

Linee programmatiche sulla residenzialità

dei Servizi di Salute mentale adulti,
Dipendenze patologiche
e Neuropsichiatria dell'infanzia
e adolescenza
della Regione Emilia-Romagna

Allegato 1 alla delibera di Giunta Regionale n. 1322 del 01/07/2024

Stampa Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna

Bologna, luglio 2024

Linee programmatiche sulla residenzialità

**dei Servizi di Salute mentale adulti,
Dipendenze patologiche
e Neuropsichiatria dell'infanzia
e adolescenza
della Regione Emilia-Romagna**

GRUPPO DI LAVORO

Con determinazione n. 15756 del 19/07/2023 ad oggetto "Nomina componenti del gruppo di coordinamento residenzialità psichiatrica e dei gruppi operativi nei tre diversi ambiti della Salute Mentale Adulti, SERDP, NPIA" sono stati nominati i componenti del gruppo di coordinamento e dei gruppi operativi nei tre diversi ambiti della Salute Mentale Adulti, SerDP, NPIA, come di seguito elencati:

Gruppo Coordinamento

Alessio Saponaro, Regione Emilia-Romagna
Roberto Muratori (coordinatore), AUSL Bologna e Regione Emilia-Romagna
Sandra Ventura, Regione Emilia-Romagna
Maristella Salaris, Regione Emilia-Romagna
Fabio Lucchi, AUSL Bologna
Angela Trappoli, AUSL Bologna
Fabrizio Starace, AUSL Modena
Donatella Marrama, AUSL Modena
Massimo Rossetti, AUSL Piacenza
Corrado Cappa, AUSL Piacenza
Patrizia Ceroni, AUSL Parma
Paola Carozza, AUSL Ferrara
Antonella Mastrocola, AUSL Romagna

Gruppo operativo residenzialità Salute Mentale Adulti

Corrado Cappa (coordinatore), AUSL Piacenza
Paola Daniela Turilli, AUSL Ferrara
Donatella Marrama, AUSL Modena
Pietro Nucera, AUSL Romagna
Valeria Musiani, AIOP
Patrizia Turci, Lega Coop
Simonetta Gaddoni, ConfCooperative
Maurizio Fisicaro, AGCI-Dolce

Hanno fornito il loro contributo:

Federico Boaron, Michela Cappai, Fabio Dito, Mariagrazia Fontanesi, Claudia Nerozzi, Antonio Nicolaci, Giuseppina Paulillo, Pietro Pellegrini, Nazario Santolini, Francesco Sartini, Elisabetta Zucchini, Massimo Zucchini

Gruppo operativo residenzialità SerDP

Teo Vignoli, AUSL Romagna
Maria Luisa Grech, AUSL Bologna
Chiara Gabrielli (coordinatrice), AUSL Modena
Antonio Boschini, San Patrignano
Antonio Lanzoni, Coordinamento Enti Accreditati
Roberta Carozzo, Coordinamento Enti Accreditati
Hazem Cavina, Coordinamento Enti Accreditati

Gruppo operativo residenzialità NPIA

Gabriela Gildoni (coordinatrice), AUSL Reggio-Emilia
Graziella Pirani, AUSL Modena
Simona Chiodo, AUSL Bologna
Andrea Tullini, AUSL Romagna
Antonella Squarcia, AUSL Parma
Martina Bottazzi, Gruppo CEIS
Cristina Donati, AIOP

Indice

01 INTRODUZIONE.....	12
02 NORMATIVA DI RIFERIMENTO, TIPOLOGIE DI RESIDENZIALITÀ E TEMPI DI PERMANENZA IN STRUTTURA.....	18
2.1 TIPOLOGIE DI STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI.....	18
2.2 VALORIZZAZIONE DELLA FUNZIONE RIABILITATIVA DELLE STRUTTURE.....	20
2.3 COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI SOCIOSANITARI: L'UVM.....	20
2.4 STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE.....	21
2.5 NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO.....	22
03 ANALISI QUANTITATIVA DELL'OFFERTA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE IN REGIONE.....	24
3.1 OFFERTA DI SERVIZI IN REGIONE.....	25
3.2 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ NELLA SALUTE MENTALE ADULTI.....	27
3.3 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ IN NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA.....	31
3.4 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	32
3.5 DATI EPIDEMIOLOGICI ED ECONOMICI.....	34
3.6 TEMPI DI PERMANENZA IN STRUTTURA.....	38
04 MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO.....	40
4.1 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLA SALUTE MENTALE ADULTI.....	41
4.1.1 Che cosa è la riabilitazione psichiatrica (RP).....	41
4.1.2 Il processo riabilitativo.....	42
4.1.3 La riabilitazione psichiatrica orientata alla recovery.....	42
4.1.4 Funzione delle strutture residenziali riabilitative (mission).....	43
4.1.5 I trattamenti psicosociali da utilizzare nel processo riabilitativo.....	44
4.2 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLE DIPENDENZE.....	47
4.2.1 Nascita del sistema dei percorsi integrati per le dipendenze.....	47
4.2.2 Il percorso residenziale.....	49
4.2.3 La comunità come metodo.....	49
4.2.4 Gli strumenti di lavoro.....	51
4.2.5 Il reinserimento.....	52
4.3 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLA NEUROPSICHIATRIA.....	52
4.3.1 Specificità dei percorsi residenziali nei minori.....	52
4.3.2 La rete integrata dei servizi.....	53

4.3.3	Aspetti rilevanti per gli assistiti in età evolutiva.....	54
4.3.4	La comunità come risposta ai bisogni individuali.....	55
05	PERCORSI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN SALUTE MENTALE ADULTI.....	56
5.1	LE TIPOLOGIE DI STRUTTURE.....	57
5.1.1	Residenza a trattamento intensivo (RTI).....	57
5.1.2	Residenza a trattamento riabilitativo estensivo (RTR-E).....	57
5.1.3	Ambito sociosanitario.....	58
5.2	CRITERI DI ACCESSO.....	58
5.3	STRUMENTI DI VALUTAZIONE.....	59
5.3.1	Strumenti di valutazione nel setting residenziale della RTI.....	59
5.3.2	Strumenti di valutazione nei setting residenziali RTR-E e strutture sociosanitarie psichiatriche.....	60
5.4	IL PROGETTO RIABILITATIVO.....	62
5.5	INNOVAZIONI DA PORTARE AL SISTEMA.....	63
5.5.1	Indicatori sulle potenzialità riabilitative.....	63
5.5.2	Offerta terapeutica residenziale per pazienti sottoposti a provvedimenti giudiziari.....	65
5.5.3	Modalità di accesso, presa in carico e dimissione nei trattamenti residenziali estensivi socio-riabilitativi per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.....	66
5.5.4	Assistiti con Disturbi del Comportamento in Disturbi del Neurosviluppo.....	66
5.5.5	Assistiti giovani con esordi di gravità psicopatologica.....	67
5.6	LA TRANSIZIONE DALLA CONDIZIONE DI RESIDENZIALITÀ ALLA VITA AUTONOMA.....	67
5.7	LA CONCLUSIONE DEL PROGRAMMA RESIDENZIALE ATTRAVERSO LA TRANSIZIONE DALLA CONDIZIONE DI RESIDENZIALITÀ ALLA VITA AUTONOMA.....	68
06	PERCORSI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	74
6.1	PROCESSI DIREZIONALI INTEGRATI.....	75
6.1.1	Commissioni miste di Monitoraggio/Commissioni Paritetiche Accordi con Enti Accreditati.....	75
6.1.2	Criteri di accesso ai percorsi residenziali.....	76
6.2	STRUMENTI DI VALUTAZIONE INIZIALE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE D'ESITO.....	77
6.3	IL RUOLO DELL'AUDIT.....	79

07	PERCORSI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER LA NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA.....	80
7.1	CRITERI DI ACCESSO.....	81
7.1.1	Prerequisiti per un corretto inserimento in RTI-M.....	81
7.2	IL PROGRAMMA RESIDENZIALE.....	83
7.2.1	L'avvio.....	83
7.2.2	La costruzione del progetto individuale.....	84
7.2.3	L'uso dei farmaci in residenza.....	85
7.2.4	Prevenzione dell'impulsività.....	85
7.3	STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER FASE INIZIALE, IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DI ESITO.....	86
7.4	LA FASE DELLA DIMISSIONE.....	86
7.5	IL COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI SOCIALI.....	87
7.6	INNOVAZIONI DA PORTARE AL SISTEMA.....	91
7.6.1	Le strutture semiresidenziali terapeutico riabilitative per la Neuropsichiatria.....	91
08	MODELLI, STRUMENTI E PROSPETTIVE PER L'INNOVAZIONE NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI	94
8.1	LA CARTELLA UNICA REGIONALE ELETTRONICA CURE COME STRUMENTO DI INNOVAZIONE.....	95
8.2	DM77 E STARDARD PER SALUTE MENTALE ADULTI, SERDP E NPIA.....	96
8.3	SERVIZI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE.....	97
8.3.1	Riattualizzare strumenti e metodi: il governo dell'inclusione sociale.....	97
8.3.2	Realizzare un nuovo welfare comunitario: il Budget di salute ed i Servizi di Comunità e Prossimità.....	98
8.4	SERVIZI INNOVATIVI DA ATTIVARE NELLE DIPENDENZE.....	100
8.4.1	Residenzialità sanitaria e sociosanitaria.....	100
8.4.2	Ambiti di particolare attenzione.....	101
8.4.2.1	Stimolanti e cocaina.....	101
8.4.2.2	Adolescenti.....	101
8.4.2.3	Centri per l'osservazione e Diagnosi.....	102
8.4.2.4	Addiction comportamentali "altre" rispetto al GAP.....	102
8.5	SERVIZI INNOVATIVI DA ATTIVARE NELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA.....	102
8.6	DIFFUSIONE DELLA CULTURA ORIENTATA ALLA RECOVERY ATTRAVERSO STRUMENTI CHE REALIZZINO L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ED UN NETWORK DI COMUNITÀ.....	103
8.6.1	UVM.....	103
8.6.2	Budget di salute.....	104
8.6.3	I recovery colleges.....	106

8.6.4	La Prescrizione sociale.....	108
8.6.4.1	Housing first.....	109
8.6.4.2	Domiciliarità innovativa sostenuta da Budget di salute.....	109
8.6.5	Cluster housing.....	110
8.6.6	Il Modello degli “Ambienti Abilitanti di Sostegno all’Abitare”	110
8.6.7	Inserimento eterofamiliare supportato di adulti.....	110
8.7	RISPETTO DEGLI STANDARD DEI TEMPI DI PERMANENZA NELLE STRUTTURE.....	110
8.8	RIDEFINIZIONE DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO.....	111
8.9	STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA SINERGICO E ELASTICO DI RISPOSTA AI BISOGNI ESPRESSI DALLA POPOLAZIONE.....	112
09	BIBLIOGRAFIA.....	114
9.1	SALUTE MENTALE ADULTI.....	115
9.2	DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	117
9.3	NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	122
9.3.1	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza.....	122
9.3.2	Tariffe delle residenze sanitarie.....	122

Premessa

Le residenze pubbliche e private per la Salute mentale, le Dipendenze patologiche e la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono un pilastro fondamentale nell'assistenza fornita ai cittadini. Nel corso degli anni in Regione Emilia-Romagna si è sviluppata un'ampia gamma di strutture, con diversi livelli di intensità trattamentale, dall'intensivo a breve termine alle residenze riabilitative a medio termine, fino alle strutture sociosanitarie orientate alla cura a lungo termine.

Tuttavia, i dati a nostra disposizione evidenziano la necessità di rivedere e innovare il sistema di cura residenziale, considerando l'aumento dei disturbi mentali e delle dipendenze, soprattutto tra i giovani, e l'urgente bisogno di adattarsi a queste nuove sfide. Ciò implica una riflessione critica sull'efficacia delle attuali modalità residenziali e semiresidenziali, con un'attenzione particolare alla personalizzazione dei percorsi terapeutici e alla promozione della ripresa personale e dell'inclusione sociale.

Nonostante il consistente investimento economico nel settore, ci sono ancora diverse sfide da affrontare, tra cui la riduzione dell'istituzionalizzazione, i tempi di trattamento troppo elevati, la valutazione degli outcome, la ridefinizione dei criteri di accreditamento e lo sviluppo di nuove tipologie di residenze basate sui bisogni emergenti.

L'adozione del Budget di salute, dei Servizi di comunità e prossimità, dei metodi di inclusione sociale, nuove forme di domiciliarità, sistemi che valorizzino la centralità della persona e favoriscano interventi mirati basati su valutazioni condivise di bisogni e risorse, rappresentano un punto di riferimento importante per innovare l'approccio alla residenzialità. Questo modello incoraggia una maggiore inclusione sociale coinvolgendo attivamente la comunità, gli assistiti, le famiglie e gli enti del terzo settore.

Questo documento propone una serie di innovazioni e strategie sfidanti per raggiungere percorsi di cura evidence-based orientati alla recovery, compresa la formazione dei professionisti, l'aggiornamento dei requisiti di accreditamento e l'implementazione di nuovi strumenti di valutazione. L'obiettivo finale è quello di promuovere una residenzialità che favorisca il pieno recupero delle persone, garantendo il loro reinserimento nella vita sociale e lavorativa e rispettando i loro diritti umani.

In conclusione, la trasformazione del sistema di residenzialità richiede un impegno continuo e collaborativo da parte di tutti gli attori coinvolti, al fine di garantire un supporto efficace e personalizzato agli assistiti, favorendo la loro piena inclusione e autodeterminazione all'interno della comunità di appartenenza.

Ricorre quest'anno il centenario della nascita di Franco Basaglia, uno dei principali promotori della riforma prevista dalla Legge 180 del 1978 che rappresenta un importante punto di svolta nella storia della psichiatria italiana e mondiale. Non c'è miglior modo di onorare questo evento con un documento che definisce la riforma della residenzialità nella Salute mentale e nelle Dipendenze patologiche in Regione Emilia-Romagna basata proprio sul sistema di valori e proponendo un modello di cura all'interno della comunità, dove le persone possano mantenere i propri legami familiari, sociali e amicali.

Si avvia quindi un nuovo percorso, non facile, ma che progressivamente darà i suoi buoni frutti.

Luca Baldino

Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare

01. Introduzione

Le residenze pubbliche e private accreditate per la Salute mentale adulti, le Dipendenze patologiche e la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

Nel corso degli anni è stata costruita un'offerta ampia, articolata e complessa, che vede rilevanti differenze a seconda delle aree disciplinari. Infatti l'area della Salute mentale adulti, anche a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Civili e Giudiziari, ha visto una componente sanitaria costituita dalle residenze psichiatriche a Trattamento Intensivo (RTI) e Residenza per Trattamenti Riabilitativi a carattere estensivo (RTR-Estensiva), ed una componente sociosanitaria (Comunità Alloggio, Gruppi Appartamento, Abitare supportato) che si è andata modificando nel tempo anche a seguito dell'applicazione dello strumento Budget di salute.

Nell'area delle Dipendenze Patologiche la gran parte delle strutture è di tipo sanitario e oltre a Centri per l'Osservazione e Diagnosi (COD), Comunità Terapeutiche e Pedagogiche, si sono sviluppate strutture sociosanitarie orientate a rispondere ai bisogni di cure continuative e di lungo periodo.

L'area della NPIA vede un ambito sanitario molto limitato ed una pluralità di strutture non sanitarie (socioeducative e sociali) nell'ambito delle quali vengono attuati inserimenti di casi complessi ex DGR 1102/2014.

Una rete, quindi, tutt'altro che omogenea che richiede un profondo ripensamento e riordino.

Con il DPCM del 12 gennaio 2017 (DM LEA) sono stati definiti i livelli di assistenza semiresidenziale e residenziale, sanitaria e sociosanitaria, articolando i servizi perseguendo la centralità degli assistiti e i loro differenti bisogni, puntando alla personalizzazione dei percorsi terapeutici.

A fronte di questa rilevante offerta, diventa importante porre attenzione all'efficacia degli inserimenti residenziali, dibattito che non riguarda solo la Regione Emilia-Romagna, ma coinvolge tutto l'ambito nazionale. Nel rapporto IstSan su Residenza psichiatrica: analisi e prospettive è riportato che "perdura pertanto una diffusa insoddisfazione sull'attuale sistema delle strutture residenziali, ritenuto scarsamente idoneo al perseguimento della recovery personale e sociale, e fondato su un concetto di "continuum assistenziale" riferito alle diverse strutture piuttosto che ai diversi bisogni di assistenza che una persona può richiedere nel medesimo contesto"¹.

La pandemia da Covid-19 ha modificato, e radicalizzato, i bisogni dei cittadini nell'ambito della Salute mentale e le Dipendenze patologiche, mettendo il sistema di cura in rilevante difficoltà. Da qui si è posta la domanda se rispetto all'aumento di psicopatologia dei preadolescenti e adolescenti, all'acuirsi dei bisogno assistenziali delle persone con disturbi psichici, l'attuale tassonomia delle strutture semiresidenziali e residenziali sia ancora valida o vi sia la necessità di ripensare al modello di cura, mettendo sempre al centro della programmazione delle azioni terapeutico-riabilitative il progetto personalizzato, sviluppato in stretta collaborazione con il soggetto e la sua rete sociale, in una prospettiva orientata alla ripresa personale e all'inclusione sociale, con interventi a sostegno mirati sui bisogni della persona nelle diverse fasi della sua vita ed all'interno del suo contesto.

¹ Scattoni M.L. (a cura di), Residenza psichiatrica: analisi e prospettive, Rapporti IstiSan, n. 9/2023.

Per realizzare gli obiettivi di emancipazione ed autonomizzazione, nella fase residenziale occorre pertanto porre sempre attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza. Il modello del Budget di salute, così come definito dalle Linee di indirizzo regionali ² e dalle Linee programmatiche nazionali ³ per le sue caratteristiche di centralità della persona vista nel suo contesto di vita, di flessibilità e personalizzazione degli interventi sulla base della valutazione condivisa di bisogni e risorse, finalizzati alla permanenza o al rientro nel domicilio prescelto, di coinvolgimento attivo di tutti i portatori di interesse, risponde a tali esigenze e può costituire un utile riferimento per innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore ed il volontariato in genere ed, in primis, le persone stesse e le loro famiglie. In quest'ottica, gli istituti giuridico amministrativi della co-programmazione e co-progettazione possono rivestire un ruolo strategico nel rendere realizzabili gli obiettivi di coinvolgimento partecipato e responsabilizzazione di tutti gli attori, istituzionali e non, e di attivazione comunitaria che rappresentano l'humus necessario a sostenere il passaggio dall'approccio prestazionale a quello fondato sulla valutazione personalizzata delle risorse e dei bisogni che caratterizza i percorsi di cura e riabilitazione orientati alla recovery.

La necessità di un'impellente revisione delle attuali condizioni della residenzialità sulla Salute Mentale o le Dipendenze Patologiche scaturisce da una serie di aspetti che sono stati discussi con i professionisti e con la Consulta Regionale Salute Mentale:

- differenze territoriali rilevanti in merito all'utilizzo delle strutture residenziali;
- elevata permanenza dell'utenza nelle strutture residenziali sanitarie, soprattutto per le strutture riabilitative;
- carente definizione degli obiettivi riabilitativi, con conseguenti scarse possibilità di applicazione delle abilità apprese nei contesti di vita;
- età avanzata degli assistiti inseriti in residenza e, di conseguenza, difficoltà all'ingresso di assistiti giovani;
- bassa adozione di strumenti di valutazione dei requisiti di accesso e di dimissibilità dalle strutture;
- insufficiente prospettiva di inclusione sociale e lavorativa dell'utenza tramite la creazione di legami stabili attivi con le realtà sociali e lavorative del territorio
- basso livello di utilizzo di strumenti standardizzati di assesment, non solo in riferimento a diagnosi e gravità clinica e funzionale, ma anche ad aspetti sociali, economici e relazionali, e di outcome, sia per definire le priorità e l'appropriatezza degli inserimenti, sia per la valutazione dei risultati ottenuti con il trattamento riabilitativo finalizzato ad obiettivi di recovery e di dimissione possibile.

² Giunta Regionale Emilia-Romagna *"Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute"*
DGR n.154, 20 ottobre 2015

³ Conferenza Unificata Repertorio atto n. 104/CU 6 luglio 2022 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante *"Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti"*

Eppure, l'investimento economico in questo ambito è rilevante. La spesa per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubblici e privati nel 2022 - solo per la Salute Mentale Adulti - è stata di € 144.048.406, pari al 54,3% del totale della spesa sostenuta dai Servizi di Salute Mentale Adulti. In breve, su circa l'8% degli assistiti in residenza si investe più della metà delle risorse disponibili. Di fronte a un tale investimento economico, vi è la necessità di un altrettanto forte investimento sull'efficientamento del sistema, affinché produca interventi di qualità, orientati alla recovery e alla piena ripresa delle condizioni di vita ed al rispetto dei diritti delle persone.

Questi e tanti altri elementi sono emersi dai dati riportati nelle analisi regionali e dal confronto con i professionisti delle strutture pubbliche e private, con i Direttori delle Unità operative e dei DSM-DP, con la Direzione Generale regionale e con esperti a livello nazionale ⁴ che hanno portato la Regione Emilia-Romagna a definire un programma strategico che la impegnerà per i prossimi anni, poiché il cambiamento in questo ambito richiede orientamento, tempo, attenzione, strategia, risorse. In particolare, l'attenzione è posta su alcuni aspetti:

Deistituzionalizzazione - Evitare i nuovi processi di istituzionalizzazione nelle residenze, in particolare contrastando, soprattutto per le strutture sanitarie, ogni utilizzo che risponda a bisogni sociali ed obiettivi assistenziali e non riabilitativi orientati alla recovery; promuovere la deistituzionalizzazione significa cambiare mandato alla residenzialità collegandola con i servizi e la comunità. In particolare per le RTI con i Centri di Salute Mentale per creare modelli sulle 24 ore, inserire le RTE nei diversi PDTA (Esordi psicotici, DCA, DGP, Neurosviluppo, Giudiziari) e trasformare la Residenzialità sociosanitaria in Servizi di Comunità e Prossimità radicati nel territorio (Comunità), in grado di utilizzare metodologie e strumenti come il Budget di salute volti a sostenere (nella prossimità), la vita indipendente in alloggi e al contempo evitare ogni forma di abbandono e isolamento. Questo significa assicurare a tutti la realizzazione di Progetti di Vita, il diritto ad autodeterminarsi, a vivere in modo indipendente, seppure supportato, in un alloggio scelto, personalizzato secondo quanto previsto dalle LG sulla Deistituzionalizzazione delle Nazioni Unite e il programma Quality Right dell'OMS. In questo processo va realizzata la *recovery istituzionale* e cioè la progressiva trasformazione ad alloggi e cohousing delle Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento.

Ridefinizione dei criteri di accreditamento - Dopo tanti anni occorre ridefinire nuovi criteri, più rispondenti alle sollecitazioni determinate dal nuovo contesto sociale ed economico, dai mutati fattori culturali, epidemiologici e demografici, dai nuovi bisogni clinici e terapeutici oltre che dalle conoscenze tecnico scientifiche.

Valutazione outcome - Riattivare/attivare la funzione valutativa dei servizi, pubblici e privati, al fine di strutturare interventi che abbiano una provata efficacia sul percorso riabilitativo; promuovere la funzione valutativa anche in termini di qualità della vita e rispetto dei diritti umani.

Nuovi strumenti - Puntare sull'integrazione con strumenti efficaci e innovativi, come il Budget di salute, che persegue come obiettivi prioritari l'affermazione del principio della non istituzionalizzazione della domanda, la promozione del protagonismo delle persone viste non solo come consumatori ma anche come produttori di beni e servizi di *welfare*, l'attuazione del principio di sussidiarietà e la valorizzazione delle risorse informali di cura della comunità. Le stesse strutture residenziali, pubbliche e private,

⁴ Scattoni M.L. (a cura di), *Op. cit.*

devono appropriarsi dello strumento del Budget di salute quale strumento innovativo che può sostenere l'inserimento comunitario delle persone.

Questo documento, evidenziando le strategie necessarie per il raggiungimento di percorsi *evidence based*, efficaci ed efficienti, fornisce la base per il raggiungimento di altri due fondamentali obiettivi:

- formazione di livello regionale, finalizzata a uniformare le conoscenze e le pratiche dei professionisti delle strutture e dei servizi, verso una loro corretta applicazione;
- aggiornamento dei requisiti di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, sulla base di quanto definito con i professionisti;
- proporre un modello di valutazione degli step e dei risultati raggiunti, basato anche su dati oggettivi derivati dalla corretta registrazione nella cartella CURE;
- proporre delle nuove tipologie di residenze o semiresidenze secondo un modello sviluppato sulla base dei nuovi bisogni clinico-assistenziali rilevati attraverso il monitoraggio e la valutazione dei professionisti.

Resta inteso che la finalità ultima di tutto il documento è di definire una residenzialità che propone la recovery come obiettivo principale, orientata a ricollocare le persone nel proprio contesto di vita sociale, ampliando il proprio intervento a tutti gli "assi" fondamentali per l'inclusione, compresi il lavoro e le relazioni sociali, favorendo il riappropriarsi della propria dimensione di vita in tutte le fasi del percorso in strutture residenziali e non solo in quella finale.

Alle residenze, pubbliche e private, è chiesto di essere non solo *parte* attiva del percorso di recovery delle persone ospiti ma anche protagonisti partecipi di un processo di recovery istituzionale. La sfida da raccogliere è la trasformazione del mandato della residenzialità sanitaria e sociosanitaria che, pur avendo svolto un ruolo essenziale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici, oggi deve rinnovarsi secondo l'approccio fondato sui principi della vita indipendente, personalizzato e capacitante, basato sul diritto alla casa come primo luogo di cura e di vita, sull'autodeterminazione del progetto di vita nella comunità di riferimento, chiamata attivamente a sviluppare il proprio capitale sociale per prendersi cura, educare, abilitare, promuovere il benessere di tutti i suoi cittadini.

Il ruolo e il supporto della Consulta Regionale Salute Mentale sono rilevanti nel raggiungimento degli obiettivi che si pone di raggiungere questo documento.

02. Normativa di riferimento, tipologie di residenzialità e tempi di permanenza in struttura

2.1 TIPOLOGIE DI STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

L'offerta di strutture semiresidenziali e residenziali per la Salute Mentale, sia per le Dipendenze Patologiche è definita da documenti e norme di livello nazionale e regionale.

Per la **Salute Mentale** le strutture residenziali psichiatriche vengono distinte per i diversi livelli di intensità assistenziale, intervento terapeutico-riabilitativo e il grado di autonomia degli assistiti ⁵. In particolare, sono individuate tre tipologie di strutture residenziali:

Denominazione nazionale	Denominazione Regione Emilia-Romagna
SPR1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) - Programma post-acuzie
SPR2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere Estensivo	Residenze per trattamenti riabilitativi biopsico-sociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva);
SPR3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con diversi livelli di intensità assistenziale a seconda della presenza del personale sociosanitari o nelle 24 ore giornaliere, nelle 12 ore giornaliere o per fasce orarie	Comunità diurne per la salute mentale, Comunità alloggio per la salute mentale e i Gruppi appartamento h24.

Per le **Dipendenze Patologiche** la durata e la tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali sono chiaramente definite nell'Accordo CU "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" del 1999 e nel DM Lea del 2017. In particolare, sono definiti:

Denominazione nazionale	Denominazione Regione Emilia-Romagna
Trattamenti specialistici, per assistiti persone con dipendenza patologica e concomitante di disturbi psichiatrici o altre problematiche o che richiedono particolari interventi	Struttura residenziale Doppia diagnosi Struttura residenziale per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica Strutture madre-bambino
Trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, e reinserimento sociale.	Strutture terapeutiche /Riabilitative residenziali e semiresidenziali
Trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa.	Strutture pedagogico/Riabilitative residenziali e semiresidenziali

⁵ Ministero della Salute, *Le strutture residenziali psichiatriche*, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013.

In merito alle **strutture per minori**, vi sono due delibere della Regione Emilia-Romagna che rappresentano la struttura portante dell'intervento residenziale. La prima è la DGR 911/2007 con la quale sono stati precisati i "Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza", in particolare è stato definito il modello regionale per le strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie; con la delibera di Giunta regionale 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari", che qualifica il sistema degli interventi che vengono attivati a protezione e sviluppo dei minori, sono stati definiti requisiti strutturali e organizzativi di ogni tipologia di comunità finalizzato a garantire un intervento educativo qualificante che fornisca risposte adeguate ai bisogni dei minori allontanati dalla famiglia o a rischio di allontanamento (percorsi definiti in ambito di tutela del minore con provvedimento del TM). È in questa deliberazione che troviamo definite le diverse tipologie di strutture educative ed educative integrate oggi esistenti in regione. Con la DGR 960/2015 è stato recepito dall'Accordo in CU n.138 del 13/11/2014 il documento Nazionale per gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (Strutture sanitarie).

2.2 VALORIZZAZIONE DELLA FUNZIONE RIABILITATIVA DELLE STRUTTURE

Il tempo di permanenza in struttura è tra le più importanti variabili che definiscono la qualità delle cure erogate nelle strutture residenziali. In particolare, si evidenzia la rilevanza degli elementi iatrogeni nella lunga permanenza in struttura che "comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale" ⁶.

È necessario attivare un processo innovativo basato sul rispetto dei tempi di permanenza in struttura e dei tempi di inserimento programmato dai servizi, sia in relazione a quanto riportato dalla normativa, sia in merito a quanto riportato nel presente documento, al fine di proporre un intervento efficace ed evitare fenomeni di istituzionalizzazione.

Vale il principio di base che deve essere strettamente rispettato, che le strutture residenziali sanitarie della Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza non possono essere utilizzate per sopperire alla mancanza di strutture sociosanitarie sul territorio o per rispondere alle necessità di supporti di tipo sociale o sociosanitario.

2.3 COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI SOCIOSANITARI: L'UVM

L'UVM è uno strumento istituzionale (DGR 303/2009, DGR 1554/15) che garantisce la coerenza del percorso di cura e di riabilitazione all'interno della comunità di vita della persona.

È necessario attivare, prima dell'avvio del percorso residenziale, la presentazione in UVM del caso o, se non possibile, nelle prime fasi dell'inserimento. Le decisioni prese in UVM dovrebbero accompagnare il percorso del cittadino sia sul territorio che nei percorsi residenziali.

⁶ Rapporto ISTSAN, *Op. cit.*

A questo proposito si ritiene opportuno che a livello locale-regionale siano definiti i criteri di compartecipazione sociosanitaria nei percorsi innovativi quali il Budget di salute, tenendo anche presenti la non autosufficienza e la compartecipazione del cittadino e della sua famiglia.

Il punto di vista dei Servizi Sociali territoriali e gli strumenti degli interventi assistenziali sociali sono utile garanzia di riduzione dei rischi di cronicità iatrogena, a favore di una progettualità inclusiva che guarda all'intera comunità e non solo alla popolazione target bisognosa di assistenza sanitaria specialistica.

2.4 STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE

Nell'ambito delle Dipendenze Patologiche, dal 2013 con la DGR 1718/2013, l'accordo tra RER e Enti accreditati si è arricchito di uno *strumento che declina i requisiti specifici accreditanti dei percorsi integrati nel sistema pubblico-privato*. Dalla prima sperimentazione effettuata questi requisiti furono soprannominati "Requisiti REX". I requisiti REX sono stati definiti a garanzia di:

- Integrazione tra i SerDP e le CT sui percorsi individuali
- Sicurezza nelle transizioni
- Gestione di sistema integrato a livello del singolo percorso e dei processi direzionali.

L'evidenza dell'applicazione dei requisiti e la modulistica REX (Schede REX), parte integrante della documentazione sanitaria, sono state pienamente integrate nella cartella CURE.

Al fine di evidenziare chiaramente i risultati di dieci anni di esperienza nell'applicazione dei Requisiti REX, il gruppo di esperti multidisciplinare impegnato nella redazione del presente documento ha ritenuto di vagliare i requisiti e sottoporli a valutazione FMECA (Failure Mode and Effect Criticality Analysis) nonché ad una proposta di miglioramento dei requisiti stessi. Attraverso la FMECA possono essere valutati i processi complessi in atto o attuabili, in un'ottica proattiva. Dalla valutazione è stata evidenziato come il miglioramento di requisiti possa interessare diverse aree di miglioramento:

- Diagnosi funzionale (risorse, skills, competenze), relazionale e di contesto (famiglia, rete personale, rete di Comunità), anamnestica (outcome precedenti trattamenti) e di sintesi sul caso;
- Evidenza di condivisione con altri attori sul caso delle verifiche;
- Organizzazione prima dell'inizio del percorso, durante il percorso e prima della dimissione di UVM;
- Rappresentazione in continuum e in unicum del percorso tra CT, territorio e risorse di vita;
- Assesment con strumenti condivisi;
- Sostegno alla motivazione al percorso residenziale/semi-residenziale;
- Definizione di strumenti di outcome sia sul versante clinico che del funzionamento.

Questo percorso esperienziale e operativo è stato un modello di riferimento per la progettazione della cartella CURE e rappresenta una base di riferimento per progettare nuovi requisiti di qualità e di collaborazione tra territorio e residenze.

2.5 NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

Dal 2011 la Regione Emilia-Romagna ha redatto una serie di deliberazioni in merito all'organizzazione, l'autorizzazione e l'accreditamento delle residenze sanitarie e sociosanitarie per la Salute mentale, le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza.

Qui si riportano alcuni atti (Delibere di Giunta regionale e Legge regionale) di riferimento:

- n. 564/2000 "direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di aids, in attuazione della L.R. 12/10/1998, n. 34";
- n. 327/2004, e successive modificazioni e integrazioni, n. 1332/2011 e n. 1943/2017, relativamente ai requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna;
- n. 26/2005 "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso- ulteriori precisazioni";
- n. 911/2007 "Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA): Requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali";
- n. 1830/2013 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle residenze sanitarie psichiatriche";
- n. 1423/2015 "Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento";
- n. 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie";
- n. 886/2022 relativamente alle nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. 22/2019;
- n. 1919/2023 "L.R. N. 22/19 - Procedure applicative in materia di autorizzazione delle attività sanitarie e di comunicazione di svolgimento di attività sanitaria. prime indicazioni di anagrafe regionale".
- Legge regionale n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 E n. 4 del 2008".
- DGR 960/2015 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".

