REPUBBLICA ITALIANA

Anno 71° - Numero 32

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA **Palermo - Venerdì, 4 agosto 2017**

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2, l. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

COPIA UFFICIALE G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

ASSESSORATO DELLA SALUTE

ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

DECRETO 31 luglio 2017.

Approvazione del Documento, recante: "Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie" . . . . . pag. 2

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

DECRETO 31 luglio 2017.

Approvazione del Documento, recante: "Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie".

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

L'ASSESSORE PER LA FAMIGLIA, LE POLITICHE SOCIALI ED IL LAVORO

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria ed, in particolare, gli artt. 8/*bis*, 8/*ter* e 8/*quater*;

Vista la legge n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Visto il DPCM 14 febbraio 2001, recante l'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo alla integrazione socio-sanitaria;

Visto il DPCM 29 novembre 2001, recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza;

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19, recante "Norme per la riorganizzazione dei Dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione" e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" che, in particolare, all'articolo 2, comma 3, lettera f), recita "rende effettiva l'integrazione socio-sanitaria, ai sensi della legge 8 novembre 2000, n. 328 e dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001", nonché a quanto indicato all'art. 12 della stessa legge;

Vista la legge di stabilità n. 21 del 12 agosto 2014, "Assestamento del bilancio della Regione per l'anno finanziario 2014. Variazioni al bilancio di previsione della Regione per l'esercizio finanziario 2014 e modifiche alla legge regionale 28 gennaio 2014, n. 5 "Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2014. Legge di stabilità regionale. Disposizioni varie" e con particolare riguardo all'art. 10, comma 3, dispone che "entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere delle competenti Commissioni legislative e della Commissione bilancio dell'Assemblea regionale siciliana, l'Assessore regionale per la salute e l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali ed il lavoro disciplinano le modalità per la definizione di un sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, la determinazione delle risorse da corrispondere rispettivamente per la quota sanitaria e per la quota socio-assistenziale, nonché le modalità di monitoraggio e controllo delle strutture";

Visto l'art. 68 della legge regionale n. 21 del 12 agosto 2014, inerente gli obblighi di pubblicazione;

Visto il D.A. n. 17 del 12 settembre 2014, con il quale, ai sensi di quanto disposto con la legge di stabilità n. 21/2014 succitata, l'Assessore regionale per la salute e l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali ed il lavoro pro tempore hanno istituito una Commissione integrata socio-sanitaria con il compito di elaborare una proposta per disciplinare le modalità di risoluzione di un sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, determinare le risorse da corrispondere rispettivamente per la quota sanitaria e per la quota socio-assistenziale, nonché per identificare le modalità di monitoraggio e controllo delle strutture;

Considerato che per assolvere al superiore mandato è stato definito il documento "Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie" riconducibili ai vincoli posti dagli indirizzi contenuti nel D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Allegato C" il cui testo è stato trasmesso, per le competenti valutazioni, alla Giunta di Governo;

Visto il D.P.Reg. n. 472/A1/S.G. del 4 novembre 2015, con il quale, tra gli altri, è stato preposto all'Assessorato regionale della salute l'on.le Baldassare Gucciardi;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamenti dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.Reg. n. 89/A1/S.G. del 20 marzo 2017, con il quale è stata preposta all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro la d.ssa Carmencita Mangano;

Ritenuto necessario, alla luce dei nuovi orientamenti normativi, definire un sistema unico di accreditamento ed un sistema di offerta socio-sanitaria che dovrà tenere conto dei nuovi LEA approvati con DPCM 12 gennaio 2017 che incideranno sugli indirizzi regionali in materia;

Visto il documento "Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie" elaborato congiuntamente dall'Assessorato regionale della salute e dall'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro;

Considerato che il predetto documento è stato trasmesso dalla Segreteria generale della Regione all'Assemblea regionale siciliana, al fine di acquisire i previsti pareri delle competenti Commissioni VI "Servizi sociali e sanitari" e II "Bilancio";

Considerato che la Commissione II "Bilancio" non si è espressa al riguardo e pertanto, decorsi i termini previsti dal regolamento dell'Assemblea regionale, lo stesso si intende reso;

Considerato che in data 29 marzo 2017 la Commissione legislativa VI "Servizi sociali e sanitari" ha espresso all'unanimità il parere favorevole sul Piano precitato ed ha approvato una risoluzione che impegna il Governo a voler valutare le osservazioni presentate dal Partenariato, ai fini della definizione del Documento;

Considerato che i competenti Uffici degli Assessorati della famiglia e della salute hanno valutato le osservazioni pervenute dal Partenariato ed hanno conseguentemente definito il precitato Documento;

Ritenuto, pertanto, per le motivazioni succitate di approvare il predetto Documento, che forma parte integrante del presente decreto;

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Decretano:

Articolo unico

Per quanto esposto in premessa, è approvato il Documento, recante "ll Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie" elaborato congiuntamente dall'Assessorato regionale della salute e dall'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, che forma parte integrante del presente decreto.

Con successivi provvedimenti verranno definite, ove necessario, le procedure per l'accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, a modifica dell'attuale sistema di accreditamento/iscrizione attualmente vigente presso i due Assessorati.

Il presente provvedimento sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 31 luglio 2017.

GUCCIARDI
MANGANO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Allegato

Repubblica Italiana

Regione Siciliana

Il Servizio Socio-Sanitario Regionale: Piano delle Azioni e dei Servizi Socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie

COPIA NON

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

INTRODUZIONE

****

L'integrazione sociosanitaria costituisce un obiettivo prioritario del Servizio sanitario nazionale (SSN) fin dalla sua istituzione sancita con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*, per rispondere ad un bisogno di salute ampio e complesso, in particolare nelle fasce a rischio, quali minori, donne, coppie, famiglie, anziani, persone disabili fisici, psichici, sensoriali, persone con disturbi mentali, persone con dipendenze patologiche, persone nella fase terminale della vita persone affette da HIV.

Specificamente, il profilo delle prestazioni socio sanitarie si rinviene all'interno del quadro normativo nazionale rappresentato dall'articolo 3 septies del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 nonché dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"*.

In particolare, con il DPCM 14 febbraio 2001 sono stati definiti i criteri per pervenire alla definizione delle prestazioni socio-sanitarie, tra i quali quelli dell'appropriatezza, partendo dalla valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l'approccio progettuale. L'atto di indirizzo è stato ripreso poi dal DPCM 29 novembre 2001 *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"* che ha dedicato all'integrazione socio sanitaria una parte specifica (allegato 1C) nella cui tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è indicata una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

Nel settore sociale il primo riferimento normativo organico nazionale è intervenuto con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge n. 328 del 8 novembre 2000 *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"* .

Al riguardo, in ambito regionale, va richiamato l'enunciato della Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio Sanitario Regionale" che, in particolare, all'articolo 2, comma 3 lettera f) recita "*rende effettiva l'integrazione socio-sanitaria, ai sensi della legge 8 novembre 2000, n. 328 e dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001*", nonché a quanto indicato all'art. 12 della stessa norma.

E' utile, inoltre, ricordare un atto normativo regionale vigente che disciplina e razionalizza il funzionamento dei servizi sanitari e sociosanitari per l'area della disabilità, il "Piano triennale della Regione siciliana a favore delle persone con disabilità" (*Decreto Presidenziale del 2 gennaio 2006*).

Più recentemente la Legge di stabilità n° 21 del 12 agosto 2014, *"Assestamento del bilancio della Regione per l'anno finanziario 2014. Variazioni al bilancio di previsione della Regione per l'esercizio finanziario 2014 e modifiche alla legge regionale 28 gennaio 2014, n. 5 'Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2014. Legge di stabilità regionale'. Disposizioni varie"* e con particolare riguardo all' art. 10, comma 3, dispone che *"entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere delle competenti Commissioni legislative e della Commissione bilancio dell'Assemblea regionale siciliana, l'Assessore regionale per la salute e l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali ed il lavoro, disciplinano le modalità per la definizione di un sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, la determinazione delle risorse da corrispondere rispettivamente per la quota sanitaria e per la quota socio-assistenziale, nonché le modalità di monitoraggio e controllo delle strutture"*.

La definizione di un sistema unico di accreditamento e di un sistema di offerta socio-sanitaria dovrà tenere conto dei nuovi LEA approvati con DPCM 12 gennaio 2017 che incideranno sugli indirizzi regionali in materia.

La breve sintesi legislativa sopra richiamata in materia di integrazione sociosanitaria, costituisce l'istanza e contemporaneamente l' obiettivo di sistema regionale con cui rispondere a

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

bisogni di salute in modo ampio e complesso e che da alcuni anni ha impegnato la Regione ad un lavoro partecipe degli Assessorati Salute e Famiglia, per gli ambiti di specifica competenza, con l'obiettivo di pervenire ad un'intesa sulle problematiche assistenziali che richiedono la necessaria integrazione della componente sanitaria con quella sociale, ivi compresi gli aspetti relativi alla compartecipazione degli oneri derivanti da forme di lungo assistenza presso strutture sociosanitarie e socioassistenziali per soggetti fragili.

1. DEFINIZIONE DI "ASSISTENZA SOCIO SANITARIA"

La definizione di *"assistenza socio sanitaria"* deriva dall'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi, e si riferisce ad un *"insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"*.

- **Sintesi excursus normativo**
  1. Decreto legislativo 229/99 (modifiche ed integrazioni del D.lgs. 502/92);
  2. Atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001;
  3. DPCM 29 novembre 2001 all'allegato 1 c): LEA socio sanitari
  4. DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamenti dei Livelli Essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502.

Le aree di applicazione, come definite dall'art. 3 septies, comma 4, del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi e dal DPCM 2001 (Allegato 1C) e successivi sono:

- disabilità
- anziani/non autosufficienti;
- patologie cronico-degenerative;
- patologie psichiatriche;
- dipendenze da sostanze e non

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. COPIA NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Aree d'intervento e prestazioni così come previste nei LEA

Area	Prestazioni-Funzioni	Criteri di finanziamento (% di attribuzione della spesa)
Materno infantile	1. Assistenza consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche. sociali, psicologiche, riabilitative	100% a carico del Servizio sanitario nazionale
	2. Assistenza all'IVG con prestazioni mediche, sociali. psicologiche	100% a carico del SSN
	3. Protezione del minore in stato di abbandono, tutela attraverso adozione e affidamento. Sostegno alle famiglie di minori in situazioni di disagio, disadattamento, devianza interventi per i minori soggetti a provvedimenti penali. Civili, amministrativi	100% a carico del SSN le prestazioni mediche specialistiche , psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie affidatarie: 100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale alle famiglie; 100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari
	4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	100% a carico del SSN
Disabili	1. Assistenza ai disabili per il recupero funzionale e sociale per minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali con prestazioni domiciliari. ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali; assistenza protesica	100% a carico del SSN l' assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale. 100% a carico del SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali e patologie di interesse neuropsichiatrico
	2. Tutela del disabile con prestazioni di riabilitazione, educative, di socializzazione di inserimento lavorativo	100% a carico SSN per prestazioni diagnostiche, curative e di consulenza specialistica 70% a carico del SSN e 30% a carico dei Comuni o in parte dell'utenza per assistenza'in strutture residenziali e semiresidenziali, anche accreditate, per disabili gravi 40% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina vigente, per l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente. 100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale. scolastica e di inserimento sociale e lavorativo
Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative	1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio con servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi servizi di sollievo alla famiglia	100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza residenziali e semi res., il 50% a carico del SSN, il 50% a carico dei Comuni con la eventuale compartecipazione dell'utente
	2. Assistenza domiciliare integrata	100% a carico del SSN le prestazioni mediche, infermieristiche e di riabilitazione erogate a domicilio. 50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, con ev. compartecipazione dell'utente per aiuto infermieristico c assistenza tutelare alla persona. 100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare
Dipendenza da droga, alcol e farmaci	1. Tutela delle persone dipendenti tramite prestazioni ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, di riabilitazione e inserimento sociale	100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitativo, compreso il periodo di disassuefazione in comunità terapeutiche; 100% a carico dei Comuni per il reinserimento sociale e lavorativo, allorchè sia superata la fase di dipendenza.
Patologie psichiatriche	1. Tutela delle persone con disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale	100% a carico del SSN
	2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo	Ripartizione spesa fra Asl e Comuni, secondo nome regionali, con eventuale compartecipazione dell'utente
Patologie per infezioni da HIV	1. Cura e trattamenti farmacologici per la fase di lungo assistenza e accoglienza in strutture residenziali	100% a carico del SSN nella fase intensiva ed estensiva; ripartizione della spesa tra Asl e Comuni in misura non inferiore al 30% nella fase di lungoassistenza con eventuale compartecipazione dell'utente
	2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo	100% a carico dei Comuni, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente

2. ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO DI CUI AL D.A.N. 17/2014

A seguito della Legge di stabilità n° 21 del 12 agosto 2014, art. 10, l'Assessore regionale per la salute e l'Assessore regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro pro tempore con D.A. n. 17 del 12 settembre 2014, hanno istituito una Commissione integrata socio sanitaria con il

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

compito di elaborare una proposta per disciplinare le modalità di risoluzione di un sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, determinare le risorse da corrispondere rispettivamente per la quota sanitaria e per la quota socio-assistenziale, nonché per identificare le modalità di monitoraggio e controllo delle strutture.

Per assolvere al superiore mandato è stato definito il documento "*Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie*" riconducibili ai vincoli posti dagli indirizzi contenuti nel D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Allegato C" il cui testo è stato trasmesso, per le competenti valutazioni, alla Giunta di Governo con nota Prot. n. 3723 del 2 luglio 2015.

Successivamente il documento è stato integrato tenendo conto delle disposizioni contenute nei nuovi LEA di cui al citato D.P.C.M. 12 Gennaio 2017.

3. NUOVI INDIRIZZI REGIONALI IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Al fine di consolidare un sistema regionale integrato sociosanitario che necessita di indirizzi cogenti, gli Assessori alla Salute e alle Politiche Sociali concordemente hanno ritenuto prioritario definire una programmazione di *vision* unitaria dei servizi sanitari e socio-sanitari per superare le criticità presenti preminentemente determinate dalla conduzione di interventi regionali riconducibili a competenze separate perché in capo a Dipartimenti di distinti Assessorati – *Salute e Famiglia,* non tralasciando la pianificazione a cascata dal livello istituzionale a livello gestionale.

Alla luce di una recente analisi a cura dei due Assessorati "Salute-Famiglia", si è ritenuto di dover intervenire sull'architettura del documento "*Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie*" per un aggiornamento dei contenuti dello stesso, in modo da migliorare l'assetto della qualità dei processi di presa in carico, di pianificazione degli interventi assistenziali e nella considerazione della omogenea distribuzione nel territorio regionale.

Prioritariamente l'attività di revisione mira a:

- qualificare i servizi sociali e sanitari esistenti nella Regione;
- migliorare i processi di organizzazione;
- creare i presupposti per il dimensionamento dell'offerta sociosanitaria regionale;
- assicurare l'appropriatezza dei percorsi di cura;
- prevedere livelli di assistenza progressivi e flessibili e per intensità di cura;
- garantire la continuità assistenziale nella doppia valenza di prestazione sanitaria e azione di protezione sociale, anche nel lungo periodo (valutazione-pianificazione-erogazione);
- incidere sulla riduzione dei ricoveri-prestazioni improprie .

L'obiettivo è porre in essere sia una adeguata programmazione delle prestazioni da erogare ai cittadini riferibile allo specifico profilo/fabbisogno epidemiologico che, al contempo, enucleare il sistema di risorse economiche da destinare per la sostenibilità di tali interventi, stabilendo quali quote sanitarie e socio-assistenziali potranno convergere nella programmazione degli interventi stessi, ed evitare il rischio di sovrapposizione o eventuali assenze di risposte.

In tale direzione, gli Assessori competenti hanno stabilito di procedere disciplinando organicamente il sistema regionale integrato sociosanitario, individuando un nuovo modello di *governance* articolato per responsabilità, funzioni e procedure e garantendo un'unica strategia degli Assessorati "Salute-Famiglia" per la cui sostenibilità occorre coinvolgere tutti gli altri attori istituzionali interessati a partire dall'Assessorato all'Economia, l'Autorità di Gestione dei Fondi Strutturali (FSE, FESR, FEASR), etc.. .

Conseguentemente, la pianificazione necessita di una cornice polivalente, finalizzata ad una efficace azione partecipativa degli interventi sociosanitari (*procedure che attuano regole e metodologia per il funzionamento del Sistema integrato dei servizi-prestazioni socio-sanitarie*) in modo da superare la visione dicotomica delle **"distinte competenze"** e pervenire ad un prodotto attuabile, misurabile e orientato alla reale chiave di lettura del bisogno che parte dalla *globalità*

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

della persona ed arriva a fornire una risposta il più possibile *unitaria* pur nella diversità e complessità di interventi ed apporti professionali.

In questa modello programmatorio, le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza – I.P.A.B., in presenza dei requisiti previsti per tipologia di assistenza, si inseriscono organicamente nel sistema integrato di interventi sociosanitari regionali in quanto soggetti che già esercitano sul territorio attività di assistenza alle persone anziane, disabili, minori e immigrati.

In conformità a tali elementi sostanziali dell'assetto generale della presente strategia di intervento, si rende utile porre in essere le procedure necessarie all'assegnazione delle funzioni di *Programmazione, Gestione, Monitoraggio, Controllo e Valutazione della programmazione Socio Sanitaria presso l'Assessorato alla Salute,* mantenendo le specifiche competenze in capo agli Assessorati interessati, favorendo il coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti ed effettuando le analisi dettagliate dei servizi e le valutazioni scientifiche in modo da consentire periodicamente la verifica della corrispondenza costo-beneficio e la conseguente costruzione di un sistema integrato di risorse economiche.

3.1 Piano di lavoro

Per dare seguito ai principi ratificati, gli Assessori alla Salute e Famiglia hanno dato mandato ai propri uffici di dare avvio all'attuazione del sistema unico sociosanitario della Regione procedendo dalla condivisione dell'impianto generale degli indirizzi regionali da sviluppare per le politiche sociosanitarie con la formulazione di un programma di reingegnerizzazione del modello di sistema in atto proposto[1] attraverso la pianificazione di seguito declinata diretta a:

- dare vita al più alto livello possibile di integrazione socio-sanitaria
- individuare modelli per una buona organizzazione dei servizi
- rispondere adeguatamente ai bisogni della persona
- ottimizzare le risorse
- sviluppare criteri strategici e di priorità

4. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA REGIONALE INTEGRATO SOCIOSANITARIO

L'attività che si intende condurre per attuare l'integrazione sociosanitaria nella Regione Sicilia mira alla reale tutela della salute, nella considerazione dell'unicità dell'individuo e, pertanto, intende considerare un punto di vista particolare cioè quello del *percorso dell'utente* all'interno dei servizi.

