

- Evoluzione approcci alla salute mentale
- Definizione di salute
 - salute in generale
 - salute mentale
- Integrazione sociosanitaria
 - normativa di riferimento
 - ambiti dell'assistenza sociosanitaria - art. 3-*septies*, co. 4 del D.lgs. n. 502/1992
 - prestazioni sociosanitarie
 - titolarità e responsabilità finanziaria
 - territorio: «luogo» dell'integrazione sociosanitaria
 - percorsi assistenziali integrati - art. 21 del DPCM 12/1/2017
 - natura del bisogno e complessità assistenziale - art. 2 del DPCM 14/2/2001
- Rete delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali per la psichiatria nel Veneto
 - unità di offerta per la salute mentale - DGR n.1616/2008 e DGR n. 1673/2018
 - tipologia strutture residenziali extraospedaliere - DGR n. 1673/2018
 - dotazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere - DGR n. 1673/2018
 - Parametri per utilizzo appropriato delle strutture - DGR n. 1673/2018
 - percorsi di residenzialità leggera - DGR n. 1673/2018
 - Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento Protetti nelle reti di integrazione sociale - DGR n.1616/2008
 - interventi di supporto all'inserimento lavorativo

Evoluzione approcci alla salute mentale

riferimenti normativi: **legge n. 36/1904: MANICOMI**

- approccio **custodialistico/contenitivo**:
 - considerava la malattia in termini biologici e **non curabile**
 - poneva in primo piano la **tutela dell'ordine pubblico**

riferimenti normativi: **legge n. 431/1968: OSPEDALI PSICHIATRICI**

- primo passo verso il concetto di cura e standard organizzativi
 - **valorizza la cura** con possibilità ricoveri volontari
 - ridimensiona gli ospedali: **max 625 pl**
 - adegua dotazioni **organici e professionalità**
 - istituisce **CIM** sul territorio vs **de-istituzionalizzazione**

riferimenti normativi: **leggi n. 180/1978 e n. 833/1978: TERRITORIO** (DSM con SPDC)

- approccio bio-psico-sociale per il **recupero/reinserimento sociale del malato**:
 - riconosce efficacia **terapeutico-riabilitativa** alla **socializzazione/partecipazione**

Legge 14/2/1904, n. 36

«*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*» (regolamento di esecuzione n. 615 del 16/8/1909)

- ARTICOLO 1 «*debbono essere **CUSTODITE** e curate (cura in subordine alla custodia) nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano **PERICOLOSE a sé o agli altri** e riescano di **PUBBLICO SCANDALO** e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi*»
- ARTICOLO 2 «*con la deliberazione dell'ammissione definitiva in manicomio il tribunale nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del cc, sino a che l'autorità giudiziaria abbia pronunciato sull'**INTERDIZIONE** (*)» (oggi anche amministratore di sostegno legge n. 6/2004)
(*) disciplinata dal cc al Titolo XII «*dell'infermità di mente, dell'interdizione e dell'inabilitazione*»*
- ARTICOLO 8 «*la vigilanza sui manicomi ... è affidata al **MINISTRO DELL'INTERNO** ed ai **PREFETTO**» attraverso una **commissione** composta da «**prefetto**, che la presiede, il medico provinciale e un medico alienista nominato dal ministro dell'interno»*

Legge 14/2/1904, n. 36

«**Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati**»
(regolamento di esecuzione n. 615 del 16/8/1909)

- approccio **custodialistico/contenimento**
(segregazione nei letti di contenzione, camice di forza, terapie elettroconvulsivanti: *elettroshock*, psicotomia: lobotomia frontale spesso con esiti gravemente invalidanti)
 - ricovero/internamento era coatto «**di autorità**»
 - perdita capacità di «*provvedere ai propri interessi*»
- modalità di assistenza:
 - **non** contemplavano possibili interventi **terapeutico-riabilitativi**
 - garantivano **unicamente la sopravvivenza** degli internati
 - **esiliavano** i pazienti da famiglia/comunità
 - portavano a localizzare i manicomi **fuori dai centri abitati**
- modo di assistere che **generava cronicità**