03. Analisi quantitativa dell'offerta semiresidenziale e residenziale in regione

3.1 OFFERTA DI SERVIZI IN REGIONE

La Regione Emilia-Romagna può contare su una ampia presenza di strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, che offrono servizi nell’ambito della Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza. A prescindere dalla tipologia di strutture, dal tipo di assistenza erogata (psichiatrica, per le Dipendenze Patologiche o per la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) o dall’intensità del trattamento, in Emilia-Romagna, stando ad una rilevazione effettuata al 31 dicembre 2023, vi sono 412 strutture, per un totale di 5.556 posti letto. La parte rilevante è data dalla Salute mentale (3.118) e dalle Dipendenze Patologiche (2.352 posti).

Per la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza vi sono due elementi da considerare. Da un lato vi sono sempre stati pochi posti letto in strutture sanitarie residenziali, ma i bisogni che si sono acuiti negli ultimi anni hanno posto il problema di definire nuove strutture, attivando semiresidenze per problematiche psicopatologiche. Alle strutture storicamente esistenti (“La Lucciola”, “Il Nespolo” e “La Limonaia”), nel corso del 2023 si è aggiunta la semiresidenza terapeutica-riabilitativa per minori con gravi disturbi psichici “Gen Z” a Modena, e nel corso dei primi mesi del 2024 sono sorte due nuove strutture: “AIDA” a Reggio Emilia e Centro Diurno in via dell’Osservanza a Bologna.

Inoltre, molti degli inserimenti in Neuropsichiatria vengono effettuati in comunità educative integrate (DGR 1904/2011) così come previsto nella DGR 1102/2014, con l’obiettivo di tutela del minore rispetto ad una situazione di pregiudizio.

Tab. 1. Disponibilità di strutture sanitarie e sociosanitarie presenti in Regione Emilia-Romagna per ambito (Valori assoluti)

Ambito Strutture	Strutture					
	Sanitarie			Sociosanitarie		
	Residenziali	Semi residenziali	Totale	Residenziali	Semi residenziali	Totale
Salute Mentale Adulti	67	41	108	179	13	192
Neuropsichiatria Inf. Adolesc.	3	4	7	/	/	/
Dipendenze Patologiche	80	20	100	5	/	5
Totale RER	150	65	215	184	13	197

Tab. 2. Disponibilità di posti letto sanitari e sociosanitari presenti in Regione Emilia-Romagna per ambito (Valori assoluti)

Ambito Strutture	Posti letto					
	Sanitarie			Sociosanitarie		
	Residenziali	Semi residenziali	Totale	Residenziali	Semi residenziali	Totale
Salute Mentale Adulti	1.017	739	1.756	1.249	113	1.362
Neuropsichiatria Inf. Adolesc.	18	68	86	/	/	/
Dipendenze Patologiche	1.370	956	2.326	26	/	26
Totale RER	2.405	1.761	4.168	1.275	113	1.388

Tab. 3. Disponibilità di strutture e posti letto presenti in Regione Emilia-Romagna per ambito (Valori assoluti)

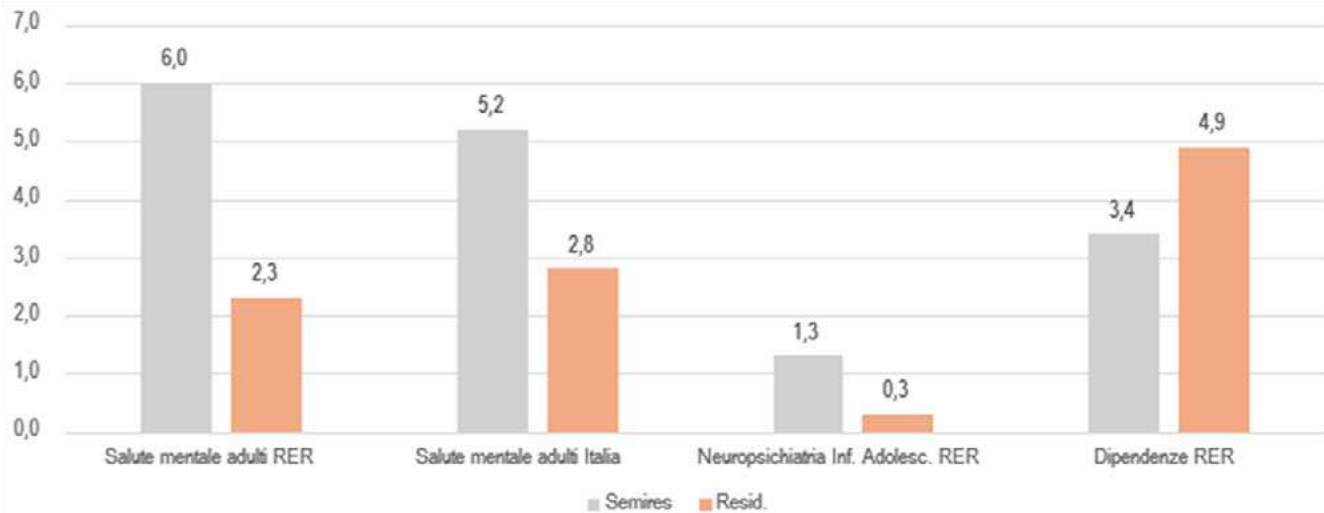
Ambito Strutture	Strutture			Posti letto		
	Semi residenziali	Residenziali	Totale	Semi residenziali	Residenziali	Totale
Salute Mentale Adulti	54	246	300	852	2.266	3.118
Neuropsichiatria Inf. Adolesc.	4	3	7	68	18	86
Dipendenze Patologiche	20	85	105	956	1.396	2.352
Totale RER	104	330	434	1.876	3.680	5.556

* Totale, sanitarie, sociosanitarie, pubbliche e private, a prescindere dell'intensità del trattamento.

In Emilia-Romagna, per la Salute Mentale Adulti l'offerta di strutture residenziali in rapporto alla popolazione adulta risulta essere più ampia (6,4) rispetto al valore nazionale (5,2), contrariamente a quanto accade per le strutture semiresidenziali dove i valori regionali appaiono più bassi (2,3 vs 2,8). A livello nazionale, al momento, non si dispone di informazioni sulla dotazione di posti letto in relazione alle strutture residenziali e semiresidenziali delle Dipendenze Patologiche e della neuropsichiatria.

A livello regionale per le Dipendenze Patologiche si riscontra un rapporto posti letto/popolazione pari al 3,4*10.000 abitanti per le semiresidenze e del 4,9 per le residenze, mentre per la neuropsichiatria troviamo un rapporto posti letto su 10.000 abitanti minorenni pari allo 0,3 per quanto concerne le strutture residenziali e del 1,3 *10.000 per le strutture semiresidenziali.

Fig. 1. Rapporto Posti letto in strutture su popolazione per i Servizi di Salute Mentale Adulti e Dipendenze Patologiche (Rapporto per 10.000 popolazione maggiorenne Salute Mentale Adulti, rapporto su popolazione minorenni per la neuropsichiatria e per 10.000 popolazione 15-64 anni per le Dipendenze Patologiche).



* per le Dipendenze Patologiche e la NPIA non vi sono informazioni a carattere nazionale.

3.2 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ NELLA SALUTE MENTALE ADULTI

La rete dei servizi per la Salute Mentale Adulti comprende diverse tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali per il trattamento della fase di post acuzie e di quella riabilitativa.

Nel territorio regionale operano 300 strutture territoriali psichiatriche tra semiresidenziali e residenziali, delle quali 246 sono residenziali. La grande maggioranza (circa il 70%) delle strutture territoriali psichiatriche, soprattutto a carattere sociosanitario, sono gestite dal privato sociale e imprenditoriale, mentre la presenza del pubblico (30%) si concentra soprattutto nelle strutture residenziali o semiresidenziali sanitarie.

Le strutture componenti l'offerta residenziale e semiresidenziale sanitaria e sociosanitaria risulta così ripartita:

- 24 Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) - Programma post-acuzie (12 pubbliche e 12 private pari). Queste strutture sono volte a favorire progetti di recupero ad alta intensità riabilitativa;
- 43 Residenze Sanitarie per trattamenti riabilitativi a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva) e protratto (ospedaliero) deputate a programmi a media intensità riabilitativa. Di queste 24 sono di natura privata (55,8%) e le restanti 19 sono pubbliche (44,2%);
- 41 Strutture Semiresidenziali Sanitarie (Centri Diurni, Day Service e Day Hospital) di cui: 36 pubbliche (87,8%) e 5 private/no profit (12,2%);
- 192 strutture Sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di cui: 13 Comunità Diurne, 47 Comunità Alloggio e 132 Gruppi Appartamento/Appartamenti protetti H24. L'11,0% sono strutture pubbliche e il restante 89,0% è di natura privata/non profit.

Infine, sempre in riferimento alle sole Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), strutture sociosanitarie di accoglienza per gli autori di reato affetti da disturbi mentali e con provvedimenti di esecuzione di misura di sicurezza detentiva, le strutture presenti sul territorio regionale sono due, ubicate presso l'Azienda USL di Reggio Emilia che funge da Hub regionale: 10 PL di tipo intensivo e una ulteriore struttura con 20 posti letto di tipo estensivo (0,07 su 10.000 abitanti). Dai dati riportati nella Sentenza n.22/2022 della Corte costituzionale, emerge che la Regione Emilia-Romagna ha la dotazione di posti letto in REMS più bassa d'Italia.

Da quanto esposto sopra si può evincere che le strutture a carattere sociosanitario risultano maggiormente impattanti sull'offerta della residenzialità per la Salute Mentale Adulti, rappresentandone ben il 64,0%.

Le strutture residenziali ammontano a 246 mentre le strutture semiresidenziali sono 54 con un rapporto struttura/popolazione di 0,6 ogni 10.000 residenti adulti per le strutture residenziali e di 0,1 per quelle semiresidenziali. Tale dato si discosta notevolmente da quello nazionale dove il rapporto struttura/popolazione è di 3,5 per le strutture residenziali e di 1,5 per quelle le semiresidenziali ⁷.

A livello regionale la dotazione di posti letto (sanitari e sociosanitari, suddivisi tra residenziali e semiresidenziali) è di 3.118, di cui 2.226 di tipo residenziale e 852 di tipo semiresidenziale. Il confronto con il dato nazionale evidenzia per la Regione Emilia-Romagna presenta una maggiore offerta di posti letto residenziali su 10.000 abitanti (Italia=5,2; RER=6,0) e una minor presenza di quelli semiresidenziali (Italia=2,8; RER=2,3).

A seguire, nel dettaglio, la rete dell'offerta di residenzialità.

Tab. 1. Strutture Sanitarie Residenziali Psichiatria Adulti (Valori assoluti)

AUSL di Assistenza	RTI/RTIS (ospedaliera e territoriale)	RTR Estensiva e RTP Ospedaliera	Totale Strutture
Piacenza	1	4	5
Parma	4	5	9
Reggio Emilia	4	5	9
Modena	5	7	12
Bologna	4	6	10
Imola	/	2	2
Ferrara	2	1	3
Romagna	4	13	17
RER	24	43	67

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

⁷ Ministero della Salute, Rapporto Salute Mentale, giugno 2023

Strutture Sanitarie residenziali: 67 residenze per un totale di 1.017 posti letto (2,7*10.000 abitanti) così ripartiti:

- 24 residenze a trattamento intensivo (RTI/Ortis) con 451 posti letto pari a 1,2 posti di assistenza per pazienti psichiatrici ogni 10.000 residenti

- 43 strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (566 posti letto) per un totale di 1,5 posti ogni 10.000 residenti

Strutture sanitarie semiresidenziali: 41 strutture semiresidenziali sanitarie per una dotazione totale di 739 posti (2,0 posti letto ogni 10.000 residenti).

Strutture sociosanitarie. Le strutture sociosanitarie deputate ad interventi socioriabilitativi (Comunità Diurne, Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento ad alta intensità assistenziale sulle 24 ore) costituiscono il “core” dell’assistenza psichiatrica rivolta a soggetti adulti. Le strutture attive al 31/12/2023 sono 192 e offrono 1.362 posti letto che, rapportati alla popolazione target residente, contabilizzano 3,6 posti ogni 10.000 residenti.

Le tabelle che seguono illustrano la distribuzione territoriale delle diverse strutture di residenzialità psichiatrica, includendo per completezza d’informazione anche le Comunità a ciclo diurno, nonché i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio.

Tab. 2. Posti letto Strutture Sanitarie Residenziali Psichiatria Adulti (Valori assoluti e rapporto su popolazione >=18 anni * 10.000 abitanti)

AUSL di Assistenza	RTI/RTIS (ospedaliera e territoriale)	Posti letto RTI/RTIs su popolazione residente *10.000 abitanti	RTR Estensiva e RTP Ospedaliera	Posti letto RTR-E/RTP su popolazione residente *10.000 abitanti	Totale Posti letto	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti
Piacenza	20	0,8	59	2,4	79	3,2
Parma	68	1,8	64	1,7	132	/
Reggio Emilia	39	0,9	33	0,7	72	1,6
Modena	88	1,5	85	1,4	173	2,9
Bologna	109	1,4	106	1,4	215	2,7
Imola			30	2,7	30	2,7
Ferrara	32	1,1	20	0,7	52	1,8
Romagna	95	1,0	169	1,8	264	2,8
RER	451	1,2	566	1,5	1.017	2,7

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

Tab. 3. Numero strutture e Posti letto Strutture Sanitarie Semiresidenziali Psichiatria Adulti (Valori assoluti)

AUSL di Assistenza	Centro Diurno		Day Hospital/Day Service		Totale strutture	Totale posti
	Nr. strutture	Nr. posti letto	Nr. strutture	Nr. posti letto		
Piacenza	3	40	/	/	3	40
Parma	2	31	/	/	2	31
Reggio Emilia	9	116	1	4	10	120
Modena	7	113	1	3	8	116
Bologna	5	198	1	1	6	199
Imola	/	/	1	6	1	6
Ferrara	2	74	/	/	2	74
Romagna	8	139	1	14	9	153
RER	36	711	5	28	41	739

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

Tab. 4. Numero Posti letto Strutture Sanitarie Semiresidenziali Psichiatria Adulti (Valori assoluti e rapporto su popolazione ≥ 18 anni * 10.000 abitanti)

AUSL di Assistenza	Centro Diurno Psichiatrico	Day Hospital Psichiatrico	Totale Posti letto	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti
Piacenza	40	/	40	1,6
Parma	31	/	31	0,8
Reggio Emilia	116	4	120	2,8
Modena	113	3	116	1,9
Bologna	198	1	199	2,6
Imola	/	6	6	0,5
Ferrara	74	/	74	2,5
Romagna	139	14	153	1,6
RER	711	28	739	2,0

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

Tab. 5. Posti letto Strutture Residenziali e Semiresidenziali Sociosanitarie Psichiatria Adulti (Valori assoluti e rapporto su popolazione ≥ 18 anni * 10.000 abitanti)

AUSL di Assistenza	Comunità diurna per la salute mentale	Comunità Alloggio	Gruppi Appartamento per la Salute Mentale	Totale Posti letto abitanti	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti
Piacenza	/	36	50	86	3,5
Parma	/	58	67	125	3,3
Reggio Emilia	10	46	/	56	1,3
Modena	5	55	39	99	1,7
Bologna	/	66	94	160	2,1
Imola	30	62	2	94	8,4
Ferrara	12	/	104	116	3,9
Romagna	56	299	271	626	6,6
RER	113	622	627	1.362	3,6

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

3.3 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ IN NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

Le strutture regionali che compongono la rete dell'offerta residenziale intensiva e post-acuzie della Neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono 3 per un totale di 18 posti letto, ovvero 0,3 PL su 10.000 residenti minorenni.

Sul territorio regionale le residenze terapeutiche intensiva per minori (RTI-M) sono due per un totale di 14 posti letto, ovvero 0,2 PL su 10.000 abitanti minorenni. Le strutture, una pubblica denominata "Residenza Terapeutica intensiva per minori S. Polo", situata a Parma è dotata di 5 posti letto e un'altra, privata accreditata, denominata "Il Nespolo" è situata a Modena e presenta una dotazione di 9 PL

Oltre alle Residenze intensive è presente una Residenza terapeutica post acuzie per minori (Residenza Terapeutica post acuzie per minori S. Polo RTP-M) con una dotazione di 4 posti letto che, a livello di intera regione, a corrisponde a 0,1 PL su 10.000 abitanti minorenni.

Tab. 6. Posti letto Strutture Sanitarie Residenziali Psichiatria Minori (Valori assoluti e rapporto su popolazione 0-17anni * 10.000 abitanti)

AUSL di Assistenza	Residenza terapeutica intensiva per minori (RTI-M)	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti	Residenza terapeutica post acuzie per minori (RTP-M)	Posti letto su popolazione * 10.000 abitanti	Totale PL	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti
Piacenza	/	/	/	/	/	/
Parma	5	0,7	4	0,6	9	1,3
Reggio Emilia	/	/	/	/	/	/
Modena	9	0,8			9	0,8
Bologna	/	/	/	/	/	/
Imola	/	/	/	/	/	/
Ferrara	/	/	/	/	/	/
Romagna	/	/	/	/	/	/
RER	14	0,2	4	0,1	18	0,3

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

Le strutture semiresidenziali terapeutico/riabilitative (sanitarie) attive al 31/12/2023 sono 4 per un totale di 68 posti che, a livello regionale, equivalgono a 1,0 PL su 10.000 residenti minorenni. Tutte le strutture sono situate nel territorio della Provincia di Modena.

3.4 L'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Nella Regione Emilia-Romagna esiste una ricca offerta di strutture residenziali e semiresidenziali accreditate che garantisce i livelli essenziali di assistenza in ogni territorio. Il riordino delle strutture accreditate (LR 26/2005), seguita dalla definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017), delineano un sistema che risponde nelle linee generali ai bisogni della popolazione target, con la capacità evolutiva che la regione ha saputo garantire attraverso la forte integrazione degli interventi e dei processi direzionali.

Sul territorio regionale le strutture riabilitative residenziali per le Dipendenze Patologiche contabilizzano **1.396 posti letto** (4,9 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni) per un complessivo di 80 strutture residenziali sanitarie e di 5 sociosanitarie così distribuite:

- 56 Strutture Residenziali pedagogico/terapeutico riabilitative per un totale di 1.058 PL (3,8 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni);
- 5 Strutture Residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o donne in gravidanza con una dotazione di 91 PL (0,3 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni);
- 19 Strutture Residenziali specialistiche di cui, 10 deputate alla gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica e 9 dedicate a pazienti con Doppia Diagnosi. I posti letto complessivi per queste tipologie di

strutture sono 221 per un totale di 0,8 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni;

- 5 Gruppo appartamento/appartamento protetto Dipendenze Patologiche. Questa è una realtà di tipo sociosanitario che, sebbene diffusa solo in alcuni territori, ha iniziato ad affiancarsi alle "classiche" comunità. Attualmente i posti letto sono 26 (0,1 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni).

L'offerta della semiresidenzialità è composta da 20 strutture pedagogiche e terapeutiche riabilitative, con 956 posti letto (3,4 PL su 10.000 abitanti 15-64 anni).

Di seguito alcune tabelle che mappano l'offerta di posti letto nelle Strutture Residenziali/Semiresidenziali in Regione Emilia-Romagna:

Tab. 7. Posti letto nelle Strutture Residenziali Sanitarie e Sociosanitarie per le Dipendenze Patologiche (Valori assoluti)

AUSL di Assistenza	Strutture Pedagogiche e Terapeutiche Riabilitative	Strutture Residenziali con figli minori o donne in gravidanza	Strutture Doppia Diagnosi/COD	Gruppo appartamento/appartamento protetto Dipendenze Patologiche-DGR 1423/2000	Totale PL
Piacenza	43	15	15	/	73
Parma	80	/	20	12	112
Reggio Emilia	131	/	24	/	155
Modena	82	24	46	/	152
Bologna	143	18	27	8	196
Imola	35	16	0	/	51
Ferrara	52	18	15	/	85
Romagna	492	/	74	6	578
RER	1058	91	221	26	1.396

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

Tab. 8. Posti letto Strutture Residenziali per le Dipendenze Patologiche (Rapporto su popolazione 15-64 * 10.000 abitanti)

AUSL di Assistenza	Strutture Pedagogiche e Terapeutiche Riabilitative	Strutture Residenziali con figli minori o donne in gravidanza	Strutture Doppia Diagnosi/COD	Gruppo appartamento/ appartamento protetto Dipendenze Patologiche-DGR 1423/2000	Posti letto su popolazione *10.000 abitanti
Piacenza	2,4	0,8	0,8	0,0	4,1
Parma	2,8	0,0	0,7	0,4	3,9
Reggio Emilia	3,8	0,0	0,7	0,0	4,6
Modena	1,8	0,5	1,0	0,0	3,4
Bologna	2,5	0,3	0,5	0,1	3,5
Imola	4,2	1,9	0,0	0,0	6,1
Ferrara	2,5	0,9	0,7	0,0	4,1
Romagna	7,0	0,0	1,0	0,1	8,1
RER	3,8	0,3	0,8	0,1	4,9

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziale

3.5 DATI EPIDEMIOLOGICI ED ECONOMICI

All'inizio del 2023 è stata avviata un'attività di monitoraggio finalizzata ad approfondire alcuni aspetti relativi al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i servizi della Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza. La ricognizione è stata effettuata ad un solo giorno puntuale, il 1° marzo 2023, rilevando per ogni tipologia di struttura, il numero di pazienti inseriti e la durata del trattamento. In generale, il 55,4% degli assistiti in trattamento presso strutture residenziali o semiresidenziali, risulta inserito in strutture sociosanitarie e la restante quota (44,6%) in strutture sanitarie, seppur con differenze significative tra i vari servizi.

Nella rilevazione sono compresi gli inserimenti in altre strutture sociosanitarie, che non sono di pertinenza rispetto alla patologia trattata, come ad esempio le strutture per disabili e anziani, ma su cui comunque vi è il pagamento della retta a carico dei servizi sanitari.

Tab. 9. Assistiti inseriti in strutture residenziali CSM, SerDP, NPIA (Valori assoluti e % sul totale)

Tipologia di residenze	DSM-DP	Val. %
Strutture Residenziali Sanitarie ⁸	1.528	29,0
Strutture Semiresidenziali Sanitarie	819	15,5
Strutture Sociosanitari e Residenziali	2.464	46,7
Strutture Sociosanitari e Semiresidenziali	460	8,7%
Totale RER	5.271	100,0

* Rilevazione puntuale al 1° marzo 2023

La maggioranza degli inserimenti in struttura risulta a carico dei Servizi di Salute Mentale Adulti (Tab. 2), che con 3.424 assistiti, ricopre il 65% del totale degli inserimenti effettuati in tutto il DSM-DP. Seguono a gran distanza le Dipendenze Patologiche (924 assistiti, 17,5%) e la NPIA (923 assistiti, 17,5%).

È interessante evidenziare che gli inserimenti in strutture extra regione (de-territorializzazione) sono abbastanza contenute, almeno rispetto alla totalità di inserimenti effettuati, mantenendo in tal modo la persona nelle vicinanze del proprio contesto di vita. In totale questi inserimenti sono 75, la maggior parte dei quali posizionati nei Servizi di Salute Mentale Adulti (47), mentre limitati sono per la NPIA (18) e per le dipendenze (10).

Tab. 10. Totale assistiti inseriti in strutture residenziali o semiresidenziali per tipologia di servizio (Valori assoluti e %)

Servizio	N	%
Salute mentale	3.424	65,0
Dipendenze	924	17,5
NPIA	923	17,5
Totale assistiti inseriti	5.271	100,0

* Rilevazione puntuale al 1° marzo 2023

Le Dipendenze Patologiche si caratterizzano per inserimenti prettamente sanitari (63,7% del totale), sia in strutture specialistiche, come ad esempio le doppie diagnosi, i centri di osservazione e diagnosi o le madri-bambino, sia per le strutture terapeutiche riabilitative o pedagogiche riabilitative. Poco rappresentativi (6,6%) sono gli inserimenti in strutture semiresidenziali, mentre quasi un quarto (24,5%) sono gli inserimenti in strutture sociosanitarie, anche di non pertinenza dei servizi per le dipendenze.

Tutt'altro scenario è dato dagli inserimenti in struttura per la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza. Non stupisce la bassissima quota di inserimenti in strutture sanitarie, sia per il numero basso di posti letto presenti in Regione, sia per la necessità di individuare altre soluzioni in caso di necessità

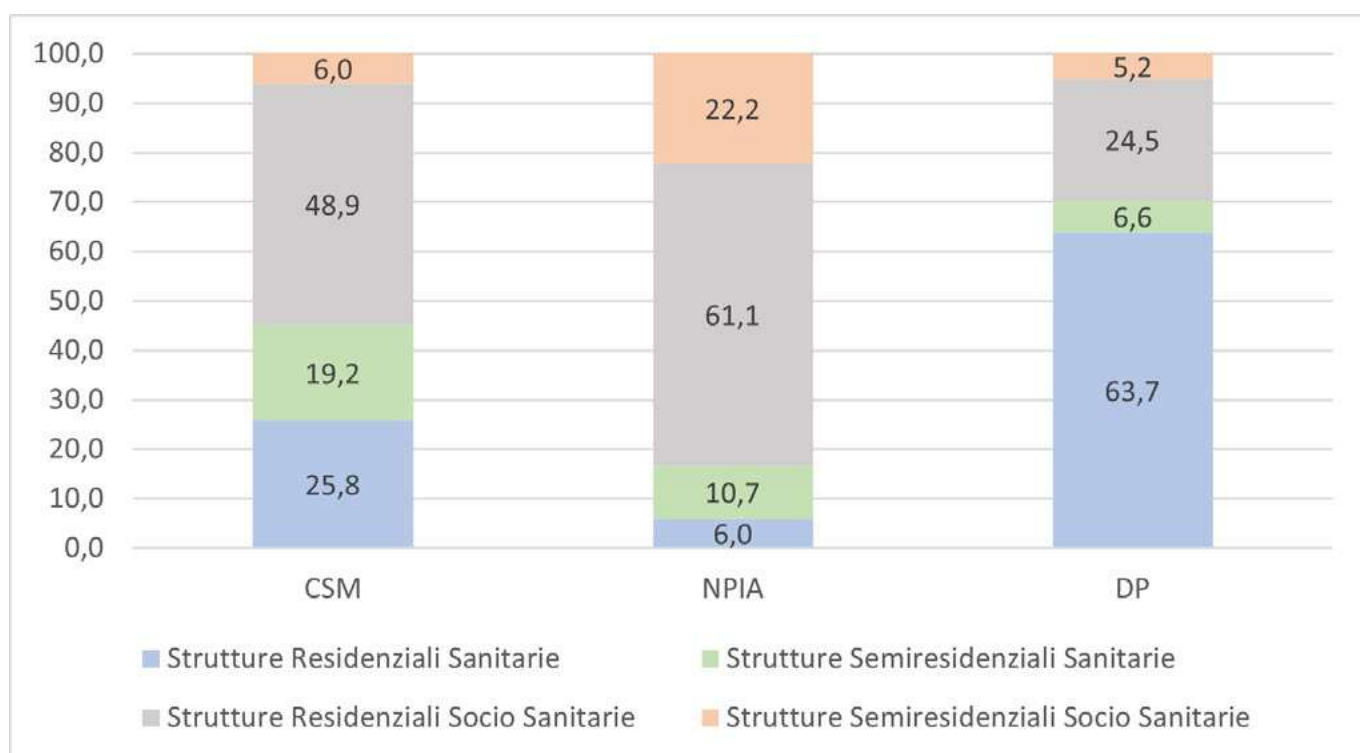
⁸ Residenze a Trattamento Intensivo, Residenze a Trattamento Protratto, Residenze a Trattamento Estensivo, Comunità pedagogiche/terapeutiche per le dipendenze, Strutture Specialistiche (doppia diagnosi, madre/bambino, ecc.) per le dipendenze.

sanitarie. Molto differente è la quota di minori inseriti in strutture socio sanitarie (61,1%); sono per lo più inserimenti in strutture educative per i minori, in accordo a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale 1102/2014 e 1904/2011. Interessante anche la quota di assistiti minori in strutture socio sanitarie semiresidenziali (22,2%).

La Salute Mentale Adulti, come evidenziato in precedenza, si differenzia sostanzialmente dagli altri servizi, sia per quantità di inserimenti sia per tipologia di strutture utilizzate. Un quarto degli inserimenti (25,8%) riguardano le strutture per post acuzie, quali le RTI, o le strutture riabilitative sanitarie. Interessante anche il buon livello di inserimento in strutture semiresidenziali sanitarie (19,2%). Ma sicuramente l'ambito che caratterizza notevolmente la Salute mentale sono gli inserimenti in strutture socio sanitarie (48,9%), diversamente articolate, con programmi a bassa intensità riabilitativa e con quote variabili di attività di assistenza e risocializzazione a seconda che si tratti di un h24, h12 o h6. Anche in questo caso sono compresi gli inserimenti in strutture socio sanitarie per anziani e disabili.

Si tratta di numeri importanti per la residenzialità cosiddetta "leggera": 2.924 assistiti inseriti in queste strutture alla rilevazione puntuale, di cui 1.881 per la Salute Mentale Adulti, ancora una volta con numeri elevati, 769 per la NPIA e 274 per le dipendenze.

Fig. 2. Distribuzione degli assistiti inseriti in strutture residenziali per tipologia di Servizio (CSM, SerDP, NPIA, rilevazione puntuale al 1° marzo 2023, valori %).



Per la Salute Mentale Adulti nel 44,8% si tratta di inserimenti in Gruppi Appartamento/Appartamenti protetti per la Salute Mentale che vedono interessati più di un quinto dei pazienti inseriti nelle strutture socio sanitarie e nel 35,1% dei casi, in strutture per anziani o disabili.

La NPIA ha una forte caratterizzazione sulle strutture previste dalla DGR 1904/2011 «Direttiva in materia

di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari». Il'89,8% degli inserimenti nel periodo considerato sono state concentrate in questo tipo di strutture. Nel dettaglio, vi è un alto utilizzo della Comunità Educativa residenziale o semiresidenziale (46,5%), che si caratterizzano per un intervento educativo professionale che accolgono minorenni e prevedono, in casi di necessità, la possibilità di attivare ulteriore personale, Comunità per gestanti e madri con bambino (15,9%), Casa-famiglia/Comunità Casa-famiglia (15,7%) e Comunità educativo-integrata residenziale/semiresidenziale (11,7%).

Infine, le dipendenze si caratterizzano per gli inserimenti in Gruppo appartamento/appartamento protetto Dipendenze Patologiche (54,4%) e, in misura nettamente inferiore, nei Centri Diurni Socio-Occupazionali (16,1%), entrambi orientati verso l'acquisizione di autonomia delle persone.

Tab. 11. Percentuale assistiti inseriti in strutture sociosanitarie suddivisi per tipologia di struttura. RER al 01-03-2023

Tipologia struttura/intervento residenziale	CSM	NPIA	DP	Totale DSM-DP
Gruppo appartamento/Appartamento protetto per la salute mentale/Comunità Alloggio per la Salute Mentale	44,8	/	4,8	29,3
Strutture per Anziani	23,7	/	15	16,7
Strutture per la Disabilità	11,4	1,6	1,5	8,3
Gruppo appartamento/appartamento protetto Dipendenze Patologiche	4,9	/	54,4	8,2
Comunità Educativa residenziale/semiresidenziale	1,2	46,5	0,8	13,1
Centro Diurno Socio-Occupazionale	7,6	0,1	16,1	6,4
Casa-famiglia/Comunità Casa-famiglia	2,4	15,7	0,4	5,7
Comunità per gestanti e madri con bambino	0,2	15,9	0,4	4,3
Comunità educativo-integrata residenziale/semiresidenziale	-	11,7	1,1	3,2
Comunità Diurna per la salute mentale	2,2	/	/	1,4
Centro diurno per minori	/	4,2		1,1
Strutture Residenziali extra regione per la Salute Mentale Adulti	0,9	/	/	0,6
Strutture Residenziali extra regione per la NPIA	/	1,2	/	0,3
Strutture Residenziali extra regione per le Dipendenze	/	0,3	0,4	0,1
Altre (Alloggi con Servizi, Comunità di Pronta Accoglienza, Centro Residenziale Seconda Accoglienza - Adulti/Centro Residenziale Bassa Soglia - Adulti, ecc.)	0,7	0,7	5,1	1,3
Totale %	100	100	100	100
Totale v.a.	1.881	769	274	2.924

3.6 TEMPI DI PERMANENZA IN STRUTTURA

Un indicatore in grado di definire e descrivere adeguatamente la qualità dell'intervento nelle strutture residenziali è dato dalla durata della permanenza nelle strutture degli assistiti, poiché in tal modo si definiscono, o si limitano, "processi di reistituzionalizzazione o transistituzionalizzazione in cui esse assumono la funzione di case per la vita, limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente" ⁹.

La durata degli inserimenti residenziali ha sempre rappresentato un problema, soprattutto per le strutture psichiatriche. Nell'ultimo report nazionale del Sistema informativo di Salute Mentale Adulti del 2022 risulta che in media in Italia un inserimento residenziale abbia la durata di 1.086,3 giorni, con una rilevante variabilità tra le regioni, si va da 536,8 giorni a 2.646,3 giorni, e che vede la Regione Emilia-Romagna, con 1.018,6, vicino alla media nazionale 1.086,3 ¹⁰.

Proprio per la sua particolarità, la durata degli inserimenti nelle strutture residenziali è stata affrontata in diversi contesti, allo scopo di definire uno standard di riferimento - quasi mai soddisfatto ad oggi dalle regioni - e un livello di qualità degli interventi. Si prenda ad esempio quanto definito nel documento del Ministero della Salute *Le strutture residenziali psichiatriche* del CU 17 ottobre 2013 ¹¹ o nel DPCM LEA del 2017.

Non di meno, la Regione Emilia-Romagna con alcuni provvedimenti di accreditamento ha regolato la durata della permanenza nelle strutture residenziali sanitarie con propria deliberazione n. 1830 del 9 dicembre 2013.

Un primo livello di analisi è dato dalle strutture residenziali intensive (RTI), il cui trattamento, proprio per la specificità della struttura, dovrebbe rientrare entro i 30 giorni, con possibilità di proroga per ulteriori 30 giorni.

Dalla tabella emerge consistente variabilità in merito alla durata dei trattamenti residenziali; rispetto ad una media regionale di 21,9% dei trattamenti che va oltre i 60 giorni previste come limite massimo, si va dal 9,5% del Dipartimento di Forlì-Cesena al 74,3% del Dipartimento di Ferrara.

Tab. 12. Pazienti (minori e adulti) inseriti in Residenze Trattamento Intensivo (RTI) per numero di giorni di inserimento (Valori assoluti e %).