L'orientamento che sottende a tali principi è indirizzato a sviluppare parallelamente la sperimentazione di linee pilota riconducibili alle aree contemplate dal Capo III "Assistenza distrettuale" dell'Art. 3 "Aree di attività dell'Assistenza Distrettuale" lettere h) e i) del DPCM del 12 gennaio 2017 e la stesura di un documento di programmazione regionale sociosanitario.

L'obiettivo che caratterizza lo sviluppo di queste due piste di lavoro è volto all'approfondimento dell'analisi dei percorsi ritenuti emergenti nel sistema regionale delle prestazioni/servizi integrati socio sanitari che, come indicato dagli Assessori alla Salute ed alla Famiglia, deve essere commisurato ai bisogni effettivi e plurimi di salute dei cittadini siciliani, conformato a criteri di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza e riferito alla programmazione della rete dei servizi socio sanitari regionali i cui principi si intendono, infatti, enunciare nel Piano Socio Sanitario Regionale.

Si precisa che le linee Pilota, oggetto di sperimentazione, riguardano l'area "Salute mentale" e l'area " Area Anziani/Non Autosufficienza e Assistenza Domiciliare Integrata" per le quali si ripropone, prevalentemente, quanto già definito nel documento "Il Sistema Unico di Accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie" considerando che l'esperienza

[1] Documento "*Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie*"

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

operativa su questi interventi contribuirà alla categorizzazione di orientamenti programmatori di settore più armonici, aderenti e razionali all'area di riferimento.

5. ASSETTO ATTUATIVO

1. **ATTIVITA' (Linee Pilota)**[2] Avvio attività di Linee Pilota:
   - Salute Mentale
   - Area Anziani/Non Autosufficienza con particolare riferimento all'ADI "Assistenza Domiciliare Integrata sociosanitaria"
2. **PROGRAMMAZIONE**
   - Stesura del Piano sociosanitario regionale
   - Azioni strategiche di sistema:
   - Inclusione sociale, socio-riabilitativa e lavorativa ed incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone vulnerabili e disabili. Collegamento con Aziende e Cooperative impegnate nell'Agricoltura Sociale(Biofattorie didattiche e delle Fattorie Sociali , orti urbani ecc) e con la filiera ad essa connessa (mercati, botteghe, ristoranti, alberghi, ecc,) e con il mondo produttivo in generale (Fondo Sanitario Regionale, FSE, Fondo FEASR)
   - Definire il piano di Innovazione tecnologica su piattaforma integrata "Salute-Famiglia" per la condivisione delle azioni correlate alle prestazioni-servizi sociosanitari in richiamo alle Linee Guida attuative della L. 328/2000 e relativo aggiornamento, nonché alle previsioni della l.r. n.5/09, per velocizzare e assicurare la continuità dei processi e delle azioni agite nei Piani di Zona dei Distretti
   - Pianificare Interventi sociosanitari (SNAI) progetto Aree Interne[3]
   - Innovazione sociale
   - Active & Healty Ageing: Tecnologie per l'Invecchiamento Attivo e per l'Assistenza Domiciliare (Allegato n.5)
   - Attuare il Punto Unico di Accesso (PUA) informatizzato *(Linee Guida Regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari)*
   - Gestione delle risorse finanziarie, incluse risorse finanziarie fondi UE
   - Attività di monitoraggio e verifica.
3. **SISTEMA DELLE STRUTTURE ED ACCREDITAMENTO**
   - Definire Mappa dei servizi/prestazioni in richiamo alle previsioni del Capo III "Assistenza distrettuale" dell'Art. 3 "Aree di attività dell'Assistenza Distrettuale" lettere h) e i) del DPCM del 12 gennaio 2017
   - Costruire il Piano di azioni ed interventi sociosanitari quale documento di programmazione
   - Revisione del documento "Il Sistema unico dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie"
4. **PIANIFICAZIONE ALTRE ATTIVITA' PRIORITARIE E DI SISTEMA**
   - Disabilità e fragilità con particolare riferimento alla SLA " Sclerosi Laterale Amiotrofica"
   - Malattie Rare
   - Immigrati
   - Violenza di genere
5. **CRONOPROGRAMMA** Attività Linee Pilota
   - Stesura del Piano sociosanitario regionale
   - Definizione sistema Unico di accreditamento

---

2 Linee attività definite nel documento "*Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie*"

3 Delibera Giunta di Governo n. 162 del 22.06.2015

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

6. PREMESSA

Profilo demografico regionale

Come è noto, anche in materia sociosanitaria, la conoscenza dei dati/fenomeni statistici ed epidemiologici sulla popolazione regionale forniscono informazioni di rilevante utilità per disporre efficaci e coerenti indirizzi sia nella programmazione che nei discendenti processi attuativi. In merito, al fine di prefissare alcuni riferimenti che rappresentano le esigenze sanitarie e socio-sanitarie della Regione, si riporta lo stralcio di alcune parti dal *"Profilo demografico"* di quanto redatto nel documento **"Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana"** - Aggiornamento 2014-[4] .

dal.....Profilo demografico

"La popolazione regionale residente al 31 Dicembre 2014 risulta di 5.092.080 unità, di cui 2.472.370 uomini (48,6%) e 2.619.710 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km2 , risulta essere la più vasta del Paese. L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto della popolazione (1.234.507 abitanti pari al 24,2% del totale). La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di 390 comuni. La provincia più grande è Palermo che con 1.276.525 abitanti rappresenta circa un quarto della popolazione totale dell'isola[5].

Dal 2004 in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento. In particolare nel 2014 il tasso di natalità è stato pari a 8,8 per mille abitanti contro la media nazionale di 8,3 nati ogni mille abitanti (tabella 2). L'età media della popolazione della Sicilia nel 2014 è di 42,6 anni (3 anni in più rispetto al 2004), inferiore a quella dell'intera nazione (44,4). Gli individui con 65 anni e più rappresentano il 19,8% dell'intera popolazione regionale, un valore inferiore a quello registrato per l'intera nazione (21,7%). I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 14,5% e l'indice di vecchiaia è pari a circa 138 anziani per cento giovani, un valore inferiore a quello osservato nell'intera nazione (circa 158). Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 65,7% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 52,3 individui in età non attiva (indice di dipendenza strutturale) e in particolare su 30,3 anziani (indice di dipendenza per gli anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (33,7%). Tuttavia la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione condurranno ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Quanto agli aspetti socio economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, la situazione siciliana è la seguente: alla fine del 2014 il tasso di disoccupazione in Sicilia è pari al 22,2%, superiore al valore di riferimento nazionale (12,7%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 24,1%, oltre 3 punti percentuali in più di quello maschile (21%). Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate.

E' possibile evidenziare delle modifiche di carattere demografico avvenute nella nostra regione nel corso dell'ultimo decennio. La popolazione siciliana ha subito un invecchiamento determinato dalla riduzione del numero delle nascite e dal progressivo miglioramento dell'aspettativa di vita. L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce, come confermato anche dall'OMS. I dati demografici

[4] Redatto a cura: ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

[5] Vedi doc. "Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana", Tabella 1. Popolazione residente in Sicilia e superficie territoriale (anno 2014)

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato nel 2014 la speranza di vita alla nascita a 80,3 anni per gli uomini e a 85 anni per le donne (figura 3). I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati. La differenza di quasi 5 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte. Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva. Nel 2014 l'aspettativa di vita alla nascita in Sicilia è pari a 79,5 anni tra gli uomini e di 83,8 anni per le donne: rispetto al 2004 l'incremento maggiore si registra tra gli uomini (+2,1%) piuttosto che tra le donne (+1,6%). [6]

Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, nella popolazione della Sicilia la quota di anziani continuerà a crescere nei prossimi decenni a causa dell'allungamento della speranza di vita. Inoltre, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti. Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale. "

In tale contesto vengono così focalizzate specifiche misure che si traducono in interventi/azioni che trovano maggiore correlazione sia ai bisogni consolidati che a quelli emergenti che caratterizzano il nostro contesto sociosanitario. L'intento è finalizzato ad una organizzazione che sia, al contempo, strutturale e funzionale e che tenga conto di tutti gli indicatori di sistema inclusi i livelli di distinta responsabilità in riferimento anche alle rispettive risorse disponibili.

Si configura, così, un' intervento strategico in grado di indicare modalità di integrazione degli interventi/servizi dell'area socio-sanitaria definendo processi, percorsi e procedure all'interno di un quadro operativo a partire da:

- governo della domanda (accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso – PUA informatizzato, ossia sportelli on-line dedicati all'utenza per accogliere la domanda, decodificare ed orientare le richieste svolgendo una appropriata presa in carico della persona)- valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario (Unità Valutativa Integrata UVM- UVMD) - presa in carico e continuità assistenziale integrata attraverso il Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- definizione della rete di offerta dei servizi sociosanitari (distinguo tra competenze sanitarie e sociali e area comune socio-sanitaria) per interventi e servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali
- definizione del sistema di compartecipazione
- definizione di un sistema informativo integrato sociale-sanitario regionale per la condivisione dei dati e, inoltre, per l' acquisizione di piattaforme digitali in grado di supportare l'incontro tra Pubblica amministrazione e bisogni dei cittadini nonché velocizzare le modalità di lavoro dei Distretti sociosanitari (Piano di Innovazione Tecnologica)

La costruzione di siffatto programma è il presupposto metodologico per indicare le strategie di integrazione sociosanitarie con le quali gli Assessorati alla Salute ed alle Politiche Sociali intendono dare evidenza dei propri specifici settori di competenza superando sia la dicotomia dell'attuale sistema di offerta dei servizi e, ove possibile, anche l'assenza a livello nazionale di specifici indirizzi (LIVEAS) con proposte regionali ad hoc.

A partire dalle esposte indicazioni si intende procedere da alcune Aree di azione contemplate nel testo del documento "Il sistema unico di accreditamento..." con cui è stata delineata una proposta di criteri riconducibili al sistema di accreditamento regionale delle strutture sociosanitarie al fine di garantire le prescrizioni dettate dai richiamati LEA di cui alla vigente normativa nazionale. In questo quadro, per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei

[6] Figura 3. Andamento della speranza di vita 2004-2014: confronto Sicilia – Italia.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

servizi si ritiene necessario procedere testando le condizioni di applicabilità di detti criteri e, contestualmente, rivedendone alcuni aspetti per pervenire alla successiva diffusione degli standard regionali su tutta l'offerta sociosanitaria pubblica e privata. Oltre a ciò, si sta compiendo una ricognizione delle strutture riferite al servizio sanitario e ai servizi sociali, nonché delle funzioni svolte dalle medesime, per elaborare la mappatura attuale completa della loro funzione/distribuzione sul territorio per implementare conseguentemente il sistema di offerta regionale delle strutture socio-sanitarie più aderente al reale fabbisogno territoriale.

Appare utile rappresentare, inoltre, come il documento programmatorio di "Piano sociosanitario regionale", oltre a concorrere alla realizzazione delle prescrizioni del DPCM 12/2017 a cui la Regione è tenuta, entrerebbe a pieno titolo negli atti di Programmazione di competenza di questo Assessorato con specifico riferimento al P.O.C.S.[7] e nell'ambito delle azioni dei Piani Attuativi Aziendali[8] tra i cui capitoli è incluso uno dedicato all'Area dell'Integrazione Socio Sanitaria. Inoltre, è previsto che, tali Piani Attuativi siano adottati dal Direttore Generale di ciascuna Azienda, previo parere obbligatorio della Conferenza dei sindaci di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, prima della prevista trasmissione all'Assessorato regionale della salute ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi di programmazione[9].

6.1 Verso il Piano Sociosanitario Regionale – Avvio Linee Pilota

Per assicurare l'integrazione sociosanitaria nella regione Sicilia, si rende necessario definire una programmazione congiunta che risponda, in modo adeguato, alla complessità dei problemi di salute,
a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte, ove necessario, di azioni prioritarie che tengano comunque in considerazione l'obiettivo di rispondere all'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dei principi di appropriatezza e coerentemente con le risorse programmate.
Al fine di definire il Piano Socio Sanitario Regionale é stato stabilito di dare avvio ad alcune linee pilota per testare le modalità di funzionamento dei processi organizzativi individuati come sistema unico sociosanitario della Regione individuati nel documento "*Il sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie*" con specifico riguardo agli ambiti :

- **Area Salute mentale**
- **Area Anziani/Non Autosufficienza**

La scelta è ricaduta su tali aree in quanto è stata avvertita come prioritaria l'esigenza di sviluppare e consolidare un supporto nei percorsi di presa in carico dei servizi per garantire la migliore risposta di salute-benessere possibile, nonché la migliore qualità della vita a partire da questi specifici target. Per quanto riguarda l' ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), si terrà conto degli indirizzi contenuti nelle specifiche Linee Guida regionali[10]

6.2 Linea pilota Area salute mentale

Premesso che:

La Sicilia ha sposato in passato un modello che ha privilegiato il ricovero nelle strutture ad alta protezione (h 24). Il modello passato non prevedeva una modulazione (alta protezione, media

---

7 P.O.C.S. Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo

8 (D.A. 19 marzo 2012 *"Approvazione delle linee guida per l'attuazione dei Piani attuativi aziendali" G.U.R.S. n. 15 del 13 aprile 2012 -s.o.*

9 (D.A. 19 marzo 2012 "1. I Riferimenti normativi del Piano attuativo aziendale "

10 D.P. 26 gennaio 2011 approvazione delle "Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari"

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

protezione e bassa protezione) delle strutture residenziali, trascurava l'aspetto semiresidenziale e non prevedeva modalità alternative al ricovero. Questo oggi non è più giustificabile tecnicamente né sostenibile economicamente.

Il lavoro svolto nel documento "*Il Sistema Unico di Accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie*" supera questa impostazione prevedendo sia differenti moduli di strutture residenziali e semiresidenziali sia modelli innovativi (budget di salute) di risposta al bisogno dell'utenza.

Occorre rilevare che in ambito socio-sanitario l'assenza di programmazione ha determinato in alcuni ambiti una iper concentrazione di strutture.

Il documento indica le modalità di accreditamento per le quali si dovranno definire il numero di posti letto, i tetti di spesa e le allocazioni territoriali.

L'utilizzo del budget di salute, rivolto a persone in carico al DSM per le quali sia stato definito un progetto personalizzato, deve essere finalizzato per interventi innovativi che devono contrastare il ricorso al ricovero. Con riferimento dunque alle diverse linee di intervento è necessario stabilire una programmazione socio-sanitaria congiunta tra Assessorato alla Salute ed Assessorato alla Famiglia in modo da assicurare, anche, la formalizzazione di atti interassessoriali - Salute-Famiglia- che prevedano la reciproca osservanza di discipline, criteri, procedure e risorse per la completa sostenibilità degli interventi. sia assicurata la relativa copertura finanziaria.

La necessità di un eguale modello deriva dalla considerazione che non basta un risparmio della spesa in ambito sanitario perché poi la domanda si trasferisca all'ambito socio-sanitario.

Un esempio evidente di tutto ciò è la Salute Mentale dove al blocco dei ricoveri in CTA con una limitazione dei tempi né é seguita un'esplosione della domanda socio-sanitaria che ha portato nell'arco di 10 anni ad aumentare il numero dei ricoverato dai mille ad oltre 2200 .

Come è noto, le malattie mentali sono in aumento e ad esse sono associati un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che pesano sui pazienti, i loro familiari e la collettività. E' necessario, quindi, pianificare azioni volte ad assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica del paziente favorendo percorsi di cura e offerta di servizi-strutture nella prospettiva dell'integrazione sociale e lavorativa del paziente nel contesto di vita reale e non in quelli artefatti.

6.3 Integrazione socio-sanitaria, salute mentale e lavoro di rete.

Le persone con disagio mentale hanno diritto di ricevere trattamenti rispondenti alle migliori prove scientifiche disponibili. La ricerca ha fornito un'evidenza scientifica in merito alla sicurezza, all'accettabilità, ai costi e all'efficacia degli interventi biologici, psicologici e sociali.

I pazienti e le famiglie devono essere sicuri che le terapie siano scelte esclusivamente in base al criterio dei loro vantaggi per la salute. Tutti i documenti di programmazione dei servizi di salute mentale, Europei, nazionali, regionali insistono sulla necessità di una forte integrazione socio-sanitaria e di innovazione nella erogazione delle prestazioni. .Le regole attuali non favoriscono lo sviluppo di risposte di cure necessarie agli utenti e segnalati dalla ricerca scientifica.

Viene privilegiato il ricorso a servizi che costano di più e, spesso, sono meno efficaci. Si ricorre sempre più spesso al ricovero in residenzialità sanitarie in quanto hanno sicure coperture finanziarie mentre le esperienze delle comunità alloggio, gruppi appartamento, dell'inclusione sociale e lavorativo rischiano non solo di non svilupparsi ma entrare in crisi. Le Comunità Alloggio, stanno oggi attraversando una fase critica che ne ha messo a repentaglio la loro stessa sopravvivenza, dovuta alla carente integrazione tra le agenzie e gli enti pubblici che costituiscono il distretto socio-sanitario, in particolare tra Enti Locali comunali e Aziende Sanitarie Provinciali; ma ancor più tra Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro ed Assessorato Regionale della Salute.

È necessario riqualificare e sviluppare sul territorio regionale i servizi comunitari (residenziali e domiciliari) che meglio si prestano, per peculiari caratteristiche della loro organizzazione di lavoro clinico e sociale, ad una integrazione produttiva con gli altri servizi locali.

I Gruppi Appartamento ed il Sostegno Domiciliare sono invece ancora troppo poco diffusi

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

seppure i dati della letteratura internazionale e le poche esperienze pilota, indicano questi dispositivi come più efficaci soluzioni abitative per i processi di recovery. Inoltre, tali dispositivi rappresentano il completamento di molti dei progetti terapeutici sviluppati nelle Comunità Terapeutiche e nelle Comunità Alloggio, ma anche la possibilità di prevenire il ricorso stereotipato al ricovero in strutture residenziali.

Per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie, dell'abbandono e di alcuni metodi di cura (si consideri, in proposito, l'ampia letteratura sulle conseguenze invalidanti dell'istituzionalizzazione protratta), è necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura specifiche, ma fondati su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali.

In quest'ottica attenta agli elementi costitutivi della salute, gli interventi più appropriati ed efficaci sono riferibili alla promozione, costruzione (e/o ricostruzione) e mantenimento, dell'apprendimento, dell'habitat sociale, della casa, della formazione e del lavoro, delle relazioni interpersonali (al tempo stesso tra i più significativi determinanti sociali della salute e diritti fondamentali di cittadinanza).

