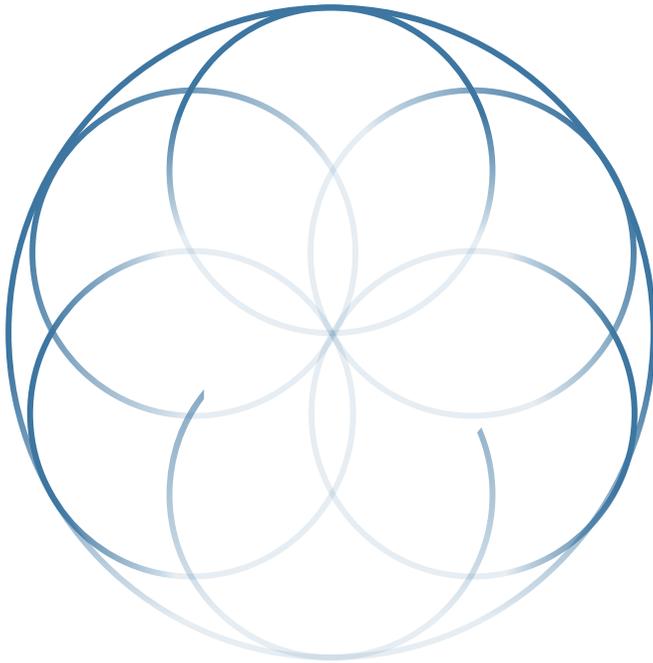
- **PERSONALE**

L'equipe multi professionale della comunità terapeutica riabilitativa per minori **fino a 13 posti** è composta come segue:

- 1 medico neuropsichiatra dell' infanzia e dell'adolescenza responsabile;
- **1 psicologo-psicoterapeuta;**
- 2 infermieri professionali;
- 1 assistente sociale (12 ore sett.);
- 6 educatori professionali/ tecnici della riabilitazione psichiatrica (almeno 2 su 6) h. 24;
- 2 operatori OSS;
- 1 amministrativo (12 ore sett).
- Uno degli educatori professionali o tecnico della riabilitazione psichiatrica assume funzioni di coordinatore.
- Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio.

E' prevista supervisione *almeno quindicinale degli operatori*

Retta: retta giornaliera non definita;
si fa riferimento a quella adulti: euro 192,00



ISBN: 978-88-946917-2-6
ISSN 2611-7002