Dipartimento	Totale inseriti	di cui inseriti oltre 30 gg	di cui inseriti oltre 60 gg	di cui inseriti oltre 30 gg (%)	di cui inseriti oltre 60 gg (%)
Piacenza	19	8	6	42,1	31,6
Parma	63	19	12	30,2	19,0
Reggio Emilia	72	22	8	30,6	11,1
Modena	76	30	10	39,5	13,2
Bologna	72	23	15	31,9	20,8
Imola	7	1	1	14,3	14,3
Ferrara	35	29	26	82,9	74,3
Ravenna	26	9	6	34,6	23,1
Forlì-Cesena	21	10	2	47,6	9,5
Rimini	30	17	6	56,7	20,0
RER	421	168	92	39,9	21,9

⁹ ISS, op. cit. pag. 2.

¹⁰ Ministero della Salute, Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2022, Roma, 2023.

¹¹ Ministero della Salute, Le strutture residenziali psichiatriche, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013.

La durata degli inserimenti in strutture riabilitative (RTE/RTP) ha come standard un anno, eventualmente prorogabile a due in base a determinate condizioni cliniche o bisogni particolari degli assistiti. La percentuale di persone oltre ai due anni dovrebbe rappresentare un'eccezione, ma invece si registrano periodi estremamente elevati di permanenze oltre questa soglia. A livello regionale il 37,6% degli assistiti permane oltre i due anni di riferimento, anche in questo caso con una variabilità consistente tra le AUSL. La situazione diviene ancora più complessa se si considerano anche coloro che permangono in struttura oltre i 5 anni (19,1% degli inserimenti), durata eccessiva se si considera la funzione di una struttura volta alla riabilitazione.

Tab. 13. Pazienti inseriti in Residenze Trattamento protratto (RTE/RTP) per numero di giorni di inserimento (Valori assoluti e %)

Dipartimento	Totale inseriti	Pazienti inseriti > 1 anno	Pazienti inseriti > 2 anni	Pazienti inseriti 5 anni e oltre	Pazienti inseriti > 2 anni (%)	Pazienti inseriti 5 anni e oltre (%)
Piacenza	49	27	26	12	53,1	24,5
Parma	39	26	14	8	35,9	20,5
Reggio Emilia	35	11	5	2	14,3	5,7
Modena	56	15	4	1	7,1	1,8
Bologna	128	77	58	31	45,3	24,2
Imola	27	20	8	4	29,6	14,8
Ferrara	31	22	15	4	48,4	12,9
Ravenna	33	18	16	9	48,5	27,3
Forlì-Cesena	33	12	9	3	27,3	9,1
Rimini	35	25	20	16	57,1	45,7
RER	466	253	175	90	37,6	19,3

Tab. 14. Inserimenti nelle residenze o semiresidenze per le dipendenze oltre i criteri definiti dalle indicazioni nazionali o regionali (Valori %)

Tipologia di struttura e limite indicatore	%
COD - Pazienti inseriti oltre 180 gg	8,7
Specialistiche - inseriti oltre 1 anno	52,1
Specialistiche - inseriti oltre 2 anni	16,7
Terapeutiche/Pedagogiche - inseriti 1-2 anni	26,4
Terapeutiche/Pedagogiche - inseriti oltre 2 anni	12,9
Strutture Sociosanitari e - inseriti 1-2 anni	24,8
Strutture Sociosanitari e - inseriti oltre 2 anni	29,2

Nei Servizi per le dipendenze la variabilità tra le AUSL appare molto meno marcata rispetto agli altri Servizi del DSM-DP. Da notare che i Centri Osservazione e Diagnosi, che hanno una durata media di 90 giorni, raramente superano il limite dei 180 giorni (8,7%). Diverso è per le strutture specialistiche, che sono di tre diverse tipologie: Doppia diagnosi e Madre bambino che hanno una alta quota di persone oltre 1 anno di trattamento residenziale (52,1%), che cala in maniera sostanziale per gli inserimenti oltre 2 anni (16,7%).

La stessa dinamica si riscontra per le strutture terapeutiche, mentre per le strutture pedagogiche vi è un'alta quota di inserimenti oltre i due anni (29,2%).

04. Modelli teorici di riferimento

4.1 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLA SALUTE MENTALE ADULTI

4.1.1 CHE COSA È LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (RP)

La RP può essere definita come un corpus teorico/metodologico e una strategia di salute mentale basati sulle **migliori evidenze scientifiche disponibili** e sui valori e le esperienze di professionisti, assistiti e familiari.

La RP si traduce in un insieme sistematico ed integrato di interventi diretti alla persona, alla sua interazione con il contesto di vita e direttamente al contesto stesso, orientati alla re/acquisizione di abilità, status e ruoli sociali validi (in termini di cittadinanza attiva) e alla recovery. È rivolta a tutte le persone che, a causa di un disturbo psichiatrico, presentano una disabilità, ovvero una compromissione del funzionamento, una perdita di ruolo e una difficoltà ad accedere alle opportunità offerte dalla comunità e ad utilizzarle per realizzare il proprio progetto di vita.

Gli obiettivi della Riabilitazione Psichiatrica sono:

- Migliorare il funzionamento personale e sociale, il benessere soggettivo e la qualità di vita
- Favorire i processi di recovery;
- Promuovere l'inclusione sociale attraverso la riacquisizione e l'esercizio di abilità e ruoli sociali validi;
- Rispondere alle aspirazioni, desideri, o pinioni, diritti e volontà della persona.

La Riabilitazione Psichiatrica è un processo che agisce su **quattro livelli**:

- Livello della *vulnerabilità individuale* (riacquisizione di abilità, di ruoli sociali e di significati personali);
- Offerta di *supporti* per sostenere la riacquisizione di abilità e l'esercizio di ruoli;
- Sviluppo di *risorse ambientali* per l'esercizio delle abilità e dei ruoli sociali;
- *Rimozione delle barriere* che impediscono l'esercizio delle abilità e dei ruoli sociali.

Tab. 1. Processo riabilitativo

Diagnosi	Pianificazione degli interventi	Attuazione degli interventi
Valutazione delle diponibilità ad intraprendere la RP		Attuazione degli interventi per lo sviluppo della motivazione al cambiamento
Definizione dell'obiettivo riabilitativo personale		Attuazione di interventi di goal setting
Valutazione del funzionamento	Definizione delle abilità da sviluppare	Attuazione degli interventi: lo sviluppo delle abilità (insegnamento delle abilità)
Valutazione delle risorse della comunità	Definizione delle risorse da acquisire	- attuazione degli interventi per l'acquisizione di risorse (ambienti reali) - applicazione delle abilità negli ambienti reali

4.1.2 IL PROCESSO RIABILITATIVO

Il processo riabilitativo", è articolato in diverse attività, tutte fondamentali per raggiungere l'esito. Ci si riferisce allo specifico approccio del *Center for Psychiatric Rehabilitation* della Boston University, articolato in tre parti principali: diagnosi riabilitativa, pianificazione degli interventi e attuazione degli interventi (Tab. 1).

4.1.3 LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA ORIENTATA ALLA RECOVERY

I valori della recovery devono ispirare il processo riabilitativo: affinché la riabilitazione raggiunga gli esiti attesi è necessario che gli assistiti partecipino in prima persona al loro processo di cambiamento. È opportuno prima fare una distinzione tra riabilitazione e recovery:

Riabilitazione: concorso sinergico di servizi e di tecniche offerte alle persone con disabilità affinché imparino ad adattarsi agli ambienti in cui vivono, favorendone l'aumento di funzionamento. La riabilitazione si riferisce dunque all'interfaccia con il mondo;

Recovery: esperienza soggettiva e vissuta dall'individuo man mano che egli accetta, e nello stesso tempo marginalizza, l'identificazione con la malattia e i limiti da essa imposti. La recovery si riferisce all'interfaccia con il sé, essendo una crescita compiuta prevalentemente a livello personale.

Sebbene esistano molti valori che possono essere associati al processo di recovery, ce ne sono almeno cinque cruciali, sui quali concordano la maggior parte degli Autori (Schema 1).

Schema 1. Valori della Riabilitazione Psichiatrica orientata alla Recovery.

L'orientamento alla persona

Già Davidson e Strauss (1992) sottolineavano l'importanza di comprendere i punti di forza e di debolezza dell'individuo. L'"orientamento alla persona" implica che gli individui sono più di ciò che possono dimostrare nei ruoli limitati di "paziente" o "cliente" o "destinatario del servizio".

Autodeterminazione/scelta

"Far sì che qualcuno semplicemente 'si conformi' al trattamento può infatti finire per avere un effetto opposto a quello desiderato. Il paziente continua a sentirsi controllato ora dal suo medico piuttosto che dai suoi sintomi" (Davidson & Strauss). Altri studi che hanno esaminato gli esiti dei programmi di lavoro supportato riportano una maggiore probabilità di successo quando è la persona che esercita attivamente la scelta di partecipare al programma e di perseguire l'obiettivo per lei significativo (Becker, Drake, Farabaugh, & Bond, 1996; Bell & Lysaker, 1996).

Coinvolgimento della persona

I dati della ricerca sulla riabilitazione suggeriscono che i risultati sono migliori per le persone che hanno l'opportunità di un coinvolgimento significativo nella pianificazione e nell'erogazione dei servizi (Majumder, Walls, & Fullmer, 1998)

Potenziale di crescita

La speranza nel futuro è un ingrediente essenziale di tutti i servizi orientati alla recovery. Il valore del "potenziale di crescita" implica l'impegno a mantenere la speranza da parte sia degli assistiti dei servizi sia dei loro operatori. Ciò include la capacità di riconoscere i progressi e di modificare i servizi qualora ciò sia necessario per favorirli ulteriormente.

Flessibilità

I programmi riabilitativi devono tollerare i movimenti di allontanamento/ avvicinamento degli assistiti, e la dinamica prova /errore che caratterizza il processo riabilitativo e di recovery, considerandoli fenomeni fisiologici. Perché ciò accada devono essere basati su criteri di ingresso flessibili e non strutturati secondo un continuum rigido.

4.1.4 FUNZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI RIABILITATIVE (MISSION)

Le residenze riabilitative sono un contesto altamente supportato e strutturato per l'apprendimento delle abilità e quindi per l'adozione di comportamenti socialmente competenti, funzionali al raggiungimento dell'obiettivo di vita della persona.

Il **setting riabilitativo residenziale** fa riferimento a specifiche caratteristiche:

- **Ambiente supportato**, inteso come contesto dove inizialmente siano validate le abilità che la persona effettua con successo o che già possiede, in modo da non rischiare che venga messa di fronte ad un funzionamento troppo complesso per le sue condizioni attuali. Successivamente, a mano a mano che essa internalizzerà i vantaggi derivanti dai suoi primi successi, consistenti soprattutto nella capacità di suscitare reazioni positive da parte degli altri nei suoi confronti (feedback positivi, rinforzi positivi), gli operatori alzeranno le richieste di funzionamento, rendendole sempre più simili a quelle vigenti nella società esterna. In altri termini, il supporto professionale deve servire da stimolo per l'apprendimento e l'esercizio di abilità ed essere poi ridotto gradualmente (fading), a mano a mano che la persona si impadronisce di tali competenze.

- **Organizzazione del tempo e norme precise**. Il programma residenziale riabilitativo deve essere strutturato in modo da rispettare la puntualità nell'inizio e nella fine delle attività, la successione ordinata e coerente delle loro fasi e l'individuazione di spazi e di orari, definiti e non sovrapposti, per i trattamenti, le attività, i colloqui e i contatti con i familiari e i referenti esterni. Il tempo trascorso all'interno della struttura deve limitare tempi vuoti e azioni afinalistiche. La strutturazione del tempo ha come riferimento la persona e non le esigenze organizzative della residenza (es. la turnistica degli operatori); ogni assistito deve poter articolare il tempo quotidiano e settimanale in una equilibrata e personalizzata alternanza di fasi di attività a fasi di recupero o riposo.

- **Comunicazioni chiare**. Il programma residenziale riabilitativo necessita di comunicazioni chiare, ossia non fumose o generiche, accompagnate sempre dalla motivazione per la quale sono date e dalla spiegazione del loro significato.

- **Costanti interazioni socializzanti operatore-assistito**. Attraverso l'interazione socializzante operatore-assistito si comincia a contrastare e ad invertire il processo cronico che ha portato all'allontanamento dell'individuo dal suo contesto di appartenenza.

- **Aspettative positive e fiducia nel potenziale di crescita degli assistiti**. Esperienze e ricerche hanno dimostrato che la convergenza di aspettative positive degli operatori, dei familiari e delle persone con problemi di salute mentale è il primo fattore prognostico positivo nel processo riabilitativo per il raggiungimento degli esiti.

I principali obiettivi ed esiti attesi dei programmi riabilitativi residenziali sono elencati nello Schema 2.

Schema 2. Principali obiettivi e macro-esiti attesi dei programmi riabilitativi residenziali.

Aumento del funzionamento personale e sociale tale da consentire lo svolgimento di ruoli sociali validi negli ambienti reali della comunità.

Progressiva riduzione del supporto professionale e aumento del numero di azioni compiute in modo autodeterminato.

Dimissione e destinazione allocativa in normali appartamenti, integrati nella comunità e con diversi livelli di supporto.

L'Implementazione dell'approccio riabilitativo nei programmi residenziali comporta i seguenti passaggi (Schema 3).

Schema 3. Implementazione dell'approccio riabilitativo nei programmi residenziali

Stesura dei piani di trattamento per tutti i pazienti, a prescindere dalla gravità della disabilità;
Strutturazione di esperienze e attività finalizzate all'apprendimento delle abilità e all'aumento del funzionamento personale e sociale;
Erogazione di supporti per sostenere il paziente a mantenere un ruolo sociale e un accettabile livello di adattamento funzionale nella comunità;
Incremento dei contatti e della co-progettazione tra gli operatori delle strutture e i servizi sociali o altre agenzie del territorio ai fini del reperimento di risorse per le dimissioni;
Incremento dei contatti e della co-progettazione tra gli operatori delle strutture e i referenti sociali (datori di lavoro, istruttori sportivi, docenti, volontari etc.,) sia per consentire la misurazione dell'esito riabilitativo (generalizzazione delle abilità) sia per aumentare le probabilità di successo della dimissione.

4.1.5 I TRATTAMENTI PSICOSOCIALI DA UTILIZZARE NEL PROCESSO RIABILITATIVO

L'obiettivo comune è aumentare il funzionamento psicosociale dei pazienti, attraverso l'apprendimento e l'esercizio delle *social skills*. Ciò comporta l'introduzione di strategie educativo/pedagogiche, mutate da diverse discipline, le quali pur non essendo di natura prettamente sanitaria, sono fondamentali per promuovere processi di apprendimento, che, producendo cambiamenti nella neuroplasticità cerebrale, migliorano aree di funzionamento basilari, come quella cognitiva, emotiva e comunicativa. Le discipline dalle quali si mutuano tali strategie sono: le scienze comportamentali, la teoria dell'apprendimento e dell'insegnamento, la neuropsicologia, la psicologia sociale e la teoria del *Social Learning*.

Dividiamo i trattamenti psicosociali utilizzati in riabilitazione in **quattro principali categorie**:

- Trattamenti Psicosociali Riabilitativi basati sull'evidenza
- Trattamenti Psicoterapici basati sull'evidenza con alcune componenti riabilitative
- Buone Pratiche (Best Practices)
- Pratiche Promettenti (Promising Practice).

Nelle Tab. 2 e 3 e Schema sono riportati i principali approcci psicosociali (trattamenti psicosociali riabilitativi EB, trattamenti psicosociali psicoterapici EB con alcune componenti riabilitative, buone pratiche e pratiche promettenti) utilizzati nel processo riabilitativo.

Tab. 2. Trattamenti Psicosociali Riabilitativi fondati sull'evidenza

Interventi	Obiettivi
Intervento precoce integrato	Psicoeducazione familiare Social Skill Training Strategie cognitive comportamentali Educazione e lavoro supportati
Rimedio Cognitivo	migliorare l'outcome funzionale
Tecniche motivazionali	motivare al cambiamento
Social Cognitive Training	migliorare la cognizione sociale e quindi il funzionamento sociale
Training Metacognitivo	migliorare la sintomatologia, l'insight e la consapevolezza di avere un problema
Illness Management & Recovery	miglioramento della gestione della malattia e delle sue conseguenze
Social Skill Training	miglioramento il funzionamento personale e sociale
Lavoro Supportato (Supported Employment) e IPS (Individual Placement and Support)	migliorare l'articolazione sociale e il funzionamento lavorativo ridurre le recidive e le ospedalizzazioni, migliorare il quadro clinico globale, aumentare il funzionamento personale e sociale
Psicoeducazione Individuale	ridurre il rischio di ricadute e di ospedalizzazioni, migliorare il funzionamento sociale e personale, promuovere la recovery della famiglia
Psicoeducazione Familiare	favorire l'apprendimento di abilità, aumentare il funzionamento sociale e personale, attraverso il miglioramento delle funzioni cognitive e la conseguente assunzione di comportamenti più adattativi
Strategie Cognitive Comportamentali (Prompting, Fading, Modeling, Shaping, Errorless Learning, Scaffolding, Feedback positivo e correttivo, Role-playing, Ristrutturazione Cognitiva, compiti a casa)	
Attività fisica	migliorare la qualità di vita e apprendere uno stile di vita salutare
Arti-Terapie	Migliorare il funzionamento sociale, attraverso l'esercizio di abilità emotivo/espressive e comunicative
Gruppi di auto mutuo aiuto	Aumentare il funzionamento personale e sociale attraverso la riduzione del senso di isolamento e una maggiore comprendere la propria condizione di salute mentale
Mindfulness, relaxing, ACT	

Tab. 3 Trattamenti psicoterapici basati sull'evidenza con alcune componenti riabilitative

Interventi	Obiettivi
Terapia Cognitivo Comportamentale	Obv: cambiare le distorsioni cognitive (come pensieri, convinzioni e atteggiamenti) e i comportamenti ad esse associati, per migliorare a regolazione emotiva e sviluppare adeguate strategie di coping
Terapia Dialettico Comportamentale	Obv: acquisizione di abilità emotive, cognitive e comportamentali mirate alla riduzione dell'impatto dei sintomi tipici del disturbo di personalità

Schema 4. Buone pratiche

Abitazione Supportata

Gruppi focalizzati su attività strumentali, ossia strutturati intorno a compiti (Attività di Gruppo di Competenza Sociale, Spivak, 1987). Obv: aumentare il funzionamento personale e sociale attraverso l'esercizio e l'apprendimento di abilità

Gruppi focalizzati su un tema specifico

Obv: aumentare/sostenere il funzionamento personale e sociale sia nella dimensione funzionale, sia nella dimensione emotiva, sia in quella identitaria

Gruppo Multifamiliare. Obv: aumentare il funzionamento personale e sociale del paziente attraverso una rete sociale di supporto tra le famiglie che riduce l'EE, favorisce l'emergere di sentimenti positivi, l'accettazione della malattia e il ripristino di speranza e di prospettive future.

Interventi di supporto.

Schema 5 - Pratiche promettenti

Educazione Supportata

Socializzazione Supportata (Social Prescribing)

Interventi per contrastare lo stigma interno

Family Connection. Obv: offrire interventi incontri informativi e di supporto per i familiari di pazienti con disturbo borderline

Si consiglia di procedere in modo sistematico come primo obiettivo strategico alla formazione e all'implementazione in tutte le residenze delle seguenti tre metodologie, tra quelle sopra citate:

- Illness Management & Recovery
- Social Skill Training
- Cognitive Remediation

4.2 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLE DIPENDENZE

4.2.1 NASCITA DEL SISTEMA DEI PERCORSI INTEGRATI PER LE DIPENDENZE

La Comunità Terapeutica per persone con dipendenza patologica (CT), nelle sue diverse varianti, è il risultato di una lunga serie di apporti e sperimentazioni, che trova radici in due principali modelli culturali: quello anglosassone e quello americano degli anni '50. Il primo vede la nascita di Comunità dall'evoluzione di strutture ospedaliere o detentive in ambienti più familiari, dove viene valorizzata la relazione educativa tra pazienti e personale, e dove l'assistito non è più destinatario passivo della terapia ma viene chiamato a partecipare attivamente. Il modello americano invece si caratterizzava per un meccanismo di Comunità nate «dal basso», su iniziativa di singoli cittadini che “fondano” l'esperienza; queste Comunità si ispirano a modelli di trattamento collettivo fondati sull'auto-aiuto (stile A.A.), in cui, spesso, lo staff è costituito da ex-residenti e si basa su un sistema gerarchico fondato sull'esperienza (day top).

In Italia la nascita e diffusione delle CT è strettamente legata alla diffusione delle sostanze stupefacenti, soprattutto dell'eroina negli anni Settanta del secolo scorso, ed è il risultato dell'integrazione fra i modelli sopra citati, l'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza e i cambiamenti legislativi, istituzionali e culturali. I fondatori delle comunità non si sono limitati ad importare o mantenere modelli e metodologie, ma hanno rielaborato in modo nuovo le proprie strutture al contesto creando nei diversi territori ed all'interno delle diverse Comunità locali esperienze nuove, con una propria identità, riconosciute e profondamente radicate nel sistema dei Servizi sociosanitari che sono, nel tempo, sincronicamente evoluti.

All'epoca della nascita delle prime CT, infatti, non esisteva un sistema di servizi: compaiono le prime case-famiglia e centri di accoglienza ad opera di gruppi di volontariato e religiosi. Il sistema assistenziale non prevede precise strategie organizzate di programmi terapeutici o particolari metodologie e teorie riabilitative di riferimento. Il concomitante incremento degli ammalati e morti di HIV/AIDS rende necessaria una maggiore medicalizzazione dei Servizi e il SSN inizia a dare le prime risposte con la costituzione dei primi ambulatori più che altro finalizzati a gestire i sintomi conseguenti dalla condizione di tossicodipendenza e non alla cura della causa. Sono anni in cui i Servizi guardano con diffidenza e ambivalenza al sistema delle CT, in quanto realtà sfuggenti a controlli e accusate di mancanza di professionalità. Una prima mediazione è la nascita delle CT pubbliche, che riconoscono la validità del modello residenziale di cura delle dipendenze e che, tuttavia, non hanno alcuna pretesa di porsi come autentica proposta di vita o di ideali da condividere. Le modalità organizzative sono le stesse: la vita comunitaria, attività lavorativa, regole e attività di gruppo. La finalità è offrire un luogo in cui il soggetto in difficoltà possa valorizzare le sue risorse in funzione di un processo di cambiamento.

Gli anni 90 registrano un cambiamento sostanziale che vede contemporaneamente l'istituzione dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT, attualmente SerDP, Servizi per le Dipendenze) (testo unico *DPR 309/90, DGR 444/90*) e la *legge n. 45 del 1999* e l'*Atto di intesa tra Stato e Regioni* che sancisce il definitivo riconoscimento a livello legislativo delle CT e la possibilità di essere accreditate e di ricevere, quindi, a fronte del possesso di una serie di requisiti, rette per gli assistiti accolti.

I SerDP nascono come Servizi specialistici con l'obbligo di dotarsi di equipe multiprofessionali (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, psicologi). Questa scelta legislativa segue quello che era il presupposto scientifico di quegli anni rispetto la tossicodipendenza che veniva collocata all'interno del

disagio psichico e riconosciuta come disturbo di matrice bio-psico-sociale. Allo stesso tempo le Comunità storicamente specializzate nel recupero di eroinomani, affrontano il fenomeno emergente delle nuove droghe e del crescente numero di pazienti con comorbilità psichiatrica. Questo ha comportato la crisi dei tradizionali programmi terapeutici elaborati fino a quel momento.

Potremmo dire che questi due sistemi, i Servizi Dipendenze e le Comunità, nati entrambi per rispondere ad un bisogno nuovo ed emergente, lo hanno fatto ciascuno con i propri mezzi e con il proprio mandato e nel corso degli anni hanno trovato nel costante cambiamento del fenomeno l'anello di congiunzione da cui partire per superare le divergenze e fare squadra e rete. Quindi da un modello di presa in carico esclusivo o da parte della CT o da parte dei SerDP, senza quasi nessun contatto negli eventuali momenti di passaggio tra una realtà e l'altra, si è avviato un percorso di avvicinamento, conoscenza reciproca finalizzata alla presa in carico congiunta delle persone assistite. Attualmente, il modello maggiormente rappresentato è di questo tipo, ovvero una collaborazione che vede le due istituzioni, SerDP e Comunità, dialogare e collaborare nella strutturazione del percorso di cura della persona in un sistema di servizi integrato.

Tale modello sta già vedendo il superamento a favore di un modello processuale e di alta integrazione che, sempre all'interno di una specificità di ruoli e di mandati, vede una sempre maggiore condivisione dei percorsi che possono prevedere una fisiologica alternanza territorio/comunità/territorio. Questo si è rivelato necessario alla luce della nuova teorizzazione sulle Dipendenze Patologiche ovvero la teoria della complessità che spiega come le dipendenze, nel loro excursus dall'esordio, durante la cura fino alla stabilizzazione non seguono mai percorsi lineari uguali per tutti, ma ogni storia, ogni sofferenza, ogni trauma merita una esperienza riparatrice unica.

Partendo da questo assunto teorico, si comprende come la sfida del presente/futuro del sistema dei Servizi; quindi, sia per i SerDP che per le CT, è avere solidi principi irrinunciabili: la multi-professionalità, la destigmatizzazione, il diritto alla cura. Allo stesso tempo è necessario che il Sistema dei Servizi sia sempre più integrato, vigile nel registrare il cambiamento dei fenomeni e veloce nell' "aggiustarsi" dal punto di vista organizzativo per corrispondere al cambiamento. Quindi maggiore integrazione all'interno di una maggiore specializzazione. Sicuramente i percorsi che caratterizzano i Servizi del Sistema (CT e SerDP) hanno una loro peculiarità che è funzionale ai percorsi di cura ed alla complessità. Quindi, se anziché la sostanza primaria o il comportamento, si pone al centro il bisogno della persona e della sua famiglia "nel qui e ora" è più semplice comprendere come la complessità di ogni individuo si modifica nel tempo, evolve e per questo necessita di risposte articolate e sempre più specifiche ed integrate.

La dimensione ambulatoriale, ad esempio, all'inizio della presa in carico, spesso mossa da una necessità fisica della persona di contenere il sintomo astinenza/craving risulta più funzionale in termini di aggancio e propedeutica ad una definizione di un percorso più strutturato che può prevedere un percorso residenziale. Il nuovo sistema dei servizi non può non tenere conto, se vuole essere efficace, del paradigma della fluidità nella quale sono immersi i professionisti e gli assistiti.

Un sistema di cura rigido dimostra la sua inefficacia quando perde la sfida a **trovare risposte nuove e uniche a bisogni nuovi e complessi**. In una logica evolutiva, la sola presa in carico basata sul contenimento del sintomo, nel tempo, risulta inefficace e necessita di integrarsi con percorsi sempre più strutturati e strutturanti.

4.2.2 IL PERCORSO RESIDENZIALE

Il percorso residenziale si pone assolutamente come efficace ed insostituibile affinché si possano garantire esperienze di apprendimento cognitivo ed emotivo e di empowerment, che sono riparatrici e che solo un certo tipo di setting riesce a sostenere.

Le neuroscienze hanno dimostrato come le relazioni e l'apprendimento cambino il nostro cervello. Eric Kandel, premio Nobel nel 2002, ha dimostrato che quando una persona impara qualcosa le connessioni nel suo cervello cambiano, l'acquisizione di informazioni implica sempre l'alterazione fisica della struttura dei neuroni che prendono parte al processo. Questi cambiamenti fisici determinano l'organizzazione e la riorganizzazione funzionale del cervello. Ciò che facciamo nella vita modifica a livello fisico l'aspetto del nostro cervello, quindi, similmente ad un muscolo, il cervello più si allena, più diventa complesso.

I fattori ambientali e l'apprendimento danno origine a nuove capacità individuali in quanto modificano in numero ed efficacia le connessioni anatomiche delle vie nervose preesistenti. Gli studi sull'attaccamento insicuro, che spesso caratterizza le persone con una diagnosi di dipendenza, hanno dimostrato che essa è correlata ad un calo di secrezione di ossitocina. La carenza di questo fondamentale neurotrasmettitore fa sì che nelle prime fasi dello sviluppo si correla ad una insicurezza di base che diventa di per sé causa predisponente all'uso di sostanze e a sviluppare una dipendenza. È stato dimostrato che, nell'adulto, l'esperienza residenziale che riabilita le relazioni in un setting simile a quello familiare riattiva una secrezione di ossitocina che permette di innescare processi di cambiamento.

Il dibattito scientifico ha individuato all'attualità nel modello bio-psico-sociale una chiave di lettura feconda per l'integrazione della complessità del fenomeno dipendenza patologica; dal momento che tale relazione appare tanto evidente quanto complessa, l'obiettivo di fondo è contrastare il riduzionismo di singoli approcci disciplinari ed evidenziare come l'interrelazione tra la dimensione biologica, psicologica e sociale sia alla base del trattamento riabilitativo, che deve considerare la persona nella sua complessa "interezza".

Il progetto terapeutico, infatti, sposando la filosofia della "soglia possibile" punta a perseguire obiettivi non assoluti ma ottimali per la persona, commisurati alle sue risorse e capacità di autonomia nel preciso momento di vita che sta affrontando: viene evitata qualsiasi forma di omologazione e standardizzazione degli obiettivi, degli interventi, all'interno di un sistema di misurazione che sappia cogliere oggettivamente la crescita individuale del singolo, dell'intera CT e del sistema allargato ed integrato di cura.

4.2.3 LA COMUNITÀ COME METODO

Relazione, quotidianità, autonomia, osservazione, rete e cambiamento sono i principi fondamentali sui quali si fondano le Comunità. Nel "fare comunità" ciò che spinge alla crescita e alla scoperta di sé è la comunità stessa: l'opportunità di stare in un gruppo favorisce il confronto, l'interesse, lo scambio e la crescita nell'autonomia. Il "qui ed ora" comunitario, è contraddistinto dalla partecipazione e stimola una condivisione tra pari. In comunità il tempo si riveste di struttura e riparte con diversi orizzonti di significati e di possibilità: **le linee educative adottate pongono l'obiettivo di consolidare la "struttura" della giornata**, questo perché permette di fortificare nuovi comportamenti e misurarsi con una nuova identità.

I ritmi quotidiani funzionano da comune regolatore. La routine comunitaria ridefinisce lo stile di vita,

offrendo contenimento e protezione, orienta e dà sicurezza. Anche i momenti informali tra membri dell'equipe e ospiti, fuori da un setting prestabilito, favoriscono l'alleanza terapeutica. Il tempo libero può diventare un momento in cui ritrovarsi, dunque strumento per abbattere la noia e coltivare gusti spontanei. Nell'attesa, si può imparare a gestire la frustrazione e l'impulsività del "tutto subito e senza fatica", per gradualmente costruire autonomia, responsabilità e stabilità nei diversi ambiti. In Comunità l'attenzione è rivolta alla persona, non al problema che porta, una logica che vede al centro il "care" piuttosto che il "cure".

Le **linee educative** si pongono l'obiettivo di:

- definire e consolidare gli spazi evolutivi presenti in ciascuno, fornendo momenti individuali e collettivi di confronto, di sperimentazione di scelte alternative e di verifica del proprio percorso;
- apprendere modalità funzionali al vivere l'autonomia secondo le proprie capacità individuali;
- consolidare modalità lavorative utili al reinserimento sociale attraverso le attività quotidiane;
- costruire una nuova rete di relazioni attraverso la frequentazione di altri luoghi nel territorio (una palestra, una attività di volontariato, un corso, ecc.);
- sperimentarsi nella distanza dalle sostanze di abuso lavorando sulla consapevolezza dei rischi e sulla prevenzione alla ricaduta.

Nel percorso comunitario è fondamentale la **dinamica contrattuale**, che comporta:

- la condivisione della responsabilità del cambiamento che la persona vuole effettuare;
- l'impegno attivo per il raggiungimento degli obiettivi concordati;
- la definizione di criteri di verifica dei risultati.

Classicamente il programma terapeutico della persona accolta in Comunità è regolato da un "contratto a tre mani": gli attori coinvolti sono infatti il **SerDP inviante, la Comunità e la persona**. L'evoluzione del percorso è progressiva ma talvolta non lineare con l'obiettivo, attraverso la costruzione della migliore alleanza terapeutica possibile, di stimolare nell'ospite una responsabile presa in carico di sé e dei propri problemi nel "qui ed ora", e l'avvio di un processo d'identificazione e di auto-consapevolezza rispetto a comportamenti, pensieri, emozioni. Infine, nella delicata fase dello sgancio dalla Comunità, l'attenzione si sposta alla ricostruzione sociale nelle varie dimensioni familiari, relazionali, abitative, lavorative.

L'ottica è quella dell'empowerment, dell'incremento della capacità di autogestione, delle abilità sociali delle persone e delle competenze trasversali come base della migliore autonomia possibile.

Altro elemento del trattamento in Comunità è la dimensione sociale, collettiva, del "noi", che permette di riflettere anche su una dimensione etica di appartenenza e di cittadinanza consapevole.

Concludendo, la Comunità è un "**ambiente terapeutico globale**", al suo interno ogni spazio, sia fisico sia relazionale, deve essere curato e assume una valenza educativa perché dotato di intenzionalità terapeutica. Il microcosmo comunitario si relaziona poi col territorio. I confini esterni non possono essere rigidi, ma devono rimanere permeabili e capaci di rendere la CT una realtà vivace, attenta e in dialogo permanente col contesto sociale dove è inserita, attiva e capace di catalizzare i bisogni emergenti, le risorse e i problemi della realtà locale in cui opera e della società in generale. Dunque la CT deve configurarsi come un soggetto sociale che promuova azioni di sensibilizzazione, di prevenzione e sappia creare sinergie e collaborazioni ad ampio raggio: con le istituzioni, con altre agenzie educative, con il mondo dell'associazionismo e del "profit", con la comunità e la cittadinanza.

4.2.4 GLI STRUMENTI DI LAVORO

Il progetto terapeutico sposando la filosofia della “soglia possibile” punta a perseguire risultati che vanno commisurati alle capacità personali nel preciso momento di vita che sta affrontando l’ospite. Per la persona non si tratta solo di dire no al mondo delle dipendenze ma di approdare a dei “sì esistenziali”, a un nuovo stile di vita. La Comunità si rinnova e accetta di stare al passo coi tempi, di crescere, diversificare le risposte, misurarsi con interventi flessibili e personalizzati.

Gli strumenti di lavoro nella CT sono:

- **il colloquio motivazionale**, che ha l’obiettivo di aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l’esplorazione e la risoluzione dell’ambivalenza (ad es. smetto ma la sostanza mi piace); all’interno del colloquio motivazionale vengono ricercate e portate alla luce le risorse interne della persona, sulle quali far perno durante il percorso terapeutico.