L'integrazione socio sanitaria si potrà sviluppare metodologicamente attraverso un PTI[11] che si realizza grazie al Budget di Salute.

Questa metodologia di erogazione dei servizi può promuovere forme innovative di servizi e stimolare le risposte creative con possibilità di start-up di nuove imprese sociali sempre più ancorate alla comunità locali con forte valenza innovativa.

Nel corso degli ultimi anni la Regione Sicilia, attraverso il Piano sanitario regionale, il Piano strategico per la salute mentale[12], il recepimento dei percorsi di cura delle gravi patologie mentali, la definizione di nuove modalità di erogazione delle prestazione nelle residenze psichiatriche, si è dotata di strumenti normativi che potrebbero permettere una sperimentazione di attuazione del fondo unico socio-sanitario e, a livello locale, innovare un "welfare delle opportunità" a "connotazione dialogica" nel lavoro di rete promuovendo buone pratiche e cultura della corresponsabilità tra tutti gli attori coinvolti (le istituzioni pubbliche, le imprese private, le cooperative sociali, le agenzie di sviluppo locale e di microcredito, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e del volontariato, le associazioni degli utenti dei familiari.

6.4 Linea pilota salute mentale

I LEA salute mentale sono erogati dal Dipartimento di Salute Mentale Comunitario e Integrato come previsto dal Piano Strategico Salute Mentale. Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano nell'ambito del sistema di offerta del DSM che è il titolare della funzione di direzione e coordinamento.

Le *prestazioni residenziali* si suddividono in due tipologie: *prestazioni terapeutico riabilitative* e *prestazioni socio riabilitative*.

Le prestazioni terapeutiche riabilitative sono di tipo intensivo ed estensivo.

Le *prestazioni terapeutiche riabilitative intensive* sono erogate in strutture nelle quali vengono accolte persone, anche nella fase post acuzie, che richiedono interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale.

Le *prestazioni terapeutico riabilitative estensive* sono erogate in strutture che accolgono persone con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è opportuno un trattamento

11 PTI (Piano Terapeutico Individuale)

12 Decreto Assessoriale 27 aprile 2012. Approvazione del Piano strategico per la salute mentale

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo. Le prestazioni residenziali intensive e estensive sono state, in atto, definite dal DA n. 1 del 7 gennaio 2014 e saranno ridefinite nell'ambito dell'attività che si andrà a sviluppare.

La programmazione regionale per le prestazioni terapeutiche riabilitative intensive ed estensive prevede 3 posti letto per 10.000 abitanti.

6.5 Definizione dei programmi individualizzati delle strutture residenziali socio - riabilitative per persone con disturbi mentali

L'Assistenza sociosanitaria residenziale in Salute Mentale costituisce una delle principali articolazioni del LEA, definito con il DPCM del 12 gennaio 2017 .

Nell'ambito dell'assistenza residenziale alle persone con disturbi mentali il SSN garantisce, previa valutazione multidimensionale e presa incarico, non soltanto trattamenti terapeutico riabilitativi, ma anche *trattamenti socio-riabilitativi di lungo-assistenza, di recupero e mantenimento funzionale*, da intendersi anch'essi come Livelli Essenziali di Assistenza afferenti all'attività del DSM.

In relazione al livello di intensità tutelare, l'assistenza socio-riabilitativa residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

a) *Strutture Residenziali Socio Riabilitative con personale socio-sanitario presente sulle 24 ore per un massimo di 10 utenti;*

- *Trattamenti residenziali socio-riabilitativi, rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria. I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale socio sanitario per 24 ore.*

b) *Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale per Fasce Orarie (Gruppo Appartamento e sostegno abitativo per un massimo di n. 5 utenti).*

  - Trattamenti residenziali socio-riabilitativi, erogati all'interno di strutture dotate di équipe multiprofessionali, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana.

Per il modulo socio riabilitativo 20 posti di cui al DA n. 320 del 5 marzo 2014, a scelta della struttura titolare del modulo in accordo con il DSM si prevede quanto segue:

- una struttura da 20 PL secondo la tipologia di servizio prevista dall'accreditamento unico area salute mentale;
- due strutture da 10 PL secondo la tipologia di servizio prevista dall'accreditamento unico area salute mentale;
- altre tipologie di strutture di intervento previste dall'accreditamento unico area salute mentale.
- il budget attuale destinato alla struttura viene mantenuto. L'eventuale differenza economica derivante da minori costi sarà utilizzato dalla struttura per fornire, secondo quanto previsto dal Piano strategico salute mentale, attività non residenziali. Le attività previste dovranno essere concordate con il DSM.

6.6 L'inserimento in Struttura residenziale socio-riabilitativa e il Piano di Trattamento Individuale. (PTI)

Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, effettuati dai DSM Integrati, avvengono con la partecipazione della persona assistita, in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

L'invio e la richiesta di inserimento per ciascun paziente, proposta dal Dipartimento Integrato di Salute Mentale, concordato con l'utente, deve avvenire tramite la redazione di un Piano di trattamento individuale (PTI), in risposta ed in coerenza del quale l'equipe della struttura residenziale elaborerà e definirà uno specifico Progetto socio riabilitativo personalizzato (PSRP) sempre in collaborazione con l'utente, la sua famiglia e la sua rete sociale di riferimento.

La *governance* clinico-sociale della progettazione terapeutica personalizzata deve prevedere;

- il riferimento a specifici criteri diagnostici per la Grave Patologia Mentale;
- la definizione dei bisogni individuali di salute (BIS) a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria;
- un orientamento su due assi di intervento: socio-riabilitativo e socio-assistenziale;
- una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione di *case manager*;
- la presa in carico globale sulla base dei bisogni individuali di salute (BIS).

6.7 La Funzione dei Case Manager

Il coordinamento e la titolarità sanitaria del PTI viene garantita dal DSM attraverso la figura del *Medico Psichiatra Responsabile* e del *Case Manager*, membri effettivi dell'Equipe Multidisciplinare che ha in carico il caso.

Il coordinamento e la titolarità socio-sanitaria del PSRP viene garantita dalla struttura psichiatrica intermedia attraverso la figura del *Case Manager*, coordinatore dell'Equipe Multidisciplinare Residenziale che ha in carico il caso.

Il *case manager del PTI* è quindi una figura interna al DSM e membro dell'equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il caso il quale:

- coordina e condivide la responsabilità con il medico competente del caso;
- svolge il ruolo di coordinamento delle azioni socio-riabilitative;
- riunisce periodicamente in un gruppo di lavoro le persone che ruotano attorno al paziente;
- porta le istanze del paziente nelle equipe multidisciplinari distrettuali;
- coordina l'elaborazione, la valutazione ed il monitoraggio del PTI e dell'invio che in esso viene previsto presso la Struttura psichiatrica residenziale;
- monitora e controlla la realizzazione dei PSRP della Struttura residenziale attraverso il contatto diretto e la collaborazione con il suo *case manager*, partecipando anche agli incontri di progettazione socio-riabilitativa personalizzata coordinati dal *case manager della struttura psichiatrica*.

Il *case manager del PSRP* è invece una figura interna alla Struttura residenziale e membro della equipe multidisciplinare che ha in carico l'utente il quale:

- svolge il ruolo di coordinamento delle azioni socio-riabilitative;
- coordina l'elaborazione, la valutazione ed il monitoraggio del PSRP;
- riporta e si coordina con il *case manager del DSM* per il monitoraggio ed il controllo del PSRP e per l'identificazione dei dispositivi da attivare in risposta ai bisogni individuali di salute (BIS), di tipo socio-assistenziale, e finanziati dal Budget di salute previsto dal PTI.

6.8 Il Progetto Socio-Riabilitativo Personalizzato (PSRP)

Il Case manager della Struttura è cointestatario, insieme al paziente ed al suo case manager del DSM, del PSRP. L'obiettivo del PSRP è quello di impegnare il Budget di Salute, per dare una

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

risposta appropriata ai bisogni individuali di salute (BIS) indicati dal PTI.

In esso vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità socio-riabilitativa ed intensità socio-assistenziale, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate. Da ciò è scaturita la scelta della tipologia di struttura residenziale cui è inviato il paziente. Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel PSRP.

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

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
- Motivo dell'invio da parte del DSM, tratto dal Piano terapeutico individuale (PTI, che viene allegato);
- Osservazione delle problematiche relative alla:
- Diagnosi Clinica da sviluppare attraverso la classificazione multiassiale ICD 10 della World Health Organization (1992): Classification of Mental and BehaviouralDisorders: clinicaldescriptions and diagnosticguidelines; Trad. it. ICD-10. Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psichici e Comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche.
    - *area psicopatologica*: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, valutazione sintomatologia clinica individuale, valutazione dei contesti vitali familiari e sociali;
    - *area sanitaria generale*: osservazione a valutazione delle patologie o condizioni cliniche e sociali associate, e dei livelli globali di necessità sanitarie di cui necessita il paziente.
- Diagnosi Funzionale da sviluppare attraverso la classificazione multilivello ICF della World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva; Trad. it. ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute.
    - *area della cura di sé / ambiente:* cura del proprio corpo della propria persona e dei propri spazi di vita, abilità di base, coinvolgimento in mansioni domestiche e della vita quotidiana;
    - *area della competenza relazionale:* partecipazione alle reti sociali affettive, formali e informali, funzioni mentali, cognitive ed emotive specifiche; facilitatori o barriere personologiche o ambientali
    - *area della gestione economica:* condizione economica e benefit goduti, competenze gestionali autonome, partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro;
    - *area delle abilità sociali:* partecipazione ad attività sociali, civili, culturali e comunitarie e ad attività di gruppo o collettive di tipo formative, espressive e ludiche, competenze gestionali della propria patologia e della propria cura;
- Obiettivi dell'intervento: aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:

1. Trattamenti Socio-Riabilitativi:

    Cura Psichiatrica e Psicoterapeutica: Attività clinica e di sostegno per medici, psicologi o infermieri;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Interventi psicoeducativi, abilitativi e riabilitativi: Attività educativo riabilitativa per gli psicologi, educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica;

2. Trattamenti Socio-Assistenziali:

Interventi di risocializzazione e di inclusione sociale: Attività di rete degli assistenti sociali;

Interventi di protezione e assistenza: Attività di cura di sé e dell'ambiente per gli operatori socio-assistenziali OSA/OSS;

Interventi di sostegno ai bisogni sociali di base (abitazione, lavoro, affettività): Attività degli operatori socio-sanitari;

- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato;
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PSRP, con indicazione delle date di verifica.

COPIA TRATTA DAL SITO NON VALIDA PER LA C

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

7. REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E DI PERSONALE

7.1. Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi 24 ore per un massimo di 10 utenti

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

a) **Indicazioni cliniche:**

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé/ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti aderenza al programma socio-riabilitativo almeno sufficiente.

b) **Standard organizzativo**

Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

- Attività clinica e terapeutica (medici e psicologi);
- Attività di assistenza sanitaria (infermieri);
- Attività educativo- riabilitativa (educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica);
- Attività di assistenza alla persona (personale socio-sanitario).

La durata dei programmi è definita nel Progetto Socio-Riabilitativo Personalizzato (PSRP), che sarà soggetto a verifiche periodiche.

Il trattamento socio-riabilitativo può attuarsi in seguito a trattamento terapeutico-riabilitativo già effettuato nelle residenze sanitarie, ma anche per accesso diretto disposto dal Dipartimento di Salute Mentale in accordo con l'utente.

Il gruppo di lavoro per massimo 10 utenti deve essere composto dalle seguenti figure professionali: Psicologo, Assistente sociale, Infermiere, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Educatore, OSA/OSS che espleteranno le loro attività secondo le seguenti modalità:

1. Attività di coordinamento, contatti con la famiglia, esigenze burocratiche dei pazienti, collegamento con le istituzioni socio-sanitarie del territorio, con il terzo settore ed il volontariato svolta da: un Assistente Sociale per 36 ore settimanali;
2. Attività clinica e terapeutica: Psicologo/psicoterapeuta per 36 ore settimanali;
3. Attività di assistenza infermieristica: Infermiere per 18 ore settimanali;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

4. Attività educativo-riabilitativa: Educatore per 36 settimanali;
5. Attività socio riabilitativa: Tecnico della riabilitazione psichiatrica per 36 ore settimanali;
6. Attività di assistenza igienico-sanitaria: 3 operatori O.S.A./O.S.S ciascuno per 36 ore settimanali.

L'assistenza clinica medico-psichiatrica è assicurata dagli specialisti del Centro di Salute Mentale.

c) **Standard strutturali**

Struttura fino a 10 posti: superficie minima 200 mq articolata in:

1. Soggiorno/sala da pranzo
2. Camere da letto singole o doppie con una superficie utile, al netto dei locali per servizi igienici, di mq. 12 per un posto e di mq. 15 per due posti
3. cucina funzionale
4. lavanderia-guardaroba
5. locale di appoggio del personale
6. sala riunioni
7. servizi igienici per gli utenti (di cui 1 per disabili)
8. servizio igienico per il personale

Gli arredi, le suppellettili e le attrezzature devono permettere buone condizioni di vivibilità ed essere idonei alla tipologia degli utenti, garantire buona funzionalità d'uso, nonché essere conformi ai requisiti di sicurezza e rispetto delle norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

La superficie della struttura diminuisce proporzionalmente al numero di utenti ospitati con riferimento solo alle camere da letto. I mq per stanza e i servizi comuni sono quelle descritti in precedenza.

Gli enti già iscritti all'albo regionale ex art. 26 l.r.22/86 sezione inabili, tipologia comunità alloggio,possono richiedere l'accreditamento della struttura già iscritta manenendo invariati i parametri strutturali.

7.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi con personale per Fasce Orarie (Gruppo Appartamento e sostegno abitativo per un massimo di n. 5 utenti).

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 ore conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti
- aderenza al programma socio-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione vengono orientate all'interno della struttura affinché si sviluppino fuori dalla stessa in raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

a) **Standard organizzativo**

- Attività socio-assistenziale e di coordinamento amministrativo (contatti con la famiglia, esigenze burocratiche dei pazienti, collegamento con le istituzioni socio-sanitarie del territorio, con il terzo settore ed il volontariato): un Assistente Sociale per 14 ore settimanali
- Attività socio-riabilitativa: un Tecnico della riabilitazione psichiatrica per 8 ore settimanali
- Attività di assistenza igienico-sanitaria: un OSA/OSS per 14 ore settimanali.

b) **Standard strutturale**

- Caratteristiche di appartamento di civile abitazione con superficie minima mq 100;
- Camere da letto singole o doppie con superficie minima per la camera singola di 9 mq e per la camera doppia di 14 mq;
- N. 2 servizi igienici;
- Ambiente soggiorno/pranzo;
- Cucina.

Gli arredi, le suppellettili e le attrezzature devono permettere buone condizioni di vivibilità ed essere idonei alla tipologia degli utenti, garantire buona funzionalità d'uso, nonché essere conformi ai requisiti di sicurezza.

E' auspicabile che il programma socio-riabilitativo sia completato con l'inserimento o l'orientamento nel mondo lavorativo degli utenti che assicuri una partecipazione diretta ai progetti di inclusione sociale promossi dalla comunità locale.

COPIA NON
Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

8. L'INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA IN SALUTE MENTALE

I LEA in salute mentale prevedono interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.

Le attività riabilitative ed i percorsi terapeutici di formazione e d'inserimento lavorativo, anche attraverso il supporto alla ricerca, all'ottenimento e al mantenimento dell'impiego lavorativo, devono essere attuati territorialmente all'interno dei Piani d'Azione Locale Distrettuali (PAL) ed in integrazione con i Piani di Zona (PdZ).

L'obiettivo terapeutico-riabilitativo dell'Inclusione Socio-Lavorativa in salute mentale è rappresentato dalla possibilità di stimolare e sostenere l'utente a scegliere un percorso di autopromozione personale, a riacquisire le abilità e le competenze necessarie, a formarsi professionalmente e a lavorare responsabilmente, e ad essere così economicamente autonomo e socialmente attivo per abitare e vivere da cittadino nella comunità locale e nelle comunità sociali di appartenenza.

Come sostiene il Piano Strategico della Salute Mentale Regionale, il DSM Integrato e Comunitario deve promuovere un network locale per realizzare programmi di attività d' inclusione socio-lavorativa di persone in condizioni di svantaggio, soprattutto con disabilità mentale, ma anche in funzione preventiva con soggetti appartenenti alla popolazione a rischio di sviluppare condizioni di sofferenza mentale.

Attraverso metodologie che :

- favoriscano la rete e l'incontro tra strumenti di natura socio-assistenziale e interventi di politica formativa e del lavoro promuovendo la cooperazione tra gli attori pubblici e privati coinvolti dalla normativa di settore;
- promuovano le buone pratiche e la cultura della corresponsabilità tra tutti gli attori coinvolti (le istituzioni pubbliche, le imprese private, le cooperative sociali, le agenzie di sviluppo locale e di microcredito, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e del volontariato, le agenzie private di intermediazione autorizzate ai sensi del dlgs 276/03 e/o accreditate presso la Regione Siciliana);
- sostengano lo sviluppo territoriale socialmente responsabile promuovendo risorse e dispositivi per favorire l'occupazione delle persone con disabilità:
- contribuiscano alla qualificazione dei servizi per il collocamento mirato trasferendo metodologie e strumenti innovativi ; formando gli operatori della filiera del collocamento mirato; utilizzando gli strumenti qualificati ICF nell'erogazione dei servizi per la domanda e l'offerta garantendo assistenza tecnica continuativa per l'implementazione dei sistemi trasferiti.

