

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 LUGLIO 2015, N. 959

Recepimento Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" 2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 SETTEMBRE 2015, N. 1384

Rettifica delibera di Giunta regionale n. 959/2015 40

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 LUGLIO 2015, N. 960

Recepimento dell'Accordo n. 138/CU del 13/11/2014 riguardante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" 56

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 LUGLIO 2015, N. 959

Recepimento Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

- l'articolo 5, comma 1, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Richiamati:

- la Legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà";

- il D.Lgs. 22/6/99, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419", ai sensi del quale i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali e richiamato in particolare l'art.3 che attribuisce le competenze in materia sanitaria al Ministero della Salute, in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei Servizi Sanitari Regionali negli Istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi e alle Aziende Sanitarie la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari;

- il D.M. 21 aprile 2000 "Progetto obiettivo per la tutela della salute in carcere";

- Il D.P.R. 30 giugno 2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà";

- il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 concernente le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.126 del 30/5/2008 ed entrato in vigore il 14/6/2008;

Rilevato in particolare che l'art. 2 del citato DPCM prevede che le Regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie ricadenti nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli Istituti e i servizi minorili di riferimento; a tal fine le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende Sanitarie in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A parte integrante del DPCM 1/4/2008;

Richiamate

- la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 314 del 23/3/2009 avente ad oggetto "Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria, alla istituzione dell'osservatorio permanente

e alla istituzione del comitato di programma, ai sensi del DPCM 1/4/2008";

- la Circolare della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali n.15/2012 "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute negli Istituti Penitenziari" che definisce le attività e prestazioni rivolte alla persone detenute negli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna e definito procedure standard omogenee a livello regionale in linea con le ultime linee-guida disponibili nell'ambito dell'assistenza primaria, a livello nazionale e regionale;

- la DGR 588 del 5 maggio 2014 "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali", quale documento di programmazione che definisce le linee di sviluppo organizzativo del settore con cui sono fornite indicazioni alle Aziende USL per la definizione dei programmi locali da svolgere a promozione e tutela della salute delle persone detenute negli Istituti penitenziari regionali, cura il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione delle politiche regionali;

- la DGR n. 1187 del 21 luglio 2014 "Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria in merito alle forme di collaborazione tra l'Ordinamento sanitario e l'Ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli II.PP della Regione e indicazioni per la definizione dei Protocolli locali;

Atteso che:

- in data 22 gennaio 2015 la Conferenza Unificata, con atto rep. n. 3/CU, ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", in attuazione dell'allegato A del DPCM 1/4/2008 (Gazzetta Ufficiale n. 64 del 18 marzo 2015);

Ritenuto:

- di dover recepire il suddetto Accordo in ragione della necessità di dare applicazione sul territorio regionale alle disposizioni di legge attraverso le modalità ivi stabilite, così come disposto all'art 9 "Norme finali" entro 6 mesi dalla data di approvazione dello stesso Accordo;

Preso atto che il suddetto Accordo prevede:

- che le Regioni e le province autonome provvedono alla definizione della propria "Rete dei servizi sanitari penitenziari" entro 180 giorni dall'approvazione dell'Accordo così da garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti trovino adeguata ed appropriata risposta all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali;

- che ogni Regione elabora il proprio modello organizzativo dei servizi penitenziari sulla base della seguente tipologia di servizi: Servizio medico di base, Servizio medico multi-professionale, Servizio medico-professionale integrato, Servizio medico multi-professionale integrato con sezione specializzata;

- che il Servizio medico di base rappresenta la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie e prevede l'offerta in via continuativa, per fasce orarie, di prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), oltre alla presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza;

- che ogni Regione assicura all'interno del proprio territorio la presenza di Servizi sanitari penitenziari in relazione alle esigenze della popolazione detenuta negli IIPP secondo una pianificazione che deve tener conto della realtà esistente in termini di strutture e servizi, della presenza media di detenuti, del numero annuo di ingressi;

- che, attraverso tali Servizi, ogni Regione assicura la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, assicurando, anche, forme di medicina d'iniziativa attraverso la correzione degli stili di vita;

- che ogni Regione individua un soggetto con funzioni di coordinamento della rete regionale penitenziaria, e di quella extra-regionale, per assicurare il corretto funzionamento dei trasferimenti per motivi di salute;

Considerato:

- che l'attuale assetto organizzativo dei Servizi in argomento è già in larga parte in linea con i suddetti criteri;

- necessario definire la programmazione e pianificazione regionale secondo i criteri previsti dal punto 6 dell'art. 2 dell'Accordo della Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015, con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria e delle Aziende USL;