- **il colloquio educativo**, che anche attraverso l’utilizzo di strumenti specifici (IDTS, Chi sono io, Sfide e risorse, ecc.), ha l’obiettivo di accompagnare la persona nell’esplorazione di sé aumentando la consapevolezza delle proprie aree di miglioramento e dei punti di criticità.

- **la psicoterapia individuale** attraverso cui si aiuta la persona a comprendere, ad accettare ed a lavorare sui propri schemi disfunzionali, che l’hanno condotta a reiterare l’uso della sostanza. Obiettivo è supportare la persona nella gestione dell’impulsività andando ad aumentare le capacità di mentalizzazione; allo stesso tempo la psicoterapia individuale può permettere di elaborare eventi traumatici del passato che hanno determinato la vulnerabilità rispetto alle dipendenze. Ha inoltre l’obiettivo di comprendere se alla base della problematica ci possono essere anche disturbi cognitivi, attentivi o altre comorbidità psichiatriche.

- **il gruppo educativo**, che ha la funzione di aiutare la comunicazione interna e di stimolare l’adesione al programma riabilitativo. Ci possono essere gruppi specifici nelle diverse fasi del percorso (es. gruppo sulla prevenzione alla ricaduta, gruppi tematici, ecc.).

- **il gruppo terapeutico**, che ha l’obiettivo di accompagnare le persone verso la propria alfabetizzazione emotiva, a riconoscere cioè le proprie emozioni accettandole senza agire impulsivamente. Il gruppo ha anche la funzione di aumentare la capacità di riconoscimento delle emozioni altrui; i partecipanti accrescono la consapevolezza delle loro esperienze interiori, abbandonando gli abituali schemi di pensiero e di comportamento, che possono innescare una ricaduta, e acquisiscono abilità concrete per affrontare le sfide quotidiane nel percorso di recupero.

- **il gruppo famiglia** o rete di riferimento di natura sistemica, educativa o psicologica.

- **i laboratori creativi** (arte, teatro, ecc.) che servono per sperimentarsi nell’esprimersi in modalità diverse dall’ordinario; **i laboratori esperienziali** (yoga, mindfulness, attività sportiva, camminate, ecc.) che hanno l’obiettivo di promuovere la riappropriazione delle sensazioni connesse al corpo, **i laboratori ludico-ricreativi** (visite ai musei, partecipazione a eventi, uscite in generale, ecc.) che hanno l’obiettivo di ampliare l’area del piacere, fortemente compromessa dalla dipendenza.

- **ergoterapia**: la terapia occupazionale mette le persone di fronte alla necessità di assumersi delle responsabilità, di far fronte a degli impegni specifici, di applicarsi con costanza e serietà e permette di rinforzare il senso di autostima e quello di autoefficacia. In questo “ambiente ponte”, le persone hanno la possibilità di sviluppare abilità e competenze o, se già le possiedono, di esercitarle e di consolidarle, sia a livello tecnico sia a livello relazionale.

- **percorsi specifici** per la cura e la riabilitazione delle patologie concomitanti ed associate negli ambiti psichiatrici, organici e sociali: la presa in cura specialistica in questi ambiti (la cosiddetta doppia diagnosi, la concomitanza di patologie croniche infettive o non trasmissibili, la cura della relazione madre-bambino) trovano, nelle CT, risposte appropriate e specializzate che, nell'attuale scenario di veloce cambiamento dei bisogni, devono essere sempre più valorizzate e sostenute.

4.2.5 IL REINSERIMENTO

La Comunità promuove un protagonismo progettuale dell'assistito rispetto al reinserimento, fino alla sperimentazione dell'**autonomia abitativa e lavorativa**. Già il termine reinserimento richiama un orientamento di fondo: dare fiducia alla persona, riconoscendone il potere di raggiungere un livello soddisfacente di autonomia, responsabilità e stabilità nei vari ambiti di vita. Si punta al raggiungimento di un equilibrio funzionale, al ritorno "fuori", a una vita integrata nella società esterna (mettere radici "nuove", non necessariamente nel contesto d'origine; costruirsi una rete relazionale di sostegno; raggiungere un'indipendenza abitativa e lavorativa).

L'inserimento nel mondo del lavoro è l'elemento prioritario per combattere il disagio sociale in genere e la Comunità promuove i tirocini formativi ed il tutoraggio, il matching domanda-offerta di lavoro, l'inserimento lavorativo, percorsi individuali e gruppali di messa in trasparenza delle competenze e di supporto nella ricerca attiva del lavoro (stesura curriculum, autocandidatura, ricerca aziende), mappatura del territorio (aziende profit, cooperazione sociale di tipo b, ecc.), rapporti con il centro per l'impiego, gestione di progetti finanziati per l'inserimento lavorativo, azioni volte al ricollocamento delle persone in carico attraverso percorsi di reinserimento credibili.

In fase di reinserimento sono necessarie l'attivazione di sperimentazioni lavorative esterne, le interlocuzioni e le collaborazioni con i servizi invianti e le Comunità di riferimento, in un allenamento alla transizione tra il "dentro" ed il "fuori" che è il core della fase di reinserimento.

L'esito di un percorso residenziale porta con sé un aumento delle abilità sociali in senso ampio, la costruzione/ricostruzione di una autonomia possibile nel contesto territoriale e socio-economico di reinserimento della persona. Anche nella fase di reinserimento, ogni tipo di progetto viene calibrato sul singolo, a partire da un'accurata lettura dei suoi bisogni e viene evitata qualsiasi forma di omologazione e standardizzazione dell'intervento.

4.3 MODELLI TEORICI SULLA RESIDENZIALITÀ NELLA NEUROPSICHIATRIA

4.3.1 SPECIFICITÀ DEI PERCORSI RESIDENZIALI NEI MINORI

Con deliberazione di Giunta regionale n 960/2015 è stato recepito l'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". Il documento riporta che 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, 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.

- 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 comorbilità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli assistiti 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.

- 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.

- in modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) sono imprescindibili e presenti per la maggior parte degli assistiti, con variabile intensità.

4.3.2 LA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI

Disporre di una rete integrata di servizi di NPIA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) risponde al principio della continuità terapeutica (in opposizione alla frammentazione degli interventi) che è garantita da un servizio territoriale di riferimento a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale (ruolo che nella rete psichiatrica per gli adulti è assegnata al centro di salute mentale e che per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva deve essere svolto dal servizio territoriale di NPIA).

Il coordinamento, ai fini della continuità terapeutica, deve riguardare tutti gli interventi: ambulatoriali, domiciliari, in regime semiresidenziale e residenziale, in regime di ricovero ospedaliero per le fasi di acuzie; deve essere previsto inoltre un collegamento formale stabile con le aree dei consultori e della dipendenza patologica, oltre che con l'area sociale, l'area educativa e quella giudiziaria. In particolare, gli interventi per i minorenni con disturbo neuropsichico grave devono poter garantire una diagnosi precoce, interventi tempestivi e quando necessario, intensivi, nel contesto meno restrittivo possibile, con la possibilità di presa in carico di lungo periodo, in un'ottica di appropriatezza e di percorsi di cura.

Di contro, allo stato dell'arte è abbastanza generalizzata una carenza di strutture ed interventi per i disturbi neuropsichici nei minorenni, specie se in fase di acuzie. La carenza di risorse 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.

4.3.3 ASPETTI RILEVANTI PER GLI ASSISTITI IN ETÀ EVOLUTIVA

Di seguito si riportano alcuni aspetti rilevanti per tutti gli assistiti con disturbi neuropsichici in età evolutiva.

- **Contrasto dell'istituzionalizzazione.** È 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 disponibili 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 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 assistiti 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 sociosanitaria.** È 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 socioeducative, 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 sociosanitari sono a carico del fondo sanitario nazionale. Eventuali interventi socioeducativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione;

- **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 e la Magistratura minorile al

fine di individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso, con l'eventuale collaborazione dei servizi sociali.

- **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 residenziale o semiresidenziale per minorenni in strutture sociosanitarie educative o educative integrate 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 e con l'assistito e la famiglia, nel rispetto dei bisogni del soggetto.

4.3.4 LA COMUNITÀ COME RISPOSTA AI BISOGNI INDIVIDUALI

Approfondendo il tema dell'integrazione sociosanitaria, riportando alcuni punti già trattati dalla *Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza nel Documento di proposta elaborato dal Gruppo di lavoro sulle Comunità di tipo familiare, attivato all'interno della Consulta delle Associazioni e delle Organizzazioni, istituita presso l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza Roma, 5 Maggio 2015*, la classificazione delle comunità potrebbe e dovrebbe essere definita in base alle "tipologie di bisogni ai quali si è in grado di dare risposta" (cioè alle funzioni che vengono svolte), piuttosto che - come oggi avviene - in base al solo modello organizzativo adottato, che in ogni caso incide sulla funzione esercitata.

Un "buon abbinamento" è possibile solo se si è disposti ad abbandonare stereotipi e pregiudizi (anche attraverso percorsi formativi integrati tra servizi territoriali sociosanitari e comunità) per costruire pazientemente "la risposta" per quel bambino/ragazzo, nel suo superiore interesse e rinunciando a decisioni dettate meramente dal contenimento dei costi derivante dai tagli alla spesa sociale. Questo non significa però rinunciare in assoluto all'individuazione di parametri oggettivi sui quali basare le varie valutazioni. Troppe volte le valutazioni degli operatori sono influenzate dalle loro esperienze personali e professionali, come pure occorre prendere atto delle differenze (e, a volte, delle divergenze) esistenti tra i linguaggi, i codici e le rappresentazioni cui i diversi operatori - e le diverse categorie professionali - fanno riferimento. Il superamento di questi gravi limiti di analisi valutazione-progettazione, chiede uno sforzo di esplicitazione e di categorizzazione dei criteri su cui si basa il processo di valutazione, al fine di renderlo comunicabile, e quindi confrontabile e migliorabile.

05. Percorsi residenziali e semiresidenziali in Salute Mentale Adulti

Per revisionare la situazione attuale della residenzialità psichiatrica, al fine indirizzarla a obiettivi e pratiche ispirate alla filosofia della **recovery e alle migliori evidenze sostenute dalla letteratura sulla riabilitazione**, si prenderanno in considerazione i criteri per l'accesso, gli strumenti di valutazione, le tecniche riabilitative, la mission delle strutture residenziali.

La necessità di una revisione delle attuali condizioni della residenzialità psichiatrica deriva dalla constatazione di alcune anomalie radicatesi nel corso degli ultimi decenni che evidenziano esiti funzionali e di qualità di vita assai al di sotto di quanto inizialmente atteso per buona parte dell'utenza che transita o permane in queste strutture. Anche la parte sociosanitaria richiede tuttavia una coerente revisione per la verifica e - se necessario - la riacquisizione di un potenziale riabilitativo. Ciò vale quindi per le Comunità Alloggio Psichiatriche e per i Gruppi appartamento o altre forme di abitare supportato.

5.1 LE TIPOLOGIE DI STRUTTURE

Per la descrizione delle tipologie delle strutture residenziali psichiatriche sanitarie e sociosanitarie si rinvia ai seguenti documenti:

- DGR 1830/2013 (requisiti specifici per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Psichiatriche)
- DGR 1423/2015 (integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento).

5.1.1 RESIDENZA A TRATTAMENTO INTENSIVO (RTI)

La RTI persegue la stabilizzazione delle condizioni cliniche e comportamentali dell'assistito dopo la fase di acuzie.

L'inserimento di un assistito in una RTI avviene sulla base di un quadro clinico psichiatrico che non consenta la gestione territoriale delle condizioni presenti e dei comportamenti correlati, tenendo presente in questa valutazione anche il contesto familiare e sociale dell'assistito.

Tale inserimento può avvenire sia direttamente su invio del servizio territoriale che ha in carico l'assistito, quando le condizioni cliniche e l'atteggiamento collaborativo dell'assistito verso l'ingresso in residenza lo consentano, oppure dopo un periodo di ricovero presso un SPDC, quando, partendo da una situazione di acuzie più grave, si sia riusciti ad ottenere le condizioni sopra descritte.

5.1.2 RESIDENZA A TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO (RTR-E)

La RTR-E persegue il miglioramento della funzionalità dell'assistito al fine di permettere il suo rientro al domicilio nel territorio con un programma di assistenza e cura ambulatoriale, anche sostenuto da un progetto personalizzato con Budget di salute, dove indicato, oppure il suo temporaneo inserimento in una struttura sociosanitaria.

L'elemento essenziale affinché l'inserimento di un assistito in una residenza RTR-E della psichiatria adulti si possa definire appropriato è rappresentato dalla corretta valutazione delle condizioni cliniche e del funzionamento personale, familiare e sociale dell'assistito. I requisiti essenziali riguardano i seguenti ambiti:

- **Condizioni psicopatologiche/comportamentali**

- **Livello di funzionamento globale.**

È opportuno effettuare una corretta valutazione anche delle condizioni socioeconomiche della persona e del supporto ambientale, che possono avere un impatto significativo sulla effettiva dimissibilità al termine del percorso residenziale.

5.1.3 AMBITO SOCIOSANITARIO

Le strutture **residenziali sociosanitarie, comunità alloggio psichiatriche e gruppi appartamento**, a differenza delle strutture residenziali sanitarie, non sono vincolate a tempi di permanenza definiti. L'accesso avviene tramite UVM attraverso i seguenti passaggi:

- relazione clinica;
- valutazione del funzionamento personale/sociale/famigliare;
- valutazione delle condizioni socioeconomiche e del supporto ambientale;
- contratto di ingresso firmato dall'assistito, familiari, eventuale AdS, équipe inviante, équipe della residenza;
- definizione degli obiettivi da raggiungere, tecniche riabilitative necessarie, tempi di permanenza previsti;
- condivisione di tutta la documentazione con i referenti della struttura residenziale;
- condivisione delle verifiche programmate periodiche nel corso della permanenza (almeno ogni 6 mesi).

5.2 CRITERI DI ACCESSO

Sono qui riassunte brevemente quali siano le condizioni che portano i curanti a richiedere per l'assistito che hanno in carico l'accesso ad una struttura residenziale.

Criteri di accesso alle RTI

Vi accedono assistiti in condizioni di *scompenso psicopatologico acuto e subacuto* non gestibili in ambito territoriale. Il programma in RTI persegue la stabilizzazione dopo la fase di acuzie.

L'inserimento di un assistito in una RTI avviene, infatti, sulla base di un quadro clinico psichiatrico che non consenta la gestione territoriale delle condizioni cliniche presenti e dei comportamenti correlati, tenendo presenti in questa valutazione anche il contesto familiare e sociale dell'assistito.

Tale inserimento può avvenire sia direttamente su invio del servizio territoriale che ha in carico l'assistito, quando le condizioni cliniche e l'atteggiamento collaborativo dell'assistito verso l'ingresso in residenza lo consentano, oppure dopo un periodo di ricovero presso un SPDC, che partendo da una situazione di acuzie più grave, sia riuscito ad ottenere le condizioni sopra descritte.

Criteri di accesso alla RTR-E

Per un inserimento appropriato di un assistito in una residenza RTE della psichiatria adulti è essenziale che venga eseguita una *corretta valutazione delle condizioni cliniche e del funzionamento personale, familiare e sociale dell'assistito*.

Le condizioni da valutare riguardano i seguenti ambiti:

- condizioni psicopatologiche/comportamentali;
- capacità cognitive (es. deterioramento in psicosi cronica);
- livello di funzionamento globale;
- livello di supporto ambientale (supporto nell'ambiente di provenienza);
- condizioni socioeconomiche;
- condizioni di fragilità sociale e/o allarme sociale (es. correlate a comportamenti impropri, ecc.).

Quando il disfunzionamento va oltre la possibilità di permanere al proprio domicilio con il supporto di un'assistenza territoriale, anche sostenuta da un progetto personalizzato con Budget di salute, si prende in considerazione il progetto di un trattamento estensivo presso una struttura residenziale. La struttura diventa il luogo ove effettuare un programma per periodo di tempo limitato, con obiettivi precisi, con la finalità che l'assistito possa rientrare nel territorio di provenienza al proprio domicilio, o temporaneamente in strutture socio sanitarie qualora non sia riuscito ad acquisire il livello di competenza necessaria per un'autonomia.

A tal fine vanno predisposte sin dall'inizio dell'inserimento in struttura residenziale le azioni necessarie per creare le condizioni atte a sostenere il ritorno ad una condizione di domiciliarità, possibilmente nel territorio di provenienza, evitando in ogni caso che le strutture residenziali da luoghi di terapia riabilitativa diventino luoghi di vita e istituzionalizzazione.

Condizioni che possono escludere l'appropriatezza dell'accesso alle residenze della Salute Mentale Adulti:

- assenza del consenso dell'assistito rispetto all'ingresso e/o sua non condivisione degli obiettivi individuati;
- età dell'assistito < ai 18 anni e > di 65 anni (in casi specifici può essere considerato l'accesso a 16 anni);
- presenza di tossicodipendenza in fase attiva come aspetto predominante del quadro clinico;
- presenza di gravi disabilità cognitive (autismo o altri disturbi del neuro sviluppo) ad eccezione di strutture residenziali altamente specializzate).

5.3 STRUMENTI DI VALUTAZIONE

5.3.1 STRUMENTI DI VALUTAZIONE NEL SETTING RESIDENZIALE DELLA RTI

L'assistito inserito in una RTI si trova in fase di acuzie o post-acuzie clinica che spesso non consente la somministrazione di strumenti di valutazione che richiedono una collaborazione consapevole.

Pertanto si considera *opzionale l'utilizzo di strumenti di valutazione nelle RTI*, lasciando aperta la possibilità che nelle settimane finali della permanenza, in accordo con l'equipe curante del CSM, si possano somministrare strumenti di valutazione, ad es HONOS, MHRS, VADO, FAB-SCIP, soprattutto per quegli assistiti in cui si prevede il successivo inserimento in RTE, avviando pertanto la valutazione richiesta per l'avvio di un programma residenziale estensivo.

5.3.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE NEI SETTING RESIDENZIALI RTR-E E STRUTTURE SOCIO SANITARIE PSICHIATRICHE

Sono individuati i seguenti strumenti di assesment e di valutazione dell'outcome:

- MHRS - Mental Health Recovery Star

Da somministrare all'ingresso e durante la residenzialità per valutare la progressione.

La MHRS è uno strumento per misurare i processi di cambiamento che avvengono negli assistiti dei servizi, nei percorsi di cura e nei progetti riabilitativi di persone con disturbi mentali.

In particolare è finalizzata a: misurare gli esiti degli interventi, supportare il percorso di recovery, diventare uno strumento utile per il case manager in quanto fornisce una mappa e metodo per visualizzare graficamente i progressi degli assistiti e pianificare le azioni necessarie.

- HONOS (ogni sei mesi, T0, T6, ...TD)

La Health Of Nation Outcome Scale. È utilizzabile sia dal personale medico che da altri operatori. Indaga sia gli aspetti clinici che quelli sociali.

- FAB - Frontal Assessment Battery

Se sospetto declino cognitivo da somministrare all'ingresso ed esiti training abilità cognitive.

La FAB (Dubois, Slachevsky, Litvan, 2000; Slachevsky, Dubois,2004) è una batteria di screening di primo livello finalizzata ad esaminare il funzionamento esecutivo-frontale.

- SCIP - Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry

Se sospetto declino cognitivo, da somministrare all'ingresso e dopo training abilità cognitive.

La SCIP (Scot Purdon, Alberta University, Canada 2005) è una scala breve il cui scopo è quello di individuare i deficit neuropsicologici in una popolazione di pazienti affetti da disturbi dell'area psicotica e da disturbi affettivi.

- VADO

Da somministrare all'ingresso/accesso da parte dell'inviante.

Il VADO - Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi è uno strumento di pianificazione e di valutazione standardizzato, che si presenta come guida a un'intervista semistrutturata.

Il VADO è costruito su due componenti fondamentali: una prima componente relativa alla valutazione del paziente, e una seconda relativa alla pianificazione/contrattazione e conduzione del programma riabilitativo.

- CASIG (all'ingresso per la personal recovery e verifiche successive)

Il CASIG - Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals (Charles J. Wallace et al, Institute for Neuroscience and Human Behavior - University of California Los Angeles) è un'intervista semistrutturata all'assistito e al familiare e all'operatore che valuta i punti di forza, gli interessi e gli obiettivi degli assistiti.

Si compone di due interviste semistrutturate: la CASIG-SR, rivolta all'assistito, la CASIG-I che raccoglie la valutazione del funzionamento e dei comportamenti dell'assistito da parte di persone informate (es. i familiari).

- WHOQOL (all'ingresso e prima delle dimissioni)

La World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) è il risultato di un progetto,

iniziato dall' OMS nel 1991, il cui scopo era la creazione di uno strumento di valutazione della QdV con caratteristiche transculturali.

La WHOQOL è una scala a due versioni: una più estesa, costituita da 100 item (WHOQOL-100) e una più breve di 26 item (WHOQOL-BREF).

- Mini ICF (utile, T0, T6,TD)

Strumento derivato dall'ICF che eterovaluta le due dimensioni delle Attività e Partecipazione.

Agli strumenti di valutazione va aggiunto il QuIRC-SA che riguarda specificamente la qualità delle cure nella struttura residenziale: ogni singola struttura deve effettuare questa autovalutazione almeno 1 v/ anno. Il QuIRC deve essere somministrato da parte del responsabile di struttura.

- QuIRC - SA (1v/anno)

Il QuIRC (Quality Indicator for Rehabilitative Care) è uno strumento internazionale standardizzato che valuta le condizioni di vita, l'assistenza e i diritti umani delle persone con problemi di salute mentale complessi che vivono in servizi residenziali supportati.

Esso è accessibile in rete, e consente di valutare le condizioni di vita, le cure e i diritti umani di persone con problemi di salute mentale persistenti nell'ambito di tali strutture.

QuIRC formula una valutazione sull'assistenza fornita tramite sette domini considerati cruciali per la ripresa (ambiente di vita/fisico, ambiente terapeutico, trattamenti ed interventi, autogestione ed autonomia, interfaccia sociale, diritti umani, pratica basata sulla ripresa/recovery). Lo strumento web è concepito per l'autovalutazione da parte del responsabile della struttura o di altri dirigenti e può essere completato all'incirca in 90 minuti. Una volta completato, viene sviluppato un report di performance per ciascun dominio, comparato a strutture simili presenti nel medesimo paese. La valutazione della propria struttura può essere effettuata una volta all'anno. È prevista la possibilità di confrontare il proprio report con i risultati precedenti.

Tab. 2. Strumenti di valutazione per l'accesso e per la valutazione di esito (verifiche periodiche e dimissione)

	Sanitario			Sociosanitario	
	RTI	RTE	Comunità Alloggio	Gruppo appartamento	Abitare supportato
Essenziali (facoltative per RTI)	MHRS FAB-SCIP (se sospetto di compromissione funzioni cognitive; non in fase subacuta)	MHRS FAB-SCIP (se sospetto di compromissione funzioni cognitive; non in fase subacuta)	MHRS FAB-SCIP (se sospetto di compromissione funzioni cognitive; non in fase subacuta)	MHRS	MHRS
	HONOS* Condizioni socio economiche e supporto ambientale	HONOS* Condizioni socio economiche e supporto ambientale	HONOS Condizioni socio economiche e supporto ambientale	HONOS* Condizioni socio economiche e supporto ambientale	HONOS* Condizioni socio economiche e supporto ambientale
Utili	VADO CASIG WHOQOL-BR Mini-ICF	VADO WHOQOL-BR CASIG Mini-ICF	VADO CASIG- WHOQOL-BR Mini ICF	VADO CASIG Mini- ICF	

A carico del Responsabile struttura

QUIRC - SA**

* somministrazione a T0 e Td

** somministrazione 1 volta/anno somministrata dai direttori di UOC

Successivamente è stata sviluppata la versione QuiRC-SA (Indicatore della qualità dell'assistenza riabilitativa - servizi residenziali supportati), che valuta la qualità dell'assistenza fornita da servizi residenziali supportati specializzati per la salute mentale. Può essere utilizzato per valutare i tre principali tipi di servizi residenziali supportati (Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi intensivi o estensivi sulle 24 ore giornaliere, Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24h/12h giornaliere, Strutture Residenziali Psichiatriche e Abitazioni Private Supportate con personale per fasce orarie/con orario flessibile).

Si sottolinea che gli strumenti ritenuti essenziali sono MHRS, FAB/SCIP (solo nel caso di deterioramento cognitivo, HoNOS e QuiRC (quest'ultimo utilizzato 1 v/anno da parte del responsabile della struttura).

Strumenti di valutazione da utilizzare

Per l'avvio e il monitoraggio di un programma residenziale, ottemperando ad esigenze di opportunità che tengano conto del carico di lavoro delle equipe territoriali, anche in considerazione dell'aumento di prestazioni richieste ai servizi psichiatrici, è stato definito un set minimo di strumenti di valutazione da utilizzare, consistente in 2-3 scale da applicare prima dell'avvio del programma e da 1 scala da applicare durante il monitoraggio e la valutazione di esito.

Si sottolinea come risulti **fondamentale la registrazione su CURE delle valutazioni effettuate**, in modo da permettere una successiva analisi dei dati sulla corrispondenza tra le valutazioni iniziali e gli esiti dei programmi residenziali. Le scale da utilizzare vengono riportate nella tabella sottostante.

5.4 IL PROGETTO RIABILITATIVO

Il progetto riabilitativo è elaborato e **condiviso con l'assistito, con i familiari, con il servizio inviante e con altre eventuali figure significative**. È redatto dall'équipe che ha la responsabilità del processo riabilitativo, indipendentemente dai luoghi in cui si svolge, e si avvale di un operatore di riferimento, individuato all'interno dell'équipe del programma riabilitativo, Esso costituisce un documento da consultare e conservare nella cartella informatizzata CURE, anche per la corretta gestione della documentazione clinica.

Un obiettivo innovativo nel campo della residenzialità è l'inserimento nelle pratiche riabilitative utilizzate nelle diverse strutture, attualmente diverse e praticate "a macchia di leopardo" sul territorio regionale, di metodiche riabilitative riconosciute in letteratura come "evidence based".

Sarà fondamentale avviare un programma di formazione regionale e locale per operatori delle RTE e dei servizi psichiatrici, inizialmente scegliendo queste tre pratiche di riconosciuta efficacia:

- **Illness Management and Recovery (IMR)**
- **Rimedio Cognitivo**
- **Social Skill Training.**

Una volta effettuata la formazione degli operatori, la loro applicazione nel programma di un singolo assistito o di gruppi di assistiti potrà essere avviata su richiesta dell'equipe inviante condivisa con la struttura residenziale, e andrà registrata su CURE.

5.5 INNOVAZIONI DA PORTARE AL SISTEMA

5.5.1 INDICATORI SULLE POTENZIALITÀ RIABILITATIVE

Il *grado di disabilità funzionale dell'assistito* è uno dei fattori che determinano la media o lunga durata del progetto. Vi sono altre caratteristiche psicosociali che concorrono ad individuare, nell'ambito di un trattamento riabilitativo residenziale, quali siano i bisogni dell'assistito ed in conseguenza gli obiettivi da raggiungere e la previsione circa la durata del programma.

Si ritiene importante suddividere, in seguito alla valutazione iniziale, gli assistiti che vengono avviati ad un programma residenziale in due principali categorie, a seconda dell'intensità e dell'influenza dei fattori prima citati:

- ***assistiti con disabilità psichiatrica lieve-moderata***
- ***assistiti con disabilità psichiatrica grave e persistente.***

La classificazione è utile ai fini della raccolta di dati per una rivalutazione futura dell'efficacia dei programmi riabilitativi ai quali vengono avviati gli assistiti, della attendibilità degli strumenti di valutazione scelti per poter prevedere l'esito del programma e sceglierne, in conseguenza, la durata avviando precocemente le attività necessarie per preparare il rientro sul territorio.

Per effettuare di tale valutazione ci si potrà avvalere di uno strumento di valutazione elaborato dal Dipartimento Integrato di Salute mentale e Dipendenze dell'AUSL di Parma, denominato "*Scala di Parma*", che ha l'obiettivo di definire per l'assistito un punteggio indicativo delle sue potenzialità riabilitative.

Questa caratterizzazione degli assistiti in popolazioni con differenti prospettive riabilitative comporta anche diverse prospettive di reinserimento sociale e abitativo successivo al programma residenziale, e suggerisce ai curanti le strategie da porre in atto per l'organizzazione dei supporti che consentano il futuro rientro sul territorio.

Negli schemi di seguito riportati, vengono descritte le principali caratteristiche di entrambe le popolazioni di assistiti. Si sottolinea comunque che le caratteristiche sottoelencate hanno una finalità descrittiva delle due popolazioni e non requisiti necessari per l'accesso a due tipologie di struttura:

Schema 1. Caratteristiche degli assistiti con disabilità psichiatrica lieve-moderata

- Funzionamento cognitivo non gravemente danneggiato;
- Assenza anamnestica di trattamenti residenziali o, se attuati, di media durata (1/2 anni);
- Conservazione di una residua volontà di recuperare le proprie condizioni di vita e le abilità;
- Preservazione di una residua rappresentazione cognitiva dei ruoli sociali, degli interessi e delle preferenze personali;
- Preservazione di azioni autodirette e non delegate;
- Ricerca attiva di relazioni umane;
- Sufficiente reciprocità sociale;
- Minore pervasività dello stigma interno;
- Discreto grado di motivazione al cambiamento;
- Sufficiente capacità di definire un obiettivo personale in contesti diversi da quelli dei servizi di salute mentale;
- Riduzione, negli anni, del numero di recidive e di ospedalizzazioni.

L'esito atteso per questa tipologia è l'inclusione sociale - grazie allo svolgimento di attività significative e di ruoli validi- e la riduzione della vulnerabilità allo stress attraverso due principali strategie:

- Training specifici, focalizzati sull'apprendimento e esercizio di abilità per far fronte agli eventi quotidiani, anche traumatici;
- Riduzione delle richieste ambientali, rendendo i contesti sociali più supportivi e facilitanti.

Schema 2. Caratteristiche degli assistiti con disabilità psichiatrica grave e persistente

- Perdita delle capacità di provvedere alle necessità quotidiane senza un supporto costante;
- Deficit cognitivi, predittivi di difficoltà di apprendimento-generalizzazione delle abilità;
- Intima identificazione con la diagnosi;
- Dipendenza familiare o istituzionale;
- Difficoltà a rappresentarsi cognitivamente ruoli sociali ed ambienti e a indicare le preferenze personali;
- Lunga permanenza in contesti domiciliari o istituzionali desocializzanti;
- Interruzione, alta conflittualità o desertificazione dei rapporti con la famiglia;
- Vulnerabilità ad eventi irrilevanti;
- Estrema povertà e reti sociali;
- Alti livelli di fobia sociale e di evitamento dei contatti con gli altri, più subiti che cercati;
- Esistenza spersonalizzata.

Esiti attesi per questa tipologia di assistiti

- Stabilizzare i sintomi, riducendo il più possibile la frequenza e l'intensità delle manifestazioni sintomatiche;
- Mantenere un'accettabile qualità di vita;
- Conservare le abilità residuali attraverso il loro costante esercizio in programmi specifici, perché non subiscano un ulteriore deterioramento;
- Frenare il deterioramento cognitivo grazie all'applicazione di tecniche di rimedio cognitivo;
- Focalizzarsi su obiettivi molecolari (esercizio di semplici abilità per semplici compiti) piuttosto che su quelli molarari (esercizio di ruoli sociali);
- Ridurre la vulnerabilità allo stress rendendo l'ambiente più supportivo.

A questa categorizzazione degli assistiti fanno eccezione le popolazioni specifiche sottoindicate per quali vanno considerate strutture con requisiti di accesso e/o interventi terapeutico-riabilitativi specifici: Il seguente elenco non è esauriente e ogni DSM-DP può privilegiare una tipologia piuttosto che un'altra, anche stabilendo collaborazioni in Area Vasta per un utilizzo condiviso di tali strutture.

5.5.2 OFFERTA TERAPEUTICA RESIDENZIALE PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI

L'orientamento dei DSM-DP della RER è di privilegiare l'inserimento delle persone autrici di reato in contesti di normali RTE.

La Legge 81/14 ha previsto l'istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (REMS) per pazienti autori di reato, dichiarati contemporaneamente incapaci di intendere e volere e socialmente pericolosi. Le attività svolte in queste strutture sono a prevalente gestione sanitaria mentre è demandata la vigilanza perimetrale alle F.F.O.O.

Il Decreto 1° ottobre 2012, recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia" ne indica i requisiti tecnologici e la dotazione organica e, tra l'altro, l'organizzazione in moduli abitativi con una capienza massima di 20 pazienti. In Regione Emilia-Romagna è attiva la REMS di Reggio Emilia, costituita da due moduli, uno con capienza 10 posti ed uno con capienza di 20 posti dedicati, entrambi, a progetti riabilitativi individualizzati.

La permanenza in struttura da parte dei pazienti è indicata nel dispositivo dell'Autorità Giudiziaria competente. Secondo normativa, il ricovero in REMS costituisce l'*extrema ratio*, ovvero il paziente è inserito nella struttura solo quando non esiste una offerta terapeutica territoriale in grado di contenere la sua pericolosità sociale. Detta *extrema ratio* abbisogna, però, di offerte terapeutiche a carattere residenziale sia in entrata che in uscita dalla struttura REMS.

Attualmente in Regione Emilia-Romagna operano, in maniera non esclusiva, tre strutture in grado di attuare quanto più possibile la prevenzione al ricorso alla REMS. Queste accolgono, ma non solo, pazienti con provvedimenti di misura di sicurezza non detentiva. Sono distribuite per aree vaste; due sono a gestione pubblica, una in regime di privato accreditato:

- residenza pubblica Re.GIA di Parma (ex REMS provvisoria), con capacità recettiva di 10 posti che accoglie utenza dell'area vasta nord della Regione, quindi pazienti con iscrizione anagrafica nelle provincie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena;
- residenza pubblica "Casa degli Svizzeri" di Bologna (ex REMS provvisoria), allo stato operante sono per l'area metropolitana della città di Bologna, con capacità recettiva di 14 posti;
- per l'area vasta sud, invece, opera "Casa Zacchera", residenza psichiatrica privata RTR-E accreditata per 18 posti letto, istituita in accordo ad un progetto regionale e destinata a pazienti emiliano romagnoli in licenza finale esperimento, nella prospettiva, concordata con i rispettivi Dipartimenti, di superamento della misura di sicurezza detentiva attraverso un progetto territoriale.

