

<p style="text-align: center;">Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Psichiatriche</p>
--

Premessa

I presenti requisiti sostituiscono quelli previsti per le “Residenze sanitarie psichiatriche a trattamento intensivo, protratto e socio-riabilitativo (RTI, RTP, RSR)” contenuti nei “Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di psichiatria adulti” (DGR n. 327/2004). Per l'autorizzazione al funzionamento rimangono validi i requisiti specifici di “Residenza sanitaria psichiatrica” contenuti nella stessa DGR n. 327/2004.

I nuovi requisiti di accreditamento rispondono agli indirizzi del Piano attuativo salute mentale (DGR n. 313/2009) e del Piano di azione nazionale per la salute mentale (Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 4/CU del 24 gennaio 2013). Entrambi i Piani sottolineano la missione terapeutico-riabilitativa delle residenze sanitarie psichiatriche, prevedendo garanzie degli standard di assistenza, della verifica del progetto riabilitativo personalizzato, della continuità assistenziale con il Centro di salute mentale e della progettualità condivisa con la persona in cura e la sua famiglia. Per le tipologie di trattamento residenziale, in particolare, si è tenuto conto delle indicazioni contenute nel primo documento attuativo del Piano di azione nazionale, elaborato dal “Gruppo di lavoro residenzialità psichiatrica”, coordinato da Agenas, validato il 25 febbraio 2013 dal Gruppo interregionale salute mentale (GISM) quale proposta da sottoporre all'esame della Conferenza Stato-Regioni. La definizione delle tipologie di intervento residenziale è stata pertanto integrata, anche nelle specifiche denominazioni, dalle definizioni individuate nel recente documento interregionale .

Sulla base di queste indicazioni sono state ridefinite le seguenti tipologie di residenza sanitaria psichiatrica:

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine(RTI) – Programma post-acuzie

Strutture con assistenza sanitaria sulle 24 ore (requisito di autorizzazione RSPAU 2.5 della DGR n. 327/2004), che accolgono pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto e subacuto non gestibile in ambito territoriale. Le RTI svolgono funzioni diagnostico-terapeutiche, riabilitative di base e trattamenti psicosociali finalizzati al reingresso nella comunità.

La degenza massima è di norma di 30 giorni prorogabili fino a 60.

Residenza per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva)

La struttura è deputata al trattamento psicosociale per pazienti con disfunzionalità moderata o grave, eleggibili per la riacquisizione dei ruoli sociali validi e rispondenti alle aspettative e alle richieste del contesto. Le attività sviluppate sono finalizzate al mantenimento delle abilità possedute o alla riacquisizione di abilità, in vista di un successivo rientro al proprio domicilio o inserimento in famiglia o verso una domiciliarità con vari gradienti di supporto. L'assistenza sanitaria deve essere garantita per 6 ore/die (requisito di autorizzazione RSPAU 2.3 della DGR n. 327/2004)

Il progetto terapeutico ha durata annuale e deve prevedere valutazioni periodiche almeno semestrali. In casi motivati, nei pazienti con disfunzionalità grave, è possibile una ulteriore proroga per un tempo massimo di un anno.

1. Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine(RTI) – Programma post-acuzie

Le RTI sono strutture, costituite da moduli fino a 20 posti letto, con assistenza sanitaria sulle 24 ore e svolgono funzioni diagnostico-terapeutiche, riabilitative di base e trattamenti psicosociali

finalizzati al reingresso nella comunità (es. gruppi terapeutici, incontri psicoeducazionali). In rete con le strutture dipartimentali del DSM-DP garantiscono l'appropriatezza terapeutica per pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto e subacuto non gestibile in ambito territoriale.

Sono inoltre criteri di eleggibilità le seguenti condizioni:

- patologia psichiatrica maggiore, secondo i sistemi di classificazione diagnostica in uso;
- accettazione volontaria di inserimento residenziale
- assenza di grave discontrollo degli impulsi
- assenza di urgente disintossicazione da sostanze
- non prevalenti patologie organiche gravi (es. demenza, ritardo mentale grave, sindromi astinenziali, internistiche...)