- necessario che, pur nelle more della definizione della suddetta programmazione, le Aziende USL adeguino la tipologia

dei propri servizi sanitari erogati all'interno degli Istituti penitenziari, qualora non rispondenti alle indicazioni dell'Accordo;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera:

1. di recepire, per quanto in premessa esposto, l'Accordo, approvato in data 22 gennaio 2015 dalla Conferenza Unificata con atto rep. n. 3/CU, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali "Strumenti di collaborazione interistituzionale. Collegamento tra le funzioni riguardante la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento", in attuazione del DPCM 1.4.2008, allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di demandare, ad un atto del Dirigente competente la definizione di specifiche indicazioni di maggiore dettaglio sulla pianificazione della rete penitenziaria regionale così da garantire piena operatività alla disciplina oggetto di Accordo;

3. di stabilire che il presente atto non comporterà nessun onere a carico del bilancio regionale;

4. di dare mandato alle aziende USL affinché i Servizi sanitari penitenziari siano adeguati ai criteri indicati nell'Accordo;

5. di pubblicare la presente deliberazione ed il relativo allegato nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

7



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Codice sito: 4.10/2014/67

Presidenza del Consiglio dei Ministri
 CSR 0004734 P-4.23.2.10
 del 20/11/2014



10432319

Al Ministero della Salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Direzione generale della prevenzione

dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- Gabinetto

gabinettoministro@mailcert.lavoro.gov.it

Al Ministero dell'Istruzione, università e ricerca

- Gabinetto

uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Al Ministero della giustizia

- Gabinetto

centrocifra.gabinetto@giustiziacert.it

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Gabinetto

confgabmef@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato

rgs.ragionereregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Veneto

Coordinatore Commissione salute

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

statoregioni@pecveneto.it

All'Assessore della Regione Liguria

Coordinatore Commissione politiche sociali

LORO SEDI



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

Il Segretario
Antonio Naddeo

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'ANADDEO'.

LD

A small, stylized handwritten mark or signature in the bottom left corner of the page.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 novembre 2014:

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

Articolo 1

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO A)



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

**PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL
DOCUMENTO RECANTE**

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

Indice:

Premessa

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



Premessa

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

Accanto a queste prime considerazioni, occorre anche tener presenti:

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

³ Rilevazione effettuata attraverso i referenti tecnici regionali del settore.



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

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

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

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

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

⁴ Accordo in Conferenza Unificata del 17.10.2013



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

Personale

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

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

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



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

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

Modalità organizzative

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

Livelli di intensità terapeutico-riabilitativa

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

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

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

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

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

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



- attività di coordinamento e di rete.

Livelli di intensità assistenziale

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

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento. Trattandosi di utenti minorenni, particolare importanza riveste, nell'immediato e per il futuro, la ricostruzione o a volte addirittura la costruzione ex novo di una rete familiare e sociale di riferimento, ricostruzione da effettuarsi anche con i competenti servizi sociali di Ambito, proprio per poter attivare intorno al minore, tutta la rete sociale. Attenzione specifica andrà infatti dedicata agli utenti privi di valido supporto familiare, per i quali si tratta di interventi fondamentali per consentire una corretta ed adeguata conclusione del percorso di cura e soprattutto per garantire la presenza di punti di riferimento al momento del passaggio all'età adulta, rispetto al quale essi rischiano altrimenti di trovarsi in una situazione di abbandono.

Tipologie di strutture

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

Si individuano pertanto due principali tipologie di strutture:

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

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



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

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

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

Specializzazione e differenziazione dei percorsi di cura

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

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



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

Impegno orario del personale

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

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

Conclusione del percorso di cura residenziale

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

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



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

La continuità assistenziale

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

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

Percorsi residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

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



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

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

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

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

In sintesi quindi:

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

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



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

I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Arete di intervento

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

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



- recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi possono prevedere anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere, non appena possibile, la presenza di interventi per il recupero delle attività scolastiche;
- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano non appena possibile, interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
 - **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con le strutture del territorio (scuola e servizi sociali), al fine di monitorare il progetto terapeutico riabilitativo e la rimodulazione del percorso di cura.