Sia la gestione alternativa all'ingresso in REMS, sia quella di dimissione dalla REMS di pazienti che non sono destinatari di misura di sicurezza detentiva non sono attività necessariamente esclusive delle tre strutture di macroarea prima indicate. In queste due fasi è auspicata una collaborazione tra l'unità

di Psichiatria forense territoriale, dove istituita, e l'istituenda **Cabina di Regia residenzialità-abitare di ogni DSM-DP delle AUSL** della Regione per armonizzare, quanto più possibile, la permanenza del paziente in un percorso residenziale alla **durata prevista dal LEA ad essa dedicato** (art. 33 del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.) e per implementare percorsi che vadano dalla residenzialità alla domiciliarietà.

I pazienti, in ogni fase del percorso penale, sono titolari di progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI). Necessitano di una modalità di presa in carico *adeguatamente diversificata*, flessibile e sincronicamente rispondente ai loro bisogni evolutivi che emergono lungo tutto il percorso penale. Detti progetti possono essere implementati secondo la modalità del Budget di salute perché questa coinvolge precocemente gli Enti Locali (EELL), nonché gli Enti del Terzo Settore (ETS) operanti nel territorio di iscrizione anagrafica del paziente. Detta modalità sembra garantire la capacità di risposta sia ai bisogni sanitari sia a quelli sociali di questi pazienti e aumenta la capacità di uscita dai percorsi penali che, altrimenti, potrebbero cristallizzarsi nelle proroghe delle misure di sicurezza detentive o non detentive.

5.5.3 MODALITÀ DI ACCESSO, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE NEI TRATTAMENTI RESIDENZIALI ESTENSIVI SOCIO-RIABILITATIVI PER LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Le linee di indirizzo regionali (DGR 1298/09) ribadiscono che ogni inserimento residenziale deve essere valutato dal team specialistico DNA utilizzando un approccio multidisciplinare e trasversale ai diversi livelli di cura, secondo il modello di rete e di continuità assistenziale già adottato dai DSM-DP per altri percorsi clinici complessi. Per garantire l'appropriatezza di questo percorso e facilitare la continuità assistenziale è importante presidiare tutte le fasi di passaggio, dall'accesso alle verifiche intermedie fino alle dimissioni stabilendo criteri e strumenti condivisi dai soggetti coinvolti.

Nella circolare RER n. 10/2015 "*Linee di indirizzo per le modalità di accesso, presa in carico e dimissione nei trattamenti residenziali estensivi socio-riabilitativi per la cura dei DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare)*" vengono definite le indicazioni/criteri preferenziali al trattamento residenziale, gli obiettivi di trattamento, gli elementi che qualificano il processo e le interfaccia tra team territoriale DNA e residenze. Le strutture di riferimento per la Regione Emilia-Romagna sono: Struttura accreditata "In Volo" - Parma (PR); Struttura accreditata "Residenza Gruber" - Bologna (BO).

5.5.4 ASSISTITI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Requisiti di accesso: persone con diagnosi di DNS (ASD con o senza ID, o altri DNS, che presentano gravi disturbi del comportamento e/o comorbidità psichiatrica;
- Inviati: DSM-DP o Servizi Sociali o entri del terzo settore convenzionati;
- Progetto: deve essere concordato e previsto sin dalla fase di accesso il successivo luogo di accoglienza dopo la dimissione;
- Attività:
 - o Metodologie cognitivo-comportamentali EB [vedi LG Autismo];
 - o interne ed esterne alla RTR-E: deve essere evitata la sola permanenza in RTR-E ma incoraggiata la frequenza contemporanea di altri centri riabilitativi o luoghi di lavoro o occupazione esterni;

- Durata della permanenza caratterizzata da maggior flessibilità nei tempi rispetto alle RTE per disabilità psichiatrica.

5.5.5 ASSISTITI GIOVANI CON ESORDI DI GRAVITÀ PSICOPATOLOGICA

- Requisiti di accesso: giovani adulti di età compresa tra i 18 ed i 25 anni affetti da gravi disturbi psichiatrici

- Inviati: DSM-DP

- Progetto: percorso di recovery disegnato ad hoc sulle specifiche necessità di questa fascia di popolazione, laddove un progetto domiciliare non sia possibile per varie ragioni o sia risultato fallimentare.

- Il lavoro sul territorio è molto intenso e richiede un'interfaccia continua con i servizi della rete territoriale con il mondo della scuola e del lavoro, sempre all'interno di un progetto condiviso e diretto dal CSM

- Attività:

- inquadramento diagnostico e la somministrazione di testistica utile a tale scopo soprattutto in casi di diagnosi specifiche formulate dalla NPIA nella minore età;

- Coinvolgimento delle famiglie, quando presenti, nel progetto di cura;

- programmi di Social Skills training;

- apprendimento di strategie di coping;

- gruppi di gestione della rabbia;

- gruppi specifici per il discontrollo emotivo e comportamentale (compresa la DBT);

- gruppi sulla sessualità e l'affettività.

5.6 LA TRANSIZIONE DALLA CONDIZIONE DI RESIDENZIALITÀ ALLA VITA AUTONOMA

Tre sono i principali interventi per preparare il paziente a una progressiva separazione dalla struttura residenziale:

Fase dello sviluppo della motivazione alla dimissione:

- valutazione se la vita in un appartamento autonomo corrisponde ad un reale bisogno del paziente;

- partecipazione a gruppi di pari che già abitano da soli (gruppi di self-help o gruppi condotti da operatori nei centri di riabilitazione);

- visite a pari che abitano da soli e possibilità di sperimentare brevi convivenze.

Fase dell'acquisizione di abilità comunicative con gli altri e di gestione della vita quotidiana per ridurre la possibilità di fallimento.

Fase della dimissione:

- programmi di abitazione supportata (presenza dell'operatore solo per fasce orarie, secondo i bisogni del paziente);

- o soluzioni abitative autonome con forme di supporto più evolute (colloqui di monitoraggio con l'operatore, gruppi di supporto di pari);

- esperienze di co-housing a tempo (1 settimana - 1 mese) nelle quali sperimentare le abilità di cui al punto 2.;

- Possibilità di organizzare questa fase in giorni di abitazione supportata alternati a giorni di ritorno in RTR-E;

- Possibilità di temporanei ritorni in RTE/I in situazioni particolarmente critiche, onde evitare ricoveri in aree di emergenza/urgenza psichiatriche;
- Possibilità di rientro temporaneo a domicilio di durata variabile.

Nel Rapporto ISTISAN 23/98, che coglie la problematica situazione della residenzialità psichiatrica, vengono indicati due strumenti innovativi per aiutare a superare le attuali criticità della residenzialità psichiatrica: il Budget di salute e l'Housing supportato, tradotto con Soluzioni Abitative Supportate (SAS), che può essere incluso all'interno degli innovativi Servizi di Comunità e Prossimità.

Il modello del Budget di salute è basato sull'affermazione del principio della non istituzionalizzazione della domanda e della domiciliarizzazione delle cure, sulla promozione del protagonismo degli assistiti, visti al tempo stesso come consumatori e come produttori di beni e servizi di welfare, e sull'attuazione del principio di sussidiarietà e la valorizzazione delle risorse informali di cura della comunità.

5.7 LA CONCLUSIONE DEL PROGRAMMA RESIDENZIALE ATTRAVERSO LA TRANSIZIONE DALLA CONDIZIONE DI RESIDENZIALITÀ ALLA VITA AUTONOMA

Per attuare l'intero processo è necessario che l'équipe adotti alcune **essenziali misure**:

- la valutazione del funzionamento personale e sociale, delle risorse socioeconomiche e dei supporti ambientali e della motivazione a lasciare la condizione di residenzialità;
- il coinvolgimento del paziente nel suo processo di dimissione, favorendo la sua partecipazione attiva alla pianificazione e alla valutazione dei relativi interventi, dando priorità all'ascolto di aspettative e desideri personali;
- l'individuazione precoce e l'attivazione di servirsì e risorse esterne (tirocini lavorativi, volontariato, supporto dei pari e degli amici, supporto dei familiari) per strutturare diversamente la giornata del paziente, precedentemente scandita dai ritmi della residenzialità;
- l'incremento del supporto professionale nelle fasi immediatamente successiva alla dimissione e negli eventuali momenti critici; a fornirlo potrebbe essere la stessa equipe della struttura che ha motivato il paziente al cambiamento e ne ha seguito i progressi nel programma residenziale; attivando un progetto Budget di salute domiciliare, insieme all'équipe territoriale che ha in cura la persona che la supporterà nella nuova fase di vita esterna alla residenza;
- l'atteggiamento di flessibilità da parte dell'équipe della residenza, che potrebbe prevedere anche temporanei reingressi del paziente, dovuti all'aumentato livello di stress comportato dall'esperienza abitativa soprattutto se vissuta in solitudine (vedi punto e. paragrafo precedente).

È indispensabile che la decisione di avviare la dimissione sia condivisa dagli inviati territoriali, al fine di affrontare congiuntamente con gli operatori della residenza le eventuali e inevitabili crisi dovute al passaggio da una condizione di maggiore dipendenza ad una condizione meno protetta e, pertanto, più esposta a difficoltà e frustrazioni.

Nelle situazioni in cui gli interventi riabilitativi si siano dimostrati di fatto inefficaci determinando lunghe o ripetute permanenze in residenze, occorre valutare se il progetto dell'assistito necessita di interventi intensivi più mirati o specialistici legati ad esempio a specifici PDTA, per tempi limitati e definiti. La maggiore temporanea intensità di cura nell'ambito sanitario è finalizzata a consentire potenzialmente la dimissione al domicilio e comunque favorire il passaggio a strutture dell'ambito sociosanitario,

eventualmente anche ad un ambito di sola assistenza sociale.

Per assistiti che presentino bisogni prevalenti di tipo assistenziale e non di tipo riabilitativo attraverso l'attivazione di UVM/UVG occorre favorire l'inserimento in strutture con sole caratteristiche assistenziali e quindi esterne al circuito sanitario o sociosanitario della salute mentale. Questa materia deve essere trattata nelle opportune sedi di confronto non solo progettuale ma anche programmatico nell'interfaccia tra AUSL ed EE.LL.

Questo documento nasce dalla necessità di migliorare l'efficacia dei programmi riabilitativi semiresidenziali e residenziali, attraverso un percorso progressivo e innovativo.

Cinque tra i criteri innovativi sottolineati in questo documento, in quanto ritenuti fondamentali per attivare nell'ambito della residenzialità un percorso di miglioramento continuo:

- l'uniformità delle pratiche utilizzate nei DSM-DP regionali, ad es. relativamente agli strumenti di valutazione utilizzati ed al monitoraggio del programma in corso di svolgimento;
- la registrazione su CURE delle valutazioni multidimensionali effettuate all'avvio e in fase di monitoraggio degli esiti del programma;
- la previsione effettuata all'avvio delle potenzialità riabilitative degli assistiti e l'ipotesi di durata del programma (registrata su CURE insieme alla valutazione di esito);
- la precoce ricerca di collaborazione con i servizi sociali degli EE.LL. sin dall'avvio del programma per predisporre nel periodo di 1 o 2 anni i supporti sociali necessari per il rientro dell'assistito sul territorio;
- il consolidamento e la diffusione uniforme delle attività svolte nelle strutture residenziali a favore degli assistiti di pratiche riabilitative evidence based.

Nella tabella si riportano le diverse attività che devono essere effettuate nel corso delle diverse fasi del programma residenziale:

Indicazioni e fasi del programma residenziale

Le azioni da effettuare

Provvedimenti organizzativi preliminari

In ogni DSM-DP della Regione Emilia-Romagna

Istituire un gruppo di lavoro definibile come “Cabina di regia residenzialità-abitare” che abbia il compito di ricevere dai servizi territoriali le richieste di inserimento residenziale, valutare la tipologia di residenza più adatta per le esigenze specifiche del singolo assistito, conoscere il numero e le caratteristiche dei posti disponibili nelle diverse residenze, monitorare la situazione dei programmi residenziali in corso per gli assistiti di quel dipartimento, collaborare con le equipe dei servizi territoriali per organizzare il rientro dell’assistito nel contesto di vita

La decisione di avviare un programma residenziale

A cura dei servizi psichiatrici territoriali

Condivisione della decisione nell’equipe curante, in seguito illustrazione e condivisione della proposta con l’assistito ed i suoi familiari
Segnalazione dell’assistito al “Cabina di regia residenzialità-abitare” del proprio DSM-DP, mediante invio di relazione clinica e compilazione della modulistica concordata

La valutazione mediante strumenti uniformi in Regione e registrata su CURE

A cura dei servizi psichiatrici territoriali

Prima dell’avvio del programma si somministrano all’assistito i seguenti strumenti di valutazione, registrandone gli esiti su CURE:

- MHRS
- HONOS

- FAB-SCIP (se sospetto di compromissione funzioni cognitive)
Si suggerisce di definire con l’assistito gli obiettivi del programma utilizzando la **misurazione della QoL**, dando importanza maggiore alla individualità della persona e alle sue preferenze. Queste informazioni possono essere molto utili per costruire un progetto riabilitativo non fatto di obv “standard” ma che rispondono alle preferenze della persona e quindi alle sue capacità di adattamento al contesto di riferimento (esempi di strumenti utilizzabili sono WHOQoL, ReQoL, MHQoL).

Valutazione della previsione di efficacia del trattamento riabilitativo (con possibile supporto utilizzando la “Scala di Parma”) compresa la valutazione della condizione socioeconomica e del supporto ambientale e registrazione su CURE

A cura dei servizi psichiatrici territoriali

Condivisione con responsabile della struttura di accoglienza della relazione clinica sull'assistito, dell'esito delle valutazioni effettuate, degli obiettivi e della prevista durata del programma residenziale. Si concordano i tempi e le modalità delle visite periodiche all'assistito e dei momenti di rivalutazione dell'andamento del programma. Condivisione con assistito ed i suoi familiari degli obiettivi e della prevista durata del programma residenziale: redazione e firma del contratto di ingresso da parte dell'assistito, dei familiari, di eventuale AdS, dell'équipe inviante, e dell'équipe della residenza. Contestualmente all'avvio del programma organizzare la presentazione dell'assistito in UVM, per costruire in collaborazione con gli EE.LL. ed il Terzo Settore i supporti sociali necessari per la futura ripresa di un progetto di assistenza territoriale.

La condivisione del contratto e l'avvio del programma

A cura dei servizi psichiatrici territoriali e della residenza

Definire in condivisione tra il servizio psichiatrico inviante e la residenza che accoglierà l'assistito quale operatore eserciterà il ruolo di case-manager per quello specifico programma residenziale

A cura dei gruppi di coordinamento regionali

Si attiverà un programma di formazione regionale affinché sia possibile applicare nelle strutture residenziali della Regione tecniche riabilitative di riconosciuta efficacia quali inizialmente:

- Illness Management and Recovery (IMR)
- Rimedio Cognitivo
- Social Skill Training

La loro applicazione nel programma di un singolo assistito o di gruppi di assistiti potrà essere avviata su richiesta dell'équipe inviante condivisa con la struttura residenziale, e andrà registrata su CURE.

Nel corso di tali eventi formativi la parte introduttiva riguarderà le **competenze trasversali di base del case-management**: come costruire un'alleanza terapeutica con assistiti e familiari, come definire con l'assistito gli obiettivi personali di recovery, come motivare al cambiamento gli assistiti ed i familiari

Le tecniche riabilitative evidence based da applicare durante il programma

A cura dei servizi psichiatrici territoriali e della residenza

Ogni 6-9 mesi: visita in presenza all'assistito con rivalutazione dell'andamento del programma riabilitativo rispetto a quanto previsto.

Ogni 6-9 mesi: somministrazione Mental Health Recovery Star, con registrazione dell'esito in CURE (somministrata da parte di operatore struttura, anche in collaborazione con operatori CSM)

Il monitoraggio dell'andamento del programma

Ogni 3-6 mesi: incontro online con assistito e operatori della struttura

Gli ultimi mesi del programma	<p>A cura dei servizi psichiatrici territoriali e della residenza Condivisione tra equipe curante del CSM, assistito e equipe della struttura residenziale circa la modalità di sperimentare il rientro nel proprio territorio di provenienza.</p> <p>In questa fase valutare l'opportunità di un passaggio dalla residenza all'autonomia con modalità gradualità, es. organizzando nel corso della settimana giorni di abitazione supportata territorialmente alternati a giorni di ritorno in RTE.</p> <p>Valutare l'opportunità di avvio in questa fase di un Budget di salute "a ponte" tra gli ultimi mesi in residenza ed il riavvio di progetto territoriale</p>
La conclusione del programma ed il riavvio di un progetto territoriale	<p>A cura dei servizi psichiatrici territoriali Somministrazione Mental Health Recovery Star, con registrazione dell'esito in CURE.</p> <p>Si suggerisce, come già all'avvio del programma, la somministrazione di strumenti per valutare la qualità della vita (es WHO-QOL, ReQoL, MHQoL) per evidenziare il raggiungimento o meno degli obiettivi che erano stati definiti insieme all'assistito</p> <p>Registrazione in CURE della corrispondenza o dell'eventuale discrepanza tra le previsioni all'avvio (sulla durata e sull'aspettativa del risultato riabilitativo) e l'effettivo esito del programma.</p> <p>Registrazione in CURE di eventuali difficoltà riscontrate nell'organizzare, durante il periodo di permanenza in struttura, in collaborazione con gli EE.LL. ed il Terzo Settore i supporti sociali necessari per la ripresa di un progetto di assistenza territoriale</p>
Autosomministrazione annuale da parte dei responsabili della residenza dello strumento QuiRC-SA, quale verifica periodica dell'adeguatezza della struttura alla propria mission	<p>A cura dei responsabili delle residenze</p> <p>QuiRC-SA indicatore di qualità per le cure riabilitative (Quality Indicator for Rehabilitative Care-QUIRC) è uno strumento internazionale standardizzato che valuta le condizioni di vita, l'assistenza e i diritti umani delle persone con problemi di salute mentale complessi che vivono in servizi residenziali supportati.</p> <p>Il monitoraggio dell'avvenuta autovalutazione e del risultato sarà verificato dal "Cabina di regia residenzialità-abitare" dei DSM-DP, come una sorta di strumento di Fidelity per creare una connessione tra adeguatezza e outcomes da misurare con regolarità annuale</p>

Nell'eventualità che l'equipe residenziale valuti come non più appropriata la permanenza in struttura della persona per sopraggiunte problematiche di ordine clinico o comportamentale, richiedendo la dimissione anticipata rispetto al progetto concordato, fatto salvo situazioni di particolare urgenza e gravità è necessario un confronto con l'equipe del CSM inviante e viene stabilito un periodo di 3 mesi di proseguimento della permanenza in residenza necessario alla ridefinizione di alternative progettuali da parte del CSM.

Non è consentito dichiarare concluso il programma residenziale e considerare l'assistito dimesso nel corso di un ricovero ospedaliero.

06. Percorsi residenziali e semiresidenziali per le Dipendenze Patologiche

6.1 PROCESSI DIREZIONALI INTEGRATI

6.1.1 COMMISSIONI MISTE DI MONITORAGGIO/COMMISSIONI PARITETICHE ACCORDI CON ENTI ACCREDITATI

Un sistema complesso come quello dell'assistenza alle persone con addiction, tra territorio e CT, all'interno delle Comunità locali, delle provincie, delle aree regionali e della intera Regione, necessita di governo e di dispositivi che lo mettano in atto. In ogni territorio provinciale nella Regione Emilia-Romagna, è presente un organismo integrato pubblico-privato di monitoraggio dell'accordo con gli Enti Accreditati per le DP (EEAA) che, pur nelle differenze locali, garantisce offerta, qualità dei Servizi e processi di advocacy nei territori di riferimento.

All'interno delle Commissioni Miste/Paritetiche gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione sono da esplicitarsi, in accordo con la DGR 1943/17 e dell'Intesa Stato Regioni del 21 Marzo 2024 "Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da Dipendenze Patologiche (comunità terapeutiche), nel governo del sistema dei Servizi, nella declinazione di prestazioni e servizi, nella costante attenzione alla adeguatezza delle strutture e della loro capacità di inserirsi nelle realtà urbane, comunitarie e regionali, nei livelli di competenze e nella valorizzazione delle esperienze, nella comunicazione interna ed esterna. Inoltre, riguardo ai percorsi, si ritiene che gli ambiti della sicurezza delle cure e del risk management, del miglioramento e dell'innovazione, così come quello dell'umanizzazione, siano ambiti prioritari di garanzia della qualità dell'intervento.

Sia a livello locale che regionale le Commissioni di Monitoraggio/Paritetiche garantiscono che i processi di assistenza e di collaborazione attiva nel territorio di riferimento, nonché la lettura dei fenomeni e la pianificazione dei Servizi siano rispondenti ai bisogni, siano volte al miglioramento continuo, siano attente all'integrazione ed alla continuità assistenziale.

In particolare, è necessario che ogni Commissione di Monitoraggio/Paritetica si doti di **strumenti sistematici per la pianificazione, il governo del sistema e della sua sostenibilità, la valutazione dei percorsi** (DGR 1718/2013) attraverso:

- piani annuali di attività basati sull'evidenza della lettura dei fenomeni (clinici, sociali, ecc.);
- accordi quali-quantitativi che definiscano la visione, i valori e la spinta all'innovazione rispetto ai bisogni;
- contratti che definiscano l'impegno economico in relazione alla lettura dei bisogni e dell'offerta condivisa;
- report annuali che consentano la ri-pianificazione e la ri-programmazione;
- documento/i di governo degli accessi, dei percorsi e delle dimissioni formalizzato/i;
- audit/valutazione annuale di tipo organizzativo e professionale sull'appropriatezza **dei percorsi**.

La Commissione di Monitoraggio/Paritetica locale è organo gestionale e la sua composizione deve prevedere la presenza di un Coordinatore del Servizio pubblico (con l'auspicabile partecipazione di un rappresentante degli EEAA nella conduzione del coordinamento), dei Rappresentanti di ogni Ente Accreditato e dei Servizi DP, di un Dirigente Amministrativo dell'AUSL committente; la Commissione

di Monitoraggio/Paritetica locale si avvale di gruppi di supporto tecnico integrato di esperti (assistiti ed operatori) che, su suo mandato, esplorano, propongono e rendono attuabili il miglioramento, il risk management, l'innovazione.

6.1.2 CRITERI DI ACCESSO AI PERCORSI RESIDENZIALI

Si ritiene che *la valutazione, la proposta e l'accompagnamento al percorso residenziale debbano essere integrati e motivanti, e che siano fondamentali per l'esito dei percorsi*. In particolare, gli operatori delle DP e delle CT hanno un ruolo fondamentale nell'esito del percorso se correttamente formati e forniti degli strumenti del **colloquio motivazionale** e della *valutazione del livello motivazionale*, della capacità di impegno, aspettative, consapevolezza di malattia, della storia dei precedenti trattamenti.

I criteri per l'accesso e la scelta della struttura devono tenere conto dei bisogni specifici ed attuali di quella persona: sarà quindi necessario integrare valutazioni cliniche, valutazioni del funzionamento, delle risorse interne e socio-relazionali, delle competenze. Attraverso la **valutazione multidisciplinare integrata e multifattoriale**, si possono ravvisare alcune linee di lettura dei bisogni assistenziali e clinici che, coerentemente motivati e supportati, conducono all'indicazione clinica ed alla proposta di un percorso residenziale, della sua tipologia, delle sue regole, dei suoi tempi che saranno contrattati all'interno dei tempi previsti dai LEA, in un'ottica di individualizzazione dei percorsi e di sostenibilità di sistema.

I team di cura integrati valutano, al fine della proposta di accesso al percorso residenziale, alcuni **criteri d'inclusione**, basati su caratteristiche cliniche e sistemiche osservabili:

- richiesta/adesione alla proposta di percorso residenziale/semiresidenziale;
- difficoltà a gestire il craving;
- difficoltà nel gestire la quotidianità;
- necessità di un periodo di valutazione diagnostica drug free;
- assenza di un grave disturbo psicopatologico in atto per cui è indicato un ricovero psichiatrico;
- assenza di una grave disabilità (per es. grave demenza, patologie in stadio terminale etc....);
- presenza di un'attenta analisi delle precedenti esperienze di percorsi residenziali;
- presenza di una famiglia ingaggiabile nella cogestione del trattamento (per percorsi semiresidenziali);
- necessità di stabilizzare la persona sul versante sanitario per una risocializzazione efficace (trattamenti sociosanitari e Budget di salute);
- presenza di bisogni sociali che necessitano di una presa in carico sociosanitaria complessa.

All'interno di questi criteri generali alcune caratteristiche specifiche della popolazione indicano percorsi specialistici individuati dai LEA (doppia diagnosi, madre-bambino) o offerti dal sistema regionale che mette a disposizione e sostiene percorsi di residenzialità per minori, per gambler, per donne, per alcol-dipendenza, per persone con bisogni assistenziali sociosanitari complessi (Budget di salute), per persone che hanno commesso reato.

6.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE INIZIALE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE D'ESITO

La letteratura scientifica evidenzia alcune dimensioni misurabili che vengono ritenute prioritarie nella valutazione di appropriatezza ed efficacia nei percorsi comunitari per le addiction:

- motivazione
- impulsività
- qualità della vita
- ritenzione in trattamento
- uso di sostanze e craving
- autonomia
- performance psico-sociale
- patologie correlate all'uso di sostanze trasmissibili e non trasmissibili.

Solo alcune di queste dimensioni sono state tradotte in strumenti validati sulla popolazione che presenta dipendenza patologica. Al tempo stesso è vero che l'utilizzo di scale di valutazione per la fase di assessment e valutazione di esito, nella pratica clinica dei percorsi residenziali è molto residuale, e sicuramente non rappresenta una abitudine consolidata. Alla luce di questo quadro scientifico e di real practice, considerando che si ritiene fondamentale implementare la capacità di misurare outcome e output dei percorsi, sono stati individuati i seguenti strumenti di assessment e di valutazione dell'outcome:

- DARS - Drug and Alcohol Recovery Star

La DARS è uno strumento per misurare i processi di cambiamento nei percorsi di cura e nei progetti riabilitativi di persone con disturbi mentali specifica per le addiction. In particolare è finalizzata a: misurare gli esiti degli interventi, supportare il percorso di recovery, diventare uno strumento utile per il case manager in quanto fornisce mappa e metodo per visualizzare i progressi e sostenerli in modo collaborativo con le persone in percorso. È in corso il processo di validazione della scheda, che sarà supportato dalla Regione Emilia-Romagna.

- Valutazione dei requisiti REX

Permette di monitorare gli obiettivi del percorso individualizzato integrato (indicatori di output) e di verificare la ritenzione in trattamento e gli esiti del programma. Diffusa come strumento di progettazione condivisa tra SerDP- CT- Assistito. Può essere standardizzata a livello regionale.

- SCL-90 - SYMPTOM CHECKLIST 90

Scala validata e utile a definire un profilo di possibile problematicità sul versante psichiatrico su diverse dimensioni cliniche. Viene eseguita dal paziente, elaborata da qualsiasi operatore. I risultati devono essere interpretati ed eventualmente restituiti al paziente da un medico o da uno psicologo. Da eseguire durante la osservazione e diagnosi ma dopo una fase di disintossicazione e stabilizzazione (orientativamente a 1-2 mesi dall'ingresso).

- BIS-11 - BARRATT IMPULSIVNESS SCALE 11

È un questionario self-report di 30 items che misura l'impulsività secondo il modello tridimensionale di Barratt (1995): 1) Cognitivo-attentiva: Deficit dell'attenzione e della concentrazione che compromette la capacità di riflettere in maniera analitica. 2) Comportamentale: Tendenza ad agire istintivamente sulla base di un rinforzo contingente positivo e immediato senza la valutazione dei rischi o danni 3) Deficit Pianificazione: Incapacità di programmare un evento futuro sulla base di conseguenze potenziali.

- DERS - DIFFICULTIES IN EMOTIONAL REGULATION SCALE

È uno dei test più usati per la valutazione delle difficoltà nella regolazione emotiva per la popolazione adulta. Lo strumento presenta buone proprietà psicometriche.

- ABQ - ADDICTIVE BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

Valutazione categoriale/dimensionale secondo le indicazioni DSM-5. La scala valuta la presenza di un disturbo correlato a sostanze disturbi di addiction che comprendono il disturbo da gioco d'azzardo e il comportamento problematico relativo all'uso di internet. Permette di avere un quadro dimensionale specifico della gravità del craving. Consente al clinico la costruzione, il monitoraggio e l'organizzazione dell'intervento terapeutico più individualizzato a favore del paziente.

- MAC2 - MOTIVATION ASSESSMENT OF CHANGE

Fortemente consigliata nei pazienti che hanno come diagnosi principale un disturbo da uso di alcol (MAC2A). Screening e valutazione dei fattori motivazionali. Questionario che viene somministrato anche dalle professioni sanitarie. Strumento per inviare ai gruppi motivazionali che permette l'aggancio degli assistiti.

- ICF RECOVERY

set organico di strumenti finalizzati alla definizione di percorsi riabilitativi centrato sulla persona e che indaga molte dimensioni ma che risulta impegnativo sia dal punto di vista del tempo di compilazione che complesso in termini di competenze necessarie per compilare la scheda

- DISS - DISABILITY SCALE

valuta il grado di compromissione determinato dai disturbi psichici nelle aree dell'attività lavorativa, della vita di relazione e valuta lo stress percepito dal soggetto nel periodo intercorso dall'ultima visita e, in termini percentuali, il supporto ricevuto

- QOL-BREF - QUALITY OF LIFE

Strumento autosomministrato che valuta la percezione soggettiva della qualità della vita in 4 aree: salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali e ambiente

Le scale citate sono da utilizzare in fase iniziale rappresentando da un lato degli strumenti di assessment iniziale e quindi in seguito come valutazioni di percorso e di outcomes. Di seguito riassunti in tabella 1 le scale ritenute obbligatorie e facoltative/indicate in casi specifici:

	Obbligatorie	Facoltativi / indicati * in casi specifici	Facoltativi a scopo di ricerca e reportistica
Assessment funzionale psicologico-psichiatrico	Scheda Rex DARS BIS-11 SCL-90 MAC-2	profilo cognitivo (MOCA, WAISS, BFE-A etc.) valutazione della disabilità (DISS, Disability assessment scale etc.) Altri approfondimenti psichiatrici (SCID/ MMPI) Antisocialità-psicopatia (PCL-R, HCR-20 ver 3) ABQ	GAF (VGF) QOL BREF
Assessment organico e ricognizione farmacologica	Sierologie epatiti ed HIV nell'anno precedente Riconciliazione farmacologica	ECG Ecografia addominale Stadiazione di eventuali patologie croniche	
Output e outcome	Scheda Rex BIS-11 Recovery star	DERS MAC-2 DERS ABQ	

* Alcuni test sono consigliati su specifici bisogni ed osservazioni cliniche che possono dirigere gli interventi e definire la prognosi. Vd tabella sotto

Nel contesto dell'assessment dell'assistito con dipendenza patologica è fondamentale avere strumenti specifici per indagare le principali **comorbidità sul versante psichiatrico, internistico, tossicologico e neurologico**:

- un assessment sulla comorbidità tossicologica viene considerato come diagnosi di ingresso in capo al servizio inviante;
- uno screening degli aspetti psichiatrici (utile per buona parte dei pazienti);
- una valutazione della comorbidità internistica, oltre che attraverso l'anamnesi e l'analisi della documentazione clinica del paziente può avvenire con uno screening strumentale (ove non fosse già stato eseguito di recente) su esami del sangue (che comprenda almeno emocromo con formula, alanina amino transferasi (ALT o GPT), aspartato amino transferasi (AST o GOT), Gamma Glutamyl Transferasi (GGT o gammaGT), creatinina, glicemia, test sierologici per HCV, HBV, HIV, ecografia addominale ed elettrocardiogramma ove ci sia un consumo di alcol e/o di cocaina cronico, anche in assenza di farmacoterapia specificamente influente sulla funzionalità cardiaca;
- l'esclusione di deficit neurologici, ove vi siano elementi per sospettarlo andrebbe approfondita attraverso scale di screening (come il MOCA) o più specifiche sulle funzioni esecutive (come il BFE-A) o più complete sul funzionamento cognitivo (come la WAIS), senza dimenticare le polineuropatie periferiche spesso misconosciute;
- non ultima la specificità delle valutazioni legate alle addiction comportamentali che sono in evoluzione e validazione nei diversi setting assistenziali.

6.3 IL RUOLO DELL'AUDIT

Un altro strumento quali-quantitativo introdotto dall'Accreditamento Regionale è quello dell'Audit: a partire dall'Accordo Generale per il triennio 2010-2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento degli Enti Accreditati in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di Dipendenza Patologica (DGR 246/2010), la Regione richiede "almeno un audit/ valutazione annuale di tipo organizzativo e professionale sull'appropriatezza dei percorsi nel sistema locale dell'offerta di servizio".

Lo strumento dell'Audit consente alle Commissioni di Monitoraggio/Paritetiche di sottoporre a valutazione l'intero sistema e generare innovazione su dati misurati e condivisi.

07. Percorsi residenziali e semiresidenziali per la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Prendersi cura della salute degli adolescenti non significa però soltanto garantire il diritto alle prestazioni sanitarie ma richiede attenzione alle specificità dell'età, degli ambienti di vita, del ruolo della famiglia. Gli interventi da mettere in campo devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità supportiva della famiglia, delle risorse del contesto e utilizzare modalità di comunicazione appropriate. Altro elemento fondamentale in questa età è garantire la partecipazione attiva dei ragazzi in tutto il percorso di cura.

Anche il ruolo dei genitori è estremamente importante perché l'aumento dell'efficacia e della sensibilità genitoriale si connettono sempre ad un migliore esito clinico.

Come già evidenziato nel capitolo 2, le strutture residenziali per minori presenti in Regione sono rappresentate da RTI-M (strutture sanitarie) e da strutture sociosanitarie come definito dalle delibere di Giunta regionale 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari", e 911/2007 "Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza".

In Regione è disponibile un numero basso di posti letto RTI, con la conseguente necessità di individuare altre soluzioni in caso di bisogni sanitari, mentre un numero più elevato di minori è inserito in strutture sociosanitarie.

Pertanto, in ragione della natura dei bisogni sociosanitari specifici dei minori e nella tutela della salute mentale dell'infanzia e adolescenza, occorre garantire un efficace collegamento e coordinamento dei servizi sanitari e sociali nella conduzione dei programmi riabilitativi, con un'integrazione precoce delle attività già nell'ambito dei percorsi in RTI-M.

7.1 CRITERI DI ACCESSO

7.1.1 PREREQUISITI PER UN CORRETTO INSERIMENTO IN RTI-M

La funzione residenziale intensiva in età evolutiva nasce con l'ambizione di offrire possibili risposte alla crisi e all'emergenza nel periodo adolescenziale proponendo un solo spazio dove effettuare una valutazione approfondita, non esclusivamente diagnostica e nel contempo porre una particolare attenzione ai rischi connessi dell'emergenza.