Tra i Dispositivi di sostegno all'inclusione socio-lavorativa vanno distinte tre tipologie:

- Sostegno all'Impiego IPS: Investe sui lavori competitivi nel libero mercato, attraverso metodologie basate sulle libere preferenze della persona, anche per quanto riguarda il tipo di lavoro o la quantità dell'impiego, e sul sostegno continuo da parte del servizio di salute mentale e degli operatori di riferimento per cercare di mantenere il lavoro o durante il cambiamento di posto di lavoro. Programma di Collocamento Individualizzato e Sostegno all'Impiego secondo la metodologia evidence-based IPS-SE, attraverso la formazione di operatori che affiancano l'utente nella ricerca del lavoro e la consulenza di agenzie private di intermediazione autorizzate ai sensi del dlgs 276/03 e/o accreditate presso la Regione Siciliana con il ruolo di favorire l'incrocio fra domanda e offerta di lavoro e fornire assistenza ed intervento sul tema del mantenimento e miglioramento del posto di lavoro del disabile già occupato in raccordo con il servizio di salute mentale e gli operatori di riferimento

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- Cooperazione Sociale di tipo B: Mantenimento di una fascia alternativa di inclusione lavorativa protetta basata su esperienze di formazione sul campo come *borse lavoro, tirocini e stage in azienda, e sul sostegno alla cooperazione sociale di tipo B assegnando ad essa il ruolo di impresa di transizione favorendo l'applicazione dell'art. 12 e 12bis della Legge 68/99.* Network locale di inclusione socio-lavorativa fra l'Azienda Sanitaria, gli Enti locali, gli Uffici Provinciali del Lavoro, la cooperazione sociale di tipo A e B, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e familiari, le associazioni imprenditoriali e di categoria, le agenzie di sviluppo locale, le agenzie private di intermediazione autorizzate ai sensi del dlgs 276/03 e/o accreditate presso la Regione Siciliana e le Fondazioni di Microcredito e Bancarie.

- Servizio Integrazione Lavorativa: Sostegno istituzionale a collocamento mirato-individualizzato degli utenti della salute mentale nelle posizioni lavorative riservate ai disabili nelle aziende del territorio regionale in ottemperanza alle norme sul diritto al lavoro dei disabili . Costituzione dei SIL - Servizi Integrazione Lavorativa – distrettuali. Il SIL si colloca all'interno del Distretto Socio-Sanitario e svolge istituzionalmente la funzione di raccordo tra le Direzione Provinciali di Collocamento lavorativo, gli Enti Locali, il Sistema della Formazione Professionale, le Aziende Sanitarie Provinciali e l'INPS per connettersi ai molteplici Attori della comunità sociale e del mercato del lavoro locale Il SIL promuove l'attuazione della Legge 381/91 e stipula accordi programmatici con tutte le Associazioni di Categoria presenti sul territorio comunale per l'attuazione della legge 68 sul collocamento mirato, mediante *la sperimentazione di modelli di intervento condivisi che facilitino i processi volti a creare e incrementare le opportunità lavorative* attraverso piani individuali di inserimento lavorativo e di inclusione sociale *nell'ottica di una gestione dei servizi volta a soddisfare le aspettative dei cittadini e della società civile, così come previsto nelle Priorità Programmatiche del Governo regionale.*

8.1 Budget di Salute e indicazioni per la elaborazione e la gestione dei "Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria" per pazienti con grave patologia mentale (adulti e adolescenti)

Per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie, alcuni dei quali possono essere imputati a metodi e protocolli di cura inappropriati (si consideri, in proposito, l'ampia letteratura sulle conseguenze invalidanti dell'istituzionalizzazione protratta), è necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia ("prestazioni di cura") ma attivare interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali.

In quest'ottica attenta agli elementi costitutivi della salute, gli interventi più appropriati ed efficaci sono riferibili alla promozione, costruzione (e/o ricostruzione) e mantenimento della persona, all'apprendimento, all'habitat sociale, alla casa, alla formazione, al lavoro, alle relazioni interpersonali. Ciò porta ad intervenire non solo sui singoli pazienti, ma sui contesti sociali in cui essi vivono e sul rispetto dei diritti fondamentali di cittadinanza, che possono influire sulla salute e sulla qualità di vita delle persone affette da patologie psichiatriche, modificando pertanto le prognosi ed evitando i possibili esiti invalidanti e la cronicizzazione, soprattutto per le persone che versano in condizioni di rischio e di vulnerabilità, con particolare riferimento a quelle istituzionalizzate. L'enfasi posta dal Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale (approvato con D.A. 27 aprile 2012 e pubblicato sulla G.U.R.S. del 15 giugno 2012) sul "**Progetto Terapeutico Individualizzato di presa in carico comunitaria**" cerca di rispondere alla grave criticità che gli operatori dei servizi vivono oggi nella predisposizione di appropriati interventi che incidano e si sviluppino nel contesto di vita dei pazienti.

Si tratta di una criticità quantitativa, ma anche qualitativa. Infatti mentre possono essere

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

configurate ben precise risposte in termini di assistenza ospedaliera, cura farmacologica, residenzialità e semiresidenzialità in strutture sanitarie, gli interventi inseriti nei contesti di comunità sono in crisi:

-per depauperamento delle risorse finanziarie;

-per insufficiente tipizzazione degli interventi.

Gli interventi di inclusione sociale sugli assi del sostegno abitativo, del lavoro e della socialità, sono stati realizzati fino ad oggi nell'area della "sperimentazione" e del "progetto a tempo", con fonti di finanziamento intermittenti (vedi L.328/2000, progetti europei, finanziamenti di fondazioni, ecc.). È ormai dimostrato infatti che l'istituzionalizzazione di per sé protratta aumenta la disabilità e l'inabilità pregiudicando le prognosi positive.

Il Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale ha fornito alcuni elementi metodologici e di politica socio-sanitaria ben precisi parlando di:

- **Presa in carico comunitaria**
- **Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI)**
- **Budget di Salute**

Purtroppo l'acronimo "PTI" e la sua corrispondenza con due diversi costrutti, ha creato in questi anni una certa ambiguità tra il **"Piano di Trattamento Individuale"** che i CSM elaborano per l'invio in Strutture Residenziali Psichiatriche, anche di tipo socio-riabilitativo (vedi Cap. 6.1.4) e il **"Progetto Terapeutico Individualizzato di presa in carico comunitaria"** caposaldo metodologico del Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale. La metodologia del PTI per la presa in carico comunitaria è infatti alternativa ai ricoveri presso strutture psichiatriche residenziali, anche se i PTI di presa in carico comunitaria possono essere predisposti anche per le persone ivi ricoverate, proprio per favorire le loro dimissioni dopo il percorso riabilitativo intrapreso, evitando i rischi di istituzionalizzazione sopra richiamati.

Alla stesura del PTI concorrono tutti i soggetti, istituzionali e non, che hanno titolo nella gestione e nel supporto a cittadini con disagio mentale.

Il PTI è uno strumento condiviso da ASP (tramite il DSM), Comune di residenza del cittadino, enti del terzo settore ed altri soggetti di comunità, attraverso il quale è possibile assistere la persona nei suoi bisogni specifici, sanitari e sociali, espressione diretta o indiretta della sua sofferenza psichica.

Dal punto di vista del finanziamento dei due percorsi è anche opportuno mantenere la dizione **"retta"** per Piano di Trattamento Individuale che invia l'utente presso una struttura residenziale e **"Budget di Salute"** per i **Progetti Terapeutici Individualizzati di presa in carico comunitaria**, restando peraltro fedeli alle linee del Piano Strategico Regionale sulla Salute Mentale, che afferma che: *"... i budget di salute sono Dispositivi Comunitari della progettazione terapeutica individualizzata per pazienti con grave patologia mentale (adulti e adolescenti) seguiti dal DSM Integrato e dai Servizi Sociali dei Comuni che necessitano di ulteriori programmi finalizzati all'inclusione abitativa e sociale e di vita indipendente, attraverso azioni di housing sociale, affido omo o etero-familiare nonché organizzazione di gruppi di convivenza con protezione socio sanitaria e ove possibile inclusione lavorativa. Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche necessarie a programmare, sostenere e realizzare il Progetto Terapeutico individualizzato (PTI) attraverso l'individuazione di percorsi riabilitativi nelle aree che costituiscono i principali determinanti di salute: apprendimento, espressività, formazione, reddito-lavoro, casa-habitat sociale, affettività-socialità. Il budget di salute annuale garantirà le risorse necessarie per sostenere e realizzare il PTI."*

A queste prestazioni sulla rete e sull'inclusione sociale, la letteratura scientifica, assegna un'importanza fondamentale per il conseguimento di prognosi positive per la persona. Esse pur

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

mantenendo la loro intrinseca flessibilità devono essere bene identificate e soprattutto finanziate con pari dignità delle prestazioni sanitarie classiche (prestazioni ambulatoriali, ricoveri ospedalieri, inserimenti in CTA o in Centri Diurni a gestione sanitaria). Da richiamare a tal proposito l'Accordo Stato Regioni, Conferenza unificata del 13 Novembre 2014 su *"Definizione dei percorsi di cura da attivare dei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"*. Nel documento viene affermato che il percorso clinico di *"presa in carico"* prevede la definizione di progettualità per singoli utenti e (a secondo dei bisogni individuati), richiede l'identificazione del *"case manager"* e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista" oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli enti locali e con le scuole.

I punti qualificanti del percorso di cura sono:

1) attuazione prioritaria assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio la cui efficacia è strettamente correlata all'adozione di specifici protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi per la dipendenza patologica e con i medici di medicina generale;
2) estrema attenzione al lavoro con le famiglie;
3) adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai servizi e garantire equità;
4) adozione di criteri per garantire la continuità di cure;
5) adozione di pratiche mirate al raggiungimento del maggiore livello di autonomia personale e sociale.

È importante sottolineare che più si migliorano gli interventi sociali all'interno della comunità, più gli interventi clinici miglioreranno a loro volta, diminuendo le prestazioni improprie e istituzionalizzanti.

Con questo documento si intende quindi estendere e precisare quanto sancito dal Piano Strategico Regionale sulla Salute Mentale che fonda il **PTI di presa in carico comunitaria** su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale utilizzando lo strumento del Budget di Salute, condiviso con il paziente, i familiari, i servizi pubblici e le agenzie del privato sociale, in un'ottica di presa in carico globale comunitaria e di terapia lungo tutto il ciclo di vita.

L'integrazione socio sanitaria in salute mentale avrà nel **PTI di presa in carico comunitaria** lo strumento principe di sperimentazione. Esso si realizza grazie al Budget di Salute, per come sopra specificato.

Al fine di rimarcare la tipicità del **PTI di presa in carico comunitaria** e facilitare il ricorso a questo strumento innovativo dovrà essere utilizzata la stessa modalità prevista per l'autismo e le demenze, e riservare una quota del bilancio ASP al Budget Salute istituendo appositi capitoli di bilancio.

Un PTI potrà comprendere più interventi contemporaneamente o più interventi nel corso dell'evoluzione del quadro clinico e sociale, avendo comunque determinato il quadro complessivo delle prestazioni possibili. Ciò che può essere determinato da un modulo dipartimentale in sede di progettazione è l'intensità assistenziale complessiva dei PTI che necessitano di un Budget di Salute socio-sanitario. I PTI potranno essere suddivisi secondo le caratteristiche di alta, media e bassa intensità assistenziale.

Il **PTI di presa in carico comunitaria** presuppone, sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e abitative, di sostegno socio-familiare, formativo e socio-lavorativo, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio e l'utente il ruolo di protagonista della sua vicenda esistenziale. Spetta al DSM, di

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

concerto con i Servizi Sociali del Comune di residenza del cittadino, elaborare metodologie che siano di sostegno allo sviluppo e alla fornitura di servizi socio sanitari integrati e alla creazione di una rete di connessione distrettuale confrontandosi con il privato sociale e imprenditoriale costruendo la co-gestione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, con la partecipazione diretta dei protagonisti destinatari dei servizi, delle famiglie, del mondo associativo e del volontariato.

Il PTI, così inteso, è la trasformazione delle cure e della riabilitazione in un progetto individuale di autonomia e capacitazione del soggetto, in grado di assicurare all'interessato un progressivo ed idoneo reinserimento nel tessuto sociale. Sarà compito del DSM, supportato anche dai Servizi Sociali del Comune, coordinare la redazione dei PTI relativi agli utenti di propria competenza.

Le procedure di individuazione degli utenti beneficiari dovranno indicare, oltre agli obiettivi specifici, la diagnosi, espressa sulla base dei criteri dell'ICD9 della OMS, la gravita e la complessità del quadro clinico, le condizioni attuali del funzionamento personale e sociale dell'utente, le disfunzionalità stabilite sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (HONOS, BPRS, VADO), nonché una breve analisi SWOT relativa al progetto stesso: punti di forza (Strengths) debolezza (Weaknesses), opportunità (Opportunities) e le "minacce-criticità" (Threats). Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione). Tutti gli interventi proposti si fondano su un consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la legge n. 18 del 3 marzo 2009 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati.

Le risultanze di tali valutazioni consentiranno di orientarsi sulla metodologia del trattamento riabilitativo, in previsione di una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente

Il PTI attraverso il Budget di Salute prevede interventi volti a :

- ri-orientare le professionalità degli operatori in genere che si occupano del territorio verso la cultura della community-care da realizzare in forma integrata attraverso l'ausilio di piattaforme informatiche specifiche
- valorizzare l'informale nelle attività riabilitative;
- coinvolgere il terzo settore ed il privato imprenditoriale, divenuto soggetto attivo capace di esprimere l'utilità sociale del proprio lavoro, in collaborazione con altri soggetti del territorio e secondo logiche di partenariato con il sistema pubblico;
- promuovere, nelle realtà locali, nuove forme di mutualità con strumenti innovativi di espansione del sistema di protezione ed integrazione sociale legata al territorio, in grado di fornire nuove opportunità occupazionali e relazionali per le fasce deboli;
- valorizzare l'identità sociale, l'habitat ed il lavoro quali alternative necessarie ai percorsi di istituzionalizzazione o abbandono di persone con disabilità sociale;
- realizzare, in accordo con il privato sociale e imprenditoriale forme di habitat sociale e formazione/lavoro alternativi alla istituzionalizzazione;
- individuare, per ogni PTI, il case manager che avrà la funzione di integrazione di tutti gli interventi multi-professionali e multi-istituzionali.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

9. Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati per l'assistenza a persone dipendenti da sostanze d'abuso

Il presente atto, nel recepire l'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, disciplina, in modo unitario, i requisiti minimi standard tecnico- strutturali, igienico-sanitari e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi erogati da enti e/o associazioni privati per l'assistenza a persone dipendenti da sostanze d'abuso. L'accreditamento dei servizi di cui sopra, a prescindere dalla natura socio-sanitaria dell'attività svolta, non costituisce titolo ad instaurare automaticamente rapporto convenzionale con il servizio sanitario regionale (SSR).Possono essere oggetto di remunerazione a carico del SSR, in esito alle procedure di accreditamento istituzionale ai sensi del presente regolamento, le prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, purché sempre opportunamente documentate. La distinzione fra prestazioni di natura sanitaria ed attività socio-assistenziali all'interno dei servizi disciplinati con il presente regolamento va effettuata ai fini della conseguente individuazione delle corrette fonti di finanziamento, nelle more della prevista costituzione, con apposito separato intervento normativo, di un fondo unico dedicato per la remunerazione di tali attività. Gli enti e le associazioni che svolgono attività ed interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di persone dipendenti da sostanze d'abuso cooperano al raggiungimento degli obiettivi del servizio sanitario regionale, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria ed interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle potenzialità del volontariato e dell'auto-aiuto. I medesimi partecipano, ai vari livelli, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica ed alla valutazione degli interventi attuati.

9.1 Autorizzazione

Gli enti e/o le associazioni che erogano servizi per lo svolgimento delle attività oggetto del presente provvedimento, a valenza sociosanitaria, devono essere autorizzati al funzionamento per i settori di rispettiva appartenenza, nel rispetto delle modalità stabilite dal decreto n. 463 del 17 aprile 2003.L'autorizzazione, rilasciata per i singoli servizi, abilita all'esercizio dell'attività socio-sanitaria. L'autorizzazione è necessaria per l'accesso a qualunque finanziamento pubblico, qualora il contributo venga assegnato per la realizzazione di progetti o programmi che, anche in via non esclusiva, contemplano l'esecuzione di attività o prestazioni previste dal presente provvedimento.

9.2 Requisiti soggettivi

L'autorizzazione è subordinata al possesso da parte del richiedente:

a) della personalità giuridica di ente o società con finalità commerciali in regola con le norme vigenti;

b) della qualifica di "Onlus" ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate ai sensi dell'art. 10, comma 8, del medesimo decreto.

9.3 Requisiti strutturali

Ove le attività oggetto del presente provvedimento richiedano l'utilizzo di immobili, questi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle leggi e dai regolamenti nazionali, regionali e comunali vigenti in materia di edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria, ambientale, infortunistica e di prevenzione incendi. Le sedi operative devono essere ubicate in aree di insediamento abitativo o in aree rurali e comunque in zona salubre. Le strutture di cui al comma precedente devono garantire i requisiti minimi necessari per l'esercizio delle specifiche attività.

In particolare:

a) le strutture residenziali e semiresidenziali con capacità ricettiva non superiore ad otto posti devono soddisfare i requisiti previsti per le civili abitazioni;

b) le strutture residenziali e semiresidenziali con capacità ricettiva superiore ad otto posti e

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

fino a trenta devono garantire i seguenti requisiti minimi:

1. Camere da letto, con un massimo di due posti e con la previsione delle seguenti superfici:

   - camera ad un letto mq. 9;
   - camera a due letti mq. 15;
   - camera a tre letti mq. 20
   - camera quattro letti mq.26 (ammissibile per i prossimi tre anni)

Qualora la struttura ospiti anche nuclei familiari (genitori con figli minori) occorre che siano previsti adeguati ambienti e condizioni igienico-sanitarie, tali da tutelare la salute ed il benessere psico-fisico del minore, con camere da letto e servizi igienici riservati esclusivamente ai minori, collegati agli spazi residenziali dei genitori, dotati anch'essi di servizio igienico separato;

2. Servizi igienici dotati ciascuno di un W.C. con bidet, o "doccetta bidet", un lavabo, una doccia e/o vasca, in rapporto di almeno uno ogni cinque utenti, con un minimo di almeno due servizi igienici oltre a quelli destinati agli operatori;
3. Per ogni locale destinato a vano soggiorno deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq. per utente, con una superficie minima per ciascuno di tali locali pari a 14 mq;
4. Per i locali adibiti a sala da pranzo deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq per utente, con una superficie minima complessiva pari a 14 mq.; deve essere altresì previsto un blocco servizi, facilmente accessibile, composto da almeno due W.C., con adeguato antibagno dotato di almeno un lavabo;
5. I locali destinati alla cucina e alla dispensa, opportunamente arieggiati, dovranno essere adeguati al numero degli ospiti, così come i locali destinati alla lavanderia ed al guardaroba, ferma restando la possibilità per l'ente di affidare il servizio di lavanderia a ditte esterne;
6. I locali destinati a ripostigli, per il deposito degli accessori e delle attrezzature della comunità, devono avere, in numero adeguato, un'idonea ubicazione;
7. Per le camere da letto ed i servizi igienici riservati al responsabile e agli operatori della struttura si rinvia a quanto stabilito ai precedenti punti 1) e 2); tra i locali destinati al responsabile deve essere individuato un vano per attività di counseling;
8. Per ogni spazio riservato all'attività terapeutica riabilitativa deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq. per utente, con una superficie minima per ciascuno di tali locali pari a 16 mq.; gli spazi eventualmente destinati ad attività di laboratorio, finalizzati alla riabilitazione e alla risocializzazione degli utenti, devono essere adeguatamente dimensionati nel rispetto delle norme di sicurezza impiantistica vigenti. Nell'ipotesi in cui siano previsti laboratori per attività più complesse e per fini ulteriori a quelli precedentemente indicati, gli ambienti, le attrezzature e quant'altro connesso allo svolgimento delle stesse dovranno possedere le caratteristiche ed i requisiti di legge previsti per le specifiche attività;
9. Il locale per attività di medicheria, di adeguate dimensioni, deve essere dotato di attrezzature specifiche anche per la custodia e la sicurezza dei farmaci.