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa possono includere i programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

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

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

Requisiti di personale

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



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

I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Arete di intervento

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

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



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

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

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

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

Requisiti di personale

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

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



I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento

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

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



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

Requisiti di personale

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

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

Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

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

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



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

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

Arete di intervento:

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

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



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

Organizzazione delle attività

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

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

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

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

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

5. Indicazioni per l'accreditamento

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



Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

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

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

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

Requisiti concernenti le competenze professionali

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

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

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

Requisiti concernenti la Comunicazione

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

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



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

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

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

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

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

6 Monitoraggio e verifiche

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, attraverso la raccolta di informazioni omogenee in tutte le regioni, nel contesto delle attività complessive del sistema dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

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



Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti e dei familiari. Tale valutazione è particolarmente indicata per quanto riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali terapeutici per i soggetti provenienti dal circuito penale minorile, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso, per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli *outcome* clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 16 ottobre 2014



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 SETTEMBRE 2015, N. 1384

Rettifica delibera di Giunta regionale n. 959/2015

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 959 del 20/07/2015 recepimento “Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”

Rilevato che nella citata deliberazione è stato inserito un allegato errato;

Ritenuto, pertanto necessario, rettificare, per mero errore materiale, la deliberazione della Giunta regionale n. 959/2015, sostituendo l'allegato parte integrante della citata delibera

con l'allegato al presente atto recante “Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi;

delibera:

1) di rettificare la propria delibera n. 959/2015 sostituendo l'allegato parte integrante con l'allegato al presente atto recante “Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”;

2) di confermare la propria deliberazione n. 959/2015 in ogni altra sua parte.

4



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Rep. n. 3/CU del 22/01/2015

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015:

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

VISTI gli artt. 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del D.P.R. n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando "siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli istituti";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività;

VISTO il d.lgs. 230/99 che all'articolo 1 sancisce che "I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

soddisfaccimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

VISTO l'Allegato A del citato DPCM che stabilisce che "l'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri" e

RILEVATO che il menzionato Allegato A – nonché l'Accordo 20/11/2008 adottato in attuazione dell'articolo 7 del D.P.C.M. 1.04.2008 - reca "Indicazioni sui modelli organizzativi", secondo cui la ASL, nella definizione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, deve tenere conto di taluni criteri, tra i quali la tipologia dei ristretti (collaboratori di giustizia, alta sicurezza ecc.) o particolari esigenze di sicurezza;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 81/CU recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";

VISTO l'articolo 7 del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, su cui è stata sancita intesa nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 82/CSR, che prevede che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare in sede di Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 281/1997, l'Accordo avente ad oggetto: "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari"; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

VISTA la nota in data 22 settembre 2014, con la quale il Coordinamento Tecnico della Commissione Salute ha trasmesso il documento indicato in oggetto, elaborato e condiviso dal gruppo interregionale "Sanità penitenziaria", al fine del perfezionamento di un Accordo in sede di Conferenza Unificata;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 25 settembre 2014 di diramazione del documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria del 15 dicembre 2014, si è svolto un ampio confronto sulla proposta in oggetto e i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e delle Regioni hanno concordato modifiche al testo, recepite nella versione definitiva dell'Accordo trasmessa dal Coordinamento delle Regioni in data 8 gennaio 2015 e diramata in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il Sottosegretario alla salute ha avanzato la proposta di inserire all'articolo 2, punto 2, fine del primo capoverso, la frase "anche



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza", accolta dalle Regioni e Province autonome e dalle Autonomie locali;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

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

CONSIDERATI:

- la relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti sulla sanità penitenziaria, in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale, che hanno avuto luogo presso il Ministero della salute dal 16 giugno al 12 luglio 2011;
- le segnalazioni pervenute successivamente da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, che hanno evidenziato in ambito nazionale, criticità in tema di accesso alle cure dirette ai detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale;
- la opportunità di individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti di tale popolazione;

RITENUTO NECESSARIO fornire indicazioni per la ridefinizione dei contesti e delle modalità con le quali vengono erogate le prestazioni sanitarie a favore delle persone detenute al fine di favorire il superamento delle criticità segnalate;

SI CONVIENE

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

Art. 1

La Rete dei servizi sanitari penitenziari

1. Le Regioni, le Province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria. Le Regioni e le Province autonome definiscono entro 180 giorni la composizione e le modalità di funzionamento della Rete così da garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti trovino adeguata ed appropriata risposta



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali. A questo fine, in relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da questa presentate, ogni Regione e P.A. assicura all'interno del proprio territorio la presenza di servizi sanitari penitenziari in relazione alle esigenze della popolazione detenuta negli IIPP. Nell'Allegato, che costituisce parte integrante del presente Accordo, sono descritte le caratteristiche generali delle tipologie di servizi sanitari penitenziari cui ogni Regione e P.A. fa riferimento per la programmazione dei servizi sanitari necessari negli IIPP del proprio territorio. Il trasferimento presso servizi sanitari di altre Regioni è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in caso di necessità di cure di altissima specializzazione o di cure di particolare complessità clinica (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ustioni, ecc.).