Le RTI-M, così come previsto da criteri di accreditamento vigenti, sono strutture sanitarie a trattamento intensivo per minori (10-17 anni) affetti da importanti disturbi emozionali e/o comportamentali in fase acuta o sub-acuta, disturbi che configurano un problema evolutivo che non può essere trattato a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale. In casi eccezionali deve essere possibile accogliere minori di età inferiori ai 10 anni.

Le residenze dovrebbero essere sia strutture altamente flessibili per adattarsi alle necessità degli adolescenti e dei loro genitori/tutori, sia luoghi in cui si stabiliscono alcuni principi terapeutici e regole (poche e chiare) condivise da tutti gli operatori che facciano da cornice al lavoro comune.

Sembra opportuno sottolineare come questa fase del percorso clinico non possa avere solo funzioni di valutazione ma abbia anche finalità di intervento terapeutico, e non possa realizzare questo intervento se non si preoccupa anche di comprendere il funzionamento dell'adolescente e del suo sistema relazionale

di riferimento.

Si tratta quindi di un processo di valutazione e intervento che coinvolge uno o più soggetti con legami reciproci, normalmente di tipo familiare o parafamiliare che entrano in una relazione di aiuto con uno o più professionisti fra loro collaboranti ai fini dell'avvio della cura e della scelta (co-definita) del successivo, eventuale, percorso terapeutico-assistenziale.

Come requisito essenziale per l'accesso ai percorsi residenziali (delle due strutture RTI attive in Regione) deve essere effettuata una valutazione completa delle condizioni psicologiche, comportamentali e ambientali (risorse sociali specifiche del singolo assistito), arrivando a distinguere alcune categorie di assistiti in base alle prospettive riabilitative ed alla previsione di durata del percorso.

Seppur luogo di cura intensivo, come peraltro declinano dalle raccomandazioni regionali del 2017, il lavoro in una RTI-M implica cercare di promuovere progressivamente l'autonomia e la capacità di scelta dell'assistito, così come facilitare un contesto favorente la motivazione e orientato all'empowerment alla recovery; deve essere favorito un atteggiamento psicoterapico orientato ad aiutare l'adolescente ad osservarsi, sfruttando il pensiero riflessivo, dove la crisi venga considerata insieme un pericolo ma anche un'opportunità di cambiamento attraverso la strada della responsabilizzazione costante dell'adolescente.

Secondo la DGR 911/2007 le residenze accolgono, per ricoveri programmati, fino ad un massimo di sei minori con gravità del quadro individuato attraverso l'asse 1 del ICD10 OMS, cui si possono aggiungere 2 letti per una più pronta accoglienza, anch'essa tempestivamente programmata.

In realtà le RTI-M dovrebbero essere strutture per ricoveri programmati con un potenziale di accoglimento dagli 8 ai 12 adolescenti per permettere percorsi flessibili (maschi/femmine ma anche presenza di un familiare o di altre figure che necessitano di affiancare il minore, necessita cliniche di rimanere in stanza singola, ecc.). Secondo la DGR 911/2007, la durata della degenza in RTI-M fissata in 2-3 settimane appare troppo breve e sarebbe meglio come da nuovo indirizzo regionale, tuttora in corso di definizione, portare il ricovero eventualmente prorogabile dal Responsabile della NPIA fino a 60 gg, per completare il raggiungimento di obiettivi posti all'inizio del ricovero e sulla base del progetto concordato con la NPIA territoriale.

Ulteriori proroghe fino ad un massimo di 90 gg potranno essere possibili solo in alcuni casi specifici, per particolari esigenze, con progetto scritto, documentato e autorizzato dal Responsabile della NPIA (percorsi di un mese per ricoveri di OVD mentre quelli più lunghi previsti quando oltre le caratteristiche cliniche vi siano fragilità di contesto che necessitano di non rientro al domicilio).

I ricoveri dovrebbero provenire dai servizi NPIA territoriali, dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura degli Ospedali generali (dove dovrebbero essere collocati 1/2 posti di emergenza per minori con età superiore ai 14 anni) o dalla Pediatria o reparti NPIA (minori di 14 anni) su invio del neuropsichiatra infantile. Gli invii dovrebbero essere tutti autorizzati dal direttore o suo delegato del Settore NPIA su apposita scheda di invio in modo da fare filtro secondo anche criteri di priorità.

I Progetti terapeutici devono essere fortemente integrati con servizi territoriali di competenza e sviluppati in collaborazione con i familiari. L'equipe della Residenza deve essere multiprofessionale (neuropsichiatri, psichiatri, psicologici, infermieri professionali, OSS, tecnici riabilitazione psichiatrica) e composta da operatori che dispongono di specifiche competenze nell'ambito della età evolutiva. La formazione dovrebbe essere continua e in integrazione con i servizi territoriali almeno per alcune

tematiche fondamentali.

Come negli adulti anche in RTI-M il paziente una volta stabilizzato andrebbe dimesso. Ogni ritardo per motivi extraclinici rischia di riverberarsi negativamente sul ragazzo, sul progetto e innescare pericolose dinamiche involutive sia per i ragazzi che per gli operatori.

Dovrebbero essere normalmente criteri di esclusione:

- disturbi del neurosviluppo
- ritardo mentale (eccetto ritardi lievi o moderati in comorbilità con altro disturbo psichiatrico)
- disturbi ADHD (se non in comorbilità con altro disturbo psichiatrico)

In caso di ricovero di pazienti con le caratteristiche sopradescritte si dovrebbero progettare programmi specifici personalizzati (ad esempio prevenire un affiancamento individuale secondo le necessità cliniche, possibilità di interventi personalizzati fuori da struttura...).

L'obiettivo del ricovero è quello quindi di fornire un percorso terapeutico intensivo che veda integrati tutti gli strumenti della neuropsichiatria infantile:

- Approfondimento diagnostico-terapeutico
- Valutazione neuropsichiatrica e psicologica
- Cure mediche (internistiche, specialistiche) e infermieristiche
- Accertamenti strumentali, Esami di laboratorio
- Psicoterapia breve individuale e rivolta al contesto familiare
- Trattamenti farmacologici
- Trattamenti terapeutici-riabilitativi-educativi

7.2 IL PROGRAMMA RESIDENZIALE

7.2.1 L'AVVIO

Per ogni ospite, fin dal momento del suo ingresso, la costruzione di un progetto/programma personalizzato deve essere vista come un lavoro progressivo e continuamente aggiornabile. A volte il progetto/programma deve vedere all'opera molti protagonisti: il paziente stesso, i genitori o gli aventi tutela, il servizio inviante; deve procedere per tappe successive, con momenti di verifica e i necessari aggiornamenti.

D'altro canto il ricovero è tanto più proficuo quanto più l'invio è ben preparato.

Pertanto il medico inviante presenta preventivamente il caso all'équipe della Residenza con una relazione scritta, prepara il paziente e i tutori all'ingresso con un colloquio congiunto pre-ricovero e l'inviante stesso accompagna il paziente nel momento del ricovero.

Durante l'incontro pre-ricovero è definito il Progetto terapeutico complessivo e i tempi presumibili del ricovero, con presentazione all'assistito ed ai familiari/tutore del reparto, del regolamento e delle attività che vengono firmati da paziente e familiari (esercenti potestà).

Quando non è possibile eseguire un incontro congiunto l'incontro pre-ricovero viene svolto dagli operatori della residenza (Medico Responsabile e Medico NPI) con paziente e tutori sia presso la RTI che presso le strutture di emergenza-urgenza che accolgono il minore (preferibilmente in presenza ma anche da remoto).

Ovviamente rispetto le strutture di emergenza va tenuto conto della necessaria tempestività della conoscenza/trasferimento.

7.2.2 LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE

I servizi territoriali della NPIA condividono con la residenza la tipologia dei trattamenti riabilitativi da mettere in atto per quell'assistito, ipotizzando, secondo la categoria riabilitativa individuata, quali capacità si chiede vengano sviluppate ed in quali tempi

Gli obiettivi generali dell'intervento sono:

- offrire momenti di parziale distacco da un ambiente nel quale siano presenti elementi conflittuali;
- permettere al sistema familiare di comprendere le situazioni difficili e conquistare una migliore capacità di comunicazione;
- ricomporre l'equilibrio personale e familiare;
- aumentare il controllo degli impulsi e ridurre i comportamenti a rischio;
- migliorare l'adattamento sociale e relazionale;
- favorire il reinserimento scolastico e/o l'avviamento professionale;
- promuovere, nelle diverse fasce di età, l'adeguato livello di autonomia.

Per ogni ospite dovrebbero essere redatti questi due progetti:

- un progetto terapeutico complessivo iniziale, formulato all'ingresso a cura del referente NPIA o dell'agenzia sanitaria inviante e con la famiglia che comprende gli obiettivi generali del ricovero, la prognosi e la verosimile modalità di dimissione prevista;
- un progetto terapeutico specifico/individuale a cura dell'equipe della residenza, sviluppato dopo adeguata osservazione/valutazione, con la collaborazione del servizio inviante e condiviso con la famiglia che definisce gli specifici interventi diagnostici e terapeutici riabilitativi erogati dalla struttura e la durata della permanenza.

Durante la permanenza in RTI sono previsti periodici incontri di valutazione e verifica con i vari referenti e con la famiglia o gli aventi tutela per scandire le varie fasi del progetto e le eventuali modifiche da apportare.

Durante la prima settimana di permanenza l'equipe dovrebbe effettuare una osservazione intensiva al fine di stabilire il progetto di presa in carico individuale in accordo con l'inviante.

Dopo questa prima fase si decide se l'ospite necessita di proseguire in un regime che chiamiamo "a bassa stimolazione" che prevede l'assistenza personalizzata continuativa da parte degli operatori e lo svolgimento di attività diurne in un ristretto gruppo di pari, in un contesto a pochi stimoli (colloqui di valutazione psicologici e/o neuropsichiatrici, valutazioni internistiche, esami strumentali e di laboratorio, gruppi psicoeducativi e/o riabilitativi, attività espressive, ecc.); oppure sia pronto a partecipare ad attività terapeutico-riabilitative comuni ed aderire al calendario di attività stabilito per i minori che frequentano la semiresidenza.

Allo stesso modo vengono valutate la ripresa della frequenza scolastica (con possibilità di frequentare lezioni anche tramite strumenti informatici, accesso in struttura agli insegnanti, frequenza scolastica in autonomia), le visite dei famigliari (orari standard, pernottamento di un genitore, regolamentazione

visite), i contatti e le uscite con eventuali figure educative di supporto esterne(es. Educatore NPIA e SS) la frequenza del gruppo di pari, i permessi di uscita, la partecipazione attività esterne (sport, ecc.);

7.2.3 L'USO DEI FARMACI IN RESIDENZA

L'opzione farmacologica necessita di un uso controllato ed esperto della psicofarmacologia, pertanto l'utilizzo delle terapie avviene dopo adeguata osservazione e secondo criteri condivisi.

Alcuni criteri che devono essere presi in considerazione sono:

- gravità clinica
- rischio suicidario
- resistenza-indisponibilità alla psicoterapia
- forme croniche o ricorrenti
- comorbidità
- familiarità positiva
- condizioni psicosociali negative.

Riteniamo necessario siano redatti protocolli clinici per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali effetti collaterali (es. effetti cardiotossici, metabolici, ecc.).

È anche opportuno definire il rapporto con i NOP provinciali per le prescrizioni farmacologiche off-label, che dovrebbero essere autorizzate dal NOP tramite apposita relazione e richiesta specifica.

7.2.4 PREVENZIONE DELL'IMPULSIVITÀ

In RTI-M ciascun ospite deve potersi sentire accolto, preso in considerazione e capito. Deve, cioè, sentirsi accettato e contenuto in un clima emotivo che permette la comprensione e la riflessione. Non bisogna d'altra parte pensare che l'adolescente sia un paziente più facile dell'adulto: al contrario, la maggiore vitalità e la maggiore difficoltà a controllare gli impulsi possono portare ad agiti che mettono a dura prova la capacità di resistenza del gruppo degli operatori e che mette a rischio pazienti e operatori.

In linea con le indicazioni nazionali, regionali e anche provinciali e nell'ambito di processi di miglioramento che coinvolgono molti DSM-DP si dovrebbero provare a sviluppare proposte e soluzioni innovative, anche se non risolutive (es. stanza arcobaleno per consentire ai pazienti ricoverati di scaricare l'aggressività e gestire i momenti di crisi comportamentale ma soprattutto anche per prevenire momenti di crisi utilizzando immagini o musica).

Nell'ambito del programma prevenzione del rischio clinico dovrebbero essere previste e verificate periodicamente una serie di modifiche ambientali (studi, camere di degenza, spazi comuni), istituire protocolli di emergenza con altri reparti in modo da rendere disponibili operatori in caso di necessità, prevedere flessibilità dei turni degli operatori, ecc.

7.3 STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER FASE INIZIALE, IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DI ESITO

Sono state individuate come appropriate per effettuare una valutazione completa della condizione del minore le seguenti scale di valutazione:

- **MHRS - Mental Health Recovery Star**

Da somministrare all'ingresso e durante la residenzialità per valutare la progressione.

La MHRS è uno strumento per misurare i processi di cambiamento che avvengono negli assistiti dei servizi, nei percorsi di cura e nei progetti riabilitativi.

In particolare è finalizzata a: misurare gli esiti degli interventi, supportare il percorso di recovery, diventare uno strumento utile per il case manager in quanto fornisce una mappa e metodo per visualizzare graficamente i progressi degli assistiti e pianificare le azioni necessarie.

- **HONOS (ogni sei mesi, T0, T6,TD)**

La Health Of Nation Outcome Scale. È utilizzabile sia dal personale medico che da altri operatori. Indaga sia gli aspetti clinici che quelli sociali.

- **CGAS Child Global Assessment**

una scala per la valutazione del funzionamento globale

- **MMPI-A**

strumento per la valutazione psicologica degli adolescenti, composto da 478 items raggruppati in sei scale di validità, 10 cliniche di base (sondano le dimensioni significative della personalità), 15 di contenuto (che aiutano ad approfondire variabili di personalità) e 6 supplementari (che approfondiscono la trattazione dei problemi clinici e dei disturbi).

Viene inoltre svolta una **valutazione funzionale delle varie aree (sensoriale, linguistica, apprendimento)** attraverso lo **strumento denominato PEII** che si rivaluta ogni 3 mesi. Sarebbe utile avere un PEII condiviso e unico tra tutte le strutture poiché al momento è creato dalle singole equipe. Il lavoro con la rete di servizi coinvolti quali scuola, NPIA di riferimento, centri sportivi e ricreativi, servizi sociali è fondamentale per la costruzione del percorso presente e di quello futuro.

7.4 LA FASE DELLA DIMISSIONE

I programmi alla dimissione dovrebbero prevedere trattamenti:

- multimodali perché molti sono i settori da trattare;
- integrati coinvolgendo nel percorso di cura oltre l'adolescente, i familiari e gli insegnanti;
- individualizzati considerando l'eterogeneità dei quadri clinici

Dovrebbero essere organizzati in percorsi di cura caratterizzati da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive e non solo in base a complessità e gravità (*Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti, Raccomandazioni regionali - febbraio 2017*);

Una criticità della dimissione dalla RTI-M è la difficoltà ad individuare in tempi congrui le successive strutture di accoglienza del minore, con il conseguente prolungamento della permanenza in RTI-M. Talvolta il prolungamento della permanenza si rende necessario per motivi non strettamente clinici, a

volte il progetto complessivo è di difficile costruzione per divergenze fra servizi, difficoltà a reperire alternative territoriali congrue, difficoltà di accettazione da parte del paziente e/o familiari, difficoltà amministrative, ecc..

Sicuramente per i ragazzi inseriti in RTI-M il prolungamento del ricovero può diventare difficile, angosciante, talvolta regressivo anziché evolutivo.

Per evitare prolungamenti di ricoveri non determinati da situazioni cliniche e garantire programmi di dimissioni che tengano conto della situazione clinica, integrati, individualizzati e organizzati in percorsi caratterizzati da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive sono predisposti - oltre a incontri di verifica di rete programmati durante le fasi del ricovero - incontri settimanali con un referente NPI delegato dal Dipartimento di Salute mentale per facilitare eventuali criticità

7.5 IL COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

Per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, vi sono alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva: l'intervento multidisciplinare d'équipe; il monitoraggio longitudinale dello sviluppo; il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e soprattutto l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale).

In tal senso risulta di particolare importanza l'integrazione, anche nello specifico dei percorsi erogati attraverso le Residenze Terapeutiche Intensive, del Servizio Sociale Minori. Di fatto l'ambito sociale non può prescindere dal rapportarsi in modo costante e strutturato con l'ambito sanitario, sia in ragione della natura dei bisogni che delle risposte che devono essere offerte alla fascia di popolazione minorile con tali specifici bisogni sanitari.

Nella Regione Emilia-Romagna le funzioni di Servizio Sociale Minori sono svolte dal Servizio Tutela Minori dell'Ente Locale. Nello specifico degli interventi sanitari per minori in RTI, il ruolo del Servizio Sociale Minori si attualizza nel favorire processi d'integrazione; d'interfaccia fra due realtà complesse, quella sanitaria e quella sociale; favorire il superamento della frammentazione e della discontinuità di servizi, talvolta settoriali e rigidi, garantendo collegamento e coordinamento nell'accesso ai servizi.

Nel dettaglio il Servizio Sociale Minori nelle situazioni in oggetto interviene in favore dei minori per i quali sia richiesto dal Servizio Sanitario un supporto e/o per i quali è vigente un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria limitativo della responsabilità genitoriale (istituto dell'affido o della tutela).

Il ruolo del SSM si attualizza con finalità diverse a seconda della fase del percorso del minore in:

- accoglienza, accompagnamento e presa in carico delle situazioni a tutela del benessere globale del minore e della sua famiglia;
- partecipazione ad équipe multidisciplinari (UVM) con la finalità di assicurare l'integrazione sociosanitaria e favorire la costruzione di una rete di supporto alla famiglia trasversale ai vari servizi sociali e sanitari coinvolti;
- garanzia della tutela dei minori in situazione di pregiudizio;
- attivazione di risorse di volontariato;

- collaborazione con la rete dei Servizi in ogni fase del percorso;
- garantire la continuità assistenziale al momento dell'attivazione di dimissione (rientro al domicilio, affido extrafamiliare, supporto educativo domiciliare, inserimento in strutture semiresidenziali o residenziali);
- collaborazione rispetto agli eventuali supporti successivi alla dimissione.

Con la DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" la Regione Emilia-Romagna definisce i propri orientamenti in materia di accoglienza di bambini e ragazzi in affidamento familiare o in comunità, rivisitandoli alla luce della L.R. 28 luglio 2008, n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni", nonché del lavoro svolto da tutti i soggetti interessati nel primo periodo di attuazione.

La direttiva riguarda tutti i casi in cui le difficoltà familiari richiedono l'allontanamento temporaneo del minore e la sua accoglienza in affidamento familiare o in comunità, anche a causa di situazioni di emergenza che ne richiedano una immediata tutela (art. 403 c.c.).

L'accoglienza fuori famiglia può essere conseguente anche a misure penali, in base alle previsioni del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448 in materia di processo penale a carico di imputati minorenni, che ha posto al centro l'adolescente e il suo delicato processo di sviluppo e costruzione dell'identità, con la finalità di trasformare l'azione penale in occasione di crescita e di responsabilizzazione. Le misure possono essere di natura cautelare (art. 19 e seguenti del D.P.R. 448/88), di messa alla prova (art. 28 del D.P.R. 448/88), o misure di sicurezza (art. 36 del D.P.R. 448/88) o alternative alla detenzione.

La direttiva concerne inoltre l'affidamento a parenti entro il quarto grado nel caso in cui siano coinvolti i servizi, anche a seguito di affidamento ai servizi sociali ex art. 333 c.c., nonché le strutture di accompagnamento all'autonomia anche per neomaggiorenni.

In attuazione della legge, il Comune:

- è titolare delle funzioni in materia di minori, anche in via d'urgenza, ex art. 403 c.c., che svolge
- direttamente, in forma singola o associata, o tramite delega all'Azienda USL o Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP), garantendo la necessaria collaborazione con le autorità giudiziarie competenti;
- esercita le funzioni di programmazione del sistema locale dei servizi sociali a rete attraverso il Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale (in particolare tramite l'area "responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini e degli adolescenti") in coerenza con gli atti di pianificazione regionale degli interventi dei servizi sociali e sanitari, nonché con gli indirizzi della conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- approva, nell'ambito del piano di zona, il programma finalizzato alla promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, articolando gli interventi rivolti ai ragazzi;
- promuove, raccordandosi con la Provincia, la formazione per gli adulti accoglienti, per la qualificazione degli interventi afferenti alla suddetta direttiva;
- collabora con la Provincia e gli altri soggetti pubblici e privati, per la realizzazione di iniziative di promozione della cultura dell'accoglienza, con particolare riguardo all'affidamento familiare e al volontariato a favore dei bambini e delle famiglie;
- svolge le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione al funzionamento, secondo quanto

previsto dalla L.R. n. 2 del 2003 e dalla parte III della suddetta direttiva;

- vigila, tramite i servizi, in attuazione della normativa statale, sull'affidamento familiare e sulle strutture di accoglienza del proprio territorio, indipendentemente, come già detto, dal fatto che i ragazzi accolti siano residenti sul suo territorio;
- promuove, nell'ambito dell'accordo di programma del piano distrettuale per la salute e il benessere sociale, la solidarietà interistituzionale, tramite la costituzione di un fondo distrettuale per garantire una gestione unificata di casi particolarmente impegnativi per gli oneri riguardanti l'accoglienza di bambini, ragazzi e neomaggiorenni;
- promuove accordi, almeno a livello distrettuale, con i servizi sanitari per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitari e in particolare l'unità organizzativa a cui è affidata la funzione del servizio sociale minori;
- svolge le funzioni di tutela dei minori, che comprendono le segnalazioni di pregiudizio, lo svolgimento di indagini psico-sociali per la Procura presso il Tribunale per i minorenni, l'esecuzione di provvedimenti emessi dal Tribunale per i minorenni o dalla magistratura competente, compiti di monitoraggio e di redazione delle relazioni;
- fornisce alla cittadinanza le informazioni relative agli interventi e ai percorsi per la protezione e la tutela di ragazzi;
- promuove le reti di famiglie mediante un lavoro di comunità, articolato su base comunale o distrettuale, avvalendosi anche dei servizi appositamente istituiti, come i centri per le famiglie, e con il pieno coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di promozione sociale, della scuola e di tutti gli altri soggetti e gruppi formali e informali della società civile;
- concorre alla programmazione e alla realizzazione degli interventi di formazione per gli adulti accoglienti e di quella specifica per la gestione di comunità, con le modalità indicate alla parte "Affidamento familiare", nonché del volontariato impegnato a sostegno dei bambini e delle famiglie accoglienti e di quelle in difficoltà, anche in collaborazione col privato sociale;
- è responsabile del percorso strutturato di conoscenza e valutazione della disponibilità per l'affidamento familiare e per la gestione di comunità familiari e case-famiglia;
- costruisce, insieme agli altri soggetti interessati, in particolare con l'Azienda USL competente, il progetto quadro che, anche in attuazione delle previsioni del provvedimento del Tribunale per i minorenni, stabilisce gli obiettivi generali da raggiungere, i tempi della presa in carico, la definizione dei ruoli, delle responsabilità e delle relazioni dei vari soggetti coinvolti (il ragazzo, la famiglia di origine, gli adulti o le comunità accoglienti...);
- concorre con tutti i soggetti interessati nella definizione del progetto individualizzato curandone la congruenza con il progetto quadro;
- costruisce insieme al giovane adulto il progetto di vita, coinvolgendo gli altri servizi sociali ed eventualmente sanitari. Per lo svolgimento dei suoi compiti in materia di accoglienza (affidamento familiare, inserimento in comunità) il servizio sociale utilizza la metodologia del lavoro d'equipe e dell'integrazione delle competenze, ai sensi dell'art. 17 della L.R. 14/08.

La DGR 1102/2014 "Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitari e rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" fornisce indicazioni agli Enti

Locali e alle Aziende Unità Sanitarie Locali finalizzate alla valutazione dei casi complessi, alla presa in carico integrata tra sociale e sanitario, alla realizzazione dei relativi interventi, nell'area della protezione, tutela, cura e riabilitazione dell'infanzia e adolescenza e del sostegno alle responsabilità genitoriali.

Per "casi complessi", con presa in carico integrata sociale e sanitaria, si intendono le situazioni nelle quali si rende necessario attivare interventi per la protezione/tutela dei:

- minori con disabilità accertata;
- minori con diagnosi di problematiche di natura psico-patologica;
- minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita.

Non sono considerati pertanto "casi complessi" ai fini delle suddette linee di indirizzo, i minori che non presentano necessità di protezione e tutela.

In un'ottica fortemente preventiva la valutazione e la presa in carico sono effettuate nelle situazioni che potrebbero richiedere interventi di sostegno alla domiciliarità, affido e interventi semiresidenziali o residenziali.

Le funzioni di équipe territoriale (previste dalla L.R. 14/2008) per i casi che presentano elementi di complessità garantiscono:

- prima valutazione integrata, effettuata da almeno 1 assistente sociale dei Servizi Sociali e 1 psicologo dell'Azienda USL
- presa in carico del minore e della famiglia e individuazione del responsabile del caso
- coinvolgimento del pediatra o medico di medicina generale
- eventuale raccordo/integrazione con altri servizi sanitari, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche e al Dipartimento Cure Primarie
- per la valutazione dei casi complessi (di cui sopra), attivazione dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), in analogia con quanto previsto dalla DGR 313/2009 per l'accesso alle prestazioni sociosanitari e nella Salute Mentale Adulti, eventualmente integrata da professionisti dei Servizi per disabili, adottando le procedure e gli strumenti operativi definiti negli Accordi locali
- definizione del Progetto quadro e del Progetto educativo individualizzato (nel caso di inserimento in comunità), o del Progetto di accompagnamento dell'affidamento familiare, o del Progetto di vita verso la maggiore età, come previsto dalla DGR 1904/2011

Per l'attuazione del programma previsto nel Progetto quadro, deve essere indicato il responsabile del caso che assume funzioni di coordinamento tecnico del percorso sociosanitari o individuato. Tale figura è responsabile anche della corretta tenuta della documentazione sanitaria e sociosanitaria acquisita e/o prodotta nel percorso di valutazione dell'UVM, nella stesura e nella realizzazione del Progetto Quadro.

L'UVM è composta da figure professionali dotate di autonomia/responsabilità tecnica e gestionale sui servizi sociali e sanitari, in grado di assumere decisioni relativamente alla spesa degli interventi, eventualmente integrata dall'équipe territoriale proponente il caso.

In relazione alla specificità del caso trattato possono essere coinvolti:

- professionisti della NPIA;
- Dipartimento Cure Primarie;

- pediatra o medico di medicina generale;
- professionisti dei servizi per disabili per il governo del passaggio alla maggiore età.

L'UVM:

- valuta ed eventualmente ridefinisce la proposta di progetto formulata in sede di équipe;
- valida il Progetto Quadro e autorizza eventuali risorse aggiuntive necessarie per l'inserimento in
- una comunità residenziale o per altri progetti di assistenza;
- verifica periodicamente l'andamento del Progetto Quadro.

7.6 INNOVAZIONI DA PORTARE AL SISTEMA

7.6.1 LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER LA NEUROPSICHIATRIA

Le strutture semiresidenziali terapeutico riabilitative della Neuropsichiatria rispondono ai seguenti bisogni:

- la necessità di rafforzare i Servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, dotandoli di uno strumento terapeutico che sia al contempo specifico per i **disturbi psicopatologici e capace di potenziare l'efficacia terapeutica degli interventi**;
- la possibilità di diminuire i tempi dei ricoveri urgenti nei diversi Reparti che attualmente accolgono i minori in situazione di crisi, potendo offrire una risposta sanitaria intensiva;
- migliorare la transizione ospedale-territorio;
- l'esigenza di strutture intermedie dedicate all'età evolutiva è legata alla necessità di disporre di strumenti terapeutici efficaci che siano ancorati alla rete dei servizi e prontamente disponibili per consentire un investimento di risorse intensivo e concentrato nel tempo, cosa non attuabile direttamente da parte dei Servizi Territoriali specialistici di base.

Tre sono i principi fondamentali:

1. svolgere un intervento che sia coerente con il progetto terapeutico più generale elaborato e condotto dalle équipes territoriali invianti;
2. agire sia all'interno che verso l'esterno della struttura intermedia secondo i criteri della comunità terapeutica;
3. fornire interventi finalizzati all'integrazione fra:
 - lavoro terapeutico individuale e intervento istituzionale;
 - intervento clinico e intervento educativo;
 - mondo interno e realtà esterna.

L'intervento si svolge secondo queste caratteristiche principali:

1. **Tempo di permanenza definito**: sprona a contrastare l'inerzia istituzionale, obbliga alla valutazione dei punti critici della personalità del soggetto e del suo contesto ambientale. Per questo è necessaria una valutazione diagnostica strutturale e dimensionale del soggetto che deve comprendere non solo i deficit

ma anche gli aspetti peculiari e positivi del suo funzionamento;

2. **Rapporto con l'équipe territoriale inviata**, che rimane titolare della gestione del caso, dal momento dell'ingresso, con la costituzione del progetto terapeutico, fino alla dimissione;

3. **Densità terapeutica ed intervento integrato**: finalizzato ad ottenere in tempi definiti modificazioni strutturali stabili nella struttura della personalità, dobbiamo quindi orientarci verso una terapia focale con forte investimento di figure professionali che operino su diversi ambiti in maniera integrata.

Il progetto è articolato in varie fasi:

- **Fase di accoglienza, valutazione e diagnosi**: volta ad individuare precocemente i bisogni del paziente al fine di predisporre un'efficace e tempestiva presa in carico. Si svolge mediante colloqui con il ragazzo e la sua famiglia e può prevedere la somministrazione di test;
- **Segue un'analisi dei bisogni** per l'individuazione di obiettivi di lavoro;
- **Prosegue con la presa in carico** mediante azioni coordinate in équipe sia individuali che di gruppo sia per il minore che per la famiglia;
- **Fase di uscita dal centro** con accompagnamento per prosecuzione della cura sui servizi territoriali di NPIA. Una volta raggiunti i risultati o ridotta la gravità del quadro, si opererebbe un raccordo con i servizi territoriali allo scopo di iniziare già a costruire il prosieguo delle cure a livello ambulatoriale o a riagganciare il paziente sul percorso territoriale precedente. Possono inoltre essere presi rapporti con le scuole e gli altri servizi coinvolti.

Attività clinico riabilitative offerte:

- attività clinico diagnostica per individuazione dei punti di forza e punti di debolezza, caratteristiche di funzionamento psicopatologico, elementi individuali ed ambientali su cui incentrare il percorso di cura.
- interventi educativi individuali e di gruppo finalizzati a migliorare l'autonomia, ad aumentare le capacità relazionali, la tolleranza alla frustrazione e il controllo delle proprie reazioni rispetto ad essa.
- colloqui individuali clinici che costituiscano uno spazio di sostegno e di confronto al fine di elaborare le difficoltà incontrate nella quotidianità rispetto sia alle proposte degli educatori, sia alle relazioni familiari e scolastiche. Tali colloqui possono poi esitare in una vera e propria psicoterapia individuale.
- colloqui di sostegno offerti alle famiglie offerti a tutte le famiglie; in alcuni casi strutturati come una vera e propria presa in carico psicoterapica, in altri solo come momenti di confronto reciproco fra genitori e figli.
- terapia Farmacologica.

La quantità e qualità degli arredi deve essere conforme a garantire funzionalità d'uso, fruibilità, sicurezza in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata, e devono essere previste attrezzature, materiale ludico e strumentazione adeguata allo svolgimento delle attività educative riabilitative.

L'équipe intercetta ragazzi tra gli 11 e i 17 anni e 11 mesi affetti da noxae ad elevato impatto riconducibili ad aree della psicopatologia caratterizzate da instabilità ed elevato rischio e le loro famiglie.

- minori appena dimessi da degenza ordinaria che richiedono ulteriore stabilizzazione del quadro.
- minori con stati disregolativi intensi e frequenti che possono esitare in ricovero, e ai quali comunque il ricovero non offrirebbe la risposta più pertinente (perché di breve durata e finalizzato principalmente

al compenso immediato).

- minori sul punto di una rottura del sistema familiare per elevato carico e difficoltà di tenuta del caregiver che necessitano di lavoro intensivo e integrato.

- minori il cui quadro psicopatologico ha determinato una interruzione del percorso di vita (ritiro sociale, abbandono scolastico, ecc.) in cui l'intervento ambulatoriale risulta eccessivamente a bassa intensità.

L'accesso è successivo a valutazione da parte dei NPIA territoriali anche a seguito di ospedalizzazione.

Per ogni assistito viene formulato un progetto terapeutico personalizzato di cui è responsabile il clinico della NPIA territoriale inviante e un piano terapeutico specifico di cui è responsabile l'équipe della struttura sviluppato in collaborazione con l'équipe inviante.

Gli spazi delle semiresidenze vengono in diversi territori utilizzati anche per svolgere attività educative per altri ragazzi seguiti ambulatorialmente dalla NPIA.

08. Modelli, strumenti e prospettive per l'innovazione nei programmi residenziali

Le attuali criticità già evidenziate dal sistema residenziale regionale e italiano rendono indispensabile un'analisi dei processi in corso, comprese analisi costo-efficacia che consentano di basare su dati reali un eventuale riequilibrio dell'offerta, volta ad individuare **per alcune tipologie di assistiti soluzioni abitative con supporto domiciliare, e per altre tipologie un'assistenza effettuata in strutture sociali nel territorio di origine**, con programmi di supporto di più lunga durata.

A tal fine diventa fondamentale raccogliere dati confrontabili (utilizzando gli stessi strumenti di valutazione) sulle caratteristiche degli assistiti avviati ai programmi in RTR-E, sulla tipologia di trattamenti riabilitativi effettuati durante la permanenza in struttura, e correlare questi dati alle valutazioni sull'esito dei programmi e sulla loro durata.

Ciò è reso possibile in Regione Emilia-Romagna dalla presenza della cartella unica regionale informatizzata, oggi pienamente utilizzata dai servizi pubblici per la Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e Tutela minori delle AUSL, che nel prossimo periodo sarà utilizzata anche dalle strutture residenziali che intendono aderire al progetto.