Manicomio provinciale di Padova

- *Dall'approccio prevalentemente custodialistico vennero a differenziarsi alcune realtà tra le quali il manicomio provinciale di Padova inaugurato il 16/6/1907 con 298 pazienti raggiungendo il numero di 926 nel 1950.*
- *Con la direzione del prof. Ferdinando Barison neuropsichiatra (dal 1947 al 1971), il manicomio venne APERTO ALLA CITTADINANZA per favorire il CONTATTO TRA PAZIENTI E SOCIETA' e, anticipando i tempi, venne adottato l'approccio PLURIPROFESSIONALE assumendo professionisti psicologi e dando rilievo alla CONOSCENZA DELLE FAMIGLIE di origine, inviando presso di esse operatori dell'istituto: medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, etc.*
- *Cittadella autonoma: chiesa, teatro, biblioteca, colonia agricola (170.000 mq), centrale termica riscaldamento e acqua calda, officina meccanica, sterilizzazione biancheria, dove i pazienti davano il PROPRIO CONTRIBUTO LAVORATIVO, ai sensi dell'art. 4 del regolamento n. 615/1909 di esecuzione legge n. 36/1904, nella conduzione dell'istituto: pulizia reparti, falegnameria, muratura, etc., partecipazione a corsi di formazione professionale.*

Legge 18/3/1968, n. 431

«Provvidenze per l'assistenza psichiatrica»

- ARTICOLO 1 «Struttura interna dell'ospedale psichiatrico»
«costituiti da **2 a 5 divisioni**, ciascuna ... con **non più di 125 pl**», da cui max 625 pl
- ARTICOLO 2 «Personale dell'ospedale psichiatrico»
«ospedale deve avere: un **direttore psichiatra**, un **medico igienista**, un **psicologo** ... ogni divisione: un **primario**, un **aiuto** ed **almeno un assistente** ... **personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale** ... assunto per **pubblico concorso** ... assicurato il rapporto di **1 infermiere per ogni 3 pl** e di **1 assistente sanitaria o sociale per ogni 100 pl**», da cui aumento di dotazione/professionalità
- ARTICOLO 4 «Ammissione volontaria e dimissioni»
«L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura ... In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità»
(comunicazioni all'autorità di pubblica sicurezza e ad altre autorità dello Stato)

Legge 18/3/1968, n. 431

«Provvidenze per l'assistenza psichiatrica»

- ARTICOLO 3 «Personale dei Centri di Igiene Mentale (CIM)»
«I CIM istituiti dalle province sono:
 - diretti da un **direttore psichiatra**
 - assegnati:
 - **almeno un pedo-psichiatra** (psichiatria dell'infanzia/adolescenza)
 - **almeno un psicologo**
 - **medici psichiatrici**
 - **assistenti sociali**
 - **assistenti sanitari**
 - **personale infermieristico**
 - **personale ausiliario**»
- con l'istituzione dei CIM sul territorio inizia un percorso di facilitazione dei processi di dimissione/de-istituzionalizzazione

Legge 13/5/1978, n. 180 – Legge Basaglia
«Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori»

- **ARTICOLO 6** *«Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale»*

*«Gli interventi di **prevenzione, cura e riabilitazione** relativi alle malattie mentali sono **attuati** di norma dai **servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri**»*

*i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera sono effettuati nei **servizi psichiatrici di diagnosi e cura** (SPDC) istituiti presso gli ospedali generali (n. pl \leq 15)*

*I SPDC al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono **organicamente e funzionalmente collegati**, in forma **dipartimentale** con gli altri **servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio**»*

Legge 13/5/1978, n. 180 – Legge Basaglia
«Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori»

- **ARTICOLO 7** *«Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica»*

*«Le regioni programmano e coordinano l'organizzazione dei presìdi e dei **servizi psichiatrici e di igiene mentale** con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento»*