2. Le Regioni e la Province autonome comunicano la composizione della rete assistenziale (intrapenitenziaria, territoriale ed ospedaliera) e la sua organizzazione locale e regionale, all'Amministrazione penitenziaria ed all'Autorità giudiziaria per le determinazioni di rispettiva competenza.
3. Nel caso in cui il Direttore generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato – su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda sanitaria competente, il trasferimento di detenuti bisognosi di cure è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in uno degli istituti penitenziari della Regione, tenuto conto della valutazioni del soggetto cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale (Rete sanitaria interpenitenziaria regionale interaziendale), su proposta del responsabile del servizio/istituto di partenza e sentito quello del servizio/istituto di destinazione. Per i trasferimenti per motivi di salute in altra Regione, riservati esclusivamente alle patologie di maggior gravità, l'Amministrazione penitenziaria si avvale anche della collaborazione del soggetto regionale che coordina la rete, le cui valutazioni concorrono alla individuazione discrezionale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.

Art. 2
I Servizi della Rete

1. Ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale Azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta; fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi.
2. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione necessaria, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura in conformità alla normativa vigente.

3. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acuzie o zone 'smoke-free', regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della Azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre Aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti. Come previsto nel D.P.C.M. 1.4.2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 13/10/2011, in merito alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", le Aziende Sanitarie garantiscono alle persone con disturbi mentali appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale. A tal fine, le Aziende sanitarie elaborano con le Direzioni penitenziarie protocolli operativi volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in ambiente penitenziario secondo quanto previsto dall'accordo della Conferenza Unificata del 19/01/2012. Gli interventi sono effettuati all'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico, attraverso il collegamento con le Aziende sanitarie del territorio di residenza del detenuto. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'Azienda sanitaria. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.i., 18/80 e s.m.i., 104/92 e s.m.i., 68/99 e s.m.i., si applicano le procedure della normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'Azienda sanitaria di residenza.
4. In situazioni di emergenza-urgenza l'Azienda Sanitaria garantisce all'interno degli Istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio medico interno ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di 'pronto soccorso' in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.
5. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti,



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

soggetti con disagio/disturbo mentale, detenuti con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate.

6. La pianificazione regionale della rete tiene conto di:
- realtà esistente in termini di strutture e servizi,
 - capienza dell'istituto,
 - numero annuo di ingressi,
 - presenza media di detenuti,
 - territori a più alto tasso di criminalità,
 - sedi penitenziarie con particolari tipologie di detenuti,
 - istituti penitenziari attrezzati con specifiche strutture sanitarie interne, per i quali sia predisposto un servizio di continuità assistenziale medica ed infermieristica presente h 24.
7. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (SPOKE). Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari. A questo fine, le Regioni e le province autonome procedono alla:
- Individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.
 - Individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere: procedure definite quali 'ricovero' o 'degenza' possono riferirsi solo a specifici 'reparti ospedalieri di medicina penitenziaria' (ex 'medicina protetta'). I ricoveri presso tali strutture sono attuati su disposizione della autorità giudiziaria (trasferimento per cure) che ne stabilisce il termine anche secondo le indicazioni dei sanitari del reparto ospedaliero. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'articolo 7 del d.l. 14 giugno 1993 n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.

Art. 3
Accreditamento

1. Nelle more del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento ai sensi della normativa vigente, i servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti penitenziari rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione e di accreditamento istituzionale.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2. La Amministrazione Penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche, la Regione e la ASL stipulano appositi protocolli d'intesa che stabiliscono il cronoprogramma degli eventuali lavori di adeguamento delle strutture di cui al comma 1.
3. Come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 29 aprile 2009, sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I suddetti interventi sono inseriti nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria, per consentire il completamento dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento

Art. 4

La programmazione dei Servizi medici multiprofessionali integrati con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le Regioni e le Province autonome si dotano di un Servizio medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I. - Tipo C1), di cui all'Allegato: ex 'Centri Diagnostico-Terapeutici' o 'Centri Clinici', anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di siffatta modalità organizzativa. Tali centri erogano prestazioni di assistenza specialistica di cui al punto 4 dell'Allegato, le cui tipologie e volumi costituiscono il riferimento oggettivo per il riparto delle risorse statali appositamente destinate ai CDT;
2. I Centri clinici attualmente in funzione sono: Bari "Francesco Rucci", Genova "Marassi", Messina, Milano "Opera", Milano "San Vittore", Napoli "Poggioreale - G. Salvia", Napoli "Secondigliano", Massa, Parma, Pisa "Don Bosco" (maschile e femminile), Roma "Regina Coeli", Sassari, Torino 'Lorusso e Cotugno', Busto Arsizio. Sono in via di attivazione: Cagliari "Uta" e Catanzaro. L'accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso, n.1, che definisce insopprimibili i centri clinici di Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli e Napoli Secondigliano.
3. L'apertura o la eventuale soppressione di S.A.I. viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche.