   Le strutture semiresidenziali, con capacità ricettiva superiore ad otto posti e fino a trenta, devono garantire gli spazi sopraindicati, ad eccezione di quelli di cui ai punti 1, 2 e 5, con esclusione per quest'ultimo punto della lavanderia e del guardaroba. Per quanto riguarda i servizi igienici di tale ultimo tipo di strutture, oltre quelli annessi ai

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

locali da pranzo e di soggiorno, devono essere altresì garantiti un blocco di servizi, composto da almeno due W.C. e una doccia, con antibagno dotato di almeno due lavabi, in aggiunta ai servizi per il personale. Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo;

c) le strutture residenziali e semiresidenziali, con capacità ricettiva superiore a trenta posti, devono essere organizzate con moduli aventi le caratteristiche di cui alla precedente lettera b.

9.4 Requisiti funzionali

Ai fini dell'autorizzazione, l'ente richiedente deve presentare una chiara descrizione del programma, comprensivo delle prestazioni svolte nelle singole unità operative, e un regolamento, dei quali deve essere fornita copia ed adeguata informazione agli utenti. L'organizzazione interna deve essere svolta in conformità al programma ed al regolamento e, oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

Il programma deve esplicitare:

a) i principi ispiratori e le metodologie degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, le modalità di relazione con i familiari, la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale) in stretta correlazione alle strutture e/o ai luoghi ove gli stessi saranno realizzati, le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti;

b) la tipologia delle persone alle quali si indirizza l'intervento, con particolare riguardo a quelle con caratteristiche specifiche (es. minori, soggetti sottoposti a misure alternative alla carcerazione, ecc.), precisando altresì il numero dei posti per essi disponibili;

c) le modalità di valutazione e di verifica degli interventi.

Il regolamento interno deve descrivere:

- i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza;
- per i servizi residenziali e semiresidenziali, le regole di vita comunitaria, con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti ed al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane (cucina, pulizia, lavanderia...).

In ogni unità operativa deve essere istituito e tenuto aggiornato, per gli eventuali controlli richiesti, un registro giornaliero degli utenti. Nel medesimo registro vengono annotate le assenze temporanee degli stessi, con la relativa motivazione. Gli enti e le associazioni devono inoltre prevedere per l'esercizio delle proprie attività:

- la copertura assicurativa, secondo le norme vigenti e la tipologia delle prestazioni e delle attività svolte, dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli ospiti, dal personale, dai volontari;
- l'utilizzo di una cartella personale degli utenti, la quale deve indicare i dati legali, anamnestici, familiari e sociali dell'utente. Tale cartella deve essere aggiornata, in relazione ai diversi tipi di interventi previsti dal programma terapeutico, ogni volta che gli stessi vengano realizzati, al fine di garantire il costante monitoraggio delle condizioni psico-fisiche dell'utente e le verifiche cliniche sull'idoneità dei programmi di trattamento.

9.5 Requisiti del personale

I servizi che svolgono le attività oggetto del presente provvedimento devono essere dotati di personale idoneo e in numero adeguato al programma, e comunque non inferiore alle due unità.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Per ogni servizio l'ente gestore avrà cura di identificare un responsabile di programma in possesso di adeguati titoli e requisiti professionali e di una delle seguenti lauree: medicina, psicologia, sociologia, pedagogia/scienze dell'educazione, laurea in servizio sociale.

L'ente gestore intratterrà con il responsabile di programma un rapporto di lavoro con impegno di almeno 36 ore settimanali. Esso non può essere sostituito per almeno 12 mesi, salvo gravi e documentati motivi; in ogni caso deve essere previsto un sostituto in possesso dei titoli sopra indicati, eventualmente appartenente ad altro servizio dell'ente, ubicato nella medesima regione.

Il responsabile di programma deve possedere una specifica esperienza maturata nel settore non inferiore ai due anni. Lo stesso deve essere coadiuvato da altri operatori, anch'essi in possesso di idonei titoli e requisiti professionali, per un numero complessivo di personale non inferiore ad 1 unità, a tempo pieno, per ogni 10 utenti. Qualora il responsabile di programma sia condiviso da più sedi di servizio, uno di tali operatori sarà identificato quale responsabile di sede.

Gli operatori devono essere in possesso di una delle seguenti lauree e/o titoli di studio e/o professionali: medicina, psicologia, sociologia, pedagogia, scienze dell'educazione, laurea breve di educatore professionale o in servizio sociale, attestato di operatore dei servizi per le tossicodipendenze rilasciato a seguito della frequenza dei corsi di cui all'art. 2, comma 6, legge n. 45/99, fatte salve le dotazioni obbligatorie previste nei successivi articoli in base alle distinzioni per aree e servizi. In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento delle attività.

Il personale minimo previsto per ciascuna sede operativa deve intrattenere con l'ente gestore un rapporto di lavoro retribuito, secondo le diverse modalità previste dalla vigente normativa e nel rispetto dei contratti di lavoro delle rispettive qualifiche. Sono fatte salve le disposizioni transitorie e finali dell'atto d'intesa del 5 agosto 1999, per cui è consentito l'impiego, nella dotazione minima prevista, di soggetti che siano in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 25, comma 1, del predetto provvedimento. È altresì consentito l'impiego di personale in formazione per una quota non superiore al 25% della dotazione minima, limitatamente ai servizi gestiti dagli enti senza finalità di lucro, a condizione che lo stesso abbia completato almeno il 50% del programma curriculare, adeguatamente certificato, e che garantisca un impegno di servizio di almeno 18 ore settimanali.

Con cadenza semestrale gli elenchi di detto personale, laddove utilizzato, saranno inoltrati alle AA.SS.PP. di competenza.

Con riferimento ai servizi gestiti dagli enti senza finalità di lucro, la continuità dei servizi medesimi, nell'arco delle ventiquattrore, può essere assicurata, oltre che mediante l'utilizzazione delle unità di personale minime richieste, avvalendosi anche di operatori aventi con gli enti predetti un rapporto di impegno di tipo volontario, in misura comunque non superiore al 50% della dotazione organica complessiva della sede operativa, con un impegno settimanale di almeno 18 ore, previa acquisizione di una dichiarazione sottoscritta dall'interessato, finalizzata a garantire un impegno continuativo di servizio per almeno un anno.

La presenza del personale, indipendentemente dal tipo di rapporto esistente con l'ente, deve essere comprovata da adeguata ed apposita documentazione.

Per tutto il personale va comunque previsto a cura dell'ente gestore, un adeguato programma di formazione e di aggiornamento, oltre che momenti di lavoro in equipe, anche in armonia ad analoghe iniziative regionali o aziendali per il settore pubblico.

Al fine di assicurare la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore, è possibile, limitatamente ai servizi gestiti degli enti senza finalità di lucro, l'impiego di:

- *personale in formazione per una quota non superiore al 25% della dotazione minima, a condizione che lo stesso abbia completato almeno il 50% del programma curriculare e che garantisca un impegno di servizio di almeno 18 ore settimanali;*

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- *operatori aventi con gli enti predetti un rapporto di impegno di tipo volontario, in misura comunque non superiore al 25% della dotazione organica complessiva della sede operativa, con un impegno settimanale di almeno 18 ore, previa acquisizione di una dichiarazione sottoscritta dall'interessato finalizzata a garantire un impegno continuativo di servizio per almeno un anno.*

Ove il numero degli utenti superi gli standard previsti o autorizzati per ciascuna delle tipologie di servizi, l'entità del personale e/o il relativo monte orario dovrà essere adeguatamente proporzionata.

Il responsabile di programma deve essere in possesso di:

- titolo di studio o accademico, corredato dall'iscrizione al relativo albo professionale, se richiesta dalla legge;
- documentata esperienza nel settore delle dipendenze patologiche per un periodo non inferiore a 2 anni, dei quali almeno 1 con rapporto.

Gli operatori, oltre che del titolo di studio e dell'iscrizione all'albo professionale, laddove richiesta dalla legge, devono essere in possesso di norma di una documentata esperienza nel settore delle dipendenze patologiche, per un periodo non inferiore ad un anno, svolta in un servizio pubblico o privato autorizzato.

Il personale, avente con l'ente un rapporto di lavoro retribuito secondo le diverse modalità previste dalla normativa vigente, deve essere numericamente sufficiente a garantire le prestazioni offerte per le ore previste. La presenza nella sede di lavoro, indipendentemente dal tipo di rapporto, deve essere documentata da apposita registrazione.

All'atto della presentazione dell'istanza di accreditamento è necessario che l'ente definisca, per ogni tipologia di interventi, le unità di personale impiegate, con relativo curriculum professionale, il numero e la durata delle diverse prestazioni, la disponibilità delle eventuali attrezzature necessarie.

9.6 Accreditamento degli enti o delle associazioni per l'erogazione di servizi socio-sanitari

9.6.1 Servizi

I servizi offerti dagli enti o dalle associazioni che intendono accedere all'accreditamento sono raggruppati nelle seguenti aree di prestazioni, in base al programma complessivo:

1. Servizi di accoglienza;
2. Servizi terapeutico-riabilitativi;
3. Servizi pedagogico-riabilitativi;
4. Servizi di trattamento specialistici.

9.6.1.1 Requisiti strutturali e funzionali

I requisiti strutturali e funzionali necessari per conseguire l'accreditamento istituzionale coincidono con quelli previsti rispettivamente dai precedenti artt. 4 e 5 per l'autorizzazione al funzionamento, fatte salve le integrazioni stabilite dagli articoli seguenti.

9.6.2 Servizi di accoglienza

I servizi di accoglienza di cui al presente provvedimento trovano applicazione per quanto previsto al punto 28 dell'allegato tecnico al Piano italiano di azione sulle droghe recepito con decreto del 24 settembre 2009. I servizi di accoglienza sono caratterizzati da propri elementi identificativi e dall'erogazione delle seguenti prestazioni:

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Caratteristiche:

- Accoglienza non selezionata dell'utente, anche sottoposto a trattamenti farmacologici e suo ingresso immediato;
- Carattere diurno e/o residenziale con obbligo, nel caso di residenzialità, di comunicazione dell'ingresso entro 48 ore al Sert di competenza;
- Permanenza complessiva dell'utente non superiore da 90 giorni a 180 giorni;
- Valutazione dello stato generale di salute dell'utente e delle eventuali patologie correlate alla tossicodipendenza e, ove necessario, anche in raccordo con il personale medico e sanitario dell'azienda sanitaria provinciale di riferimento, impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia del centro più idoneo allo svolgimento dello stesso;
- Apertura sette giorni alla settimana 24 ore su 24;
- Svolgimento di attività e presenza del personale per 24 ore giornaliere.

Prestazioni:

- Accertamento o iscrizione per ogni utente negli elenchi dei medici di medicina generale;
- Supporto medico generale per le problematiche sanitarie durante il periodo di permanenza e per le eventuali terapie farmacologiche;
- Interventi di informazione, di prevenzione e di riduzione del danno;
- Consulenza e supporto psicologico, ivi compresi colloqui di orientamento e sostegno alle famiglie degli utenti;
- Collegamento programmatico con la rete dei servizi sanitari e sociali e con l'Ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero della giustizia;
- Accompagnamento al Sert, allorquando l'utente faccia richiesta di un programma finalizzato al superamento della dipendenza da sostanze d'abuso ed alla disassuefazione;
- Informazione ed educazione sanitaria ai fini della riduzione del danno;
- Pasti;
- Igiene e cura personale.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura diurna e/o residenziale (inteso come residenziale un alloggio di emergenza abitativa non superiore ad otto posti letto)

- Medico 3 ore;
- Infermiere professionale 9 ore;
- N. 3 operatori qualificati a tempo pieno, dei quali uno responsabile di sede;
- Operatore generico 30 ore;
- Impiegato amministrativo 15 ore;
- Psicologo 4 ore laddove nessuno degli operatori qualificati rivesta tale qualifica.

Ad un professionista esterno, iscritto all'elenco degli psicoterapeuti, deve essere affidata la supervisione per 2 ore con cadenza quindicinale.

9.6.3 Servizi terapeutico-riabilitativi

I servizi terapeutico-riabilitativi possono accogliere i soggetti dipendenti da sostanze d'abuso che, al momento della valutazione diagnostica effettuata dalla struttura pubblica, non

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

manifestino sintomi di astinenza e che, contestualmente, intendano seguire un programma finalizzato al cambiamento del precedente stile di vita, nonché pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi purché, in quest'ultimo caso, non sussistano controindicazioni all'attuazione del programma ed alla presa in carico dell'utente da parte della struttura.

Servizio semiresidenziale terapeutico-riabilitativo

Caratteristiche:

- Inserimento dell'utente, previa valutazione diagnostica multidisciplinare;
- Durata programma non superiore a 24 mesi;
- Apertura per non meno di 5 giorni a settimana;
- Svolgimento di attività e presenza del personale per 8 ore giornaliere;

Prestazioni:

- Assistenza medica di base o, in mancanza, iscrizione per ogni utente negli elenchi dei medici di medicina generale;
- Attuazione del programma terapeutico personalizzato, sulla base della valutazione diagnostica multidisciplinare e relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;
- Consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa;
- Gestione delle problematiche mediche generali adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;
- Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;
- Informazione ed educazione sanitaria;
- Pasti;
- Igiene e cura personale;
- Assistenza alberghiera;
- Attività espressive e occupazionali in correlazione ai trattamenti individuali;
- Supporto educativo individuale e/o di gruppo agli utenti;
- Orientamento e supporto alle famiglie degli utenti;
- Collegamento programmatico con la rete dei servizi sanitari e sociali e con l'Ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero della giustizia.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 15 posti.

- Medico 3 ore;
- Infermiere professionale 9 ore;
- n. 2 operatori qualificati a tempo pieno, dei quali uno responsabile di sede;
- Operatore generico a tempo pieno;
- Impiegato amministrativo 10 ore.

Servizio residenziale terapeutico-riabilitativo

Caratteristiche

- Inserimento dell'utente, previa valutazione diagnostica multidisciplinare;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- Durata del programma di norma non superiore a 24 mesi;
- Apertura: 7 giorni a settimana;
- Presenza continuativa di personale 24 ore su 24.

Prestazioni

- Assistenza medica di base, accertamento o, in mancanza, iscrizione per ogni utente negli elenchi dei medici di medicina generale;
- Attuazione del programma terapeutico personalizzato, sulla base della valutazione diagnostica multidisciplinare e relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;
- Consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa;
- Gestione delle problematiche mediche generali adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti;
- Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;
- Informazione ed educazione sanitaria
- Pasti;
- Igiene e cura personale;
- Assistenza alberghiera;
- Attività espressive e occupazionali in correlazione ai trattamenti individuali;
- Supporto educativo individuale e/o di gruppo agli utenti;
- Orientamento e supporto alle famiglie degli utenti;
- Collegamento programmatico con la rete dei servizi sanitari e sociali e con l'Ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero della giustizia.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 15 posti.

- Medico 3 ore;
- Infermiere professionale 9 ore;
- N. 3 operatori qualificati a tempo pieno, dei quali uno responsabile di sede;
- N. 2 operatori generici a tempo pieno;
- Impiegato amministrativo 10 ore.

I servizi terapeutico-riabilitativi, sia in regime residenziale che diurno, dovranno avvalersi di uno psicologo per 8 ore settimanali, laddove nessuno degli operatori qualificati rivesta tale qualifica, nonché, per la supervisione, di un professionista esterno iscritto nell'elenco degli psicoterapeuti, preferibilmente con esperienza nel settore, per un numero di 2 ore con cadenza quindicinale.

9.6.4 Servizi pedagogico-riabilitativi

I servizi pedagogico-riabilitativi sono definiti dalla erogazione delle seguenti:

Prestazioni:

- Accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite che non assumono sostanze di abuso che non hanno in corso trattamenti farmacologici sostitutivi, previa valutazione diagnostica multidisciplinare;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- Attuazione di programma pedagogico-riabilitativo predefinito e personalizzato di durata non superiore a 30 mesi con obiettivo centrato sul ripristino delle attività di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologie di tipo pedagogico-educativo con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche;
- Ove indicati, consulenze e supporto psicologico o individuale o di gruppo effettuati in maniera continuativa;
- Ove indicato, supporto medico per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di osservazione;
- Informazione ed educazione sanitaria;
- Pasti;
- Igiene e cura personale;
- Assistenza alberghiera;
- Attività espressive e occupazionali in correlazione ai trattamenti individuali;
- Supporto educativo individuale e/o di gruppo agli utenti;
- Orientamento e supporto alle famiglie degli utenti;
- Collegamento programmatico con la rete dei servizi sanitari e sociali e con l'Ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero della giustizia.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 10 posti.

- Medico 3 ore;
- Pedagogista 19 ore;
- Assistente sociale 38 ore;
- N. 3 operatori qualificati (in possesso di uno dei titoli sopra citati) a tempo pieno, dei quali uno responsabile di sede;
- N. 2 operatori generici a tempo pieno;
- Impiegato amministrativo 10 ore.

I servizi pedagogico-riabilitativi, sia in regime residenziale che diurno, dovranno avvalersi di uno psicologo per 8 ore settimanali, laddove nessuno degli operatori qualificati rivesta tale qualifica, nonché, per la supervisione, di un professionista esterno iscritto nell'elenco degli psicoterapeuti, preferibilmente con esperienza nel settore, per un numero di 2 ore con cadenza quindicinale.