«È vietato:

- **costruire** nuovi ospedali psichiatrici,
- **utilizzare** quelli attualmente esistenti, come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali
- **istituire** negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e
- **utilizzare** divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche» come divisioni o sezioni psichiatriche

Legge 13/5/1978, n. 180 – Legge Basaglia
«Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori»

• **ARTICOLO 11 «Norme finali»**

«Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36 ,
concernente «*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*» e successive modificazioni,
l'articolo 420 del codice civile (*), gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1
dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina
dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con
decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223 , nonché ogni altra
disposizione incompatibile con la presente legge»

(*) Articolo 420 cc. «*Internamento definitivo in manicomio*»
prevedeva «la **nomina del tutore** provvisorio ... **disposta dal tribunale con lo stesso**
provvedimento con il quale si autorizza in via definitiva **la custodia** di una persona
inferma di mente **in un manicomio**»

legge n. 833/1978 «legge di riforma sanitaria»

dal regime custodialistico nel manicomio
alla riabilitazione psichiatrica integrata nel territorio

- Articolo 2, lettera g, in coerenza con la 180, dispone che il SSN persegue la tutela della salute mentale nei seguenti modi:
 - privilegiando «**il momento preventivo**»
 - inserendo «**i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche**»
 - favorendo «**il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici**»
- Articoli 33, 34 e 35 disciplinano i **trattamenti sanitari volontari e obbligatori** in generale e per malattia mentale
- Articolo 64 disciplina il **graduale superamento** degli ospedali psichiatrici

Consiglio di Stato Sez. V, sent. n. 696 del 20/2/2006

Strutture per il recupero delle persone affette da malattie mentali

L'evoluzione che, a seguito della legge n. 180/1978, ha disposto la **soppressione dei manicomi**, ha radicalmente trasformato gli obiettivi/strumenti per la cura e il recupero delle persone affette da malattie mentali

Le nuove finalità sono di **restituire dignità al malato mentale**, assicurando:

- possibilità di inserimento nella **vita sociale**
- svolgimento di **attività lavorative**
- altre misure tendenti al miglioramento della **qualità della vita**

favorendo in tal modo la socializzazione e, con questa, la riabilitazione

In tale quadro, è previsto lo sviluppo di **strutture assistenziali** riabilitative (case famiglia, comunità protette e semiprotette, comunità alloggio) che, per essere conformi agli obiettivi della nuova normativa relativa all'assistenza psichiatrica, devono essere ubicate nell'ambito di **zone urbane/residenziali**

Definizione di salute

salute in generale e salute mentale

indicazioni su obiettivi strategiche e modalità per il suo perseguimento

- riferimento a documenti **condivisi a livello internazionale**
- e a principi ampiamente **noti e consolidati** che si traducono in azioni di:
 - tutela **diritti di cittadinanza** delle persone con disabilità e con malattia psichiatrica
 - sviluppo di una **cultura contro lo stigma e il pregiudizio**
 - cure che pongano **al centro la persona** e i suoi bisogni mediante **partecipazione attiva** nelle scelte dei percorsi assistenziali e con essa anche la sua **famiglia**
 - erogazione di **prestazioni appropriate** coordinate in progetti individualizzati che assicurino **unitarietà, continuità e uso razionale** delle risorse
 - **integrazione con i soggetti della rete** dei servizi per risposte globali sotto i profili fisico, psichico e sociale
 - coinvolgimento del **volontariato**, del **terzo settore** e del **contesto**/ambiente
 - supporto alla **domiciliarità**, alla **residenzialità leggera** sul territorio, all'**inserimento lavorativo** e alle iniziative di **promozione della socializzazione**

Definizione di salute in generale

Definizione di salute in generale

- Costituzione OMS, New York 22 luglio 1946
- Carta Ottawa per la Promozione della Salute («*The Ottawa Charter for Health Promotion*»), 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada
- Conferenza Internazionale dal titolo: «*Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health*» l'Aia (Olanda), 2009
- PSN 1998-2000