Art. 5

Monitoraggio e armonizzazione

1. L'applicazione del presente Accordo è oggetto di:
 - a. monitoraggio da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria che procede a verificare lo stato dell'offerta sanitaria negli istituti penitenziari alla data dell'entrata in vigore del presente accordo e, con cadenza annuale, lo stato di realizzazione e il funzionamento delle Reti regionali dei servizi per l'assistenza sanitaria ai detenuti. Le



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

- Regioni e le Province autonome si impegnano a fornire relazioni scritte ovvero a partecipare ad audizioni dirette;
- b. verifica della graduale progressiva armonizzazione dell'erogazione omogenea dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Art. 6

Criteri di appropriatezza

1. Le Aziende Sanitarie sono titolari della gestione di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta e dei bambini al seguito di madri detenute, laddove presenti. A tal fine dispongono che la propria organizzazione sia oggetto di un'attività di valutazione e miglioramento della qualità a cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari adottano regolamenti coerenti con le linee guida di Società scientifiche, con indirizzi istituzionali o di gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presenza in carico, protocolli operativi tra servizi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard, note e condivise ai vari livelli del SSN. I criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti.

Art. 7

Utilizzazione delle risorse aziendali da parte di terzi a fini di cura e/o medico-legali

1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del DPR 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.
2. Ferma restando la necessaria autorizzazione della Azienda sanitaria competente, per l'utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è dovuto, nei casi di cui al comma 1, uno specifico corrispettivo a carico del detenuto medesimo.
3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza Unificata, sono stabiliti:
- le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;
 - i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.

Art. 8

Norma finanziaria

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2016 i criteri di riparto delle risorse finanziarie assegnate alle Regioni e P.A. per la sanità penitenziaria tengono conto dell'attuazione del presente Accordo.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Art. 9
Norme finali

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire i contenuti del presente accordo entro 6 mesi dalla data di approvazione del medesimo, con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali.
2. L'attuazione del presente accordo deve avvenire senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica; per la sua graduale attuazione le Regioni e le province autonome si avvalgono delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Antonio Maddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO

**SERVIZI SANITARI IN AMBITO PENITENZIARIO:
Indice per la programmazione e glossario generale**

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario" operante sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Il medico responsabile/referente definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione Penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate. Il responsabile del Servizio è responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti "atti aziendali".

I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e riflettono le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali.

Le Regioni e Province autonome tengono conto nell'ambito della propria programmazione, dei criteri esplicitati al punto 6 dell'articolo 2 dell'Accordo, al fine di elaborare il proprio modello organizzativo di sanità penitenziaria, sulla base delle tipologie di servizi di seguito dettagliati. Tale modello tiene conto della complessità e della numerosità delle situazioni sanitarie della popolazione detenuta, nonché della situazione organizzativa preesistente al passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario

1. Servizio medico di base

È la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. Essa offre in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongano una presa in carico a lungo termine.

Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'IP o presso i servizi dell'Azienda sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie.

Il servizio svolge attività sanitaria di promozione di salute, diagnosi e cura di patologie o comorbidità di basso impatto assistenziale. Garantisce inoltre l'esecuzione dei test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto) anche attraverso le articolazioni territoriali delle ASL.

2. Servizio medico multi-professionale integrato

Questa tipologia di servizio si differenzia dalla precedente per la presenza del personale sanitario, medico ed infermieristico sulle 24 ore. Oltre a quanto presente nel "Servizio medico di base", sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) oltre a tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbide presenti nella struttura. In tale maniera questo servizio è in grado di fornire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbidità, l'osservazione e il trattamento del post-acuzie quando non particolarmente intenso.

Continuano ad essere garantiti l'attività di promozione della salute, degli screening e dell'attività fisica adattata per la prevenzione delle patologie croniche.

3. Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata

Alle caratteristiche del servizio medico multi professionale integrato aggiunge la presenza di una



sezione detentiva sanitaria specializzata, dedicata a fornire assistenza sanitaria a detenuti affetti da specifici stati patologici, come di seguito specificato. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. Questi servizi potrebbero essere dotati anche di diagnostica ecografica e di personale per l'erogazione di trattamenti specialistici di medicina fisica e riabilitazione per l'erogazione di trattamenti post-acuzie. Non è prevista la cessione in uso dei relativi ambienti (stanze di detenzione) a titolo gratuito all'ASL competente.