9.6.5 Servizi di trattamento specialistici

I servizi di trattamento specialistici sono definiti dalla erogazione delle seguenti prestazioni:

- accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite e particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico; in particolare vengono individuati nei pazienti a comorbilità psichiatrica , negli alcolisti e con dipendenza da GAP (gioco d'azzardo patologico) i possibili fruitori dei servizi specialistici, previa valutazione diagnostica multidisciplinare;
- gestione delle predette problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- tutte le rimanenti prestazioni dei servizi terapeutico-riabilitativi, se ed in quanto compatibili.

a) Servizio specialistico residenziale di comorbilità psichiatrica

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Tale servizio deve offrire ad utenti dipendenti da sostanze da abuso e con una diagnosi di disturbo psichiatrico proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel relativo programma riabilitativo, con possibilità di estensione al nucleo familiare di appartenenza dell'utente. Nel predetto servizio non possono essere accolti utenti con diagnosi psichiatrica grave che li renda incompatibili con la tipologia di che trattasi.

Il servizio specialistico residenziale di comorbilità psichiatrica persegue le seguenti finalità:

- recuperare l'autonomia dell'utente;
- ripristinare la capacità di integrazione sociale dell'utente, favorendo la socializzazione e migliorando la vita di relazione di quest'ultimo;
- consentire all'utente di raggiungere uno stato di adeguato compenso rispetto alle proprie condizioni psico-patologiche, mediante la partecipazione alle risposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

La durata del programma è di norma non superiore a 24 mesi.

Il servizio non può avere di norma una capacità ricettiva superiore a 12 posti letto e deve essere aperto 7 giorni alla settimana, con presenza continuativa di personale 24 ore su 24. Il predetto servizio, oltre ai requisiti strutturali comuni a tutti i servizi residenziali, deve assicurare camere da letto con non più di 2 posti.

Prestazioni:

- Assistenza medica di base, accertamento o, in mancanza, iscrizione per ogni utente negli elenchi dei medici di medicina generale;
- Assistenza medica generale ed infermieristica;
- Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;
- Informazione ed educazione sanitaria;
- Pasti ed assistenza alberghiera;
- Cura e igiene personale dell'utente;
- Supporto psicoterapeutico agli utenti;
- Orientamento e sostegno alle famiglie;
- Attività espressive ed occupazionali in relazione ai trattamenti individuali;
- Collegamento programmatico con i servizi sanitari e sociali e con l'UEPE.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 12 posti.

- N. 1 responsabile di sede, operatore qualificato (in possesso di uno dei titoli di studio sopracitati) a tempo pieno;
- N. 4 operatori qualificati a tempo pieno;
- N. 2 operatori generici a tempo pieno;
- Psicoterapeuta 18 ore;
- Psichiatra 15 ore;
- Infermiere professionale 36 ore;
- Impiegato amministrativo 10 ore;
- Istruttore di laboratori e/o animatore 24 ore;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

a) Servizio residenziale terapeutico-riabilitativo per alcolisti

Tale servizio è destinato a soggetti aventi problematiche connesse all'uso e alla dipendenza da alcool, anche in trattamento farmacologico. Esso offre interventi terapeutici e riabilitativi personalizzati, individuali e di gruppo, caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica ed associati ad attività che prevedono il coinvolgimento del nucleo familiare degli utenti.

Il programma terapeutico-riabilitativo svolto dal servizio per alcolisti si prefigge come obiettivo fondamentale il recupero dell'autonomia del soggetto, il ripristino della capacità di integrazione sociale non solo sotto il profilo relazionale, ma anche lavorativo ed economico, attraverso la partecipazione dell'ospite alle proposte terapeutiche, individuali e di gruppo, e la condivisione della vita comunitaria, alla quale gli utenti devono partecipare in modo attivo, svolgendo quotidianamente le occupazioni che si rendono necessarie per la cura della struttura (come a titolo esemplificativo, la cucina, la pulizia ed altre varie attività, di cui assumeranno la relativa responsabilità). Tutto ciò rende necessaria una forte integrazione tra il servizio pubblico ed il privato sociale, nella considerazione che il servizio in argomento richiede una varietà di interventi complessi e di diversa natura (sanitaria, psicologica, sociale ed educativa).

Il servizio, avente una capacità ricettiva non superiore a 15 posti o moduli da 15 posti, caratterizzato da una soglia di accesso media/alta, dovrà garantire – oltre ai requisiti strutturali minimi comuni agli altri servizi residenziali – camere da letto con non più di 4 posti letto e dovrà essere strutturato per moduli omogenei per fasce d'età.

Caratteristiche:

- Inserimento dell'utente, previa valutazione diagnostica multidisciplinare;
- Durata del programma di norma non superiore a 12 mesi;
- Apertura 7 giorni a settimana;
- Presenza continuativa di personale 24 ore su 24.

Prestazioni:

- Valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare;
- Attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'equipe terapeutica con l'utente, in collaborazione con i servizi invianti;
- Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche e/o interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;
- Gestione delle problematiche mediche generali e di quelle specialistiche (di tipo medico e non) anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- Supporto psicologico individuale e di gruppo;
- Igiene e cura personale;
- Somministrazione pasti e assistenza alberghiera;
- Attività espressive, formative ed occupazionali in correlazione ai trattamenti individuali;
- Orientamento e supporto alle famiglie degli utenti;
- Collegamento programmatico con la rete dei servizi sanitari e sociali.

Personale: monte ore settimanale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 15 posti.

- N. 1 responsabile a tempo pieno;
- N. 4 operatori qualificati a tempo pieno;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- N. 1 operatore generico a tempo pieno;
- N. 1 psicologo, per 8 ore, qualora nessuno degli operatori qualificati rivesta tale qualifica;
- N. 1 medico 3 ore;
- N. 1 infermiere professionale 14 ore;
- N. 1 istruttore e/o animatore 18 ore;
- Impiegato amministrativo 10 ore.

9.6.6 Accesso ai servizi

L'accesso ai servizi deve avvenire previa valutazione diagnostica multidisciplinare dello stato di dipendenza patologica, effettuata dai servizi ad essa preposti, nell'ambito delle aziende sanitarie provinciali.

Per i servizi di accoglienza l'accesso deve avvenire nel rispetto delle modalità indicate dall'ASP, fermo restando il principio della pronta accoglienza e dell'obbligo, nel caso della residenzialità, della comunicazione entro 48 ore al SERT competente per le necessarie verifiche.

9.6.7 Criteri di accreditamento

Gli enti e/o associazioni autorizzati ai sensi di quanto previsto dal presente atto, al fine di instaurare rapporti contrattuali con le AA.SS.PP. del S.S.R., hanno l'obbligo di presentare istanza di accreditamento secondo le procedure individuate dai rispettivi provvedimenti assessoriali di programmazione (Vedi DA n1776/2010) oltre che dai DD.AA. 890/2002 e 463/2003

Le strutture già accreditate ai sensi del Decreto Interassessoriale N° 1776/10 non devono sottostare ai nuovi requisiti strutturali previsti dal punto 6.1.8.6.3.del Suddetto Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie.

9.6.8 Tariffe

Con successivo decreto l'Assessorato della salute definirà il sistema delle tariffe per le diverse forme assistenziali disciplinate con il presente atto, avuto riguardo della compatibilità finanziaria e della tipologia del servizio e delle prestazioni erogate fatto salvo quanto stabilito per la retta per le strutture che erogano prestazioni di tipo terapeutico-riabilitativo già fissate con DA n.40/2014 Assessorato della Salute..

Non possono essere erogate con oneri a carico del S.S.N. prestazioni non incluse nei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017. In particolare, in conformità con le indicazioni ministeriali, vanno collocate nell'ambito dei programmi di rete e di piano territoriale le attività peculiarmente socio-assistenziali. I servizi di accoglienza invece, corrispondenti a quanto previsto dall'art.11. dell'atto d'intesa Stato - Regioni del 5 agosto 1999, risultano inclusi nei L.E.A. ed erogabili con oneri a carico del S.S.R. Le attività pedagogico-riabilitative risultano inquadrate nell'ambito dei L.E.A se riferite a programmi di riabilitazione e di reinserimento per tutta la fase di dipendenza da sostanze di abuso da parte del soggetto assistito. Entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente decreto la Regione siciliana emanerà apposito provvedimento con cui verranno individuate le tariffe da corrispondere alle diverse prestazioni.

COPIA NON

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

10.LINEA PILOTA AREA ANZIANI/NON AUTOSUFFICIENZA

10.1 Lungo assistenza

Con il D.A. Salute del 24 ottobre 2010, nell'ambito degli indirizzi per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete regionale per i soggetti fragili, è stato previsto che le necessità di assistenza protetta rappresentate da soggetti già in carico alla RSA per 12 mesi dovranno essere soddisfatte in forma di lungo assistenza all'interno di strutture socio sanitarie da attivarsi sul territorio regionale secondo modalità che saranno oggetto di protocolli d'intesa tra gli assessorati regionali della Salute e della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con cui verranno anche definite le modalità di compartecipazione alla spesa, coerentemente alle indicazioni di cui al DPCM 14 gennaio 2001. Con il Decreto interassessoriale Salute-Famiglia del 13 gennaio 2012 i due rami dell'Amministrazione regionale hanno condiviso il progressivo adeguamento allo standard nazionale in tema di residenzialità tenuto conto della popolazione residente con particolare riguardo agli over 65, impegnandosi a definire i requisiti organizzativi, strutturali e tecnici per le strutture socio sanitarie avuto riguardo all'intensità assistenziale caratterizzante tale livello di assistenza. Con il D.A. del 23 aprile 2014 che ha approvato il *"Programma Operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015 il Programma Operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art.11 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122"*, è stata, tra l'altro, prevista la definizione dello strumento di programmazione per le forme di lungo assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria per le prestazioni riconducibili a quelle di cui al codice attività R3 del Mattone 12.

Le strutture in oggetto sono deputate ad erogare:

- prestazioni di lungo assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, in favore di soggetti anziani non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;
- prestazioni terapeutiche, *riabilitative* e socio-riabilitative *di mantenimento,* in regime residenziale *congiuntamente a prestazioni tutelari* per disabili gravi nonché prestazioni terapeutiche, *riabilitative* e socio-riabilitative *di mantenimento,* in regime residenziale *congiuntamente a prestazioni tutelari* per disabili privi di sostegno familiare.

10.1.1. Requisiti Organizzativi

Standard riferito a un nucleo 20 posti

Figura professionale	Unita/Impegno orario settimanale
Assistente sociale	18 h
Infermiere professionale	5
Terapista riabilitazione	2
Educatore	18 h
Animatore socio-culturale	18 h
OSA/OSS	5
Cuoco	1 + 1 Aiuto cuoco
Collaboratore Amministrativo	18 h
Ausiliari	2
Custode-centralinista - portiere	1
Addetto lla lavanderia – Stireria - Guardaroba	1

L'assistenza medica è garantita dal medico di medicina generale.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Il personale utilizzato dovrà essere in possesso del titolo di studio attinente alla qualifica che riveste.

Al personale impiegato con rapporto di lavoro dipendente deve essere corrisposto il trattamento economico previsto nel C.C.N.L. di categoria.

10.2.1.2 Requisiti Strutturali e tecnologici riferiti a un nucleo di 20 soggetti.

Per l'intera struttura deve essere prevista una superficie di 40mq per ospite. Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standards di riferimento. Nel caso in cui la struttura presenti spazi esterni, purché garantiscano agli ospiti accesso e movimento anche per i disabili con carrozzine, tali spazi possono essere computati sino a un massimo del 20% dello standard complessivo.

Area destinata alla residenzialità:

- per camera valori minimi bagno escluso:

  mq 12 camera a 1 letto

  mq 15 camera a 2 letti

  mq 26 camera a 3 letti

  deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso ed il movimento di carrozzine;
- servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza;
- bagno assistito;
- ambulatorio-medicheria;
- locale spogliatoio personale con servizi igienici annessi;
- cucina attrezzata;
- spazi soggiorno/gioco -TV/spazio collettivo;
- armadi per biancheria pulita in ogni camera;
- locale deposito biancheria sporca;
- locale per vuotatoio e lavapadelle;
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.;
- attrezzature particolarmente adattate ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, etc.).

Area destinata alla valutazione e alle terapie:

- locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;
- locali e/o palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste.

Area di socializzazione:

- locale per servizi all'ospite;
- servizi igienici collettivi uomo/donna di cui almeno 1 attrezzato per la non autosufficienza.

Aree generali di supporto:

- ingresso con portineria, posta e telefono;
- uffici amministrativi;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- cucina, dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno);
- lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno);
- magazzini;
- camera ardente;
- depositi pulito e sporco.

Laddove ne esistano le condizioni, l'attività socio-sanitaria di cui sopra potrà coesistere, all'interno dello stesso immobile ospitante, con un'attività socio-assistenziale fermo restando che i locali destinati a ciascuna tipologia di attività siano distinti ed indipendenti e tenendo conto di quanto previsto dal D.A. n. 890 del 17 giugno 2002 e s.m.i.- *Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana* per l'utilizzo di spazi comuni.

10.2 Il Servizio Semiresidenziale per anziani affetti da demenza

Premessa

Circa il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne è affetta da malattia di Alzheimer e circa il 6% da una forma di demenza. La malattia determina nella persona colpita gravi forme di deficit cognitivo, richiedendo, a pochi anni dalle prime manifestazioni, assistenza sull'intero arco delle 24 ore. Il decorso della malattia può arrivare a 8-12 anni. Da poco più di un decennio si è assistito all'aumento progressivo di patologie invalidanti tra le quali le sindromi demenziali caratterizzate da una progressiva compromissione funzionale che determina incapacità a svolgere le attività del vivere quotidiano. La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza; si tratta di un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello e colpisce, pertanto, la memoria e le funzioni mentali, determinando anche problemi come confusione, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale. In conseguenza di ciò, la malattia dell'Alzheimer, ma più in generale la demenza, non colpisce solo il paziente, ma coinvolge tutta la famiglia sulla quale ricade un grande carico assistenziale ed emotivo. Da qui l'esigenza di promuovere sul territorio l'attivazione di servizi semiresidenziali anche con caratteristiche di strutture di sollievo.
Il Servizio semiresidenziale rappresenta una delle risposte valide poiché esso è volto ad evitare l'istituzionalizzazione del paziente attraverso il mantenimento delle capacità residue, al controllo dei problemi comportamentali, al miglioramento dell'autonomia personale, al recupero mediante la riabilitazione fisica e psichica fornendo, al tempo stesso, sostegno alla famiglia. L'assistenza ai malati di demenza è un impegno stressante, che mette a dura prova la salute mentale ed emotiva, soprattutto se il prestatore di assistenza ha un rapporto affettivo con il malato. Ambedue le vittime della demenza (il malato e il familiare che lo accudisce) hanno bisogno di aiuto. Ma mentre per il malato questo risulta evidente, per il familiare bisogna superare da un lato la sua possibile incapacità a manifestare questo bisogno, dall'altro l'incapacità frequente di fornirglielo.

Il Servizio dovrà dunque perseguire i seguenti obiettivi:

1. Prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione e l'emarginazione dei soggetti anziani affetti da Alzheimer/demenza, favorendone la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale;
2. Favorire il mantenimento/recupero delle capacità cognitive e motorie;
3. Favorire il potenziamento e/o mantenimento delle attività residue riguardanti gli atti della vita quotidiana;
4. Superare la solitudine e l'isolamento affettivo coinvolgendo l'anziano attraverso forme di partecipazione attiva.

Destinatari

Destinatari diretti:

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- Soggetti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti in modo totale o parziale in assenza di gravi turbe comportamentali

Destinatari indiretti:

- Familiari
- Caregivers

10.2.1 Capacità recettiva e Funzionamento

Il Servizio Semiresidenziale per anziani affetti da demenza dovrà avere una capacità recettiva non superiore a 20 posti e dovrà assicurare un'accoglienza giornaliera per sei giorni la settimana in orario compreso tra le 8,30 e le 18,30 escluso i festivi. All'interno dei 20 posti giornalieri dovrà essere prevista una turnazione degli utenti finalizzata ad ampliare l'offerta assistenziale.

10.2.2 Attività

Dovranno essere assicurate le seguenti attività:

- Servizio di Accoglienza;
- Attivazione di programmi riabilitativi-cognitivi-motori;
- Attività di socializzazione e ricreativa: si configura come opportunità di relazione, come pratica sociale finalizzata alla presa di coscienza ed allo sviluppo del potenziale inespresso. Nella promozione del benessere dell'anziano l'utilizzo di tecniche ricreative e culturali si pone come risorsa di prevenzione e riabilitazione. Le attività ricreative sono previste quotidianamente, anche con il supporto di volontari; tra le iniziative, in base alle attitudini degli ospiti, si programmeranno attività di tipo artigianale, attività motorie, arti grafiche e manipolitative, conversazioni guidate, ascolto musica, animazione teatrale, etc.. Presso il servizio semiresidenziale è presente un'equipe multi-professionale che valuta, predispone progetti individualizzati e ne verifica gli esiti attraverso la somministrazione di scale di valutazione. Devono, inoltre, essere previste attività di psicomotricità, musicoterapia, attività ludiche con finalità di tipo riabilitativo;
- Attività di stimolazione cognitiva (ROT);
- Assistenza alla persona: assistenza nell'esecuzione delle attività di base della vita quotidiana (uso dei servizi igienici/gestione dei presìdi, mantenimento dell'igiene personale, ecc.);
- Attività infermieristica per il monitoraggio dei parametri vitali e per la somministrazione della terapia farmacologica e medicazioni;
- Sostegno psicologico, informazione e formazione alla famiglia;
- Servizio di supporto alla famiglia, per alleggerire il carico assistenziale che deriva dalla malattia del congiunto, attraverso l'attivazione di processi di comunicazione e di scambio.

10.2.3 Personale

Il Servizio Semiresidenziale per anziani con demenza o malati di Alzheimer dovrà disporre del seguente personale:

Figura professionale	Unità/Impegno orario settimanale
Assistente sociale	18 h
Infermiere professionale	12 h
Terapista riabilitazione	2

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Terapista occupazionale	18 h
Educatore	1
OSS/OSA	4
Ausiliare	1

L'Azienda Sanitaria Provinciale garantisce, per 15 ore settimanali, l'intervento medico e psicologico con compiti di programmazione, verifica e monitoraggio.

Il personale utilizzato dovrà essere in possesso del titolo di studio attinente alla qualifica che riveste.

Al personale impiegato con rapporto di lavoro dipendente deve essere corrisposto il trattamento economico previsto nel C.C.N.L. di categoria.

10.2.4 Requisiti Strutturali

Fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, eliminazione barriere architettoniche, il Servizio Semiresidenziale per anziani affetti da demenza/Alzheimer dovrà possedere i seguenti requisiti minimi:

- ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio;
- un ambiente per segreteria e coordinamento;
- spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione;
- spazi destinati ad attività di laboratorio, finalizzati alla riabilitazione e alla socializzazione degli utenti;
- un locale per il personale ove si possano svolgere anche eventuali colloqui con gli utenti e le loro famiglie;
- sala pluriuso per riunioni;
- servizi igienici collettivi di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza;
- servizio igienico per il personale;
- ambulatorio-medicheria;
- presenza di almeno 2 camere con 2 letti ciascuno.