L'accoglienza è finalizzata a:

- approfondimento diagnostico-terapeutico
- pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale
- recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base)
- valutazione longitudinale della capacità di autogestione e del mantenimento di stabilità clinica

Modalità di accesso:

L'accesso avviene su richiesta clinica del CSM per ricoveri programmati entro 5 giorni o prioritari entro 24 ore accompagnato da scheda di invio. Le quote percentuali dei ricoveri attuabili in urgenza devono essere definite dal DSM-DP di riferimento, in accordo con la RTI. L'accesso da SPDC avviene previo accordo del CSM, per la gestione di situazioni complesse e multiproblematiche (come ad esempio scompenso psicopatologico, problematiche familiari, famiglia patologica, problematiche sociali e lavorative, preparazione di presa in carico per i pazienti non conosciuti dal CSM, ecc) che necessitano di tempi di ricovero protratti.

La degenza massima in RTI è di norma di 30 giorni prorogabili fino a 60. In casi motivati e personalizzati è possibile una ulteriore proroga, in tal caso deve essere compilata una "Scheda di proroga oltre i 60 gg", autorizzata dal CSM e con valutazione multi professionale da parte dei soggetti coinvolti (il CSM inviante, il terapeuta di riferimento e il Direttore di DSM-DP o suo delegato). La scheda di proroga deve contenere il programma terapeutico propedeutico alla dimissione con indicazione del tempo ulteriore necessario alla risoluzione delle criticità che hanno portato al prolungamento dell'inserimento residenziale.

I progetti individualizzati sono verificati periodicamente in équipe interna come previsto nei piani di attività;

Il personale è costituito da un'équipe multiprofessionale garantita dalla:

- ♦ presenza dello psichiatra per almeno 8 ore giornaliere nella fascia diurna dal lunedì al venerdì e per almeno 4 ore nella giornata del sabato. Nella fascia notturna, festiva e prefestiva deve essere garantita una pronta disponibilità psichiatrica;
- ♦ presenza di 2 operatori h 24 di cui almeno 1 infermiere e di una ulteriore unità nella fascia diurna (ore 8 – 20) dei giorni feriali; tale unità può essere rappresentata anche dall'OSS (o di OTA e ADB, fino ad esaurimento di tali figure);
- ♦ presenza del coordinatore infermieristico;

Nota: Fino ai 12 pl lo standard può essere graduato in modo proporzionale ai posti letto, garantendo comunque la presenza contemporanea di 2 operatori.

Nel computo delle presenze non è conteggiato il coordinatore infermieristico, che può prestare il proprio servizio anche in modo non esclusivo per la struttura.

Sulla base di attività specifiche effettuate dalla RTI e per la complessità e diversificazione del percorso clinico-assistenziale del paziente ricoverato deve essere prevista la disponibilità di uno psicologo per le attività della residenza attribuibili alla funzione psicologico-psicoterapeutica (es.

psicoterapie brevi, gruppi terapeutici...) e di altre figure professionali (es. educatori, tecnici della riabilitazione,).

2. Residenza per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva)

La struttura è deputata al trattamento psicosociale per pazienti con disfunzionalità moderata o grave, eleggibili per la riacquisizione dei ruoli sociali validi e rispondenti alle aspettative e alle richieste del contesto. Le attività sviluppate sono finalizzate al mantenimento delle abilità possedute o alla riacquisizione di abilità.

Il target è rappresentato da pazienti con psicopatologia complessa ma con margini di miglioramento clinico e funzionale per i quali è necessario realizzare un piano di trattamento evolutivo del funzionamento personale, sociale e lavorativo in vista di un successivo rientro al proprio domicilio o inserimento in famiglia o verso una domiciliarietà con vari gradienti di supporto. La dimissione può essere indirizzata anche verso strutture socio-sanitarie.