Le sezioni sanitarie specializzate.

La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'articolo 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.

Per quanto riguarda i soggetti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi menomazioni della capacità motoria, soggetti non vedenti o ipovedenti gravi), non risulta necessaria la previsione di specifiche sezioni, considerando che la libertà di movimento può essere garantita con l'abbattimento delle barriere architettoniche. Laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse possono essere soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e riabilitazione ovvero, in base alle specifiche condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche. I soggetti in questione devono essere accolti in ambienti penitenziari appositamente allestiti, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'amministrazione penitenziaria individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza col principio della territorialità della pena. L'amministrazione penitenziaria cura l'assistenza alla persona anche col ricorso a specifiche figure di detenuti *care givers* ('lavoranti'), contribuendo alla stesura di un opportuno regolamento sanitario di gestione della sezione sanitaria. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.



Sulla base delle previsioni normative, vengono di seguito specificate le tipologie di sezioni specializzate dedicate ai soggetti con malattie infettive, ai soggetti con disturbi mentali e ai soggetti tossicodipendenti.

3.1 Sezioni per detenuti con malattie infettive

Ogni Regione e PA individua sezioni o camere di detenzione per l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie infettive, che necessitino di cure specifiche. Nel caso di infezione da HIV, ai sensi dell'Accordo rep. 33/CU del 15 marzo 2012 "Infezione da HIV e detenzione" le linee generali di gestione clinica sono condivise con l'Unità Operativa Ospedaliera di Malattie Infettive di riferimento, valorizzando l'attività delle risorse umane interne. Particolare attenzione deve essere dedicata ad evitare che si creino condizioni di segregazione dal contesto.

3.2 Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali

L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975, trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008".

In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici", è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui



all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario¹, ai soggetti di cui all'articolo 112 del D.P.R. medesimo² ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.

3.3 Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) facenti parte di istituti più grandi. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Servizio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale: è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono presentare una gestione simile alla tipologia precedente; anche in questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le unità sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

4. **Servizio medico Multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) - (ex Centri Diagnostico-Terapeutici o Centri Clinici)**

Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità e sostituisce i "Centri Diagnostico-Terapeutici" o "Centri Clinici" tuttora attivi ed esistenti ai sensi dell'art. 17, comma 4, del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. n. 230/2000). Il S.A.I. ha un assetto organizzativo che integra le tipologie dei servizi multiprofessionali integrati; può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate. Detto servizio risponde a bisogni di salute che necessitano di assistenza sanitaria specialistica continuativa, assicurando prestazioni sanitarie assistenziali di tipo intensivo ed estensivo extraospedaliero, che non possono essere garantite nei servizi a minore complessità organizzativa. L'inserimento in tali strutture risponde a valutazioni strettamente sanitarie, tramite la definizione di criteri per il trasferimento e la durata della permanenza. Il venir meno delle motivazioni cliniche che giustificano la permanenza nel S.A.I. è certificata dal medico responsabile e l'Amministrazione penitenziaria provvede alla tempestiva traduzione all'istituto di provenienza, qualora diverso da quello attuale. I locali sanitari sono concessi in comodato d'uso gratuito secondo quanto previsto dall'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 29 aprile 2009. L'istituto penitenziario presso cui è attivato il Servizio Multiprofessionale Integrato (S.A.I. ex C.D.T./C.C.) può ospitare, in ambienti penitenziari, detenuti che, per situazioni di rischio



sanitario, possono richiedere un maggiore e più specifico intervento sanitario e restano candidabili per una misura alternativa (affidamenti, ecc.) o per differimento o sospensione della pena per motivi di salute.

5. Ospedale HUB/SPOKE con stanze dedicate o Reparto ospedaliero per detenuti

Si tratta dei servizi previsti dalla legge 296/93 art. 7, destinati a degenze prolungate in caso di patologie complesse. Gli ambienti sanitari sono sempre situati nell'ambito di strutture ospedaliere e presentano dimensioni e collocazione variabili a seconda del modello organizzativo del servizio ospedaliero ospitante. L'apertura o la eventuale soppressione di queste strutture viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria. L'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento dei detenuti ricoverati. Il detenuto ricoverato continua ad essere sottoposto a regime detentivo e pertanto continua a godere dei diritti e delle garanzie riconosciute dalla normativa vigente alle persone sottoposte a tale regime (telefonate e colloqui con i familiari e con i difensori, possibilità di fare acquisti, contatti con il personale penitenziario e con la Polizia Penitenziaria per le attività matricolari quali ad esempio la possibilità di inoltrare istanze direttamente all'Autorità Giudiziaria, ecc.). Pertanto, il detenuto può chiedere direttamente alla A.G. di autorizzare telefonate e colloqui o attribuire benefici quali gli arresti domiciliari, la detenzione domiciliare o la sospensione dell'esecuzione della pena o altro. Solo con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di "ricovero e degenza".



