ATTIVAZIONE DI PERCORSI SOCIOSANITARI RESIDENZIALI PER PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E COMORBIDITÀ SOMATICA O NON AUTOSUFFICIENZA PER LE QUALI NON RISULTA APPROPRIATO L'INVIO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

N. REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE ATTIVITA'	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	EMISSIONE E DISTRIBUZIONE
1	16/07/2020	Prima revisione	Gruppo lavoro aziendale	Gruppo lavoro aziendale	**Direzione dei servizi sociosanitari**	**Direzione dei servizi sociosanitari**

Gruppo Di Lavoro Aziendale			
Pier Paolo Pani	Dirig. Medico	Direttore SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Diego Cabitza	Dir. Analista	Direttore SC Committenza-Altre Prestazioni Sanitarie e SocioSanitarie ATS	Verifica
Marco Sulcis*	Dirig. Medico	Direttore Distretto SocioSanitario Area Vasta ASSL Cagliari	Verifica
Annaclara Melis**	Dirig. Medico	Direttore Dipartimento Attività Distrettuali	Verifica
Agnese Murgia*	Dirig. Medico	DSMD Centro Sardegna	Redazione/Verifica
Anna Susnik	Dirig. Medico	SC Committenza-Altre Prestazioni Sanitarie e SocioSanitarie ATS	Verifica
Antonella Sulis	Assist. Sociale	Distretto Socio Sanitario Area Vasta ASSL Cagliari	Redazione/Verifica
Antonello Pittalis	Dirig. Medico	DSMD Nord Sardegna	Redazione/Verifica
Cristiana Cardia	Dirig. Medico	SC Committenza-Altre Prestazioni Sanitarie e SocioSanitarie ATS	Verifica
Irma Dessì	Dir. Medico	DSMD Sud Sardegna	Redazione/Verifica
Maria Vincenza Monni	Infermiera	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Maria Teresa Camboni*	Assist. Sociale	Presidio Ospedaliero e Distretto SocioSanitario ASSL Lanusei	Verifica
Paola Damasco	Assist. Sociale	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Rosangela Vacca	Infermiera	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Rossana Guiso	Dirig. Medico	Distretto Socio Sanitario Area Vasta ASSL Cagliari	Redazione/Verifica

* non presenti alla revisione

**ulteriori inserimenti nel gruppo di lavoro per la revisione

STATO DELLE REVISIONI

Numero Progressivo	**Pagina n.**	**Paragrafo/ sotto paragrafo**	Correzione	**Approvata da**
1	5	2	Eliminazione contenuti	Direzione dei Servizi Socio Sanitari
2	8	5.2 punto 3 5.2 punto 5	Integrazione contenuti Eliminazione e Integrazione contenuti	Direzione dei Servizi Socio Sanitari
3	9	5.2 punto 7 5.2 punto 11 6 punto 3 8	Integrazione contenuti Integrazione contenuti Eliminazione contenuti Eliminazione contenuti	Direzione dei Servizi Socio Sanitari

Indice *Pagina*

Premessa *4*

1. Scopo ***5***

2. Campo di applicazione ***5***

3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia ***5***

4. Responsabilità ***7***

5. Descrizione Attività ***9***

6. Indicatori ***9***

7. Materiali e strumenti utilizzati ***9***

8. Eccezioni ***9***

9. Bibliografia e riferimenti normativi ***9***

10. Allegati 14

10.1. diagramma di flusso 14

PREMESSA

I determinanti dell'incremento delle patologie cronico-degenerative e della non autosufficienza nella popolazione generale (prevalentemente di tipo demografico ed epidemiologico) condizionano anche lo stato di salute e la qualità della vita dei pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). Sempre più frequentemente ci si trova infatti a dover affrontare bisogni complessi di natura sociosanitaria nei pazienti dei Centri di Salute Mentale (CSM), dei Servizi per le Dipendenze (SerD) o dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Si tratta di bisogni non chiaramente inquadrabili come bisogni somatici o psichiatrici, ma piuttosto come bisogni articolati, coinvolgenti componenti somatiche, psicologico-psichiatriche e sociali in varia misura combinati e comunque causa di fragilità o non autosufficienza delle persone.