L'accesso avviene su invio del CSM, mediante una relazione contenente una valutazione iniziale e gli obiettivi di trattamento; al termine del percorso viene effettuata una valutazione multi professionale da parte dei soggetti coinvolti (il CSM inviante, il terapeuta di riferimento e il Direttore di DSM-DP o suo delegato) e viene redatta una relazione conclusiva con la quale il paziente viene inviato nuovamente al CSM.

Il progetto terapeutico ha durata annuale, deve prevedere valutazioni periodiche almeno semestrali. In casi motivati, nei pazienti con disfunzionalità grave, è possibile una ulteriore proroga per un tempo massimo di un anno; in tal caso deve essere compilata una "Scheda di proroga oltre l'anno", autorizzata dal CSM e con valutazione multi professionale da parte dei soggetti coinvolti (il CSM inviante, il terapeuta di riferimento e il Direttore di DSM-DP o suo delegato).

La scheda di proroga deve contenere il programma terapeutico propedeutico alla dimissione con indicazione del tempo ulteriore necessario alla risoluzione delle criticità che hanno portato al prolungamento dell'inserimento residenziale.

La responsabilità del raggiungimento degli esiti del trattamento è della struttura residenziale, la responsabilità della presa in carico resta al CSM.

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

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

Sulla base di attività specifiche effettuate dalla RTR, l'équipe deve essere integrata da altre figure professionali (es. assistenti sociali ..)

Per i moduli tra 15 e 20 posti letto, nei turni di lavoro sono presenti contemporaneamente e continuativamente in orario diurno (ore 8 – 20) almeno 3 operatori, di cui 1 educatore/ tecnico della riabilitazione. Per l'infermiere deve essere garantita presenza minima di 36/38 ore settimanali complessive.

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

In orario notturno devono essere presenti 2 operatori.

Nel computo delle presenze non è conteggiato il coordinatore, che può prestare il proprio servizio in modo non esclusivo per la struttura.

Fino a 14 posti letto, in orario diurno (ore 8 – 20) deve essere garantita la presenza di almeno 2 operatori, e in orario notturno è garantita la presenza di 1 operatore e la reperibilità di un secondo operatore.

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

Nell'ambito di questa tipologia residenziale le strutture possono prevedere la presenza di un

Modulo residenziale per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a breve termine a carattere intensivo (RTR-intensiva).

In via sperimentale possono essere accreditati programmi residenziali brevi e intensivi, anche come moduli residenziali all'interno di RTR-estensive, rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, che possono comprendere gli esordi psicotici e i disturbi gravi di personalità, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa senza necessità di assistenza medico-infermieristica h24. Oltre ai requisiti di personale già previsti nelle RTR-estensive, i programmi RTR-intensivi devono prevedere standard potenziati per la presenza di psichiatra/psicologo e di educatori/tecnici della riabilitazione nelle ore diurne (anche in alternativa agli OSS), in relazione ai bisogni assistenziali e al progetto terapeutico del paziente. L'assistenza sanitaria deve essere garantita per 6 ore/die (requisito di autorizzazione RSPAU 2.3 della DGR n. 327/2004).

La durata del programma è di norma di 30 giorni prorogabili fino a 60. In casi motivati e personalizzati è possibile una ulteriore proroga, in tal caso deve essere compilata una "Scheda di proroga oltre i 60 gg", autorizzata dal CSM e con valutazione multi professionale da parte dei soggetti coinvolti, in analogia con la procedura prevista per le proroghe oltre i 60 gg nelle RTI

3. Requisiti Strutturali comuni

Oltre ai requisiti autorizzativi per le strutture di nuova costruzione, a far data dalla emanazione del presente documento, le Residenze psichiatriche devono prevedere:

- un'area dedicata agli ospiti oltre al soggiorno/pranzo
- un locale per i colloqui
- un locale per le attività sanitarie
- una sala riunioni
- 1 bagno per ogni camera di degenza

4. Requisiti Organizzativi comuni

Le strutture devono garantire la registrazione delle informazioni nei sistemi gestionali al fine di soddisfare i debiti informativi (SISM) regionali e nazionali.