Glossario

C.C.: Casa Circondariale

C.R.: Casa di Reclusione

D.A.P.: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: È la struttura del Ministero della Giustizia deputata allo svolgimento dei compiti relativi al sistema carcerario.

I.C.A.T.T.: Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti: Istituto penitenziario o sezione di istituto in cui si provvede alla riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, mediante l'attuazione di programmi di medicina delle dipendenze e di altre attività terapeutiche, a carico delle aziende sanitarie. Il trattamento penitenziario si integra con i programmi terapeutici con la collaborazione degli enti territoriali, il terzo settore, il volontariato e le comunità terapeutiche.

ISTITUTI PENITENZIARI: sono distinti in:

- Casa circondariale in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio o quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni);
 - Casa di reclusione, che è l'istituto adibito all'espiazione delle pene di maggiore entità;
 - Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (art. 62 legge 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario): Colonie agricole, Case di lavoro, Case di cura e custodia (C.C.C.), Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.)
- C.C.C e O.P.G. saranno sostituiti dalle strutture residenziali di cui al comma 2 art. 3 ter della legge 17.2.2012 n. 9 e successive modificazioni.

S.A.I. (Servizio Multiprofessionale integrato di Assistenza Intensiva): ex C.D.T./C.C.

SEZIONI SANITARIE PENITENZIARIE: spazi fisici dedicati ad attività sanitarie specializzate in ambito penitenziario

Se.A.T.T.: Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti.

TRATTAMENTO PENITENZIARIO E RIEDUCAZIONE:

Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.

I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva. Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Il trattamento è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia.



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 LUGLIO 2015, N. 960

Recepimento dell'Accordo n. 138/CU del 13/11/2014 riguardante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza"

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato:

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

Richiamate:

- la L.R. 29/2004 e successive modifiche "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale";

- la L.R. n. 2/2003 e successive modifiche "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Viste:

- la propria deliberazione n. 911/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e della Adolescenza: requisiti specifici di accreditamento e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali", la quale detta indirizzi alle Aziende sanitarie per la standardizzazione dei percorsi clinici ed organizzativi per gli utenti delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA), definisce le priorità per la qualificazione di alcuni percorsi clinico-assistenziali e approva i requisiti specifici di accreditamento delle strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, territoriali e ospedaliere;

- la propria deliberazione n. 313/2009, che approva "Il Piano Attuativo della Salute Mentale 2009-2011", il quale definisce la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza come "rete delle reti" riconoscendo l'importanza che all'interno delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA), siano individuati team specialistici qualificati su temi di specifico interesse, con il duplice scopo di adeguare i percorsi diagnostici e le modalità di presa in carico operate nelle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza alle evidenze tecnico-scientifiche espresse nelle linee guida internazionali e nazionali, promuovere fra tutti i professionisti delle UONPIA il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, nelle molteplici attività

richieste alle équipe territoriali, inclusa la relazione con le famiglie, con i centri specialistici e le istituzioni (scuola, servizi sociali, organismi giudiziari);

Dato atto che la Regione Emilia-Romagna in ottemperanza a quanto previsto dalla deliberazione n. 911/2007 e al fine di garantire, nell'ambito dei progetti terapeutici e riabilitativi di minori con patologie, l'inserimento in strutture sanitarie durante le ore diurne o per tutta la giornata, si è dotata complessivamente di:

- 8 posti letto in Residenza Terapeutica Intensiva per Minori (RTI-I) presso la struttura Il Nespolo, Villa IGEA, Modena

- 5 posti letto in Residenza Terapeutica Intensiva per Minori (RTI-M) presso la struttura San Polo, Azienda Sanitaria di Parma, San Polo di Torrile, Parma

- 4 posti letto in Residenza Terapeutica post acuzie per Minori (RTP-M) presso la struttura San Polo, Azienda Sanitaria di Parma, San Polo di Torrile, Parma

- 12 posti nella struttura semiresidenziale terapeutica/riabilitativa presso Il Nespolo, Villa IGEA, Modena

- struttura semiresidenziale terapeutica/riabilitativa La luciola, presso Stuffione di Ravarino (MO)

e che tali strutture sono state già accreditate;