L'atrio d'ingresso deve essere organizzato in modo da costituire il principale punto d'informazione di tutto l'edificio.

I pavimenti devono essere antisdrucciolo, costituiti da materiali durevoli e facilmente lavabili.

Tutti i locali devono essere ben illuminati a partire dalle sorgenti di luce naturale.

Le porte devono essere sempre facilmente individuabili, essere disposte in modo da evitare interferenze; devono sempre permettere un comodo accesso anche agli ospiti costretti in carrozzella.

Il tipo di impianto di riscaldamento prescelto deve assicurare un costante benessere termico, con un minimo nel periodo invernale di 20° C.

Per l'intera struttura deve essere prevista una superficie minima di 300 mq. cui concorrono anche gli spazi esterni ove consentano l'accesso e il movimento in carrozzine per una percentuale non superiore al 20% complessivo.

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

11. AREA DISABILITA' - Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Trattasi di prestazioni socio riabilitative di mantenimento rivolte a soggetti con disabilità psico-fisico-sensoriale e specificatamente:

- Disabili gravi;
- Disabili privi di sostegno familiare

Posto che per tali soggetti deve essere definito un programma globale unitario di intervento, scaturente dalla valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe del servizio pubblico (utilizzo SVAMA D), sarà compitò dell'equipe di struttura definire il progetto riabilitativo individuale e dare attuazione ai programmi riabilitativi previsti.

In particolare il progetto riabilitativo di struttura dovrà:

1. tener conto in maniera globale dei bisogni delle preferenze del paziente delle sue menomazioni, disabilità e soprattutto delle sue abilità residue e recuperabili;
2. definire gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari e dell'equipe curante;
3. definire il ruolo dell'equipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
4. definire gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati.

Tale progetto dovrà essere comunicato in modo comprensibile al paziente in trattamento e ai suoi familiari. Il medico coordinatore dell'equipe avrà inoltre cura di informare adeguatamente il medico di famiglia.

All'interno del progetto dovranno essere previsti uno o più programmi riabilitativi specifici di intervento che saranno elaborati e realizzati dai singoli professionisti.

Sarà cura della struttura riabilitativa predisporre la compilazione e conservazione di una "*Cartella informatizzata*" da cui risultino: la generalità dell'assistito, la diagnosi clinica, le disabilità rilevate, il Progetto riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento, ivi comprese le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali, le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico ritenute rilevanti ai fini di una corretta impostazione del trattamento riabilitativo nonché le valutazioni finali relative agli esiti. Nella Cartella risulteranno di conseguenza i contributi plurispecialistici e multidisciplinari dei singoli Professionisti, per quanto di rispettiva competenza, di cui ne viene assunta personale responsabilità formale e sostanziale.

11.1 Presìdi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

La dotazione minima per il funzionamento è fissata in 20 posti letto.

Si definiscono presìdi di riabilitazione extraospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

Le strutture di riabilitazione intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria capace di garantire il recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate, attraverso cicli a degenza diurna o continuativa.

11.12 Requisiti strutturali

Per i presìdi a ciclo diurno, in rapporto alla tipologia e al volume dei trattamenti effettuati, devono

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

essere previsti:

- locale/i per gli accertamenti medici: nel caso di più locali, almeno uno deve essere attrezzato per le medicazioni;
- locali per valutazioni psicodiagnostiche;
- locali e palestra per le terapie riabilitative, articolati in:
  - *locale/i per terapia individuale;*
  - *locale per terapia occupazionale;*
  - *locale/i per terapia del linguaggio e/o riabilitazione cognitiva;*
  - *locale/i per la rieducazione psico-motoria;*
  - *locale/i per riabilitazione urologica, con annesso servizio igienico ed area separata per spogliarsi tale da garantire il rispetto della privacy dell'utente;*
- locale/i attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero;
- locale soggiorno distinto dal locale pranzo;
- cucinetta;
- locale spogliatoio-guardaroba, distinti tra personale ed utenza. Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto anche un locale dove i piccoli possano riposare per brevi periodi.

I locali devono avere una superficie tale da consentire lo svolgimento delle specifiche attività sia a livello individuale che di gruppo.

In aggiunta, per i presidi a ciclo continuativo, la dotazione minima di ambienti per una degenza tipo di 20 posti letto è la seguente:

- camere di degenza con servizio igienico ad uso esclusivo con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, articolate in:
  - camera di degenza singola: *12 mq.*;
  - camera di degenza massimo due posti: *9 mq. per posto letto*;
- dotazione dei servizi igienici e bagni annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche;
- spazi di soggiorno;
- locali/spazi di supporto alla degenza.

Nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera singola di 9 mq. e della multipla di 9 mq. per il primo posto letto e di 7 mq. per ogni posto letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera (ammissibile solo per il prossimo triennio).

11.1.3 Requisiti tecnologici

I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. La dotazione deve essere correlata al volume e alle tipologie di attività in maniera da assicurare uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente rapportato ai bisogni dell'utenza.

In particolare devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- dispositivi medici necessari per risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

parte dei medici e del personale della riabilitazione;

- attrezzature e dispositivi medici per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare.

11.1.4 Requisiti organizzativi

Esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario laureato, da personale dell'area psicologica e pedagogica, tecnici della riabilitazione, educatori, terapisti occupazionali, personale di assistenza sociale.

Il personale deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle attività svolte all'interno del presidio, e comunque la dotazione di personale infermieristico e addetto all'assistenza deve essere adeguata a garantire la copertura della specifica attività.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo della equipe multi professionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità.

Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare al presidio nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.

Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti.

In relazione alla tipologia trattata i presìdi di riabilitazione suddividono gli assistiti in moduli da 15 a 20 soggetti.

I presìdi a ciclo diurno funzionano per 8 ore giornaliere e, per 5 giorni alla settimana.

Laddove ne esistano le condizioni l'attività sociosanitaria di cui sopra potrà coesistere all'interno dello stesso immobile ospitante un attività socio assistenziale, fermo restando che i locali destinati a ciascuna tipologia di attività siano distinti ed indipendenti.

11.1.5 Standard organizzativi

a) Struttura Residenziale (riferito a una capacità operativa di 60 posti):

- n. 1 medico, specialista in relazione alla tipologia degli assistiti, responsabile, a rapporto libero professionale per 12 ore settimanali per non meno di 2 ore al giorno che si avvale di consulenze specialistiche di regola richieste alle Aziende Sanitarie Provinciali. In caso di impossibilità da parte di quest'ultima, potrà avvalersi di specialisti in regime di convenzionamento o di rapporto libero professionale;
- n. 12 ore settimanali di assistenza sanitaria svolta da un medico specialista collaboratore a rapporto libero professionale;
- n. 1 psicologo;
- n. 1 assistente sociale;
- n. 12 terapisti della riabilitazione in relazione alla tipologia degli assistiti (FKT - ortottisti - logopedisti - psicomotricisti) e/o operatori per soggetti portatori di handicap per l'età evolutiva: educatori, tecnici della educazione musicale ed espressiva, per soggetti adulti: maestri d'arte, interpreti del linguaggio mimico-gestuale;
- n. 3 infermieri professionali;
- n. 14 ausiliari socio-sanitari specializzati o addetti all'assistenza e accompagnatori di handicappati;
- n. 7 operai addetti ai servizi generali;
- n. 1 direttore amministrativo;

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- n. 1 impiegato amministrativo carriera di concetto;
- n. 1 cuoco;
- n. 1 addetto alla cucina;
- n. 1 operaio addetto alla manutenzione.

(lo standard viene proporzionalmente ridefinito per capacità operative inferiori ai 60 posti).

b) Struttura Semiresidenziale (riferito a una capacità operativa di 40 posti):

- n. 1 medico, specialista in relazione alla tipologia degli assistiti, responsabile, a rapporto libero professionale per 10 ore settimanali;
- n. 12 ore settimanali di assistenza sanitaria svolta da un medico specialista collaboratore a rapporto libero professionale;
- n. 1 psicologo;
- n. 1 assistente sociale;
- n. 4 ausiliari socio-sanitari specializzati;
- n. 6 terapisti della riabilitazione in relazione alla tipologia degli assistiti (FKT - ortottisti - logopedisti - psicomotricisti) e/o operatori per soggetti portatori di handicap, per l'età evolutiva: educatori - tecnici dell'educazione musicale ed espressiva, per soggetti adulti: maestri d'arte - interpreti del linguaggio mimico-gestuale;
- n. 1 impiegato amministrativo collaboratore direttivo;
- n. 1 infermiere professionale;
- n. 1 cuoco;
- n. 1 addetto alla cucina;
- n. 1 addetto ai servizi generali.

(lo standard viene proporzionalmente ridefinito per capacità operative inferiori ai 40 posti).

La Regione, entro due anni, modificherà i presenti standard prevedendo standard a 20 posti letto sia residenziale che semiresidenziale.

COPIA TR NON VA

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

12. Progetti sperimentali in materia di "Vita Indipendente" ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

Nell'ambito dell'offerta dei servizi rivolti a soggetti con disabilità vanno ricompresi anche i piani personalizzati di vita indipendente, il cui obiettivo è quello di garantire trasversalmente azioni di supporto alla vita quotidiana del soggetto assistito.

In aderenza all'art. 19 della Convenzione ONU e tenendo conto dell'art. 24 della legge n. 328 del 8 novembre 2000 i progetti sperimentali di Vita Indipendente hanno l'obiettivo di porre al primo posto la centralità della persona con i suoi bisogni affettivi, relazionali, lavorativi, terapeutici ai fini della più ampia inclusione sociale che si attua solo ed esclusivamente valorizzando l'autonomia e l'indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte.

Coerentemente con la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale della persona con disabilità, riferiti ai principali di cui sopra, si pone particolare attenzione:

- al contrasto delle situazioni segreganti e delle sistemazioni non rispondenti alle scelte o alla volontà delle persone;
- alla fruibilità da parte delle persone disabili dei servizi e delle strutture sociali destinate a tutta la popolazione, nel rispetto dei principi di pari opportunità e di uguaglianza con gli altri;
- alla corretta informazione sul funzionamento dei servizi e le forme di tutela. Sono promossi processi formativi in favore delle persone disabili e dei loro familiari, per l'accrescimento della consapevolezza (empowerment) rispetto le proprie scelte;
- al processo di deistituzionalizzazione e sviluppo di progetti di "Abitare in autonomia", intendendosi come possibilità del disabile di scegliere il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere.

A seguito della valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale il piano personalizzato di Vita Indipendente dovrà essere basato su un "Patto sociale" in collaborazione con la persona con disabilità e la sua famiglia. Detto intervento è rivolto a persone adulte (18-64 anni) con priorità alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno, tenendo conto della condizione della limitazione dell'autonomia, familiare, abitativa ed ambientale nonché delle condizioni economiche. Il piano personalizzato di Vita Indipendente dovrà riguardare i seguenti ambiti di intervento:

1. trasporto e mobilità;
2. inclusione sociale (formativa, lavorativa, culturale e sociale etc);
3. "abitare in autonomia", anche attraverso forme di *cohousing sociale* o gruppi appartamento.

L'autonomia negli ambienti domestici potrà essere garantita anche mediante specifiche tecnologie domotiche (sicurezza, comandi a distanza, arredi specifici etc.)Il piano personalizzato di Vita Indipendente, a secondo delle attività previste dovrà individuare i profili professionali necessari, fermo restando il ruolo centrale riconosciuto all'assistente personale, che potrà essere scelto dal soggetto disabile purché adeguatamente formato. Il piano personalizzato di Vita Indipendente si colloca all'interno di una rete di servizi e progettazioni integrate, espressioni di *welfare di comunità* e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche grazie al supporto delle organizzazioni del terzo settore presenti sul territorio. Nel percorso assistenziale va ribadita la centralità dell'integrazione socio sanitaria con il coinvolgimento dei Comuni e dei Distretti socio-sanitari, e dell'Unità valutativa multidimensionale.

COPIA NON

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

13. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L' ADI (Assistenza Domiciliare Integrata): è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze quasi esclusivamente degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative e malattie rari che necessitano di un'assistenza continuativa che può variare da interventi di tipo sociale (pulizia casa, disbrigo pratiche amministrative etc.) ad interventi socio sanitari (supporto psicologico, attività riabilitative assistenza infermieristica, etc). L'obiettivo è di consentire al disabile il più a lungo possibile nel conforto della propria casa, diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri non essenziali.

Con D.P 26.01.2011 la Regione Siciliana ha approvato le Linee Guida regionali per " l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari".

– Successivamente il Dipartimento della Famiglia e delle politiche Sociali, con D.A. del 28.5.2012 ha emanato specifico Avviso, a valere sulle risorse F.N.P.S., rivolto a i distretti socio-sanitari per l'implementazione di prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata , mentre l'Assessorato alla Salute ha previsto l'A.D.I. nel "Piano della Salute 2011-2013" punto 4.1.1 .

Possono essere ricondotti nell'ambito dell'assistenza domiciliare i seguenti interventi:

- *Buono socio sanitario*: art.10 – l.r. n. 10 del 31 luglio 2003 *"Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia"* prevede l'erogazione del buono socio-sanitario, finalizzato a rafforzare gli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali da rendersi al domicilio della persona non autosufficiente, per favorirne la permanenza nella famiglia, attivando modalità di presa in carico attraverso l'elaborazione di un piano personalizzato di assistenza per la persona medesima.

Sono destinatari del Buono Socio-Sanitario le famiglie residenti nel territorio regionale che mantengono o accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno), in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata o disabili gravi (art.3, 3 comma legge 104/92) purché conviventi e legati da vincoli di parentela.

- *Assistenza domiciliare disabili gravissimi:* Nell'ambito delle risorse finanziarie del Fondo Non Autosufficienza viene destinata una quota per interventi, in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano di un'assistenza continua. Al riguardo il Dipartimento Regionale Famiglia ha emanato, le *"Linee guida per la presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima"*, indirizzate a tutti i Distretti socio-sanitari dell' Isola, in cui sono state definite le patologie e gli stadi di malattia riconducibili alla condizione di disabilità gravissima secondo quanto stabilito dal Ministero con l'art. 3 del DM del 20.03.2013 pubblicato sulla G.U. n 173 del 25.07.2013.Con successivo decreto si provvede al riparto ed assegnazione ai Distretti socio-sanitari delle somme destinate agli interventi in favore dei disabili gravissimi.

- *Assistenza domiciliare disabili gravi:* a seguito della programmazione del F.N.A. viene destinata una quota per l'erogazione di contributi per progetti di assistenza per disabili gravi in possesso della certificazione di cui all'art.3, comma 3 della legge n. 104/92, cui fa seguito l'Avviso pubblico per l'erogazione di contributi per progetti di assistenza per disabili in situazione di compromissione funzionale o minori disabili che partecipano ad attività di socializzazione assistiti nell'ambito del nucleo familiare.

- *Piani personalizzati per minori disabili:* in data 28 maggio 2012 "Direttive per l'accesso alle risorse provenienti dal F.N.P.S. destinate ad attività ed implementazione di prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito dell'ADI" è stata emanata dal Dipartimento della Famiglia e delle Politiche sociali la circolare n.8 relativa agli interventi in favore dei minori con disabilità, in attuazione a quanto disposto dalla l.r. n.11 del 12 maggio 2010, art.91, *"Piani personalizzati per minori disabili"*, secondo cui la copertura finanziaria per i

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

piani personalizzati va individuata nella rimodulazione delle economie dei Piani di Zona dei Distretti socio-sanitari.

- *Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015* (pubblicate sulla G.U.R.S. n. 52 del 22 novembre 2013): l'obiettivo è di consolidare l'attuale sistema di Welfare regionale che ha preso l'avvio con l'emanazione delle *"Linee Guida per l' attuazione del piano socio-sanitario"*, approvate con DPRS 4 novembre 2002.

COPIA TRATTA DA
NON VALIDA PE

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

14. AREA MINORI.

Premesso che, la presente Area concerne interventi rivolti ai Minori presi in carico da parte delle aziende sanitarie per patologie di interesse neuropsichiatrico, p ambito questo, di grande rilievo all'interno degli interventi socio-sanitari.

Tenuto conto, altresì che, l' Area materno-infantile non include interventi socio-sanitari per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa tra SSN ed Enti Locali in quanto "la componente sanitaria e sociale risulta operativamente distinta" e, conseguentemente, l'entità del finanziamento è attribuita separatamente alla competenza sanitaria o dei Comuni, in applicazione del citato DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"* è evidente come le strutture residenziali e semiresidenziali per minori assumano una valenza sociale, socio sanitaria e sanitaria in relazione all'esercizio delle loro stesse funzioni.
Pertanto:

- sono strutture sanitarie, e quindi a titolarità e totale spesa in carico all'ambito sanitario, le Comunità terapeutiche per minori.
- sono strutture socio-sanitarie, a titolarità sanitaria e in compartecipazione tecnica e finanziaria del sociale, le Comunità riabilitative psicosociali per minori
- sono strutture socio-sanitarie, a titolarità sociale e in compartecipazione tecnica e finanziaria della sanità, le Comunità educative integrate.

Qualora in tali strutture vengano inseriti minori con disabilità e disturbi comportamentali, emozionali o patologie psichiatriche, le stesse assumono valenza sanitaria per il singolo caso con conseguente compartecipazione tecnica e di spesa da parte dell'ambito sanitario.
Si rende, pertanto, imprescindibile favorire la complementarietà degli strumenti di pianificazione in modo da rafforzare e rendere esplicito il raccordo più puntuale tra la programmazione sanitaria e la programmazione sociale relativa a questo settore.

Il presente documento regionale intende rispondere attraverso l'individuazione di modelli organizzativi condivisi dei servizi sanitari e sociali per realizzare l'integrazione socio-sanitaria, ai sensi della legge 8 novembre 2000, n. 328 e dell'articolo 2 del DPCM 14 febbraio 2001, al pari delle altre "Aree", secondo criteri regolativi così distinti:

- L' organizzazione di servizi che intervengono nella presa in carico della persona/famiglia, se pur distinta per setting di competenza, devono trovare condizioni di continuità assistenziale garantita da precise e concordate modalità operative (procedure/strumenti condivisi e sostenibili).
- Ottimizzazione/adeguamento della presenza dei servizi e del collegamento funzionale (anche informatico) per agevolare l'accesso/fruibilità delle prestazioni/servizi
- Individuazione di metodologie e criteri di valutazione incrociate e condivise di tipo "sociale/sanitario" sulle modalità di funzionamento/erogazione dei servizi integrati.