5. Clinical competence e Formazione

Deve esservi evidenza della pianificazione integrata della formazione nel DSM DP e tra DSM-DP e Residenze private accreditate.

Devono essere previsti eventi formativi integrati.

Devono essere descritti nei principali documenti della Struttura e nella programmazione del servizio, i presupposti indispensabili per la crescita professionale del personale operante nelle strutture residenziali psichiatriche e per l'efficacia dei loro interventi articolati come segue:

1. Riferimento metodologico

Lo sviluppo della competenza professionale richiede un'attenta pianificazione di programmi poliennali, che definiscano anche il riferimento teorico adottato.

L'acquisizione, da parte degli operatori, di un metodo li dota di quelle competenze necessarie per contrastare i processi di desocializzazione, insegnare le abilità, supportare e orientare i pazienti nell'inserimento socio-lavorativo, negoziare con i soggetti sociali che sostengono i loro ruoli, costruire rapporti di alleanza con le famiglie.

2. Formazione d'equipe

La formazione d'equipe è strumento indispensabile, da rivolgere con continuità a tutte le figure professionali impegnate.

Deve esserci evidenza di programmi pluriennali di formazione coerenti con i riferimenti teorici utilizzati dalla struttura.

I programmi di formazione devono coinvolgere tutte le figure che compongono l'equipe, anche delle figure professionali non soggette ad obbligo ECM

3. Valutazione della formazione.

Evidenza di strumenti e metodi definiti dalla struttura finalizzati alla valutazione del possesso delle competenze richieste agli operatori (es. attraverso la supervisione, riunioni d'equipe, colloqui valutativi e motivazionali, test di autovalutazione....)

L'educatore di nuova acquisizione deve essere in possesso dei requisiti formativi previsti dalla normativa vigente.

6. **Monitoraggio nella erogazione dei servizi e valutazione della performance**

Deve essere definito un **elenco di prodotti e procedure operative rappresentativi del percorso di cura e delle interfacce più rilevanti**, con fattori di qualità posti in garanzia attraverso indicatori e standard.

La struttura deve possedere i seguenti **requisiti**:

- monitoraggio dell'applicazione delle procedure adottate
- integrazione con l'ente inviante nelle varie fasi del processo di cura
- utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti e condivisi con l'ente inviante
- percorso per garantire l'informazione al paziente e ai familiari e il consenso informato del paziente
- monitoraggio con registro di eventi rilevanti
- verifica dell'appropriatezza del trattamento attraverso il monitoraggio:
 - del percorso di cura
 - dei tempi di permanenza
 - dei disturbi iatrogeni e in particolare sindromi da impregnazione neurolettica, sindromi maligne da neurolettici, significativo incremento ponderale/sindrome metabolica correlati all'uso di antipsicotici/Stabilizzatori Umore (STU)/Antidepressivi
- modalità strutturate di coinvolgimento dei familiari
- modalità di dimissione concordata con l'inviante

Le procedure operative, concordate con il CSM, devono riguardare la

- continuità terapeutica con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione (scheda di invio e lettera di dimissione) compresa la dimissione assistita
- appropriatezza del ricovero con rispetto dei criteri di accesso e monitoraggio dei tempi di permanenza
- condivisione degli obiettivi di cura

Il registro per il monitoraggio degli eventi rilevanti, anche informatizzato, deve dare evidenza scritta degli stessi riportando data, orario, identificativo del paziente, descrizione dell'evento e deve riguardare almeno:

- allontanamento non concordato dalla struttura/mancati rientri
- infortuni per conflitto tra pazienti e tra pazienti e operatori

- suicidi e tentativi di suicidio
- patologie ab ingestis
- eventi identificati attraverso le schede di incident reporting.