La presa in carico di pazienti portatori di questi bisogni, la verifica delle opportunità assistenziali offerte dai Servizi sociosanitari del territorio e l'adozione di programmi di intervento idonei a rispondere in maniera appropriata alle esigenze del singolo, richiedono la disponibilità di un contesto valutativo multiprofessionale sociosanitario, che coinvolga i servizi del DSMD e del Distretto Socio Sanitario di riferimento.

Nella operatività dei servizi territoriali della ATS, l'intervento sociosanitario integrato per pazienti provenienti dalle strutture dei DSMD è stato storicamente garantito essenzialmente attraverso una collaborazione nata sul campo, non formalizzata, tra i CSM o i SerD e i Distretti Socio Sanitari, con il coinvolgimento delle equipe del CSM o SerD e del sistema Punto Unico di Accesso- Unità di Valutazione Territoriale (PUA-UVT). Tale attivazione congiunta si è resa necessaria in particolare in relazione alla individuazione di percorsi terapeutico riabilitativi di tipo residenziale, laddove i bisogni complessi della persona e della famiglia non hanno trovato risposta, prioritariamente o esclusivamente, nelle strutture terapeutiche specifiche della Salute Mentale, ma a causa dei condizionamenti di natura somatica e in assenza o scarsa prevalenza di necessità propriamente psichiatriche, hanno richiesto una progettualità più ampia ed integrata.

Per quanto encomiabili per le risposte così fornite in relazione ai bisogni rilevati nelle realtà operative e meritevoli di attenzione per il patrimonio esperienziale accumulato, occorre tuttavia rilevare che un approccio parcellizzato, demandato in toto alla valutazione/negoziazione delle singole strutture operative locali, ovviamente condizionate da orientamenti professionali, pratiche operative e consuetudini differenti, si riflette immancabilmente nella eterogeneità dei comportamenti fra diverse realtà territoriali, compromettendo l'equità di accesso ai percorsi sociosanitari e la loro qualità.

Sulla base di queste considerazioni, appare quanto mai necessario e opportuna, in ambito ATS Sardegna, la definizione di procedure omogenee riguardanti la valutazione, la presa in carico e la individuazione di percorsi sociosanitari appropriati per pazienti necessitanti di interventi congiunti tra le strutture del DSMD e quelle del Distretto Socio Sanitario. Più specificamente con il presente

documento si intende definire una prima procedura operativa riguardante l'inserimento di persone con problemi di salute mentale e comorbidità somatica o non autosufficienza in percorsi sociosanitari residenziali non attuabili in strutture psichiatriche.

1. Scopo/Obiettivo

Obiettivo è assicurare l'inquadramento diagnostico multiprofessionale, la valutazione multidimensionale e la conseguente individuazione del percorso sociosanitario residenziale in grado di rispondere alle necessità di persone in carico ai DSMD con problematiche somatiche e/o di non autosufficienza, per le quali non sono appropriati gli interventi specifici delle strutture residenziali psichiatriche.

2. Campo di applicazione

Si applica in tutti i casi per i quali il CSM reputa opportuna e appropriata la valutazione congiunta con la UVT per l'individuazione di un percorso sociosanitario residenziale in strutture non psichiatriche per i pazienti in carico.

3. Abbreviazioni terminologia definizioni

ATS: Azienda per la Tutela della Salute.

Bisogno complesso: richiede una risposta sociosanitaria integrata, presuppone la presa in carico globale della persona da parte di una équipe interprofessionale sociosanitaria integrata con i servizi sociali del comune di appartenenza, una valutazione multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato.

Bisogno semplice: non richiede una risposta sociosanitaria integrata, non richiedendo, pertanto, necessariamente una valutazione multidimensionale e una presa in carico globale della persona da parte di una équipe interprofessionale.

CSM: Centro di Salute Mentale - è l'unità operativa del DSMD preposta ad assicurare l'assistenza psichiatrica nel territorio di competenza. Ha il compito di offrire alle persone con disturbi psichiatrici interventi multidisciplinari per lo svolgimento di un percorso diagnostico e di un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato. Il CSM rappresenta un punto strategico per la garanzia della continuità delle cure e la presa in carico.

Non autosufficienza: incapacità totale o parziale, transitoria o permanente, di compiere le normali azioni della vita quotidiana.

Paziente fragile: persona affetta da patologie multiple con stato dì salute instabile, frequentemente con disabilità, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico e psico-comportamentali.

Paziente non autosufficiente: si intende una persona che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare.

Presa in carico: è un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie che il Servizio Sanitario mette in atto per rispondere ai bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità.

PTAI: Progetto terapeutico abilitativo individualizzato (elaborato dall'equipe del CSM) .

PUA: Punto Unico di Accesso per i servizi socio sanitari - rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale attraverso l'integrazione professionale delle diverse figure coinvolte e della integrazione istituzionale tra la componente sociale e sanitaria, finalizzata alla erogazione di una assistenza socio-sanitaria; nell'ambito del PUA vengono differenziati i bisogni semplici da quelli complessi; è una struttura organizzativa formalmente presente in ogni Distretto socio-sanitario.

RSA: Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globali.

SerD: Servizio per le Dipendenze - è il Servizio pubblico per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, a cui sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - è la struttura ospedaliera in cui viene gestita, in regime di ricovero volontario o obbligatorio, la fase acuta della patologia psichiatrica.

SRRSP: Servizio di Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrica - è l'unità operativa coinvolta in collaborazione con il CSM nella definizione delle tipologie di percorsi di cura e riabilitazione residenziali e semiresidenziali per le patologie di competenza (Piani di trattamento individuali e Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati).

UVT: Unità di Valutazione Territoriale - l'UVT ha compiti di valutazione multidimensionale dei bisogni sociosanitari complessi e di predisposizione del progetto personalizzato di intervento; è una struttura organizzativa formalmente presente in ogni Distretto socio-sanitario.

4. Responsabilità (matrice delle responsabilità)

Funzione / ***Attività***	Equipe PUA-UVT	Equipe CSM	Direttore CSM	Diret. distr.socio sanit
Valutazione multiprofessionale (PTAI)		**R**		
Trasmissione documentazione al direttore del Distretto territorialmente competente.			**R**	
Ricezione della documentazione	**R**			**R**
Valutazione della documentazione	**R**			
Convocazione UVT integrata	**R**			
Valutazione del percorso più appropriato	**R**	**R**		
Redazione del verbale finale	**R**	**R**		
Rivalutazione periodica del paziente	**R**	**R**		
Segnalazione del fine percorso di cura residenziale	**R**			

5. Descrizione dell'attività

5.1 Destinatari

Persone in carico al CSM per le quali sia evidenziabile la presenza di bisogni complessi che possano trovare risposta in un inserimento in una struttura residenziale ma per le quali non sia ritenuto appropriato ed efficace alcun intervento riabilitativo psichiatrico, anche a bassa intensità riabilitativa (es. SRP3). Tale situazione, esplicitamente certificata dalla équipe multidisciplinare del CSM avente in carico la persona, potrà riguardare le seguenti tipologie di utenza:

1. Paziente con diagnosi psichiatrica in fase di remissione (diagnosi di psicosi schizofrenica, schizoaffettiva e bipolare o con grave disturbo di personalità) con prevalenti bisogni di assistenza sanitaria di tipo medio-bassa e tutelare non garantibile al proprio domicilio, in assenza di rete familiare significativa.
2. Paziente con diagnosi psichiatrica con sintomi residuali o in assenza di sintomatologia acuta da oltre 2 anni (diagnosi di psicosi schizofrenica, schizoaffettiva e bipolare o con grave disturbo di personalità) con prevalenti bisogni di assistenza sanitaria di tipo medio-alta, con compresenza di

patologie organiche, che richiedono assistenza sanitaria specialistica medica e infermieristica non garantibile al proprio domicilio, in assenza di rete familiare significativa.
3. paziente con diagnosi psichiatrica con sintomatologia attiva (diagnosi di psicosi schizofrenica, schizoaffettiva e bipolare o con grave disturbo di personalità) con prevalenti bisogni di assistenza sanitaria di tipo medio-alta con compresenza di patologie organiche, al momento prioritarie, che richiedono assistenza sanitaria specialistica medica e infermieristica non garantibile al proprio domicilio, in assenza di rete familiare significativa.

NB
non necessitano di valutazione in ambito PUA-UVT perché gestiti direttamente dal CSM in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di riferimento, i pazienti con diagnosi di psicosi cronica/residuale, in assenza di sintomi acuti, con bisogni prevalenti di natura socio-assistenziale, in assenza di rete familiare significativa per i quali si può garantire assistenza sanitaria di base in strutture socio-assistenziali.

5.2 Attività:
1. L'equipe del CSM (medico, psicologo, Assistente Sociale, educatore, etc) variamente composta a seconda delle necessità del paziente e della realtà operativa specifica, provvede preliminarmente a una valutazione multiprofessionale del paziente. La valutazione del quadro psicopatologico e degli eventuali margini riabilitativi è di competenza esclusiva degli specialisti del DSMD.
2. Laddove ravvisi l'appropriatezza di un percorso residenziale, non psichiatrico, trasmette la documentazione al direttore del CSM territorialmente competente.
3. Il direttore del CSM, valutata la documentazione, formula al direttore del distretto sociosanitario di riferimento la richiesta di valutazione congiunta con il PUA-UVT, inviando esclusivamente una relazione esaustiva sulla situazione sociosanitaria del paziente. Il direttore del distretto ha la facoltà di delegare la ricezione della richiesta al PUA.
4. Ricevuta la richiesta, il PUA provvede, entro 10 giorni, a concordare con l'equipe di riferimento del paziente del CSM inviante la data di svolgimento dell'UVT. Il PUA convoca: Amministratore di Sostegno o Tutore (se presente), il Servizio Sociale del Comune di residenza e, se necessario, eventuali familiari di riferimento o ulteriori professionalità utili alla valutazione.
5. La valutazione congiunta prevede la presenza dell'equipe di riferimento del paziente del CSM inviante, fatto salvo l'adozione delle misure atte a contrastare la diffusione del COVID-19.
6. In sede di valutazione congiunta in UVT, si individua il percorso che meglio risponda ai bisogni del paziente. A conclusione della UVT viene redatto apposito verbale.
7. Qualora l'esito della valutazione congiunta preveda come appropriato un inserimento in struttura residenziale, sarà cura dell'UVT individuare la residenza più idonea e, nel caso di indisponibilità di questa indicare, entro cinque giorni, un'alternativa di pari tipologia.

8. Il verbale redatto, contenente l'indicazione delle azioni da svolgere e della tempistica per la rivalutazione del percorso sociosanitario individuato, sarà inoltrato a tutti i referenti territoriali interessati (comune di residenza, Direttore CSM, familiari di riferimento o amministratore di sostegno, etc.). Il verbale deve dare conto del rispetto della presente procedura alla quale deve fare esplicito riferimento.
9. Sarà inoltre compito dell'UVT provvedere alla rivalutazione periodica dei bisogni del paziente, coinvolgendo l'equipe del CSM, la quale assicura in ogni caso la prosecuzione del rapporto di cura con l'utente.
10. L'UVT segnalerà al CSM inviante l'eventuale conclusione del percorso di cura residenziale e l'eventuale necessità di una ulteriore rivalutazione congiunta.
11. Il PUA provvederà alla stesura, all'invio, gestione e archiviazione di tutti gli atti sanitari ed amministrativi inerenti l'inserimento (es. comunicazioni alla Struttura, aggiornamento database/software, ecc.).

6. Indicatori

1) Numero pazienti inviati dal CSM alla valutazione UVT/ numero pazienti valutati congiuntamente in UVT (valore atteso 100/100).
2) Numero pazienti inviati dal CSM alla valutazione UVT/ numero pazienti inseriti in struttura residenziale non psichiatrica (tendente verso l'incremento).

7. Materiali e strumenti Utilizzati

Schede di valutazione multidimensionale in dotazione all'UVT presenti nel programma SISAR. PTAI (progetto terapeutico abilitativo individualizzato del CSM).

9. Riferimenti normativi e documentali

Gli inserimenti in percorsi residenziali sono disciplinati al livello nazionale e regionale da provvedimenti specifici che distinguono il caso di pazienti con patologia somatica e/o non autosufficienza dal caso di pazienti con patologia psichiatrica. Essi forniscono indicazioni sui servizi sanitari di riferimento per la valutazione dell'utenza (Distretto Socio Sanitario nel primo caso, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) nel secondo), sulla tipologia di strutture residenziali e criteri di eleggibilità dei pazienti, sui livelli di assistenza sanitaria e sociale erogabili, sulle tariffe. In particolare:

Normativa di riferimento prioritario del DSMD inerente l'assistenza residenziale psichiatrica

L'**Accordo n.116 del 17-10-2013** *approvato dalla Conferenza unificata Stato-Regioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Strutture Residenziali Psichiatriche*, definisce le Strutture Residenziali Psichiatriche risorse dei DSMD dedicate al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici definiti che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale, distinguendone la tipologia sia per il livello di

intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo, prevedendo strutture per trattamenti terapeutici a carattere intensivo, estensivo e socioriabilitativo;

Il **DPCM del 12.01.2017** "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", all'art 33 individua i livelli essenziali per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali, confermando l'articolazione in tre livelli di intensità (ad alta intensità, estensivi, socio-riabilitativi) e fornendo indicazioni sui destinatari e sulla durata degli interventi;

La **DGR n. 53/8 del 29.12.2014**- *Programmazione nel settore della Salute mentale per gli anni 2015-2016*. Riguardo l'assistenza residenziale e semiresidenziale dispone il recepimento delle intese Stato-Regioni pertinenti (Rep. Atti n. 116 del 17.10.2013 e n. 138 del 13.11.2014) con la definizione delle tipologie di struttura, del numero di posti letto e delle capacità operative autorizzabili ed accreditabili, modificandone alcune denominazioni;

La **DGR n. 66/22 del 23.12.2015**- *Programmazione nel settore della Salute mentale per l'anno 2016, definizione del percorso per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione di cui alla DGR 53/8 del 29.12.2014*, dispone la rivisitazione dei percorsi assistenziali residenziali alla luce di quanto stabilito nella deliberazione della Giunta regionale n. 53/8 del 29 dicembre 2014, adeguando il fabbisogno di strutture;

La **DGR n. 64/11 del 28.12.2018**- *Sistema per la tutela della salute mentale degli adulti. Sistema tariffario e schede requisiti generali minimi autorizzativi e requisiti specifici minimi autorizzativi delle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali; integrazione della programmazione regionale delle strutture psichiatriche residenziali*, integra i requisiti generali minimi autorizzativi e i requisiti minimi specifici autorizzativi previsti dalla precedente delibera in coerenza con la classificazione prevista dai nuovi LEA (2017) per le tre tipologie di strutture per interventi a carattere intensivo, estensivo e socioriabilitativo.

L'invio in questa tipologia di strutture è compito esclusivo del Centro di Salute Mentale (CSM).

Normativa di riferimento prioritario del Distretto Socio Sanitario inerente l'assistenza residenziale

I principali provvedimenti normativi che classificano e regolamentano le strutture residenziali di tipo socio-sanitario, in ambito regionale, ai quali si rimanda per un approfondimento della materia, sono i seguenti:

Il **DPCM del 12.01.2017** "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", che:

• all'art. 30 individua i livelli di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, distinguendo i trattamenti estensivi da quelli di lungo assistenza e fornendo indicazioni sui destinatari e sulla durata degli interventi;
• all'art. 34 individua i livelli di assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, distinguendo i trattamenti di riabilitazione intensivi, estensivi e socioriabilitativi e fornendo indicazioni sui destinatari e sulla durata degli interventi;

La **DGR n. 19/1 del 28.03.2008**: *Attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione globale: riorganizzazione della rete territoriale*, che prevede l'articolazione degli interventi residenziali sulla base della intensità assistenziale sociale e sanitaria residenziali individuando le seguenti tipologie:

- riabilitazione globale a ciclo continuativo alta intensità;
- riabilitazione globale a ciclo continuativo;
- riabilitazione disabili psichici a ciclo continuativo;
- riabilitazione disabili psichici diurna;
- residenziale a valenza socio-riabilitativa;
- residenziale a valenza socio-riabilitativa per pazienti con alto bisogno assistenziale;
- diurno a valenza socio-riabilitativa;

La **DGR n. 22/24 del 03/05/2017** *Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati". Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali*, prevede le seguenti tipologie:

- R1 - residenzialità per cure sociosanitarie intensive
- R2 - residenzialità per cure sociosanitarie estensive
- R3 - residenzialità per cure socio-sanitarie a minore intensità, suddivise in tre "sottolivelli":
  - R3A: persone richiedenti trattamenti sanitari e socio-sanitari di recupero e mantenimento funzionale
  - R3D: persone con demenza
  - R3B: persone richiedenti trattamenti di lungo-assistenza sanitaria e socio-sanitaria

La **DGR n. 53/7 del 29/10/2018** *Linee guida strutture sociali-Requisiti specifici per le tipologie di strutture sociali di cui all'articolo 4, comma 1, lett. a), b), d) ed e) del Decreto del Presidente della Regione n. 4 del 2008, ai sensi dell'articolo 28, comma 1, dello stesso DPR ai fini dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento*, che prevede le seguenti tipologie di strutture residenziali per adulti, definendone i destinatari e i criteri per l'accreditamento:

- **Comunità di tipo familiare e gruppi di convivenza**
  - Casa famiglia
  - Gruppi di convivenza

- Gruppi appartamento
- Comunità di pronta accoglienza

- **Strutture residenziali a carattere comunitario**
  - Comunità alloggio per anziani
  - Residenze comunitarie diffuse per anziani
  - Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "Dopo di noi"
  - Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale

Se la normativa di riferimento sopracitata distingue i percorsi residenziali di riferimento del DSMD da quelli sociosanitari di riferimento del Distretto Socio Sanitario, la necessità di un intervento integrato viene riconosciuta e promossa ai diversi livelli normativi:

Il **DPCM 14 febbraio 2001**-*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*, inserisce tra le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogabili anche in ambito residenziale e semiresidenziale, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, tra le quali quelle relative alle patologie psichiatriche. Tali prestazioni sono caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza;

La **LR 23 dicembre 2005, n. 23**-*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 Riordino delle funzioni socio-assistenziali*, dispone che la Regione e gli enti locali promuovano la condivisione di protocolli e percorsi operativi e la messa in rete delle diverse competenze professionali necessarie alla elaborazione e realizzazione di progetti ed interventi integrati;

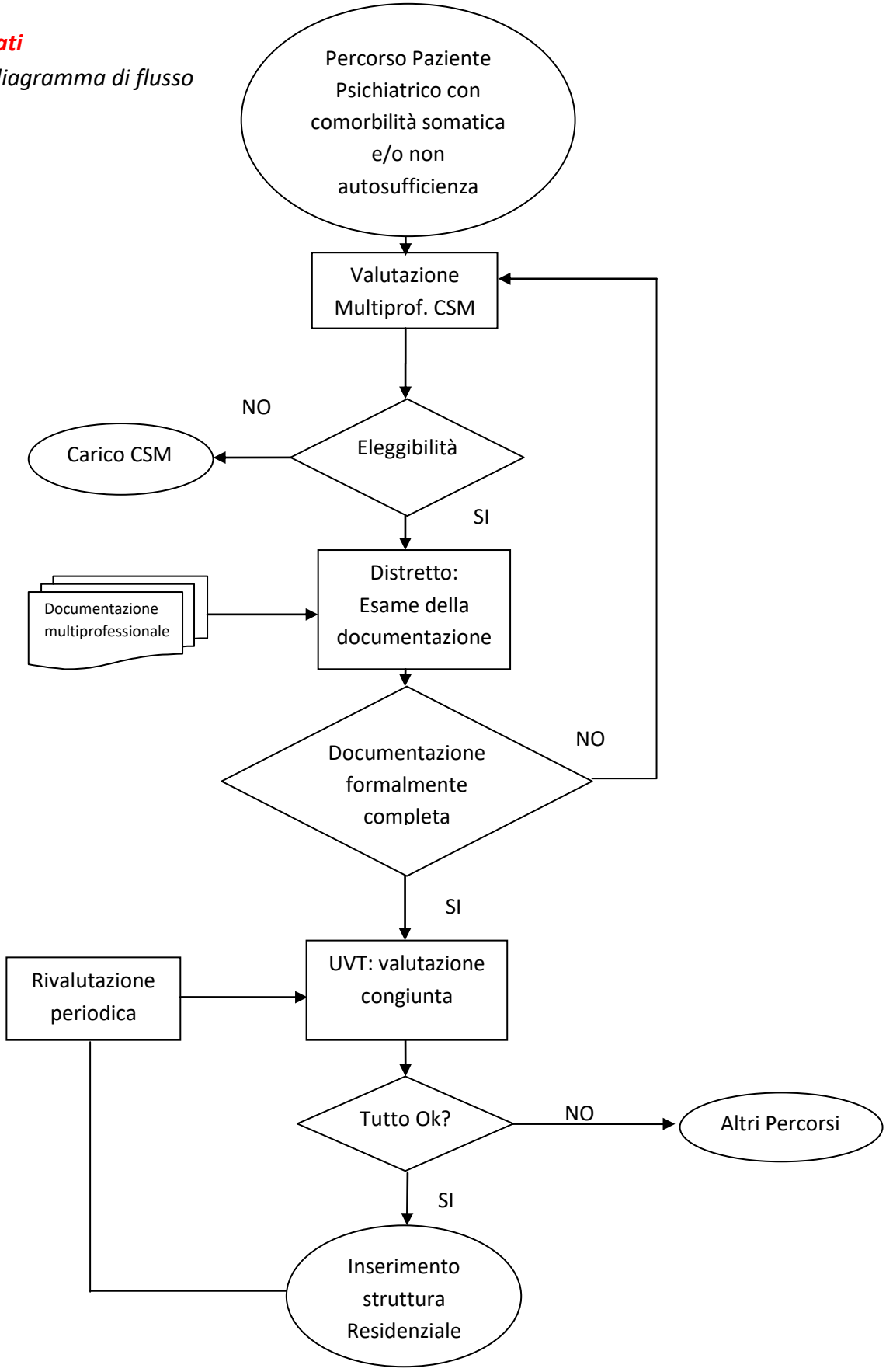
Il **Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM)**, approvato in Conferenza unificata con accordo n.4 del 24-01-2013 prevede la definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità (handicap psichiatrico adulto stabilizzato e disabilità adulta per disturbi psico-organici) mediante, tra l'altro, la produzione di raccomandazioni regionali rivolte ai servizi competenti delle ASL e la definizione di percorsi assistenziali aziendali, anche attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;

Il **DPCM del 12 gennaio 2017**, relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), parla all'art. 27 di disabilità complesse e sancisce che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata;

La **DGR 38/31 dell' 8 agosto 2017**-*Potenziamento dei Punti unici di accesso e delle Unità di valutazione territoriali ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni e della gestione degli*

interventi per la non autosufficienza in ambito PLUS, ricorda che gli indirizzi ministeriali impegnano le Regioni ad attivare o rafforzare le modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso piani personalizzati di assistenza, che integrino le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale;

Peraltro a supporto di quanto espresso in questo documento, esistono anche indicazioni più specifiche sull'accesso di pazienti con problematiche di salute mentale in strutture territoriali orientate al trattamento di patologie organiche e non autosufficienza: la già citata **DGR 22/24 del 03.05.2017** riporta testualmente che: "*spesso anche la patologia psichiatrica, stabilizzata, di cui sono portatrici persone anziane, o l'invecchiamento di persone con disturbo psichiatrico cronico con polipatologie organiche caratterizzate da forti indici di comorbilità e di severità, possono trovare risposta in un progetto temporaneo di residenzialità in R.S.A. in accordo e con il sostegno del Centro di Salute Mentale che ha in carico il paziente*."

10. Allegati

10.1. diagramma di flusso