Visto:

- l'Accordo del 13/11/2014 ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane su "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" Rep. Atti n.138/CU del 13/11/2014;

- Considerato necessario recepire il succitato Accordo al fine di garantire l'uniformità applicativa delle linee d'indirizzo in tutto il territorio regionale nonché garantirne il coordinamento e il monitoraggio clinico ed organizzativo;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera:

1. di recepire, per le ragioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, il succitato Accordo n.138/CU del 13/11/2014, parte integrante della seguente delibera, concernente "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza";

2. di pubblicare la presente deliberazione e i relativi allegati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

7



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Codice sito: 4.10/2014/67

Presidenza del Consiglio dei Ministri
 CSR 0004734 P-4.23.2.10
 del 20/11/2014



10432319

Al Ministero della Salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Direzione generale della prevenzione

dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- Gabinetto

gabinettoministro@mailcert.lavoro.gov.it

Al Ministero dell'Istruzione, università e ricerca

- Gabinetto

uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Al Ministero della giustizia

- Gabinetto

centrocifra.gabinetto@giustiziacert.it

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Gabinetto

confgabmef@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato

rgs.ragionereregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Veneto

Coordinatore Commissione salute

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

statoregioni@pecveneto.it

All'Assessore della Regione Liguria

Coordinatore Commissione politiche sociali

LORO SEDI



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

Il Segretario
Antonio Naddeo

LD



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. Atti n. 138/cu del 13 NOV. 2014
LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 novembre 2014:

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

Articolo 1

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO A)



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

**PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL
DOCUMENTO RECANTE**

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

Indice:

Premessa

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



Premessa

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

Accanto a queste prime considerazioni, occorre anche tener presenti:

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

³ Rilevazione effettuata attraverso i referenti tecnici regionali del settore.



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

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

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

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

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

⁴ Accordo in Conferenza Unificata del 17.10.2013



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

Personale

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

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

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



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

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

Modalità organizzative

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

Livelli di intensità terapeutico-riabilitativa

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

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

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

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

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

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



- attività di coordinamento e di rete.

Livelli di intensità assistenziale

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

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento. Trattandosi di utenti minorenni, particolare importanza riveste, nell'immediato e per il futuro, la ricostruzione o a volte addirittura la costruzione ex novo di una rete familiare e sociale di riferimento, ricostruzione da effettuarsi anche con i competenti servizi sociali di Ambito, proprio per poter attivare intorno al minore, tutta la rete sociale. Attenzione specifica andrà infatti dedicata agli utenti privi di valido supporto familiare, per i quali si tratta di interventi fondamentali per consentire una corretta ed adeguata conclusione del percorso di cura e soprattutto per garantire la presenza di punti di riferimento al momento del passaggio all'età adulta, rispetto al quale essi rischiano altrimenti di trovarsi in una situazione di abbandono.

Tipologie di strutture

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

Si individuano pertanto due principali tipologie di strutture:

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

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



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

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

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

Specializzazione e differenziazione dei percorsi di cura

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

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



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

Impegno orario del personale

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

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

Conclusione del percorso di cura residenziale

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

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



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

La continuità assistenziale

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

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

Percorsi residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

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



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

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

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

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

In sintesi quindi:

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

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



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

I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento

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

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



- recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi possono prevedere anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere, non appena possibile, la presenza di interventi per il recupero delle attività scolastiche;
- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano non appena possibile, interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
 - **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con le strutture del territorio (scuola e servizi sociali), al fine di monitorare il progetto terapeutico riabilitativo e la rimodulazione del percorso di cura.

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa possono includere i programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

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

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

Requisiti di personale

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



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

I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Arete di intervento

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

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



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

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

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

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

Requisiti di personale

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

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



I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa

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

In particolare si possono evidenziare:

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

Aree di intervento

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

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



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

Requisiti di personale

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

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

Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

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

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



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

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

Arete di intervento:

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

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



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

Organizzazione delle attività

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

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

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

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

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

5. Indicazioni per l'accreditamento

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



Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

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

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

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

Requisiti concernenti le competenze professionali

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

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

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

Requisiti concernenti la Comunicazione

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

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



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

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

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

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

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

6 Monitoraggio e verifiche

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, attraverso la raccolta di informazioni omogenee in tutte le regioni, nel contesto delle attività complessive del sistema dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

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



Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti e dei familiari. Tale valutazione è particolarmente indicata per quanto riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali terapeutici per i soggetti provenienti dal circuito penale minorile, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso, per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli *outcome* clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 16 ottobre 2014



COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.