La valutazione delle performance deve prevedere l'effettuazione sistematica di audit.

7. Documentazione sanitaria

Deve essere garantita, in riferimento alla Delibera regionale 1706/2009, la redazione accurata e la corretta tenuta della **documentazione clinica**, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori e la rintracciabilità dei documenti che la compongono (cartella clinica, infermieristica / socioriabilitativa, relazioni di passaggio in diverse strutture).

Il progetto personalizzato, presente nella documentazione di cui sopra, deve contenere:

- data di ingresso, obiettivi terapeutico-riabilitativi;
- indicazione del medico del CSM con cui è concordato il progetto
- controllo clinico periodico
- colloqui con le figure professionali di riferimento
- partecipazione all'attività terapeutico-riabilitativa
- contatti con il responsabile del CSM di riferimento della persona assistita
- terapia farmacologica
- valutazione di esito con scala di valutazione validata
- data di dimissione e indicazione del medico con cui si sono concordate le dimissioni

Nella documentazione sanitaria devono essere accuratamente registrati per iscritto:

- dati anamnestici complessivi
- note cliniche
- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici

8. Indicatori

INDICATORI								
DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALI	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Tempestività di accesso/trattamento (RTI)	N. ammissioni entro 5 gg dalla richiesta / N. tot ammissioni		Indicatore di tempestività che esprime la qualità organizzativa e professionale dell'offerta	Almeno 60% dei ricoveri	UO DSM/DP Azienda Regione	Sistema Informatico	Annuale Raccolta del dato su base campionaria.	Efficienza organizzativa e appropriatezza professionale. Può essere utilizzato a fini gestionali

Utenti ad alta complessità di cura	RTI: N. ricoveri > 30 gg consecutivi /N. tot. dei ricoveri nell'anno N. ricoveri > 60 gg consecutivi / N. tot. dei ricoveri nell'anno RTR: N. permanenze > 1 anni /N. tot. pz trattati nell'anno		Indicatore di complessità di gestione e appropriatezza organizzativa e professionale	< al 60%	UO DSM/DP Azienda	Sistema informatico o Cartella Clinica	Annuale	Qualità organizzativa e professionale dei processi assistenziali e gestionali. Individuazione criticità e inapproprietezze con ricerca di soluzioni organizzative (Multiprofessionale : Psichiatra, Psicologo, Infermiere e Figure professionali di altri servizi)
---	--	--	--	----------	-------------------	--	---------	---

Valutazione dell'Outcome	RTR: N. pazienti con valutazione annuale (con scala validata) / N. pazienti presenti RTI/RTR: N. dimessi con valutazione dell'esito nell'anno/ N. dimessi anno		Indicatore di esito del processo di cura	$\geq 80\%$ (Entro i tre anni dalla approvazione della DGR)	UO DSM/DP Azienda Regione	Cartella Clinica Sistema Informatico	Annuale Valutazione da effettuarsi all'inizio e alla fine del percorso con scala validata	Outcome della gestione clinica. Indicatore di appropriatezza ed efficacia.
Efficacia del processo clinico assistenziale	N. drop out anno/ N. tot ammissioni anno		Output del processo terapeutico	$\leq 10\%$ RTI $\leq 20\%$ RTR	UO DSM/DP Azienda Regione	Cartella Clinica Sistema Informatico	Annuale	I risultati devono essere valutati in riferimento all'analisi della gestione dei casi.

Indice

1. Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine(RTI) – Programma post-acuzie	1
2. Residenza per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva).....	3
3. Requisiti Strutturali comuni	4
4. Requisiti Organizzativi comuni.....	4
5. Clinical competence e Formazione	4
6. Monitoraggio nella erogazione dei servizi e valutazione della performance.....	5
7. Documentazione sanitaria	6
8. Indicatori.....	7