Ciò al fine di assicurare l'appropriatezza dell'erogazione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi nei corretti luoghi e lungo tutto il percorso di presa in carico, preferendo, comunque, ove la valutazione multidimensionale lo suggerisca, i trattamenti territoriali domiciliari o semiresidenziali, anche in relazione al contesto socio-familiare ed economico di riferimento.

Al fine di rendere coerente le modalità di erogazione congiunta delle attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali, si ritiene utile ricondurre gli interventi assistenziali stabiliti dal DPCM 12 gennaio 2017 in attenzione, alla rete dei servizi e delle strutture in atto presenti nel sistema di offerta.

Fanno parte della rete dei servizi strategici nell'ambito dei percorsi assistenziali dell'area materno infantile i Consultori Familiari. Tali servizi sono stati oggetto di riadeguamento degli standard strutturali ed organizzativi con il D.A. 1186 del 24 luglio 2014 recante *"Riordino dei*

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

servizi materno infantili territoriali Consultori Familiari Pubblici".

Inoltre, con D.A. 1187 del 24 luglio 2014 *"Riordino dei servizi materno infantili territoriali Consultori Familiari Privati Convenzionati"* si è provveduto a rivedere anche l'attività dei consultori privati in richiamo alle indicazioni contenute nel PSR 2011-2013.

Sempre nelle previsioni del DPCM 12 gennaio 2017, si individuano interventi riguardanti - prestazioni riabilitative e socio-riabilitative alle persone minori di età e, ove presenti, alle famiglie, per i quali sono previsti livelli di assistenza a carattere distrettuale tenendo, altresì, conto di eventuali condizioni di disabilità e deve essere integrata funzionalmente da interventi sociali anche nei riguardi di patologie rare.

14.1 SERVIZI RESIDENZIALI

I bisogni assistenziali rivolti a minori, adolescenti e pre-adolescenti con gravi patologie psichiatriche che necessitano di specifiche risposte residenziali, articolate su due livelli, a carattere intensivo ed estensivo, trovano risposte negli indirizzi normativi regionali nel DA 7 gennaio 2014 *"Approvazione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali per i minori e dei requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture dedicate"* che tiene conto delle previsioni normative, nazionali e regionali, riguardanti l'ambito degli interventi sociosanitari.

In particolare, il documento declina specifici interventi terapeutici, contemplando anche il raccordo operativo tra servizio sanitario ed Ente Locale. Ciò trova evidenza nell'impianto dell'Allegato A del superiore DA 7 gennaio 2014 come di seguito, integralmente, si riporta:

"Le strutture residenziali di tutela della salute mentale per minori accolgono adolescenti e pre-adolescenti con gravi patologie psichiatriche che necessitano di specifiche risposte residenziali in situazioni nelle quali è necessaria una parziale discontinuità del rapporto con il nucleo familiare e con il loro contesto sociale di vita.
Queste strutture sono parte di un sistema integrato di Servizi essendo una delle tappe del percorso di cura e di riabilitazione dei minori con grave patologia psichiatrica. Rappresentano un intervento temporaneo, fortemente orientato al proprio superamento, cioè finalizzato al reinserimento intrafamiliare e sociale completo o, se ancora necessario, con eventuale passaggio a gestione semiresidenziale o ambulatoriale. Accolgono minori con gravità del quadro clinico individuato attraverso l'asse 1 dell'ICD10, inviati dalle U.O. di NPIA territoriali od ospedaliere. L'accesso può essere successivo al ricovero ospedaliero o in alcuni casi alternativo allo stesso."
Tali strutture attuano programmi riabilitativi con diverso livello d'intensità:

- Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere intensivo
- Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere estensivo

14.1.1 Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere intensivo

Tali programmi sono rivolti a pre-adolescenti e adolescenti con disturbo psicopatologico grave in fase sub-acuta, che richiedono interventi ad alta intensità che non possono essere realizzati a livello domiciliare o ambulatoriale.

14.1.2 Requisiti progettuali

La comunità terapeutica sviluppa due livelli progettuali:

1. Progetto di struttura che definisce:
   a) il modello di lavoro per garantire l'attuazione del progetto individuale sul minore e del suo programma attuativo;
   b) i rapporti con le famiglie, i servizi invianti, le agenzie educative, formative e per il tempo libero del territorio al fine di garantire e sviluppare l'inclusione sociale e le modalità di dimissioni protette.
2. Progetto personalizzato (programma attuativo sul minore) che definisce:

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

a) gli specifici interventi terapeutici-riabilitativi erogati dalla struttura;

b) la durata della permanenza (non superiore a 120 gg. eventualmente prorogabili per un ulteriore trimestre);

c) la dimissione protetta.

Il programma attuativo sul minore, è sviluppato a cura della comunità terapeutica sulla base del piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal DSM, *area NPIA*, dell'ASP inviante in accordo con il Servizio Sociale del Comune di residenza del minore .

Per ogni singolo inserimento dovrà essere indicato il *Case Manager* della U.O. di NPIA che ha in carico il caso e richiesto l'inserimento.

Dovrà inoltre essere identificato il Case Manager della struttura residenziale , membro della equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il minore che tra l'altro aggiorna la scheda del progetto personalizzato.

Il Case Manager della struttura può avere in carico non più di 5 pazienti ed è referente per essi presso l'U.O. di NPIA inviante; dovrà monitorare e verificare, documentando mensilmente, l'andamento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) redatto a cura dell'equipe della struttura ospitante.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo a carattere intensivo è caratterizzato per l'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa con una attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e una prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione.

Dovranno essere sviluppate nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo intensivo le seguenti aree di intervento:

- Area clinico-psichiatrica
- Area psicologica
- Area riabilitativa
- Area della risocializzazione
- Area del coordinamento (scambio professionale periodico tra Case Manager della NPIA e della struttura).

In particolare devono essere previste:

- per la diagnostica: visite mediche specialistiche e sanitarie specifiche, valutazioni delle autonomie, delle funzioni adattivo-relazionali e cognitive;
- per la terapia: psicoterapie individuali e/o di gruppo, neurofunzionali, neuropsicologiche, cognitive e terapie farmacologiche;
- per la socio-riabilitazione: recupero e/o sviluppo delle autonomie di base, relazionali, gestione del controllo emotivo.

Deve essere assicurata l'impostazione di progetti di riabilitazione e reinserimento sociale.

Il PTI ed il relativo programma attuativo devono essere annotati su cartella clinica riportante diagnosi codificata attraverso ICD 10.

14.2 Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere estensivo

Tali programmi sono rivolti a pre-adolescenti e adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva che hanno positivamente superato la fase acuta e sub-acuta del disturbo comportamentale, ma non sono ancora in grado di fare ritorno in famiglia. Possono essere previsti

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

trattamenti anche per la prevenzione della fase acuta.

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

Per ogni singolo inserimento dovrà essere indicato il Case Manager della U.O. di NPIA che ha in carico il caso e richiesto l'inserimento.

Dovrà inoltre essere identificato il Case Manager della struttura residenziale , membro della equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il minore che tra l'altro aggiorna la scheda del progetto personalizzato.

Il Case Manager della struttura può avere in carico non più di 5 pazienti ed è referente per essi presso l'U.O. di NPIA inviante; dovrà monitorare e verificare, documentando mensilmente, l'andamento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) redatto a cura dell'equipe della struttura ospitante.

14.2.1 Requisiti strutturali e tecnologici

La comunità risponde ai requisiti della civile abitazione.

Per l'autorizzazione al funzionamento devono essere presenti i seguenti requisiti:

1. Disponibilità di spazi personali e spazi comuni
2. Soggiorno/pranzo di ampiezza adeguata
3. La cucina deve avere una superficie minima di 12 mq
4. I bagni devono essere in numero minimo di 1 ogni due stanze ed in ogni caso non possono servire più di 4 ospiti
5. Bagni separati per i ragazzi e per gli operatori
6. Stanze di almeno mq. 9 per una persona e mq. 14 per due persone, altezza minima delle stanze mt. 2,70; a 1-2 letti, con possibilità di alcune stanze a 1 letto
7. Ogni ospite deve avere uno spazio che può considerare come suo, e almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali.
8. Possibilità per ogni ospite di avere un armadietto con chiave, o un luogo sicuro per gli effetti personali
9. Ambienti climatizzati (estate/inverno)
10. Spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni
11. Spazi per laboratori e attività
12. Spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio o eventuale esternalizzazione del servizio lavanderia/stireria e refezione.

14.2.2 Ubicazione

Caratteristiche dell'ubicazione:

- contesto abitato, non isolato

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

- i trasporti pubblici devono permettere la possibilità del facile accesso ai servizi ed al tessuto sociale della città
- sono escluse strutture condominiali
- la struttura non deve essere collocata oltre al primo piano
- gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello.
- evitare i contesti stigmatizzanti.
- favorire struttura a sé stanti e con spazi esterni (giardino ecc).

14.2.3 Sicurezza

Occorre prevedere caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti dalle condotte etero ed autolesioniste messe in atto dai minori nei momenti di crisi:

- La struttura non deve dare immediatamente sulla strada
- Le porte dei bagni devono poter essere con chiave, ma eventualmente apribili dall'esterno (solo con intervento dell'operatore)
- L'arredamento deve essere ignifugo, senza oggetti pericolosi, ma solido per poter resistere a eventuali momenti di crisi dei pazienti
- Porte e serramenta devono essere robuste, con la possibilità di essere eventualmente chiuse a chiave dagli operatori nel caso di gravi situazioni di necessità
- Tutti gli oggetti potenzialmente lesivi (coltelli, oggetti acuminati, eventuali attrezzi di lavoro per il giardino e/o detersivi) devono poter essere tenuti in ambienti chiusi a chiave con il controllo degli operatori.
- I farmaci devono essere custoditi in un armadio chiuso a chiave
- Non vi devono essere ganci utilizzabili come appigli per funi o lenzuola, quelli esistenti devono piegarsi sotto il peso del corpo
- E' opportuno che la cottura dei cibi avvenga tramite piastre elettriche. Il gas metano andrebbe utilizzato solo per il riscaldamento.
- I vetri devono essere antisfondamento.

Deve inoltre essere garantito il rispetto delle normative vigenti per quanto riguarda:

- protezione antisismica
- protezione antincendio (eventuale visto VV.FF.)
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza antinfortunistica (D.Lgs. 626/94)
- igiene dei luoghi di lavoro
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti (inclusi eventuali rifiuti speciali se vi è uso di farmaci)
- sicurezza degli impianti.

14.2.4 Organizzazione

- Funzionalmente connessa con i servizi di NPIA territoriali dove si trova ubicata e con la

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

U.O. NPIA di provenienza del paziente inviato che resta titolare, per il tramite del Case Manager, dei singoli progetti terapeutici.

- Coordinamento con gli altri servizi per adolescenti dell'area socio-assistenziale e sanitari
- Supervisione almeno quindicinale degli operatori
- Predisposizione di indicatori di processo e di risultato per la valutazione qualitativa degli interventi terapeutici
- Devono esistere procedure scritte su:
- accoglienza
- rapporti con la famiglia
- dimissione
- rapporti con servizi invianti
- continuità di presa in carico a fronte di turn over
- emergenze
- modalità di raccolta c conservazione della documentazione clinica
- gestione dell'intervento farmacologico
- gestione di episodi di crisi auto o eteroaggressivi
- modalità di valutazione dell'andamento e degli esiti con formulazione di indicatori per la valutazione della efficacia del trattamento
- deve essere previsto un momento annuale di sintesi, programmazione e verifica organizzativa della struttura, in cui analizzare l'anno trascorso e definire gli obiettivi per il successivo

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.

14.2.5 Personale

L'Equipe multi professionali della comunità terapeutica riabilitativa per minori è composta come segue:

- 1 medico neuropsichiatra dell' infanzia e dell'adolescenza
- 1 psicologo-psicoterapeuta.
- 3 infermieri professionali.
- 1 assistente sociale (12 ore sett.)
- 6 educatori professionali/ tecnici della riabilitazione psichiatrica H24
- 2 operatori OSA/OTA
- 1 amministrativo (12 ore sett.)

Uno degli educatori professionali assume funzioni di coordinatore.

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio.

Per quanto non contenuto nel presente documento si rinvia alle indicazioni contenute nel *"DA 7 gennaio 2014"*, adottato in coerenza con gli indirizzi contenuti nell'Accordo approvato il 13

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

novembre 2014, dalla Conferenza Unificata, *ai sensi dell'art.9, comma2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane*, recante *"Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza"*. L' Intesa, tiene conto degli interventi individuati dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), per la cui realizzazione si indica, come obiettivo prioritario, la programmazione della rete integrata sociosanitaria intendendo così rispondere più adeguatamente al bisogno dei minorenni con disturbi neuropsichiatrici che necessitano di interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e 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. Detto documento fornisce indicazioni sulle caratteristiche clinico organizzative dei percorsi residenziali e semiresidenziali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando i differenti livelli di intensità terapeutico riabilitativa nelle previsioni del DPCM 12 gennaio 2017 e prevedendo, inoltre, la possibilità che gli interventi socio-educativi siano forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione tra Aziende sanitarie e ambiti territoriali sociali.

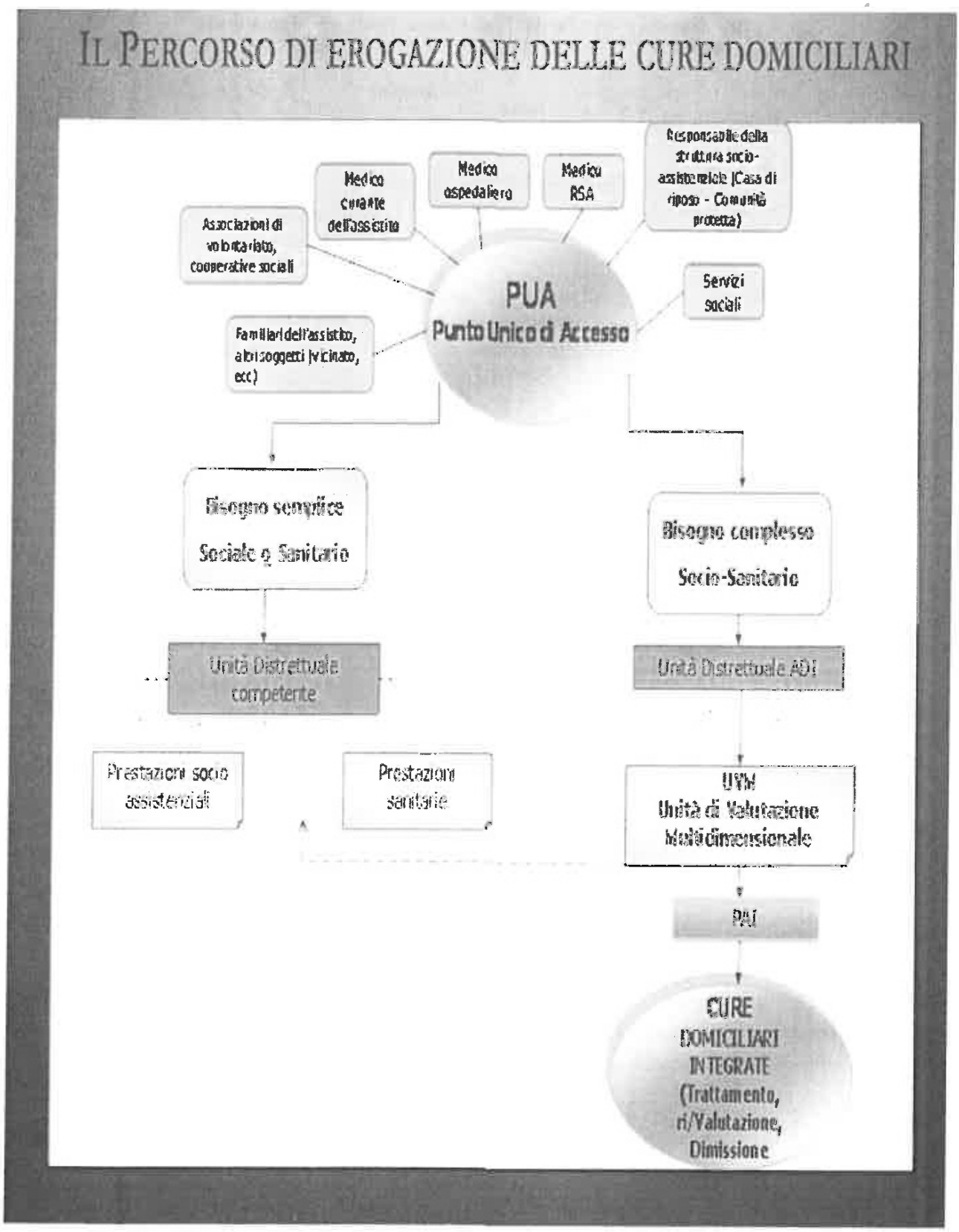
1. FONTI DI FINANZIAMENTO ATTIVABILI

A sostegno del sistema integrato socio-sanitario possono essere attivabili le seguenti fonti di finanziamento che, seppur con provenienza e modalità di utilizzo diversi tra loro, possono concorrere all'attuazione del sistema.

- Fondo Sociale Europeo
- Finanziamenti alla cooperazione sociale (L. n. 381/1991);
- Finanziamenti alle associazioni di promozione sociale;
- Appalti riservati e clausole sociali da parte delle pp.aa. come previsto dalla legge 381/91
- Clausole sociali da parte di datori di lavoro privati;
- Legge 68/99: fondo nazionale per il diritto al lavoro dei disabili; fondo regionale per il diritto al lavoro dei disabili;
- Altre misure incentivanti le persone con disabilità o i soggetti svantaggiati;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali (legge 328/2000);
- Fondi della formazione professionale;
- Fondi della coesione sociale dei programmi di inclusione sociale e lavorativa di soggetti svantaggiati.
- Piano di Azione e Coesione- Servizi di cura
- L.R. 9/05/2017 n. 8
- Leggi nazionali e regionali destinate al settore

COPIA NON

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione



COPIA NON

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari [13]

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA=GEA/GDC*	Durata media	Complessità	
				Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD prestazionali (occasionali o cicliche programmate	Clinico funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio-sanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore socio-sanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Suoeriore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

Note:

CIA = coefficiente intensità assistenziale;

GEA = giornata effettiva assistenza;

GDC = giornate di cura (durata PAI).

**Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare. Fonte: Ministero della salute (2006)

[13] D.P. 26 gennaio 2011 approvazione delle "Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari"

(2017.31.1966)102

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile* MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 4,60

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione