

## **SALUTE MENTALE REGIONE LAZIO**

La **LR n. 49/1983 “Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale”** affermava che il servizio di salute mentale, inteso come insieme dei servizi e presidi che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative in materia di salute mentale, doveva essere organizzato su base dipartimentale ai sensi dell'articolo 34 della L. 833/78.

Prevedeva l'istituzione della *Commissione regionale unica per la salute mentale* (C.R.U.Sa.M), che:

- a) controlla e verifica dell'attuazione e della realizzazione del processo di chiusura degli OO.PP. sia pubblici che privati;
- b) esercita, se necessario in collaborazione con il servizio ispettivo regionale, funzioni di verifica e controllo su tutte le strutture psichiatriche sia pubbliche che private esistenti sul territorio regionale, in merito al possesso e al mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali della struttura nonché alle attività svolte e ai livelli assistenziali qualitativi e quantitativi forniti dalle stesse;
- c) verifica le segnalazioni concernenti situazioni di particolare gravità effettuate da cittadini, utenti, familiari, associazioni varie operanti nel campo, richiedendo, se necessario, atti e/o relazioni scritte in merito alla disfunzionalità denunciata;
- d) collabora, fornendo consulenza, all'attività istituzionale, propria degli organi regionali, di programmazione, indirizzo e coordinamento nell'ambito specifico della tutela della salute mentale.

La C.R.U.Sa.M. si riunisce di norma in forma plenaria ed in via ordinaria con cadenza mensile ed in via straordinaria ogni qualvolta il presidente o un terzo dei componenti ne richieda la convocazione. Le decisioni sono prese a maggioranza dei presenti <sup>(5)</sup>.

Tale Commissione è stata in seguito modificata con la **L.R. n. 39/1998: “Modifica della L.R. 14 luglio 1983, n. 49: Istituzione della Commissione regionale unica per la salute mentale (C.R.U.Sa.M.)”**

L'art. 12 della **L.R. 20-9-1993 n. 55: “Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1991, n. 412”** riguarda in maniera specifica le “*Strutture psichiatriche*”.

Prevede, infatti, il completamento della rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, secondo gli standard fissati dal DPR 7 aprile 1994 (Approvazione del progetto-obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996»), attraverso l'istituzione di nuovi servizi ed il potenziamento, ove necessario, di quelli esistenti.

In base alla L.R. 55/93 la Giunta regionale definisce, sentita la componente commissione consiliare permanente e la commissione regionale unica per la salute mentale (C.R.U.Sa.M.) di cui all'articolo 3 della L.R. n. 49/83 e successive modifiche, il piano generale di riconversione delle strutture private attualmente accreditate.

Prevede inoltre che una quota parte dei posti complessivi delle case di cura neuropsichiatriche private esistenti debba essere riconvertita, in relazione alla tipologia anche edilizia delle case di cura stesse, nell'ambito di strutture alternative al ricovero ospedaliero, secondo criteri definiti nel piano generale di riconversione

Il Dipartimento di salute mentale prescrive l'accesso ed effettua una sistematica valutazione degli assistiti ricoverati nelle case di cura neuropsichiatriche private mediante un'équipe multidisciplinare, in funzione del loro reinserimento nel contesto sociale o in ambiti più propri di assistenza.

L'Art. 42 *“Raccordo ed integrazione del servizio di assistenza sociale con gli altri servizi del territorio - Accordi di programma”* della **L.R. 9-9-1996 n. 38: “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio.”** indicava che, ai fini dell'integrazione dei servizi di assistenza sociale con i servizi sanitari, i piani socio-assistenziale e sanitario-regionali individuano le aree di attività nell'ambito delle quali deve essere realizzata detta integrazione, avuto riguardo anche al tema della salute mentale.

Con la **DGR 159/97** sono state approvate le **“Linee guida per la chiusura degli ospedali psichiatrici (All. A) e linee guida attuative del progetto obiettivo tutela della salute mentale (All. B)”** *non l'ho trovata!!!trovato bozza di “progetto obiettivo regionale tutela salute mentale 1999-2001 eta' adulta” – no rif normativi!!!*

La **DGR n. 351 del 15 febbraio 2000: “Criteri per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale”** contiene indicazioni sulla tipologia delle strutture residenziali per la salute mentale e l'elenco dei documenti indispensabili per il rilascio del decreto autorizzativo all'apertura delle strutture residenziali psichiatriche comunità terapeutico-riabilitative (CTR)

### **1) Comunità terapeutico-riabilitativa**

#### *A) Definizione, missione, obiettivi*

La Comunità terapeutico-riabilitativa è una struttura sanitaria residenziale territoriale che accoglie su base volontaria pazienti di competenza psichiatrica che presentano particolari problemi psicopatologici, relazionali ed esistenziali a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita. Nella stessa non è previsto l'inserimento di soggetti con esclusivi problemi di abuso e di dipendenza da sostanze psicotrope e di soggetti con problematiche prevalenti di tipo non psichiatrico (anziani con problemi assistenziali dovuti a perdita di autosufficienza, con problemi di tipo degenerativo, disabili neurologici, etc.). Nella Comunità terapeutico-riabilitativa vengono svolti programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati attuati attraverso interventi diversificati, individuali e di gruppo, integrati tra loro. Il trattamento ha come obiettivo il recupero di capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, al fine di un suo reinserimento nella rete sociale.

La presenza in Comunità, di norma, non può protrarsi ininterrottamente per oltre due anni onde evitare permanenze prolungate non pertinenti al progetto di cura.

Qualora le strutture psichiatriche residenziali in argomento accolgano pazienti inviati dal DSM, con retta giornaliera a totale carico del fondo sanitario regionale, si rende necessario che il progetto terapeutico personalizzato nonché le dimissioni dalla struttura vengano concordate con l'équipe inviante, per completare e/o rafforzare, il percorso terapeutico riabilitativo del paziente.

#### *B) Requisiti di struttura*

La Comunità terapeutico-riabilitativa è collocata in contesto urbano, o comunque facilmente raggiungibile con i servizi di trasporto pubblico per agevolare i processi di socializzazione. Può accogliere un numero massimo di 20 persone distribuite preferibilmente in stanze da uno o due letti. Debbono, inoltre, essere presenti locali comuni, oltre alla sala mensa, che favoriscano e consentano momenti di socializzazione e spazi dedicati ad attività terapeutiche e riabilitative. Comunque, le strutture in argomento debbono rispettare i requisiti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989,.

La Comunità terapeutico-riabilitativa deve essere in grado di garantire l'assistenza continuativa agli utenti ospitati nelle 24h con personale qualificato multiprofessionale (psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori di comunità, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sanitari, OTA) in rapporto di i operatore per ospite e comunque l'organico

deve prevedere almeno 1 psichiatra ed 1 psicologo e deve essere garantita la presenza almeno di due operatori di cui 1 con qualifica di infermiere professionale nelle 24h.

### *C) Requisiti di processo*

L'accoglienza in Comunità terapeutico-riabilitativa deve essere preceduta da una valutazione sull'opportunità/necessità del trattamento comunitario. L'inserimento coinciderà con la definizione di un contratto terapeutico in cui vengono stabilite le regole comunitarie nonché gli obiettivi, le modalità ed i tempi di realizzazione dello stesso. Qualora l'ingresso in comunità è proposto dal DSM, le procedure di cui sopra, compresa la fase della dimissione, vanno concordate anche con l'équipe inviante, al fine di predisporre progetti d'inserimento sia lavorativo che presso strutture a minore intensità assistenziale.

L'andamento del progetto terapeutico deve essere monitorato almeno trimestralmente per verificare il raggiungimento degli obiettivi intermedi. La valutazione, in ogni momento del percorso, deve potersi effettuare sulla scorta di protocolli scientifici condivisi.

## **2) Comunità di convivenza**

### *A) Definizione, missione, obiettivi*

Le Comunità di convivenza sono strutture socio-sanitarie residenziali territoriali che accolgono, su base volontaria, pazienti di competenza psichiatrica sia con disturbi stabilizzati, ma con scarse capacità di autogestione, che con recuperate capacità di autonomia, ma che necessitano ancora di specifici interventi socio-sanitari. Le attività che vengono svolte nelle stesse debbono essere finalizzate: al soddisfacimento dei bisogni specifici di vita nella struttura, a progetti personalizzati di riacquisizione e mantenimento di abilità ed a progetti di reinserimento nel sociale.

Le Comunità di convivenza non rappresentando soluzioni abitative definitive accolgono i pazienti per un periodo di tempo determinato in base alla valutazione di esito del programma di trattamento individuale.

Nelle stesse non è previsto l'inserimento di soggetti con esclusivi problemi di abuso e di dipendenza da sostanze psicotrope e di soggetti con problematiche prevalenti di tipo non psichiatrico (ad es. utenti anagraficamente anziani con problematiche psichiatriche pregresse e con remissione sintomatologica, ma con emergenza di bisogni specificatamente legati all'età).

Qualora le Comunità di convivenza accolgano pazienti inviati dal DSM si rende necessario che sia il progetto terapeutico individuale che le dimissioni dalla struttura, vengano concordate con l'équipe inviante. In queste strutture è prevista anche la compartecipazione economica da parte dell'ospite c/o dei familiari o da parte dell'ente locale.

### *B) Requisiti di struttura*

Le Comunità di convivenza erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e si differenziano, in base alla tipologia strutturale, in:

a) Comunità alloggio con ospitalità fino ad un massimo di 10 persone distribuite preferibilmente in stanze a due letti;

b) Gruppo appartamento con ospitalità fino ad un massimo di 6 persone distribuite: preferibilmente in stanze a due letti.

Le Comunità di convivenza sono collocate in contesto urbano, o comunque facilmente raggiungibile con i servizi di trasporto pubblico per agevolare i processi di socializzazione e debbono essere in possesso di requisiti minimi strutturali uguali a quelli delle civili abitazioni, così come previsto dal *decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997*. È auspicabile la presenza di almeno un bagno ogni 4 ospiti, una sala da pranzo ed un locale soggiorno per le attività di gruppo.

L'assistenza e le attività quotidiane sono garantite dalle seguenti figure professionali: infermieri professionali, educatori professionali, operatori tecnici di assistenza ed assistenti domiciliari con un rapporto di almeno 1 operatore ogni 3 ospiti distribuiti a seconda dei livelli di protezione offerti

dalla struttura (socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale con presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne e socio-riabilitative a minore intensità assistenziale con presenza di personale di assistenza per fasce orarie).

Comunque, nelle strutture in argomento deve essere prevista, anche a prestazione professionale, la figura di uno psicologo e/o di uno psichiatra ai quali poter attribuire funzioni di responsabilità della struttura e di vigilanza sugli aspetti igienico-sanitari. Inoltre, occorre prevedere la prestazione professionale di 1 operatore con la qualifica di assistente sociale.

### *C) Requisiti di processo*

L'accoglienza nelle Comunità di convivenza deve essere preceduta da una valutazione sull'opportunità/necessità dell'inserimento, nel qual caso verranno esplicitate al paziente le regole alle quali doversi attenere durante la permanenza nella struttura, mentre, quest'ultima dovrà definire: obiettivi, modalità e tempi di realizzazione del progetto d'inserimento. Qualora l'ingresso nella Comunità di convivenza sia proposto dal DSM il progetto terapeutico deve essere concordato con l'équipe inviante e monitorato almeno semestralmente per verificare il raggiungimento degli obiettivi intermedi. La valutazione deve potersi effettuare sulla scorta di protocolli scientifici condivisi.

## **3) Centro diurno e day hospital psichiatrico**

### *A) Definizione, missione, obiettivi*

Il centro diurno è una struttura socio-sanitaria semiresidenziale territoriale che accoglie pazienti, su base volontaria, di competenza psichiatrica per i quali necessita un intervento quotidiano ad integrazione del progetto terapeutico riabilitativo più complessivo. Possono essere accolti anche pazienti inseriti nelle strutture residenziali, in particolare nelle comunità di convivenza, per svolgere specifici e personalizzati progetti terapeutico-riabilitativi.

Qualora i centri diurni accolgano pazienti inviati dal DSM, i progetti terapeutico-riabilitativi, debbono essere concordati con l'équipe inviante. La finalità dell'intervento è il recupero di competenze individuali, relazionali e di livelli funzionali di autonomia da perseguire attraverso interventi integrati, individuali e di gruppo, sia all'interno del Centro diurno che all'esterno, utilizzando e sviluppando la rete sociale del territorio di riferimento onde favorire processi di inserimento e/o reinserimento personali o del gruppo.

Nel Centro diurno debbono svolgersi attività mirate all'orientamento ed alla preformazione professionale e/o attività che favoriscono processi comunicativi ed espressivi.

### *B) Requisiti di struttura*

Il Centro diurno è collocato in contesto urbano, ben collegato con i servizi di trasporto pubblico, per favorire la frequentazione e facilitare i processi di socializzazione.

È dotato di almeno un locale per colloqui e visite, uno per la consumazione dei pasti, uno per l'accoglienza, uno per le attività di segreteria e di locali idonei, per numero ed ampiezza, alle attività di gruppo in relazione alle specifiche attività previste in ciascun Centro diurno.

Il numero complessivo dei locali e spazi dovrà essere in relazione alla popolazione servita, l'apertura è di almeno 8 ore al giorno, comprensivo della consumazione di un pasto, per 6 o 7 giorni la settimana.

È prevista la presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie, di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste, in un rapporto di almeno 1 operatore ogni 4 pazienti per tutto l'orario di apertura.

### *C) Requisiti di processo*

L'accoglienza nel Centro diurno deve essere preceduta da una valutazione sull'opportunità/necessità dell'inserimento, nel qual caso verranno esplicitate al paziente le regole alle quali doversi attenere ed il progetto terapeutico personalizzato con obiettivi, tempi e modalità di realizzazione. Qualora

l'inserimento nel Centro diurno sia proposto dal DSM competente per residenza territoriale, il progetto terapeutico deve essere concordato con l'équipe inviata e monitorato almeno semestralmente per verificare il raggiungimento degli obiettivi intermedi. In quest'ultimo caso, si rende opportuno stabilire un criterio di priorità per il CSM (o modulo territoriale) nel cui territorio è collocato il Centro diurno. Il momento delle dimissioni deve essere concordato e programmato con i referenti del CSM (o modulo) di riferimento.

La valutazione deve potersi effettuare sulla scorta di protocolli scientifici condivisi

### **DAY HOSPITAL**

La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994.

I locali e gli spazi debbono essere in relazione alla popolazione servita.

Quanto sopra è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Le caratteristiche strutturali ed organizzative del Day Hospital, ubicati in presidi territoriali extraospedalieri, sono analoghe a quelle previste per il Centro diurno.

Il Day Hospital è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, accoglie in ricovero volontario pazienti dimessi dal SPDC o pazienti per i quali è necessario un ricovero di tipo ospedaliero ma non ci sono le circostanze per un ricovero a tempo pieno in SPDC.

Qualora l'ingresso in Day Hospital è proposto dal DSM occorrerà concordare con il SPDC o con l'équipe del CSM il ricovero che dovrà essere di breve durata (massimo 30 giorni) e finalizzato alla definizione diagnostica alla messa a punto della terapia farmacologica, all'avvio di un rapporto terapeutico significativo, alla verifica e alla progettazione dell'intervento; nonché le dimissioni, per avviare un programma tempestivo di presa in carico del paziente da parte del DSM.

Nel Day Hospital è prevista la presenza di psichiatri, medici, psicologi, infermieri, OTA e deve essere assicurata assistenza in modo adeguato alle esigenze garantendo, comunque, la copresenza di almeno due infermieri e la reperibilità dello psichiatra.

**La DGR n. 114/2002: “Indirizzi per la Programmazione sanitaria regionale per il triennio 2002-2004 – PSR”** assume e fa propri gli obiettivi prioritari del PSN 1998-2000, quelli più articolati del Progetto Obiettivo Nazionale “Salute Mentale” 1998-2000 e tutti gli obiettivi di salute del Progetto Obiettivo Regionale “Salute Mentale – Età adulta”. Per le strutture residenziali fa riferimento alla **DGR n. 351/2000: “Criteri per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale”**.

Il PSR 2002-2004 sottolinea però la necessità di:

- prevenire per quanto possibile l'evoluzione disabilitante dei disturbi psichici attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, specie nella popolazione giovanile, e la promozione della salute mentale nell'intero ciclo della vita;
- ridurre quanto più possibile le condizioni disabilitanti dei soggetti con patologie gravi, al fine di favorirne l'inserimento sociale e lavorativo e di proteggere la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare;
- realizzare l'integrazione funzionale delle risorse e dei servizi operanti nel campo della salute mentale, privilegiando la questione della continuità assistenziale. La tutela della salute mentale deve includere il concetto di coerenza interna e di mantenimento della qualità della relazione con l'istituzione, attraverso i vari passaggi che un percorso assistenziale può includere.

Prevede inoltre 7 Aree di intervento:

1. Favorire l'accesso a chi ha meno risorse;
2. Formazione e ricerca come premessa organizzativa;
3. Suicidio e programmi di prevenzione;

4. Precursori e fattori di rischio: conoscere le caratteristiche e la prevalenza dei disturbi psichici in età evolutiva;
5. Residenzialità ed integrazione sociale. Uso delle strutture residenziali;
6. La gestione dell'urgenza/emergenza in psichiatria;
7. Il ricovero ospedaliero nella dimensione della continuità assistenziale.

Con la **DG.R. 21-3-2003 n. 252**: “**Recepimento decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, n. 37 riguardante: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" per la parte inerente ai presidi di tutela della salute mentale**”, la Regione recepisce il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, n. 37 per la parte inerente ai presidi di tutela della salute mentale: **Struttura residenziale psichiatrica.**

### **STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA**

La DGR n. 252/2003 stabilisce che la struttura residenziale psichiatrica esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7 aprile 1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Il DPR 7 aprile 1994 Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" stabilisce che «I principi cui si ispira la gestione delle strutture residenziali sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali. I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti».

#### **Requisiti minimi strutturali:**

- numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita numero;
- massimo dei posti 20;
- per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni;
- per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22 dicembre 1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 ( punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10;
- collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

#### **Requisiti minimi organizzativi:**

- presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994, programmata o per fasce orarie;
- per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;

- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994.

La **D.G.R. 14-11-2003 n. 1181: “Integrazione Delib.G.R. 21 marzo 2003, n. 252 concernente «Recepimento D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37» riguardante: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, per la parte inerente ai presidi di tutela della salute mentale”** aggiunge all'allegato A, relativo alle Strutture Residenziali Psichiatriche, l'allegato B, che riporta integralmente i requisiti relativi previsti dal D.P.R. n. 37/1997 per il Centro Diurno Psichiatrico ed al Day - Hospital Psichiatrico

## **CENTRO DIURNO**

### **Requisiti minimi strutturali:**

- locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;
- locali per colloqui/visite psichiatriche;
- collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;
- numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

### **Requisiti minimi organizzativi:**

- presenza di personale medico specialistico e di psicologi, programmata o per fasce orarie; apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;
- presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

## **DAY HOSPITAL PSICHIATRICO**

### **Requisiti minimi strutturali:**

- la tipologia del Day - Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7 aprile 1994;
- locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

### **Requisiti minimi organizzativi:**

- apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di Salute Mentale o Centri Diurni), garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;
- collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;
- presenza di personale medico ed infermieristico;
- presenza di psicologi ed educatori professionali, programmata o per fasce orarie.

La Regione Lazio, con la **D.G.R. 14 febbraio 2005, n. 146: “Accreditamento provvisorio delle strutture residenziali psichiatriche, terapeutiche-riabilitative, socio-riabilitative e centri diurni, autorizzate dalla Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 252 del 21 marzo 2003”**, prende atto che attualmente risultano autorizzate nel territorio della Regione Lazio le Strutture residenziali

psichiatriche socio-riabilitative, terapeutico-riabilitative e i Centri diurni indicate in un elenco allegato alla deliberazione e accredita provvisoriamente, nelle more dell'adozione dei provvedimenti attuativi della LR 3 marzo 2003 n. 4 ("Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni), un elenco di Strutture Residenziali Psichiatriche, Terapeutico-Riabilitative, Socio-Riabilitative e Centri Diurni autorizzate in conformità alla DGR n. 252/2003.

La **LR 3 luglio 2006, n. 6** ha previsto la: "**Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale**" quale organismo permanente di consultazione in relazione alle politiche regionali in materia di salute mentale.

La Consulta è composta da rappresentanti delle associazioni senza fine di lucro, che operano sul territorio per fornire alle persone con sofferenza mentale strumenti di autotutela e promozione, degli organismi di volontariato e per la tutela dei diritti, delle società scientifiche che operano in materia di salute mentale, più rappresentativi a livello regionale. In particolare, la Consulta è composta da:

- a) 5 rappresentanti designati dalle associazioni dei familiari;
- b) 2 rappresentanti designati dalle associazioni degli utenti;
- c) 3 rappresentanti designati dagli organismi di volontariato e per la tutela dei diritti;
- d) 3 rappresentanti designati dalle società scientifiche;
- e) 3 esperti designati dal Consiglio tra gli operatori del settore.

2. Sono invitati a partecipare alle sedute della Consulta, senza diritto di voto, i Presidenti delle Consulte dipartimentali per la salute mentale delle Aziende Unità Sanitarie Locali di Roma (AUSL Roma A, B, C, D, E, F, G, H), Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo. Possono essere, altresì, invitati, in relazione a specifici argomenti, i rappresentanti degli operatori e dei servizi.

Per quanto riguarda la costituzione ed il funzionamento della Consulta, la Consulta è costituita con decreto del Presidente della Regione. I rappresentanti delle associazioni e degli organismi di cui all'articolo 2, designati con le modalità di cui al comma 2, vengono rinnovati ogni tre anni.

Al fine della costituzione della Consulta, le associazioni, le società scientifiche e gli organismi di cui all'articolo 2 effettuano le designazioni dei propri rappresentanti entro trenta giorni dalla data della relativa richiesta da parte dell'amministrazione regionale. Decorso tale termine, la Consulta è costituita sulla base delle designazioni pervenute purché sia assicurata almeno la maggioranza dei rappresentanti delle associazioni e degli organismi di cui all'articolo 2 e fatte comunque salve le successive integrazioni.

La Consulta disciplina le modalità del proprio funzionamento con apposito regolamento. I membri della Consulta eleggono al proprio interno un Presidente. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della struttura regionale competente in materia di salute mentale.

La Consulta si riunisce in via ordinaria con cadenza mensile ed in via straordinaria ogniqualevolta il Presidente o la maggioranza dei componenti ne richieda la convocazione.

La partecipazione alla Consulta è a titolo gratuito. La Regione, tramite l'assessorato competente in materia di sanità, promuove le iniziative necessarie a garantire il regolare funzionamento della Consulta.

La Consulta, in collaborazione con l'assessorato competente in materia di sanità, svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- a) promuove la partecipazione attiva delle persone con sofferenza mentale alla vita della collettività ed il riconoscimento dei loro diritti;
- b) formula proposte per la realizzazione di interventi in favore delle persone con sofferenza mentale, finalizzati, in particolare, a favorirne l'integrazione sociale;
- c) promuove iniziative per la corretta applicazione delle norme che prevedono il superamento e la definitiva chiusura degli ex ospedali psichiatrici;

- d) collabora con l'amministrazione regionale per il monitoraggio sulle strutture psichiatriche, pubbliche e private, esistenti sul territorio regionale, in merito al possesso ed al mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali della struttura nonché alle attività svolte e ai livelli assistenziali, qualitativi e quantitativi, forniti dalle stesse, relazionandone all'Assessore competente e annualmente alla Commissione Sanità;
- e) promuove, nel pieno rispetto della dignità della persona e nella garanzia del diritto di cittadinanza, iniziative per rimuovere situazioni di particolare gravità, richiedendo, se necessario, atti o relazioni scritte in merito alle disfunzioni segnalate;
- f) propone, anche in collaborazione con le Consulte dipartimentali per la salute mentale, azioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza in favore delle persone con sofferenza mentale.

La regione Lazio, con **D.G.R. n. 424 del 14 luglio 2006: “Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie”** ha affrontato il tema delle strutture preposte all'assistenza ai pazienti con disturbi psichiatrici. In particolare:.

### ***Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)***

#### **Definizione e Finalità**

Il S.P.D.C. è una Unità Operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

Ogni S.P.D.C. ha uno specifico bacino di utenza definito in ambito regionale.

In particolare il S.P.D.C. svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali di salute mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di consulenza presso il PSO, DEA di I e DEA di II livello;
- attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.).

Il S.P.D.C. è ubicato nel contesto dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Policlinici Universitari, di Ospedali Classificati, di Ospedali sede di DEA di II livello, DEA di I livello, PSO, Punto di Primo Intervento.

Il ricovero in S.P.D.C. avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione sopra indicati.

Il S.P.D.C. assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.

#### **Requisiti Strutturali e Tecnologici**

In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del Servizio, l'S.P.D.C. deve possedere, in aggiunta a quanto previsto per l'area di degenza (punti 1.2.1. e 1.2.2.), i seguenti requisiti strutturali specifici:

- vetri antisfondamento;
- specchi infrangibili;
- possibile spazio esterno recintato di pertinenza del S.P.D.C.;
- possibili spazi idonei dedicati ai ricoverati tabagisti;
- spazi soggiorno e stanze di colloquio.

#### **Requisiti Organizzativi**

La dotazione minima di personale per un S.P.D.C. con 15 posti letto è la seguente:

- 9 medici;
- 2 Psicologi;
- 1 assistente sociale;
- 1 caposala;
- 20 infermieri;
- 4 tecnici della riabilitazione;
- 2 OSS e 3 ausiliari o personale equivalente di pulizia.

In base al bacino di utenza e al numero di ricoveri/anno effettuati può essere aumentato il numero dei medici e degli infermieri.

In caso di DH psichiatrico con almeno 2 p.l. annesso al S.P.D.C., la dotazione minima di personale è integrata con 1 medico, 1 psicologo, 2 infermieri.

## ***Centro di salute mentale***

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 7 aprile 1994.

Il CSM è una struttura territoriale ad accesso diretto per accogliere, valutare e rispondere ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza.

Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico.

Il CSM effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipes, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari.

Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente. Il CSM opera attraverso trattamenti territoriali intensivi anche su pazienti a basso consenso alle cure; inoltre garantisce il collegamento con gli altri servizi di salute mentale per il percorso di cura dell'utente.

### **Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici**

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di Salute Mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per attività diagnostiche, visite psichiatriche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- locale spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco;
- locale per la conservazione degli archivi e dei dati sensibili;
- locale medicheria con armadio farmaceutico.

Ogni CSM deve essere dotato di almeno 2 PC, per le attività SISP e per le attività clinico-amministrative, di almeno un'autovettura di servizio, di almeno 2 linee telefoniche e di un fax.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente.

### **Requisiti Minimi Organizzativi**

È assicurata:

- la presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura e la presenza di almeno 1 psicologo e 1 assistente sociale ogni giorno nel turno antimeridiano o pomeridiano;
- la presenza programmata delle altre figure professionali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- l'apertura è di almeno 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 14 del sabato e dei prefestivi, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- il collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- il collegamento con le altre strutture per la Tutela della Salute Mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994;
- la presenza di una figura amministrativa per ogni CSM non collocato all'interno di un presidio sanitario polifunzionale.

## ***Strutture residenziali psichiatriche***

### **Definizioni**

Le Strutture Residenziali psichiatriche sono così suddivise:

- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale - di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:
  - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.
  - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale ([\*L.R. n. 41/2003.\*](#))
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.): strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza. Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria. Le S.R.S.R. si suddividono in:
  - **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.
  - **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico,

- **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.

### **Finalità e Destinatari**

Le strutture residenziali psichiatriche esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentano una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.

Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:

- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;
- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;
- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

### **Requisiti minimi Strutturali**

Tutte le Strutture Residenziali Psichiatriche devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia dei farmaci.
- Numero massimo di posti 20.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'allegato "A" del [D.P.C.M. 22 dicembre 1989](#), limitatamente ai criteri n. 5, n. 7, n. 9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n. 10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.

### **Requisiti minimi Organizzativi**

I requisiti minimi di seguito indicati si riferiscono a strutture per 20 posti di ospitalità.

Deve essere assicurata:

- **Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi**, la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore, così come di seguito riportato:
  - a) 5 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 3 medici psichiatri, di cui 1 con funzione di responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari,

- b) 6 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario infermieristico (infermieri), con presenza di almeno 1 unità nelle 24 ore, anche per le strutture con 10 ospiti,
- c) 3 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia),
- d) 5 operatori socio-sanitari (OSS),
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana,
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 1:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 3 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo infermieristico, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità autorizzati pari ad almeno 1:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte, di cui 1 del ruolo infermieristico.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

**- Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi,** la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore, così come di seguito riportato:

- a) 4 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari,
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana,
- c) 6 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia),
- d) 8 operatori socio-sanitari (OSS),
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana,
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 1:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 3 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità autorizzati pari ad almeno 1:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

**- Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24):** presenza di personale come di seguito riportato:

- a) 3 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari,
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana,
- c) 7 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia),
- d) 5 operatori socio-sanitari (OSS),
- e) l'assistente sociale per 12 ore a settimana,
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 12 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,8:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità pari ad almeno 0,8:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

**- Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24):** presenza di personale come di seguito riportato:

- a) 3 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari.
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana.
- c) 6 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).
- d) 3 operatori socio-sanitari (OSS).
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana.
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 12 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,7:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 2 addetti, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità pari ad almeno 0,7:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di 2 addetti.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- **Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie:** presenza di personale per moduli di massimo 10 pazienti così come di seguito riportato:

- a) 2 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari,
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 12 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 6 giorni a settimana,
- c) 2 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia),
- d) 1 operatori socio-sanitari (OSS),
- e) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 6 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,5:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di 2 addetti, di cui 1 del ruolo sanitario.

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

### ***Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici***

#### **Finalità e destinatari**

I Centri diurni ed i Day Hospital psichiatrici sono individuati così come di seguito riportato:

- **il Day Hospital (D.H.).** È una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero funzionalmente collegata alle strutture mediche e chirurgiche dell'ospedale nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati e coordinati dal C.S.M.

Ha la funzione di affrontare le situazioni sub-acute emergenti, con finalità diagnostiche, di prevenzione al ricovero, di trattamento precoce e di avvio o di recupero del progetto terapeutico. La sua configurazione strutturale dovrà prevedere la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici individuali e di gruppo,

Il D.H. è una struttura in cui possono essere ottimizzate procedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso descrittivo che in senso psicologico-clinico.

Ciò può determinarsi attraverso un'attività psicodiagnostica e sistematiche procedure protocollate di valutazione delle risorse psichiche delle difettualità in ordine alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi.

Il D.H. costituisce pertanto un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M.

- **il Centro Diurno (C.D.).** È una struttura intermedia con funzioni socio-sanitarie (socio-terapeutiche e socio-riabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quegli utenti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti socio-sanitari tesi a ridurre tendenze passivizzate, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale.

Il CD è pertanto una struttura funzionale al progetto terapeutico e all'inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza. Il CD si rivolge a:

- a) utenti in situazioni critiche e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate;
- b) utenti inviati per l'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
- c) utenti che necessitano di interventi favorevoli al recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
- d) utenti che possono giovare di interventi mirati all'apprendimento di attività preformative e pre-lavorative in un contesto protetto.

Il Centro Diurno svolge, sulla base del progetto personalizzato concordato con l'equipe inviante, attività socio-riabilitative e socio-terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l'acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale.

### **Requisiti minimi Strutturali del centro diurno**

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni.
- Locali per colloqui/visite psichiatriche.
- Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

### **Requisiti minimi Organizzativi del centro diurno**

Le risorse di personale sono definite in relazione alla popolazione servita, fermi restando i requisiti minimi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997. In particolare:

- apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni a seconda della tipologia di CD;
- presenza di psicologi e/o psichiatri, programmata o per fasce orarie;
- presenza di educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio-sanitari, infermieri, operatori sociali e istruttori per attività specifiche, a seconda delle attività previste dal CD e alla sua eventuale collocazione in presidi con altre strutture del DSM o presidi sanitari polifunzionali;
- collegamento funzionale con le altre strutture territoriali e ospedaliere del DSM, per garantire la continuità terapeutica.

### **Requisiti minimi Strutturali del Day Hospital Psichiatrico**

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- Locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

### **Requisiti minimi Organizzativi del Day Hospital Psichiatrico**

- Apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni
- Di norma ubicato in presidi ospedalieri, garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto-equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.
- Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.

- La dotazione minima di personale per un D.H, con 2 posti letto è di 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 infermieri. Le dotazioni strutturali e di personale del D.H. possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal D.H. in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza.

### ***Servizi a favore di persone affette da disturbi mentali***

L'assistenza domiciliare rappresenta una modalità di attuazione del progetto terapeutico predisposto dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale che utilizza l'equipe che ha in carico ciascun caso per l'effettuazione degli interventi a domicilio.

In caso di utenti con disturbi stabilizzati residenti al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali, può essere costituita, nell'ambito dell'assistenza territoriale del DSM, una équipe dedicata, composta da infermieri, assistenti sociali, educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica, che garantisca, in collaborazione con il CAD di competenza territoriale, una specifica assistenza domiciliare programmata, finalizzata al mantenimento delle autonomie personali e a favorire l'inclusione sociale, fermo restando il riferimento dello psichiatra e/o dello psicologo curante del CSM.

Con la **DGR 3 ottobre 2006, n. 650: "Art. 123 della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4, avente come oggetto "Realizzazione di case famiglia per l'assistenza ai disagiati psichici"**, la Regione Lazio ha poi deliberato:

- di approvare, in attuazione dell'articolo 123, della L.R. n. 4/2006 (Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006), l'utilizzazione degli stanziamenti previsti per la realizzazione di case famiglia per minori agli esordi psicopatologici con disturbi in fase di acuzie post-acuzie e sub-acuzie, secondo quanto contenuto nell'allegato A alla deliberazione.
- di approvare l'istituzione di un gruppo di lavoro interassessorile, che verrà costituito, formato da due componenti, uno dei quali con funzione di coordinatore, designati dal Direttore della Direzione Servizi Sociali, da due componenti designati dal Direttore della Direzione Sanità, e da un componente designato dal Presidente del Tribunale dei Minorenni di Roma. Tale gruppo ha la funzione:
  - \* di indicare, all'interno dei Distretti socio-sanitari così come individuati per territorio nell'allegato A, i Comuni capofila destinatari del fondo finalizzato alla realizzazione delle case famiglia per minori agli esordi psicopatologici con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie, come definite dalla D.G.R. n. 424/2006 ("Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie" ed in particolare il punto 4.3 "Strutture residenziali psichiatriche");
  - \* di coordinare e monitorare gli interventi realizzati nel territorio al fine di garantire che il servizio erogato nelle case famiglia abbia le necessarie caratteristiche di multidisciplinarietà e integrazione in ambito sociale e sanitario, e di collegamento con l'autorità giudiziaria.
- di demandare ad un successivo atto l'impegno e l'erogazione delle somme relative allo stanziamento secondo i criteri e le modalità contenuti nell'allegato A;

I componenti del gruppo di lavoro verranno nominati con successivo decreto del Presidente della Giunta.