8.1 LA CARTELLA UNICA REGIONALE ELETTRONICA CURE COME STRUMENTO DI INNOVAZIONE

La possibilità di instaurare nel settore della residenzialità psichiatrica, delle dipendenze e della NPIA un processo progressivo di miglioramento continuo passa necessariamente attraverso una **corretta gestione della progettualità, della documentazione clinica e del monitoraggio e valutazione di attività**, con modalità uniformi nei servizi psichiatrici regionali, ed alla successiva analisi dei dati raccolti.

La Regione Emilia-Romagna ha realizzato un progetto di rilevanti dimensioni per la costruzione di una **Cartella sociosanitaria Unica Regionale Elettronica (CURE)**. Questo risultato è stato possibile grazie alla collaborazione di professionisti dei Servizi del DSM-DP e dei Servizi residenziali, programmazione, farmaceutica, medicina legale, privacy e esperti ICT che hanno collaborato e fornito indicazioni sulla progettazione della cartella clinica unica regionale. I primi risultati sono stati l'integrazione dei servizi, l'uso di nomenclatori condivisi - ad esempio i trattamenti o le prestazioni, la gestione facilitata dei PDTA o percorsi, l'uso di testistica per le attività di outcome e assessment.

CURE è uno strumento in grado di:

- potenziare lo sviluppo di **programmi di trattamento integrati, interdisciplinari e multidimensionali, pubblico e privato**, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale), intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo), non trascurando le comorbidità fisiche, ed utilizzando le competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale individuati, indipendentemente dalla loro collocazione organizzativa;
- migliorare la **gestione di programmi di trattamento** che richiedono la capacità dei professionisti di lavorare in team operativi. All'interno di queste équipe è centrale la condivisione e cogestione delle informazioni relative alla valutazione, agli obiettivi, ai metodi, alla evoluzione del trattamento, ai compiti e alle responsabilità dei singoli professionisti.
- **potenziare il "lavoro di squadra" e la "buona comunicazione"** per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, accompagnata da una certificazione documentale dell'intero processo clinico-assistenziale, in quanto strumento di lavoro per la tutela del paziente e dei professionisti;

Il più importante concetto veicolato da CURE e che entra nell'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi pubblici e privati è che al **centro del processo terapeutico riabilitativo vi è l'assistito**, mentre i Servizi e i professionisti collaborano tra di loro in rete, erogando prestazioni nell'ambito delle proprie competenze.

Tutti gli **indicatori di monitoraggio e valutazione** saranno derivati direttamente dalla cartella CURE, eliminando e sostituendo progressivamente tutti i sistemi di rendicontazione dell'attività sugli assistiti costruiti in questi anni.

In particolare, per la residenzialità, pubblica e privata, l'utilizzo della cartella faciliterà anche:

- la **coprogettazione** pubblico, privato e con l'assistito degli obiettivi da raggiungere;
- i processi di **alerting** sui programmi residenziali con durata superiore a quella prevista della normativa o dalle indicazioni tecnico-scientifiche;
- l'assolvimento degli **obblighi informativi** Aziendali e locali;
- la **condivisione delle informazioni** sull'assistito e sull'andamento del programma tra l'equipe del servizio e quella della struttura residenziale;
- la **raccolta dei dati** necessari per una valutazione continua degli indici di esito e per l'analisi dei benefici dell'inserimento in programmi RTRE per alcune tipologie di assistiti.

8.2 DM77 E STANDARD PER SALUTE MENTALE ADULTI, SERDP E NPPIA

In continuità con la tradizione regionale di integrazione e di capacità di dare risposte ai problemi emergenti, si ritiene che la riorganizzazione, declinata a partire dal DM 77/2022, possa garantire l'accessibilità ai percorsi, soprattutto se specializzati, a tutti i cittadini emiliano-romagnoli privilegiando il mantenimento dei legami con il proprio territorio. Per la Salute Mentale e Dipendenze Patologiche particolare attenzione è data all'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, allo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico ("Planetary Health"), raccomandando anche nella Casa della Comunità la presenza di operatori dei Servizi della Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

Forte innovazione è data dal documento approvato con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre 2022, successivamente firmato dal Ministro della Salute il 9 gennaio 2023 e dal Ministro dell'Economia e Finanze il 24 gennaio 2023, relativo agli "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute nelle carceri". È da evidenziare come siano stati individuati, in integrazione con i servizi territoriali sanitari e sociosanitari, quattro livelli assistenziali dei Servizi dei DSM-DP:

- *Livello di consultazione ed assistenza primaria*, garantita nelle Case di Comunità;
- *Livello di presa in carico per episodio di cura* o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine (CSM, SerDP, NPIA);
- *Livello di assistenza specialistica* garantito dai Servizi ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC) dalle **strutture residenziali terapeutiche** specifiche, dai presidi nelle case circondariali;
- *Livello delle reti specialistiche* di Area Vasta, regionali o interregionali, comprendente servizi sovra zonali per i Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Seppure per il personale delle strutture residenziali non siano stati definiti standard di riferimento, di fatto il documento sancisce l'attivazione di strutture residenziali anche con funzioni di Hub per aree vaste o per tutta la regione.

8.3 SERVIZI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE

8.3.1 RIATTUALIZZARE STRUMENTI E METODI: IL GOVERNO DELL'INCLUSIONE SOCIALE

Per sostenere i percorsi di transizione delle persone dalla residenzialità alla vita autonoma ed i processi di recovery istituzionale delle stesse strutture residenziali è necessario che i servizi del DSM-DP, anche avvalendosi delle procedure di **co-programmazione** e **coprogettazione** con ETS, realizzino un'ampia rete di rapporti formali e informali con tutte le agenzie pubbliche e private del territorio e con tutte le realtà attive nella comunità di riferimento, valutandone anche il grado di disponibilità e di collaborazione con i servizi. Occorre mappare l'intera rete di:

- soggetti strutturati e pubblici di tipo sociale e sanitario, ACER, agenzie del lavoro, agenzie per l'istruzione, enti di formazione;
- soggetti privati come Associazioni Datoriali, Fondazioni, ditte ed imprese;
- soggetti privati informali come bar, circoli, parrocchie, attività di quartiere.

La costruzione e la manutenzione di questa rete riveste un ruolo essenziale nel creare le condizioni per una reale inclusione sociale sul territorio ed accrescere il capitale sociale della comunità attraverso la transizione da un modello di residenzialità a prevalente vocazione assistenziale ad uno improntato alla **recovery delle persone verso progetti di vita autonoma** in misura più o meno supportata, declinati in tutti gli ambiti di intervento della riabilitazione casa-lavoro-socialità, avvalendosi di tutte le risorse attivabili nella comunità per rispondere ai bisogni rilevati.

A tale fine, le procedure della coprogrammazione e coprogettazione con gli ETS rappresentano una significativa forma di attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale e si fondano sul coinvolgimento consapevole, proattivo, collaborativo e responsabile degli ETS, aggregando risorse sia pubbliche che private per superare il modello prestazionale della domanda/offerta e passare al modello fondato sulla valutazione di bisogni e risorse che sono valutate e co-costruite insieme alla persona vista come prima risorsa.

Va governato il **passaggio dalla residenzialità sanitaria a un'eventuale residenzialità di tipo sociosanitario**, considerando anche le risorse economiche già impegnate nell'ambito della residenzialità sanitaria e la sostenibilità dei fondi sanitari, sociosanitari e sociali, in particolare con una programmazione integrata, considerando anche le risorse del contesto territoriale.

Il modello fondato sulla valutazione di bisogni e risorse richiede necessariamente l'attivazione dell'UVM quale strumento deputato a realizzare percorsi integrati sociosanitari di inclusione sociale. L'UVM è il dispositivo di integrazione sociosanitaria di tipo multiprofessionale composto da operatori dei servizi sociale e sanitario, cui partecipano necessariamente il case-manager sanitario o sociale, gli operatori dei servizi coinvolti e di altri soggetti coinvolti (come ETS, AdS) ma soprattutto l'assistito e, se lo richiede, la sua famiglia.

L'UVM deve consentire di:

- valutare le condizioni cliniche e funzionali della persona
- valutare la condizione socioeconomica della persona ed il supporto ambientale
- definire il PTRI sulla base di bisogni e risorse, declinando obiettivi, interventi e tempi di verifica
- definire mediante un accordo sottoscritto la compartecipazione delle risorse, comprese quelle economiche, a sostegno del progetto.

È in sede di UVM che l'équipe di progetto trova la validazione del PTRI che può avvalersi di un inserimento in struttura residenziale oppure dell'attivazione di un Budget di salute domiciliare finalizzato alla dimissione o alla permanenza al domicilio. Può essere utile fare riferimento qui al modello dell'UVM come "processo"¹² punto dinamico della valutazione multidimensionale e multiprofessionale svolta alternativamente dall'équipe integrata territoriale con funzioni di UVM oppure dall'équipe integrata territoriale e validata dall'UVM.

8.3.2 REALIZZARE UN NUOVO WELFARE COMUNITARIO: IL BUDGET DI SALUTE ED I SERVIZI DI COMUNITÀ E PROSSIMITÀ

Nel corso degli anni si sono sviluppate forme nuove di **convivenza e co-housing**, che richiedono di essere adeguatamente rappresentate come servizi, attività ed interventi di tipo innovativo, costitutivi di un nuovo welfare generativo di comunità che, sul modello del Budget di salute, sono in grado di assicurare

¹² "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute" trasmessi alle AUSL e ai Comuni con nota Regione Emilia-Romagna e ANCI Emilia-Romagna PG/201870311590 del 02/05/2018.

in ogni fase dell'esistenza e nelle diverse condizioni delle persone, la realizzazione del **Progetto di Vita** di ciascuno, secondo i principi guida del diritto all'autodeterminazione, alla libertà ed alla partecipazione responsabile, garantendo al contempo un adeguato Programma di Cura e Assistenza e contribuendo ad accrescere il capitale sociale della comunità.

Servizi di Comunità e Prossimità (SCP) è il termine con il quale si definisce un insieme di servizi, attività ed interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali per adulti con disabilità psicosociale in carico ai servizi di salute mentale, che possono essere effettuati direttamente presso la casa della persona oppure prevedere forme innovative di convivenza temporanea, anche con obiettivi di recovery a breve termine, come ad esempio le Recovery House per giovani adulti, oppure a medio e lungo termine, forme di co-housing destinate di norma a multiutenza con tipologie diverse di bisogni, ma anche forme di ospitalità familiare.

La Casa della persona, primo luogo di cura e di vita, rappresenta il riferimento fondamentale.

Per rendere possibile la permanenza della persona nella propria casa, occorre strutturare e organizzare la presa in cura personalizzata secondo il modello del Budget di salute, basato sul Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI che valuta bisogni e risorse e non secondo il modello prestazionale. Pertanto i SCP includono servizi, attività ed interventi che, pur incentrandosi sull'abitare, riguardano sempre tutti gli assi connessi ai determinanti della salute (abitare, formazione lavoro, socialità e inclusione) secondo il modello bio-psico-sociale, declinando il percorso di cura della persona all'interno del Progetto di Vita prescelto; devono avere una chiara rappresentazione dei servizi, delle attività e degli interventi che li compongono, esplicitati nella Carta dei Servizi; devono garantire reperibilità in una sede hub sulle 24 ore, prevedendo allo scopo anche l'eventuale uso delle nuove tecnologie (teleassistenza ed home care technology) ed assicurare l'attività nelle 24 ore anche al domicilio. I SCP devono agire per la creazione di una rete di inclusione sociale ed opportunità di formazione e lavoro, offerta di attività culturali e sportive ma anche facilitazione all'accesso a tutte le risorse della comunità di riferimento, secondo un'offerta che tenga conto delle preferenze di ciascuna persona ed eviti ogni forma di abbandono, isolamento e solitudine.

Attraverso la definizione di requisiti strutturali, assistenziali, organizzativi e funzionali minimi, vanno garantiti da parte dei SCP i seguenti macro-obiettivi:

- Promuovere la qualità delle attività e degli interventi sempre orientati ad obiettivi di recovery personale secondo il modello del Budget di salute;
- Garantire adeguati livelli di tutela dei diritti delle persone e di qualità complessiva del Progetto di Vita di cui sono titolari;
- Favorire lo sviluppo permanente e continuo di percorsi di recovery dei servizi orientati secondo il modello di welfare generativo di prossimità;
- Promuovere e sostenere l'attività di valutazione di processo e di esito dei percorsi di recovery individuale;
- Promuovere e sostenere l'attività di valutazione dell'impatto sociale dei servizi stessi orientati secondo il modello di welfare generativo di prossimità.

Anche i servizi residenziali sociosanitari come i Gruppi Appartamento (GA) e le Comunità Alloggio (CA), possono riqualificarsi come SCP, se rispondono ai criteri sopra descritti ed ai requisiti minimi previsti che riguardano in particolare l'approccio relazionale capacitante ed il rispetto dei diritti della persona, l'organizzazione strutturata di attività riabilitative, educative ed assistenziali, l'offerta alloggiativa, la qualifica e la formazione del personale e gli strumenti gestionali adottati.

Coerentemente al modello del Budget di salute che li sottende, i SCP possono avvalersi di risorse materiali ed immateriali messe a disposizione dalla persona stessa e dalla sua famiglia, come ad esempio la casa, ma anche risorse sanitarie e sociosanitarie, compresi i fondi per la non autosufficienza, l'autonomia possibile, i progetti di vita indipendente e per il "Dopo di noi".

In essi possono trovare opportunità di valorizzazione ed impiego ai diversi livelli, dalla formazione alle opportunità di volontariato e di lavoro, anche i cosiddetti Esperti per Esperienza ESP, compresi coloro che abbiano acquisito certificazione delle competenze in corsi riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna RER.

8.4 SERVIZI INNOVATIVI DA ATTIVARE NELLE DIPENDENZE

8.4.1 RESIDENZIALITÀ SANITARIA E SOCIOSANITARIA

La residenzialità sanitaria, come definita dai LEA del 2017, trova naturale continuità nei percorsi verso i territori/Comunità di vita; tali processi devono ricevere una particolare attenzione per garantire successo alla transizione: tutti i percorsi di reinserimento, in una logica di progetto individualizzato, prevedono fasi di rientro che coinvolgono l'ambito sanitario e sociosanitario, anche attraverso lo strumento di inserimento in appartamenti dedicati.

Come già esplicitato, l'UVM sociosanitaria e multiprofessionale è il luogo della progettazione dell'inclusione e della risocializzazione e deve essere istituita all'inizio di un percorso residenziale e semi-residenziale, a... "garanzia dell'equità dell'accesso alle prestazioni..." (DGR 313/2009). A questo proposito il Budget di salute è riconosciuto ed applicato nel lavoro nelle dipendenze quale strumento che "tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma" (DGR 1554/2015).

Rispetto alla residenzialità di continuità si potranno verificare a livello regionale le esperienze e le peculiarità, tendendo ad una valorizzazione del dialogo con i territori per sostenere la cultura dell'inclusione. Si rimarca che i percorsi di domiciliarità flessibili, innovativi, inclusivi (co-housing, housing first, condomini sociali, ...) sono possibili solo con la partecipazione degli EE.LL., dell'assistito e della sua famiglia. È inoltre sempre positiva e perseguita la partnership del Terzo Settore in un processo di co-programmazione locale. Per queste tipologie di interventi si auspica l'attivazione di gruppi di lavoro misti (sociosanitari -Terzo settore) di livello regionale e locale per l'individuazione di fattori di qualità, sostenibilità e networking. Si ritiene infatti, in linea con le evidenze della moderna "medicina delle addiction", che gli obiettivi del miglioramento delle condizioni di salute e di vita siano da considerarsi raggiungibili solo attraverso la attenta individuazione degli strumenti personalizzati per la recovery, non solo attraverso lineari percorsi standardizzati, attualmente dedicati alla cura DP.

8.4.2 AMBITI DI PARTICOLARE ATTENZIONE

Il Sistema di Servizi residenziali e semiresidenziali nella Regione Emilia-Romagna, negli anni, ha avuto la capacità di specializzarsi, declinando ed innovando laddove il mutare di scenari e bisogni ha richiesto innovazione e specializzazione (giovani, alcol, gioco d'azzardo, differenze di genere, autori di reato).

8.4.2.1 Stimolanti e cocaina

Una sempre più ampia letteratura epidemiologica ci delinea un quadro di aumento della circolazione della cocaina e degli eccitanti, con nuove forme di consumo (crack per es.) ed un accesso ai Servizi in aumento. Inoltre, è sempre più evidente come in persone con diagnosi di consumo primario altro rispetto a cocaina e stimolanti, gli eventi acuti che necessitano di residenzialità sanitaria, sono eziologicamente correlati ad un consumo incontrollato di eccitanti. Si ritiene necessario una riflessione a livello regionale e locale sui percorsi di condivisione delle esperienze, formazione e approfondimento sul tema.

Si auspica che ogni territorio provinciale si doti di un Programma che agisca dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione, integrato con il sistema dei Servizi, con le Istituzioni locali, con le Comunità su questa tematica emergente e onerosa per il sistema socio-sanitario.

Si ritiene che in questo ambito sia indicato specializzare percorsi residenziali di livello regionale che, in continuità con i servizi socio-sanitari locali, possano garantire una presa in cura focalizzata su questo tipo di bisogno. In particolare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riporta la necessità di pensare a strutture di pronta accoglienza (pensabili in hub regionali) finalizzate alla disintossicazione della persona che assume crack con un'impronta fortemente sanitaria, che si accompagni, superata la crisi, a programmi che possano lavorare sulla motivazione a proseguire un percorso riabilitativo strutturato (spoke provinciali). Questa soluzione ad oggi viene ipotizzata come l'unica percorribile per dare una risposta concreta ai consumatori di crack che hanno scarsa compliance fino a quando sono preda dell'intossicazione ma che danno buone risposte al trattamento una volta disintossicati. Una pronta accoglienza così immaginata risponderebbe alle istanze di riduzione del danno fino all'accesso alla riabilitazione.

8.4.2.2 Adolescenti

Il consumo di sostanze e i comportamenti disfunzionali negli adolescenti minorenni al di sotto dei 16 anni di età, impegnano attualmente i servizi socio-sanitari (DP, NPIA e Servizi Sociali Minori) in percorsi spesso connotati da scarsa cooperatività tra i Servizi, su un terreno in cui il confronto è molto recente. Considerati i trend attuali dei bisogni e degli scenari (early onset, addiction miste, disturbi comportamentali e disfunzionali), riteniamo utile cogliere le sperimentazioni e le esperienze già in essere a livello regionale che affrontano il tema del consumo di sostanze e delle addiction comportamentali in adolescenza, per proporre forme nuove di residenzialità e semiresidenzialità

che affrontino il tema delle addiction in adolescenza in modo integrato e costantemente in rete, “primariamente orientati a tutelare le migliori possibilità di realizzazione del diritto allo studio, alla salute, alla qualità della vita...” (DGR 1378/19).

8.4.2.3 Centri per l'osservazione e Diagnosi

I COD rappresentano l'approccio polifunzionale sul tema della rivalutazione diagnostica in momenti di crisi: questi due mandati sono riconoscibili e determinanti di percorsi brevi, flessibili, spesso preliminari ad altri percorsi individuati e pianificati nel tempo del COD.

Il disegno delle transizioni da COD al “altro” è un disegno che può essere analizzato in ogni Commissione di Monitoraggio/Paritetica locale e preso a paradigma della continuità all'interno del sistema di cura delle dipendenze, garantendo transizioni efficienti e appropriate, anche al fine di rendere sostenibili i tempi di permanenza all'interno dei limiti definiti dai LEA.

8.4.2.4 Addiction comportamentali “altre” rispetto al GAP

Riguardo alle Addiction comportamentali si ritiene che nel prossimo triennio il sistema dei Servizi per le DP e la rete afferente, dovrà affrontare il tema della “forma” che dovranno avere i Servizi dedicati e dell'appropriatezza degli interventi. Sono già in atto nei vari territori attività strutturate, interlocuzioni e approfondimenti da sviluppare, sostenere e mettere in rete.

8.5 SERVIZI INNOVATIVI DA ATTIVARE NELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA

Per la NPJA occorre prefigurare nuove soluzioni per affrontare la crescente fenomenologia della psicopatologia di infanzia e adolescenza, quali:

- integrare le semiresidenze con la possibilità di utilizzare nello stesso modulo **posti letto di sollievo**, rendendo possibile in caso di necessità la permanenza notturna del minore insieme all'educatore, evitando di dover ricorrere al ricovero ospedaliero;
- integrare nelle strutture residenziali/semiresidenziali ulteriore **personale appositamente formato** in grado di affrontare problematiche come ad es. i DNA (dietista, nutrizionista);
- aumentare l'offerta di strutture educative integrate ad alta valenza sanitaria;
- sviluppare strutture per Aree vaste da dedicare a **problematiche comportamentali nella disabilità**;
- creare/organizzare una formazione per operatori delle strutture mirata ad affrontare le crisi comportamentali legata alla parte psicopatologica, condizione di forte criticità per le strutture, attuando attività formative specifiche per gli operatori sulla gestione di questi eventi.

8.6 DIFFUSIONE DELLA CULTURA ORIENTATA ALLA RECOVERY ATTRAVERSO STRUMENTI CHE REALIZZINO L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ED UN NETWORK DI COMUNITÀ

L'obiettivo degli operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche di questo documento, cioè rendere più efficiente ed efficace lo strumento del programma residenziale realizzando un adeguato fluire del circuito tra il termine dei programmi in atto da alcuni anni e l'avvio dei nuovi, è strettamente correlato al complesso dell'organizzazione delle cure e dell'assistenza psichiatrica, delle dipendenze e della NPIA.

Potrà infatti essere raggiunto se verranno incrementate a livello territoriale le innovazioni che permetterebbero di rendere i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche e le comunità sociali maggiormente orientati alla recovery, alla coproduzione e al protagonismo delle persone, realizzando un'efficace integrazione socio-sanitaria per la soluzione ai bisogni individuali (UVM, Budget di salute), la partecipazione attiva degli assistiti alla definizione del proprio percorso di cura (Recovery college), l'avvio nelle Case di Comunità di un lavoro di case-management e di costruzione/manutenzione della rete territoriale che accompagni l'assistito dall'ambulatorio medico alle risorse della comunità funzionali al raggiungimento di un obiettivo di salute (Prescrizione sociale).

Verranno brevemente esposti di seguito i presupposti e gli obiettivi di alcuni strumenti innovativi, alcuni già avviati e da consolidare ed altri che auspichiamo possano diffondersi nella pratica quotidiana dei nostri servizi.

8.6.1 UVM

Il luogo della valutazione, progettazione e verifica in caso di persone con bisogni sanitari e sociali complessi è l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che prevede sia la componente sanitaria che quella sociale. Il modello in essere dell'UVM è nato di fatto come strumento di accesso alla rete storica dei servizi della disabilità, organizzati su target di bisogni specifici e predefiniti sulla base dei requisiti previsti dalla normativa di riferimento, per necessarie esigenze di standardizzazione. Ciò si riflette sulle modalità di assessment e sugli strumenti adottati per la valutazione del bisogno assistenziale delle persone, che fanno imprescindibile riferimento alla normativa prevista (Det. Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali N. 2023 del 02.03.2010), ma devono anche, da un lato, opportunamente rilevare e misurare le disabilità nel funzionamento derivanti da problematiche connesse alla salute mentale e alle dipendenze patologiche, dall'altro, rispondere adeguatamente all'esigenza di una valutazione globale di tipo sociale di bisogni e risorse della persona, della sua famiglia e dei caregivers, della comunità di appartenenza. Ciò riveste particolare importanza nella fase del passaggio all'età adulta, che richiede una rivalutazione integrata dei bisogni e delle risorse della persona e della sua famiglia mediante strumenti definiti e possibilmente standardizzati, per poter definire in maniera partecipata il progetto di vita e di cura. La fase valutativa è fondamentale per l'elaborazione di progetti appropriati, consente la misurazione dell'efficacia degli interventi effettuati e degli esiti ed è pertanto strategica per un corretto utilizzo delle risorse.

Per consentire all'UVM di esercitare in maniera più snella e flessibile una funzione progettuale centrata

sulla persona, in maniera sinergica con l'equipe territoriale integrata che l'ha in carico, è stato proposto un modello di "UVM come processo" qui sinteticamente riportato: (vedi Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute (DGR 1554/2015) Regione Emilia-Romagna allegato al PG/2018/0311590 del 02/05/2018) "L'UVM pensata per la realizzazione del Budget di Salute deve infatti rispondere a due livelli di esigenze: da un lato, deve costituire il punto dinamico della valutazione multiprofessionale e multidimensionale; dall'altro deve poter favorire una migliore integrazione istituzionale per superare i processi di frammentazione, difensivi o di rimbalzo, nella valutazione e nella risposta ai cittadini. Solo così può essere garante di una reale integrazione socio-sanitaria in una relazione che veda realmente al centro la persona e protagonisti gli operatori multidisciplinari. Pur mantenendo la distinzione tra i due ambiti, progettazione e valutazione, si propone di facilitare il più possibile l'attività attraverso un modello di UVM intesa come processo che potrà essere svolto dall'Equipe Integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione o dalla Equipe Integrata e dall'UVM in due sessioni. In tal modo i due ambiti con le loro funzioni non sono espressione di livelli gerarchici, ma sono da leggersi in modo unitario e dinamico..."

Il modello processuale dell'UVM risponde ad una logica che mira a concretizzare i sostegni da attivare per la persona e per il suo caregiver al fine di consentirne in primis la permanenza al domicilio ed a garantire nella modalità più adeguata la partecipazione consapevole e responsabile della persona con disabilità e del suo caregiver alla definizione condivisa del progetto di vita e di cura, come previsto nelle linee programmatiche nazionali e regionali dedicate al Budget di salute, ma anche nella normativa nazionale e regionale in tema di disabilità e di sostegno al caregiver.

Si suggerisce che l'armonizzazione delle risorse regionali e nazionali a livello programmatico consentirebbe di rispondere meglio all'evoluzione delle tipologie dei bisogni delle persone, attraverso una maggiore flessibilità dei processi e dei sostegni, superando la rigidità dell'attuale compartimentazione, a favore di una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei progetti di vita e di cura, anche attraverso la valorizzazione dell'autodeterminazione e la responsabilizzazione consapevole della persona, del suo caregiver e della sua comunità di appartenenza, come previsto nel modello del Budget di salute.

8.6.2 BUDGET DI SALUTE

L'investimento economico, definito Budget di salute, rappresenta la **sintesi delle risorse economiche, professionali e umane** necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Il modello, estesamente descritto altrove (Starace, 2011) persegue i seguenti obiettivi prioritari:

- l'affermazione del principio della non istituzionalizzazione della domanda e della domiciliarizzazione delle cure;
- la promozione del protagonismo degli assistiti (consumatori e produttori di beni e servizi di welfare);
- l'attuazione del principio di sussidiarietà e la valorizzazione delle risorse informali di cura della comunità.

Favorire la conoscenza e la promozione della metodologia del Budget di salute - nelle Regioni e Province Autonome - dovrebbe essere considerata azione di politica sanitaria e sociale prioritaria al fine di mantenere la persona nel suo ambiente di vita e prevenire l'istituzionalizzazione. Esso prevede l'intervento dei servizi sociali e sanitari insieme, in co-progettazione e co-gestione. Oltre l'ambito abitativo, esso tende ad ampliarsi ad altri "assi" fondamentali per l'inclusione, quali il lavoro e le relazioni sociali, favorendo la messa in campo di supporti che agiscono sinergicamente su ognuno di essi.

Il 6 luglio 2022, la Conferenza Unificata ha sancito l'intesa per implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute, approvando il documento: "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona - proposta degli elementi qualificanti", indicando alle Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano e Autonomie locali, la necessità di impegnarsi a recepire con propri provvedimenti i contenuti del documento e auspicandone un periodico monitoraggio nazionale.

Il documento si propone di creare le condizioni strutturali ed i contesti tecnici innovativi per una articolata integrazione delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale; questo obiettivo si propone di dare risposta alle persone con gravi disturbi psichici o severi problemi di salute mentale, che presentano bisogni complessi sanitari e sociali e per le quali sia appropriato un intervento capacitante ed evolutivo, realizzando percorsi di cura personalizzati, capaci di promuovere autonomie e reinserimento sociale.

In termini più generali, si tratta di implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute sull'intero territorio nazionale, attraverso interventi sociosanitari flessibili e integrati, capaci anche di sviluppare efficienti collaborazioni con il Terzo settore, per promuovere obiettivi formativi e lavorativi, legati all'abitare e all'inclusione sociale, rivolti a persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, dal mercato immobiliare e dai contesti socioculturali.

Il documento, considerando le esperienze già realizzate relative al Budget di salute, pur sottolineandone la ricchezza, ne rileva anche la diversa distribuzione nei territori, la diversità di prassi e concezioni nei contesti locali, sottolineando la necessità di promuovere il modello del Budget di salute per facilitare i cambiamenti organizzativi dei servizi del welfare in modo trasversale e anche la necessità di definire procedure amministrative che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione di questo modello.

Vengono poi definiti gli **elementi qualificanti**, in particolare tra l'altro:

- il Budget di salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari e sostiene tra l'altro progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto, coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.
- il Budget di salute è a governo e coordinamento pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un professionista sanitario, sociosanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. In questo contesto, la persona deve poter partecipare attivamente alla valutazione di bisogni e risorse, esprimere il diritto all'autodeterminazione nella cura

e nella definizione del proprio progetto di vita, investendo consapevolmente le proprie risorse anche economiche, coinvolgendo l'eventuale Amministratore di sostegno e, su richiesta della persona, altri soggetti significativi.

- per la definizione del Budget di salute, viene realizzata una valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse considerando le seguenti aree: clinica; del funzionamento psicosociale; dei bisogni e risorse personali e di comunità; della qualità della vita.
- il Budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona attraverso la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere sugli assi casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione. Ogni progetto Budget di salute deve essere coordinato da un Case Manager.
- il Budget di salute richiede il consenso della persona, che viene espresso nella sottoscrizione di un accordo, dove si definiscono obiettivi e impegni di tutti i soggetti coinvolti.
- il Budget di salute deve essere costantemente monitorato e verificato dall'equipe sociosanitaria, con la partecipazione attiva della persona. La verifica, che deve considerare anche indicazioni di esito, sarà coordinata dal Case Manager.

Vengono quindi definiti **elementi attuativi**, ovvero:

- **co-programmazione** tra Aziende Sanitarie e Enti Locali, con il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e di tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati), finalizzata all'identificazione dei bisogni, degli interventi, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.
- Formulazione di **elenchi di soggetti qualificati** per la realizzazione di progetti Budget di salute; ovvero le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali possono istituire appositi Elenchi di soggetti qualificati che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi sociosanitari.

Il documento raccomanda infine il coinvolgimento delle associazioni di assistiti e familiari nella fase di co-programmazione. Inoltre, nella realizzazione del Budget di salute, possono essere coinvolti i familiari, le figure significative per la persona e deve essere incentivata la partecipazione attiva delle figure di assistiti esperti per esperienza (**ESP**), o facilitatori.

8.6.3 I RECOVERY COLLEGES

C'è un consenso crescente nel settore della Salute mentale rispetto all'idea che fare un percorso di ripresa personale dall'esperienza della malattia mentale significhi molto di più della remissione sintomatologica. Nel corso degli anni 90, questa aspirazione sviluppatasi a partire dalle posizioni di molte persone che hanno fatto l'esperienza del disagio mentale ha contribuito ad informare il **paradigma della recovery** inteso come il processo dell'imparare a vivere una vita ricca di significati nonostante le proprie vulnerabilità, superando quindi una visione bio-medica classicamente focalizzata sulla mera riduzione dei sintomi. In questo senso la recovery è un percorso ricco ed attivo che mira a sviluppare e mantenere aspettative positive per la propria vita, basato sulla consapevolezza della propria disabilità e vulnerabilità come dei propri punti di forza, capacità, abilità e delle proprie aspirazioni da tradurre in obiettivi da realizzare con il supporto dei servizi e delle reti naturali di riferimento.

Per i servizi di salute mentale che si orientano verso questa visione, diventa importante creare le condizioni affinché gli assistiti non siano “consumatori di prestazioni” in modo più o meno passivo, ma che possano avere la possibilità di **partecipare attivamente alla definizione del proprio percorso di cura**.

Da una quindicina di anni circa, i **recovery college** si sono andati affermando in un perimetro disegnato dai paradigmi convergenti della coproduzione e della recovery come una pratica nuova per facilitare i percorsi di ripresa personale degli assistiti dei servizi di salute mentale. Le prime esperienze si sono sviluppate negli Stati Uniti, poi in UK e quindi hanno trovato un'ampia diffusione: nel 2023 sono stati censiti 221 recovery colleges in 28 nazioni di tutti i continenti.

L'assunto di base del recovery college è che le persone che lo frequentano non lo fanno per ricevere delle cure ma per **apprendere competenze ed informazioni** attraverso il confronto con altri-operatori, assistiti, famigliari e persone che a vario titolo hanno un interesse per la salute mentale-che possano essere utilizzate per favorire il benessere individuale ed il proprio percorso di cura.

Il motto di uno dei primi recovery college inglesi cattura ancora oggi in modo efficace la finalità di questa proposta: **“un luogo dove potere essere studenti del proprio benessere”**.

Il recovery college si configura quindi come un luogo-forse prima che fisico, emotivo-in cui chi si iscrive trova un'accoglienza che facilita i percorsi di apprendimento condiviso.

Questa offerta formativa è coprodotta e aggiornata periodicamente dai facilitatori del recovery college che in genere sono esperti per professione, esperti per esperienza, volontari, etc. e resa fruibile attraverso un catalogo che diventa uno strumento di comunicazione fondamentale per strutturare la “comunità degli studenti” che si ritrova nell'approccio del recovery college.

Dopo le prime sperimentazioni, grazie al lavoro di molti ricercatori ed il coinvolgimento di molti assistiti (in particolar modo Geoff Sheperd, Julie Repper e Mike Sladecon le sue ricerche su recovery, salute mentale e citizen science) si sono definiti dei criteri di fedeltà al modello del recovery college che hanno consentito la realizzazione di studi valutativi sempre più rigorosi (fra i quali anche uno studio randomizzato controllato) in termini di valutazione degli esiti, costi, meccanismi di azione, etc. utilizzando metodologie qualitative e quantitative che stanno consolidando una base di dati a supporto dell'efficacia di questa pratica.

I recovery college sono quindi una manifestazione tangibile di un movimento internazionale che mira a rendere i servizi di salute mentale e le comunità maggiormente orientati alla recovery, alla coproduzione e al protagonismo delle persone: in questa direzione si può affermare che gli “studenti nascosti” di questa offerta formativa sono gli stessi servizi di salute mentale-e le comunità locali in generale-che possono apprendere attraverso questa pratica “lezioni” da trasferire in contesti organizzativi più ampi.

8.6.4 LA PRESCRIZIONE SOCIALE

La Prescrizione Sociale è uno dei 6 pilastri della strategia del NHS per la personalizzazione delle cure ed ha trovato un riconoscimento anche da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come strumento per progetti di superamento delle diseguaglianze sociosanitarie.

La definizione che il **Social Prescribing Network** propone è la seguente: “è uno strumento che consente al MMG e ad altri operatori sociosanitari di inviare ad un operatore di rete in modo che attraverso un loro contatto diretto possano costruire insieme una “prescrizione sociale” che aiuti a superare problemi emotivi e sociali e bisogni pratici per migliorare il livello di salute e benessere facendo ricorso a tutte le risorse formali e informali delle loro comunità di riferimento (University of Westminster, 2017).

Le prime esperienze risalgono agli anni 90 e sono partite principalmente dalle ricerche sulle diseguaglianze sanitarie promosse da David Marmot e dall'interesse per la personalizzazione degli interventi sociosanitari: i Medici di Medicina Generale (MMG) sono in qualche modo osservatori privilegiati dell'impatto che le condizioni sociali, relazionali, abitative, etc. possono avere nel contribuire, aggravare o cronicizzare problemi di salute senza tuttavia avere a disposizione strumenti di intervento (Marmot, 2010).

In questo senso il Social Prescribing può essere considerato uno strumento per modificare il modo in cui gli assistiti si muovono in relazione agli operatori sanitari e sociali e le loro comunità di riferimento favorendo un lavoro di rete attraverso l'integrazione di risorse sanitarie, sociali ed informali.

Nel 2016 il documento governativo General Practice Forward View ha enfatizzato il ruolo del Social Prescribing inserendolo fra le “dieci azioni ad alto impatto” per favorire l'integrazione di interventi a livello di primary care, servizi sanitari specialistici, servizi sociali e terzo settore (NHS, 2016).

Con il programma 5 Years Forward View il social prescribing è stato inserito e finanziato insieme ad altri modelli di servizi per superare le tradizionali divisioni fra settore sociale, sanitario, servizi di salute mentale, fra cure primarie, secondarie e interventi comunitari anche attraverso la formazione di 5.000 operatori dedicati (i link-workers) definendone un profilo professionale che è ancora in evoluzione. (NHS, 2016).

Il modello classico della prescrizione sociale ha analoghi consolidati anche nel contesto italiano: pensiamo ad esempio ai “gruppi di cammino” la cui frequenza è “prescritta” dal medico di medicina generale ai propri assistiti che hanno patologie internistiche per le quali è riconosciuto che l'attività fisica può avere un impatto positivo (diabete, ipertensione, etc.).

Soprattutto nei servizi della primary care inglesi questo modello si è ampliato ed articolato con l'introduzione dell'“operatore di prossimità”/link-worker che collabora con il general practitioner che accompagna il paziente dall'ambulatorio medico alle risorse della comunità funzionali al raggiungimento di un obiettivo di salute. Lo schema della social prescription prevede quindi quattro attori: un inviante, un inviato, un link-worker, una risorsa comunitaria da attivare per raggiungere un obiettivo condiviso da tutte le parti interessate. I progetti e le esperienze che si sono realizzate e che sono in corso di realizzazione all'interno di questo quadro di riferimento sono moltissime e presentano variazioni della tipologia degli attori coinvolti.

L'inviante, tradizionalmente il MMG, può essere un servizio specialistico, un servizio sociale territoriale. L'inviato si può caratterizzare non solo per essere portatore di una patologia internistica ma potrebbe avere un problema psicosociale di varia natura: solitudine, lieve depressione, difficoltà relazionali/

famigliari, NEET, mancanza di competenze sociali, etc. Il link-worker può fare un lavoro di indirizzo con pochi contatti con il paziente fino ad un vero e proprio lavoro di case-management e di costruzione/manutenzione della rete territoriale: anche questi aspetti hanno portato alla definizione di questo profilo professionale nel sistema sanitario inglese fra gli operatori attivi a livello di primary care.

Sono segnalati anche progetti in cui il link-worker è un assistito esperto che conosce il territorio di riferimento e che può venire dal mondo dell'associazionismo per un determinato problema di salute.

La risorsa comunitaria può essere non solo l'associazione o la cooperativa che ha già rapporti con il mondo sociosanitario ma anche l'associazione sportiva, il museo, la scuola, la biblioteca ed anche un recovery college, un servizio per l'impiego, etc.

8.6.4.1 *Housing First*

I principi che guidano questo approccio sono:

- la comprensione del bisogno dell'assistito;
- un supporto che dura per tutto il tempo necessario;
- l'accesso ad appartamenti indipendenti;
- la separazione del trattamento dal diritto alla casa;
- l'auto-determinazione del soggetto;
- la definizione di un programma di supporto condiviso tra servizio sociale e assistito (orientato alla recovery);
- la riduzione del danno (riferito all'uso di droga o alcol).

Il programma è nato per rispondere ai bisogni di persone senza fissa dimora (homeless) negli anni '50 e '60 negli Stati Uniti, ed è diventato noto negli anni '90 quando fu avviato a New York il programma Pathways to Housing (Tsemberis, 2015). La disponibilità di una casa propria ha mostrato di incidere positivamente sul benessere psico fisico della persona riducendo le spese per cure mediche e medicinali. L'effetto "inclusione sociale" è migliorato dalle opportunità che la casa, come luogo di cura di sé, di identità e di appartenenza ad una comunità, offre alla persona. Alcune ricerche hanno evidenziato come la persona possa tendere ad un coinvolgimento nel mercato del lavoro grazie al processo di miglioramento dell'auto-stima e dell'empowerment che l'alloggio può determinare. I progetti del Network Housing First Italia (NHFI), nato nel 2014 a Torino da una rete di organizzazioni pubbliche e private, prevedono il passaggio diretto dalla strada alla casa e un accompagnamento intensivo del servizio sociale che li supporti nel percorso di reintegrazione sociale e benessere soggettivo.

8.6.4.2 *Domiciliarità innovativa sostenuta da Budget di salute*

Si riferisce a soluzioni sperimentali di coabitazione per persone parzialmente non autosufficienti, altrimenti destinate a case di riposo o altre tipologie di strutture residenziali. Tali soluzioni, finanziate con fondi ad hoc, sono attuate in alloggi di civile abitazione, personalizzabili con arredi e complementi e in uso esclusivo alle persone residenti e attribuiti, di norma, attraverso contratti di locazione. Possono essere previsti servizi centralizzati (ad esempio, pulizie, servizi alla persona, pronta reperibilità), in funzione delle specifiche capacità residue delle persone. Il Budget di salute è di solito lo strumento che completa la realizzazione dell'inserimento delle singole persone in tali contesti.

8.6.5 CLUSTER HOUSING

In tali alloggi, disposti in prossimità gli uni degli altri, le persone vivono da sole o in coppia e ricevono un'assistenza a domicilio flessibile, fino alle 24 ore. Nelle esperienze italiane, ciascuno è titolare dei propri contratti e riceve un Budget di salute personalizzato. Le presenze degli operatori sono calibrate sul bisogno personalizzato, piuttosto che sulla copertura delle strutture e del "turno". Ciò elimina i tempi morti nella prestazione del servizio e favorisce la privacy di chi abita la casa dando alle persone la dimensione di poter chiedere l'aiuto necessario e non sentirsi obbligati alla costante presenza degli operatori nella propria abitazione. Lo strumento Budget di salute permette di fatto la concretizzazione di una tale personalizzazione e flessibilità di intervento. Uno degli aspetti innovativi di questo progetto sta in buona misura proprio nell'aver reso concreto il diritto a una casa da abitare da soli, a persone che da molti punti di vista non appaiono in grado di farlo senza adeguato supporto, favorendo così la riappropriazione di diritti e l'aumento di contrattualità delle persone.

8.6.6 IL MODELLO DEGLI "AMBIENTI ABILITANTI DI SOSTEGNO ALL'ABITARE"

Sono così definiti gli ambienti di vita (Gruppi Appartamento) caratterizzati da convivenza e collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, direttamente o indirettamente, nel Programma di Inclusione Socio-Abitativa, attraverso l'attivazione di dispositivi gruppali e comunitari, che interconnettono gli assistiti alle reti sociali di sostegno e partecipazione in un setting di "Comunità Terapeutica Democratica" organizzato su processi di funzionamento multi-gruppale.

8.6.7 INSERIMENTO ETEROFAMILIARE SUPPORTATO DI ADULTI

L'Inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA) è un noto e studiato modello di inserimento abitativo presso famiglie disponibili (e formate allo scopo), nato in ambito di servizi per minori e con handicap, offerto a soggetti singoli che permangono per periodi variabili. In salute mentale è stato sperimentato anche per periodi transitori molto brevi in condizioni di escalation di crisi, allo scopo di prevenire i ricoveri. In Italia le sperimentazioni più note sono state effettuate in Piemonte, Veneto, Liguria ed Emilia-Romagna (IESA).

8.7 RISPETTO DEGLI STANDARD DEI TEMPI DI PERMANENZA NELLE STRUTTURE

Le Aziende USL, le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie e, i servizi sociosanitari e i servizi sociali dovranno collaborare sinergicamente per attivare un corretto utilizzo delle strutture sanitarie, percorrendo un corretto percorso di inserimento degli assistiti nel proprio contesto di vita di riferimento.

Un eventuale prolungamento *dei tempi di permanenza in struttura oltre i tempi massimi previsti* deve avvenire a seguito di una attenta valutazione multidimensionale integrata da parte dei Servizi e della Struttura che hanno in cura l'assistito. Ogni proroga deve essere autorizzata dal Direttore del DSM-DP a seguito di una apposita relazione sul caso.

Tutti i Servizi di Salute mentale, Dipendenze patologiche, NPIA e residenze pubbliche e private dovranno lavorare sinergicamente allo scopo di raggiungere l'obiettivo di contenimento del tempo di permanenza in struttura entro i tempi stabiliti dalla tabella sotto riportata. Il tempo di permanenza è assunto come un indicatore in grado di definire e descrivere adeguatamente la qualità dell'intervento nelle strutture residenziali¹³. Sarà quindi compito della Cabina di regia delle Aziende USL e della stessa Regione Emilia-Romagna monitorare costantemente i risultati ottenuti, anche attraverso programmi di benchmarking tra le AUSL.

Tab. 1. Tempi di permanenza massimi previsti

Tipologia struttura	Tempo di permanenza massimo
Residenze a trattamento intensivo (RTI)	30 giorni Prorogabili a 60, comunque non oltre i 90 giorni
Residenze a trattamento intensivo minori (RTI-M)	30 giorni Prorogabili a 60, comunque non oltre i 90 giorni
Residenze a Trattamento Protratto minori (RTP-M)	180 giorni prorogabili fino ad un anno
Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E)	1 anno Prorogabili a 2 anni e comunque non superiore ai 30 mesi
Residenze riabilitative pedagogiche	18 mesi Prorogabili e comunque non superiore ai 30 mesi compreso il reinserimento
Residenze riabilitative terapeutiche	18 mesi, compreso il reinserimento
Residenze specialistiche dipendenze Doppia diagnosi	18 mesi, compreso il reinserimento
Residenze specialistiche dipendenze Centro Osservazione e diagnosi	90 giorni Prorogabile e comunque non oltre i 180 giorni

8.8 RIDEFINIZIONE DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO

I contenuti riportati nel presente documento costituiranno la base per ridefinire nuovi criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie per la Salute mentale, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria infanzia e adolescenza. I nuovi criteri dovranno essere più rispondenti ai nuovi bisogni clinici e terapeutici, acuiti in particolare dopo il periodo pandemico da Covid19, sia considerando i nuovi modelli teorici e le acquisite conoscenze tecnico scientifiche.

¹³ ISS, op. cit. pag. 2.

8.9 STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA SINERGICO E ELASTICO DI RISPOSTA AI BISOGNI ESPRESSI DALLA POPOLAZIONE

Gli ultimi decenni hanno evidenziato come emergano periodicamente nuovi bisogni di assistenza sanitaria nella popolazione, che rendono indispensabile avere la possibilità di organizzare le risposte opportune.

Ciò si verifica anche nel campo della residenzialità psichiatrica, sulle dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infanzia e adolescenza.

Già oggi è conosciuta e condivisa dai professionisti dei servizi la necessità di affrontare problemi emergenti, quali i comportamenti problema nei disturbi del neurosviluppo, il forte aumento dell'utenza giovanile, gli utenti con personalità antisociale e con compresenza di abuso di sostanze e patologia psichica, tutte situazioni da affrontare anche in strutture residenziali con caratteristiche innovative adeguate a tali bisogni.

Sarà pertanto importante che in futuro siano accolte le domande per l'avvio di procedimenti di nuovi accreditamenti se un'Azienda sanitaria o un'Area Vasta ne ravvisino la necessità, e richiedano espressamente alla Regione di procedere all'accoglimento della domanda con l'evidenza delle motivazioni, autorizzandone le innovazioni anche quando l'oggetto della domanda concernerà nuove tipologie di strutture residenziali.

Solo per citarne alcuni, i disturbi psicopatologici che caratterizzano i minori, i comportamenti problema, la connessione tra problematiche psichiatriche e uso di sostanze psicotrope, l'aumento dell'uso di alcune sostanze psicotrope, le nuove forme di dipendenza patologica, i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

09. Bibliografia

9.1 SALUTE MENTALE ADULTI

Anthony WA, (1993), Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagne C, (2002), *Riabilitazione psichiatrica*, Tr. It. 2003, CIC Ed. Int., Roma.

Anthony WA, Farkas MD, (2016), *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica - Indicazioni, prassi e trattamenti*. Franco Angeli, Milano.

Barbato A, (2006), Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach, *World Psychiatry*, 5, 162-163.

Basso L, Boggian I, Carozza P, Lamonaca D, Svettoni A, (2016), Recovery in Italy: An update, *International Journal of Mental Health*, 45 (1), 71-88.

Becker, D. R., Drake, R. E., Farabaugh, A., & Bond, G. R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47(11), 1223-1226

Bell, M. & Lysaker, P. (1996). Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 71-76.

Blackwell, B., Eiders, K., & Robinson, D. (2000). The consumer's role in assessing quality. In G. Stricker & W. Troy (Eds.), *Handbook of quality management in behavioral health: Issues in the practice of psychology*.

Borg M, Karlsson B, Tondora J, Davidson L, (2009), Implementing Person-centred care in psychiatric rehabilitation: what does this involve?, *Israeli Journal Psychiatry Related Science*, 46 (2), 84-93.

Bond G, Drake R, (2017), New directions for psychiatric rehabilitation in the USA, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 223-227.

Burti L, (2016), Thirty-Five Years of Psychosocial Rehabilitation in Italy, *International Journal of Mental Health*, 45 (1), 7-14..

Carozza P, (a cura di), (2000), *Centri diurni e approccio ai processi cronici in psichiatria. Il metodo Spivak e nuovi modelli di terapia*, Franco Angeli, Milano.

Carozza P, (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano.

Carozza P, (2010), *La psichiatria di comunità, tra scienza e soggettività*, Franco Angeli, Milano.

Corrigan PW, et al., (2016), *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach, second edition*, The Guilford Press, New York.

Craig T, Killaspy H, (2015), What is psychiatric rehabilitation ?, in: Holloway F et al., *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*, 2 nd ed, The Royal College of Psychiatrist, 18-38.

Davidson L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell M, Rowe M, (2012), *Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson Ed., Trento.

Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145.

Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist*, 18(3), 301-313.

Engel GL, (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136.

Falloon I, (1993), *Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria*, Erickson, Trento.

Farkas M, (2006), Identifying psychiatric rehabilitation interventions: an evidence and value based practice, *World Psychiatry*, 5 (3), 161-162.

- Fulford KWM, (2008), Valued Based Practice: A New Partner to Evidence-Based Practice and a First for Psychiatry ?, *Mens Sana Monograph*, 6 (1), 10-21.
- Galderisi S, Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Rabasca AF, Santucci F, Valente A, Volpe M, Mastrantuono P, Maj M, (2010), Social skills and individualized neuro cognitive training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities, *European Archives of Psychiatry Clinical Neurosciences*, 260, 305-315.
- Hume C, Pullen I, (1994), *La riabilitazione dei pazienti psichiatrici*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- International Classification of Functioning, Disability and Health*, (ICF), WHO, 2001.
- Killaspy H, (2018), Contemporary mental health rehabilitation, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 1-3.
- Kopelowicz A et al., (2003), Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 283-298.
- Lieberman RP, (2012), *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Magliano L, (2020), *CIGI. Intervento riabilitativo combinato nei contesti residenziali psichiatrici. Combined Individual and Group Intervention: realizzare programmi psicosociali individuali e di gruppo e formare le équipes*, Erickson, Trento.
- Majumder, R. K., Walls, R. T., & Fullmer, S. L. (1998). Rehabilitation client involvement in employment decisions. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 162-173
- Maone A, D'Avanzo B, (a cura di), (2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- McQuillan, B. (1994). My life with schizophrenia. In L. Spaniol & M. Koehler (Eds.), *The experience of recovery*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Morosini P, Magliano L, Brambilla L, (1998), V.A.D.O., *Valutazione di abilità e definizione di obiettivi. Manuale di Riabilitazione Psichiatrica*, Erickson Ed., Trento.
- Mueser KT et al., (2013), Psychosocial treatments for schizophrenia, *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497.
- NICE guideline, (2020), *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. Published: 19 August 2020.
- Rapp CA, Goscha RJ, (2010), *The Strengths Model: a recovery-oriented approach to mental health services*, OUP Ed., USA.
- Sackett D et al, (2000), *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Saraceno B, (1995), *La fine dell'intrattenimento*, Etas Libri, Milano.
- Siani R, Siciliani O, Burti L, (1990), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli Ed., Milano.
- Spivak M, (1987), Introduzione alla riabilitazione sociale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI, III, 522-525.
- Vita A, (a cura di), (2013), *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*, Springer Ed., Milano.
- Wade DT, (2020), What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description, *Clinical Rehabilitation*, 34 (5), 371-383.
- Weingarten, R. (1994). The ongoing process of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375
- Wykes T, Holloway F, (2000), Community rehabilitation: past failures and future prospects, *International Review of Psychiatry*, 12, 197-205.
- World Health Organization. Division of Mental Health and WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, (1996), *Psychosocial Rehabilitation: a consensus statement*. World Health Organization.

World Health Organization, Concept Paper, WHO Guidelines of Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines), (2012).

Zubin J, Spring B, (1977), Vulnerability: a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

9.2 DIPENDENZE PATOLOGICHE

Amram, Y., & Benbenishty, R. (2014). The impact of therapeutic factors on locus of control of addicts in therapeutic communities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), 313-325. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2014.967576>.

Broome, K. M., Knight, D. K., Knight, K., Hiller, M. L., & Simpson, D. D. (1997). Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387-397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-679\(199706\)53:4<387::AID-JCLP12>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-679(199706)53:4<387::AID-JCLP12>3.0.CO;2-C).

Caputo, A. (2013). Health demand in primary care context: what do people think about physicians? *Psychology, Health & Medicine*, 18(2), 145-154. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.687828>.

Caputo, A. (2015). The relationship between gratitude and loneliness: the potential benefits of gratitude for promoting social bonds. *Europe's Journal of Psychology*, 11(2), 323-334. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.826>.

Carroll, K. M. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Beyond therapeutic alliance: keeping the drug-dependent individual in treatment* (pp. 4-24). Rockville: US Department of Health and Human Services.

Chen, G., Elisha, R., Timor, U., & Ronel, N. (2016). Why do adolescents drop out of a therapeutic community for people with drug addiction? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25, 65-77. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2014.918002>.

De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 23(2), 169-189. <https://doi.org/10.3109/00952999709040940>.

Goethals, I., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2015). Core characteristics, treatment process and retention in therapeutic communities for addictions: a summary of four studies. *Therapeutic Communities: the International Journal of Therapeutic Communities*, 36(2), 89-102.

Haynes, P., & Ayliffe, G. (1991). Locus of control of behavior: is high externality associated with substance misuse? *British Journal of Addiction*, 86, 1111-1117.

Heidari, M., & Ghodusi, M. (2016). Relationship of assess self-esteem and locus of control with quality of life during treatment stages in patients referring to drug addiction rehabilitation centers. *Materia Socio Medica*, 28(4), 263-267. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.263-267>.

Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.

Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12, 204-210.

Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., & Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14(1), 38-46. <https://doi.org/10.1159/000110409>.

Kodralliu, G., Mosconi, P., Groth, N., Carmosino, G., Perilli, A., Gianicolo, E. A. L.,... Ruffo, P. (2001). Subjective health status assessment: Evaluation of the Italian version of the SF-12 health survey. Results from the MiOS project.

- Journal of Epidemiology and Biostatistics, 6(3), 305-316. <https://doi.org/10.1080/135952201317080715>.
- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: a theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.06.011>.
- Mardane, M., Rafiey, R., Masafi, S., & Rezaei, O. (2013). The relationship between locus of control with success in methadone therapy in substance abuse disorder. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 5(2), 147-156.
- McCaul, M. E., & Svikis, D. S. (1991). Improving client compliance in outpatient treatment: counselor-targeted interventions. In R. W. Pickens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment* (pp. 204-217). Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Mehrabian, A. (1994). Evidence bearing on the affiliative tendency (MAFF) and sensitivity to rejection (MSR) scales. *Current Psychology*, 13, 97-116. <https://doi.org/10.1007/BF02686794>.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapies*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin
- Shields, A., Morrison, A., Conner, B., Urada, D., Anglin, D., & Longshore, D. (2014). Treatment motivation predicts substance use treatment retention across individuals with and without co-occurring mental illness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 795-805. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9510-5>.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 117-134. [https://doi.org/10.1016/0899-3289\(95\)90309-7](https://doi.org/10.1016/0899-3289(95)90309-7).
- Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the circumstances, motivation, readiness and suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 297-308.
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., De Ruyscher, C., Vandeveld, D., & Broekaert, E. (2017). In search of evidence-based treatment in TCs for addictions: 40 years of research in TC De Kiem (Belgium). *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 177-195. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1312656>.
- Vanderplasschen W et Al, *Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective*, *Scientific World Journal* - 2013
- Woodburn, P. K. (1993). *The relationship of life events, coping styles, and hardiness to relapse in persons recovering from alcohol abuse*. Austin: University of Texas.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(5), 675-696. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744>.
- A. T. McLellan, "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective," *Addiction*, vol. 97, no. 3, pp. 249-252, 2002.
- A. T. McLellan, J. R. McKay, R. Forman, J. Cacciola, and J. Kemp, "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring," *Addiction*, vol. 100, no. 4, pp. 447-458, 2005.
- R. H. Coombs, "Back on the streets: therapeutic communities' impact upon drug users," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 8, no. 2, pp. 185-201, 1981.
- E. Broekaert, "What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe," *Addiction*, vol. 101, no. 12, pp. 1677-1678, 2006.

- M. Gossop, J. Marsden, D. Stewart, and T. Kidd, "The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year followup results," *Addiction*, vol. 98, no. 3, pp. 291-303, 2003.
- J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, L. Cameld, S. Vanheule, B. Sabbe, and E. Broekaert, "A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 10, pp. 1244-1257, 2011.
- J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, and E. Broekaert, "Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life?" *Social Indicators Research*, vol. 90, no. 1, pp. 107-126, 2009.
- National Institute for Health and Care Excellence: Drug misuse: opioid detoxification, NICE Clinical Guideline (2007)
- Coletti, M., Grosso, L., (2022). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Edizioni Gruppo Abele
- Emiliani, F., (2008). *La realtà delle piccole cose, psicologia del quotidiano*. Il Mulino
- Rigliano, P., Rancilli, L., (a cura di), (2003). *Tossicomania e sofferenza psichica*. F. Angeli
- Rigliano P., (2004). *Doppia diagnosi tra tossicodipendenza e psicopatologia*. R. Cortina
- Fioritti, A., Solomon, J., (2002). *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. F. Angeli
- Carroll, K. M., (2001). *Trattamento della Dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo e comportamentale*. Centro Scientifico
- Bowen, S., Chawla, N., Alan Marlatt, G., (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*. R. Cortina
- Neurobiological mechanisms of early life adversity, blunted stress reactivity and risk for addiction. al'Absi M, Ginty AT, Lovallo WR. *Neuropharmacology*. 2021 May 1;188:108519. doi: 10.1016/j.neuropharm.2021.108519. Epub 2021 Mar 10.
- Early life stress and substance use disorders: The critical role of adolescent substance use. Kirsch DE, Lippard ETC. *Pharmacol Biochem Behav*. 2022 Apr;215:173360. doi: 10.1016/j.pbb.2022.173360. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35219756 Free PMC article. Review.
- Kandel E.R, Schwartz, J.H, Jessell T.J (2003). *Principi di Neuroscienze*. A cura di Perri,V., Spidalieri, G. Ed. CEA
- Siracusa, V., Calabrò, A., Genovese, F., Iraci, N. (2021). *L'evoluzione sistemica delle emozioni: un nuovo modello teorico e clinico dell'evoluzionismo e delle neuroscienze*. Ed. Rosenberg e Sellier. p. 179-205
- Amram, Y., & Benbenishty, R. (2014). The impact of therapeutic factors on locus of control of addicts in therapeutic communities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), 313-325. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2014.967576>.
- Broome, K. M., Knight, D. K., Knight, K., Hiller, M. L., & Simpson, D. D. (1997). Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387-397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-679\(199706\)53:4<387::AID-JCLP12>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-679(199706)53:4<387::AID-JCLP12>3.0.CO;2-C).
- Caputo, A. (2013). Health demand in primary care context: what do people think about physicians? *Psychology, Health & Medicine*, 18(2), 145-154. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.687828>.
- Caputo, A. (2015). The relationship between gratitude and loneliness: the potential benefits of gratitude for promoting social bonds. *Europe's Journal of Psychology*, 11(2), 323-334. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.826>.
- Carroll, K. M. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Beyond therapeutic alliance: keeping the drug-dependent individual in treatment* (pp. 4-24). Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Chen, G., Elisha, R., Timor, U., & Ronel, N. (2016). Why do adolescents drop out of a therapeutic community for people with drug addiction? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25, 65-77. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2014.918002>.
- De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). *Motivation and readiness for therapeutic community treatment*

- among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 23(2), 169-189. <https://doi.org/10.3109/00952999709040940>.
- Goethals, I., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2015). Core characteristics, treatment process and retention in therapeutic communities for addictions: a summary of four studies. *Therapeutic Communities: the International Journal of Therapeutic Communities*, 36(2), 89-102.
- Haynes, P., & Ayliffe, G. (1991). Locus of control of behavior: is high externality associated with substance misuse? *British Journal of Addiction*, 86, 1111-1117.
- Heidari, M., & Ghodusi, M. (2016). Relationship of assess self-esteem and locus of control with quality of life during treatment stages in patients referring to drug addiction rehabilitation centers. *Materia Socio Medica*, 28(4), 263-267. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.263-267>.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.
- Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12, 204-210.
- Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., & Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14(1), 38-46. <https://doi.org/10.1159/000110409>.
- Kodraliu, G., Mosconi, P., Groth, N., Carmosino, G., Perilli, A., Gianicolo, E. A. L.,... Ruffo, P. (2001). Subjective health status assessment: Evaluation of the Italian version of the SF-12 health survey. Results from the MiOS project. *Journal of Epidemiology and Biostatistics*, 6(3), 305-316. <https://doi.org/10.1080/135952201317080715>.
- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: a theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.06.011>.
- Mardane, M., Rafiey, R., Masafi, S., & Rezaei, O. (2013). The relationship between locus of control with success in methadone therapy in substance abuse disorder. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 5(2), 147-156.
- McCaul, M. E., & Svikis, D. S. (1991). Improving client compliance in outpatient treatment: counselor-targeted interventions. In R. W. Pickens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment* (pp. 204-217). Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Mehrabian, A. (1994). Evidence bearing on the affiliative tendency (MAFF) and sensitivity to rejection (MSR) scales. *Current Psychology*, 13, 97-116. <https://doi.org/10.1007/BF02686794>.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapies*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin
- Shields, A., Morrison, A., Conner, B., Urada, D., Anglin, D., & Longshore, D. (2014). Treatment motivation predicts substance use treatment retention across individuals with and without co-occurring mental illness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 795-805. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9510-5>.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 117-134. [https://doi.org/10.1016/0899-3289\(95\)90309-7](https://doi.org/10.1016/0899-3289(95)90309-7).
- Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the circumstances, motivation, readiness and suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 297-308.
- Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2014). Therapeutic communities for treating addictions in

Europe: evidence, current practices and future challenges. Lisbon: EMCDDA.

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., De Ruyscher, C., Vandeveld, D., & Broekaert, E. (2017). In search of evidence-based treatment in TCs for addictions: 40 years of research in TC De Kiem (Belgium). *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 177-195. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1312656>.

Vanderplasschen W et Al, Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective, *Scientific World Journal* - 2013

Woodburn, P. K. (1993). The relationship of life events, coping styles, and hardiness to relapse in persons recovering from alcohol abuse. Austin: University of Texas.

Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(5), 675-696. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744>.

A. T. McLellan, "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective," *Addiction*, vol. 97, no. 3, pp. 249-252, 2002.

A. T. McLellan, J. R. McKay, R. Forman, J. Cacciola, and J. Kemp, "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring," *Addiction*, vol. 100, no. 4, pp. 447-458, 2005.

R. H. Coombs, "Back on the streets: therapeutic communities' impact upon drug users," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 8, no. 2, pp. 185-201, 1981.

E. Broekaert, "What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe," *Addiction*, vol. 101, no. 12, pp. 1677-1678, 2006.

M. Gossop, J. Marsden, D. Stewart, and T. Kidd, "The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year followup results," *Addiction*, vol. 98, no. 3, pp. 291-303, 2003.

J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, L. Cameld, S. Vanheule, B. Sabbe, and E. Broekaert, "A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 10, pp. 1244-1257, 2011.

J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, and E. Broekaert, "Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life?" *Social Indicators Research*, vol. 90, no. 1, pp. 107-126, 2009.

National Institute for Health and Care Excellence: Drug misuse: opioid detoxification, NICE Clinical Guideline (2007).

Coletti, M., Grosso, L., (2022). La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti. Edizioni Gruppo Abele

Emiliani, F., (2008). La realtà delle piccole cose, psicologia del quotidiano. Il Mulino

Rigliano, P., Rancilli, L., (a cura di), (2003). Tossicomania e sofferenza psichica. F. Angeli

Rigliano P., (2004). Doppia diagnosi tra tossicodipendenza e psicopatologia. R. Cortina

Fioritti, A., Solomon, J., (2002). Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento. F. Angeli

Carroll, K. M., (2001). Trattamento della Dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo e comportamentale. Centro Scientifico

Bowen, S., Chawla, N., Alan Marlatt, G., (2013). Mindfulness e comportamenti di dipendenza. R. Cortina

Neurobiological mechanisms of early life adversity, blunted stress reactivity and risk for addiction. al'Absi M, Ginty AT, Lavallo WR. *Neuropharmacology*. 2021 May 1;188:108519. doi: 10.1016/j.neuropharm.2021.108519. Epub 2021 Mar 10.

Early life stress and substance use disorders: The critical role of adolescent substance use. Kirsch DE, Lippard

ETC. Pharmacol Biochem Behav. 2022 Apr;215:173360. doi: 10.1016/j.pbb.2022.173360. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35219756 Free PMC article. Review.

Kandel E.R, Schwartz, J.H, Jessell T.J (2003). Principi di Neuroscienze. A cura di Perri, V., Spidalieri, G. Ed. CEA

Siracusa, V., Calabrò, A., Genovese, F., Iraci, N. (2021). L'evoluzione sistemica delle emozioni: un nuovo modello teorico e clinico dell'evoluzionismo e delle neuroscienze. Ed. Rosemberg e Sellier. p. 179-205

9.3 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

9.3.1 NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

So P., Wierdsma A.I., Kasius M.C., et al., Predictors of voluntary and compulsory admissions after psychiatric emergency consultation in youth, Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 May;30(5):747-756

Pantell M.S., Kaiser S.V., Torres J.M., et al., Associations Between Social Factor Documentation and Hospital Length of Stay and Readmission Among Children, Hosp Pediatr. 2020 Jan;10(1):12-19

UNIMORE, Dipartimento di Economia Marco Biagi, Il valore delle comunità residenziali per minori fuori famiglia in Emilia-Romagna Riflessioni sulla definizione di una retta standard a partire da una indagine partecipata, Analisi a cura di: Eleonora Costantini e Andrea Barigazzi

AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA Comunità residenziali per minorenni: per la definizione dei criteri e degli standard Documento di proposta, ANNO 2015

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ACCOGLIENZA NEI SERVIZI RESIDENZIALI PER MINORENNI, Istituto degli Innocenti, documento approvato in CU il 14 dicembre 2017

DGR 911/2007 "Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali"

DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari"

DGR 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie e rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento"

DGR 1677/2013 "Adozione linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e allegati" Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.

9.3.2 TARIFFE DELLE RESIDENZE SANITARIE

Delibera di Giunta regionale n. 1831/2013 "Accordo generale per il triennio 2014- 2016 tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni Confcooperative Emilia-Romagna e Legacoop Emilia-Romagna, in materia di prestazioni erogate a favore delle persone inserite in residenze sanitarie psichiatriche accreditate;

Delibera di Giunta regionale n. 2181/2019 "Adeguamento della remunerazione delle prestazioni erogate a favore delle persone inserite in residenze sanitarie psichiatriche accreditate";

Delibera di Giunta regionale n. 1875/2020 "Adeguamenti alle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna- modifiche alla deliberazione di giunta regionale N. 1673/2014";

Delibera di Giunta regionale n. 878/2023 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna a decorrere dal 1.07.2023";

Delibera di Giunta regionale n. 1378/2019 "Approvazione proposta di "Accordo generale triennale tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con Dipendenze Patologiche per gli anni 2019-2021";

Delibera di Giunta regionale n. 1484/2020 "Integrazione dell'accordo approvato con la delibera di giunta regionale n. 1378/2019 "Approvazione proposta di Accordo generale triennale tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con Dipendenze Patologiche per gli anni 2019-2021 mediante revisione delle tariffe per l'isolamento dei nuovi assistiti ai fini della prevenzione del contagio Sars-Cov 2";

Delibera di Giunta regionale n. 1/2022 "Adeguamento delle tariffe relative alle strutture che erogano prestazioni a favore delle persone con Dipendenze Patologiche della regione Emilia-Romagna".