Costituzione OMS, New York 22/7/1946

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità»

- tre i domini da cui dipende la salute:

- non separati ma con funzionamenti tra loro interagenti

(p.e. patologia psichiatrica cronica accompagnata da comorbidità con patologie organiche; mortalità e prevalenza malattie croniche: cardiovascolari, respiratorie, diabete, significativamente più alte nei pazienti psichiatrici rispetto alla media)

- fisico: fattori endogeni-biologici

(organi e relative funzioni)

- mentale: fattori endogeni-psichici

(vulnerabilità psicotica: adattamento, cognitività, autostima, passioni/emozioni, stati d'animo, ...)

- sociale: fattori esogeni-ambientali

(condizioni/stili di vita e situazioni che producono qualità relazionali: famiglia, istruzione, reddito/povertà, studio/lavoro, comunità/rete sociale)

Costituzione OMS, New York 22/7/1946

- la PERSONA
 - concepita come unità psicofisica (corpo e psiche)
 - all'interno di un ambiente sociale (RELAZIONI)
- di conseguenza la SALUTE
 - concepita in senso positivo non solo assenza di malattia
- da cui l'OBIETTIVO STRATEGICO
 - curare le persone non solo le malattie/infermità
attenzione al funzionamento sociale dato dalla interazione tra stato di salute e:
 - fattori endogeni-personali (psicologici)
 - fattori esogeni-ambientali (contesto istituzionale e socio-economico)

Carta Ottawa, 1986

(Prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute)

Riferita in modo particolare ai bisogni dei **PAESI INDUSTRIALIZZATI**

SALUTE come RISORSA

«la salute valorizza le risorse personali/capacità fisiche e sociali»

quindi la salute è:

- «risorsa per la vita quotidiana»
- «risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale»
- «risorsa importante della qualità della vita»

DETERMINANTI della salute

speciale attenzione è riservata ai fattori esogeni-ambientali:

- condizioni sociali ed economiche
- ambiente fisico
- stili di vita

Carta Ottawa, 1986

(Prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute)

La **STRATEGIA** per la **PROMOZIONE** della **SALUTE**

- **«NON È RESPONSABILITÀ ESCLUSIVA del SANITARIO»**

*«richiede un intervento **INTERSETTORIALE** per la salute, attraverso una **azione coordinata** con tutti i soggetti coinvolti:*

- settore **sanitario**
- settore **sociale**
- settori **economici**
- organizzazioni non governative e di **volontariato**
- **autorità locali**
- **organismi educativi**»

Carta Ottawa, 1986

(Prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute)

La responsabilità per la promozione della salute riguarda anche il **RUOLO ATTIVO DELLE PERSONE:**

- «*la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il PROPRIO CONTROLLO sulla propria salute e di MIGLIORARLA*»
- «*la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca, ...»*

Conferenza Internazionale l'Aia (Olanda), 2009

evoluzione in atto nel quadro demografico e epidemiologico

- invecchiamento della popolazione
- cronicità: aumento del peso delle malattie croniche rispetto alle acute

impone di adattare/relativizzare la proposizione OMS 1946:

- «*completo stato di benessere*»
riguardo alla parola «completo»

in quanto:

- non conciliabile né perseguibile con i processi invecchiamento e cronicità
- non considera:
 - capacità delle persone a fronteggiare in autonomia e in modo soddisfacente le compromissioni fisiche, emotive e sociali
 - percezione di stare bene pur con una malattia cronica o una disabilità

PSN 1998-2000

punto qualificante l'intero Patto di solidarietà per la salute la seguente indicazione per le azioni di sistema:

- «*aiutare a CONVIVERE ATTIVAMENTE con la cronicità*»
 - «*gestire la propria condizione sviluppando al contempo le opportunità di partecipazione alla vita sociale*»
 - «*garantire continuità all'intervento di cura*»
 - «*contribuire a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vivono per lungo tempo in situazioni di difficoltà*»

prescrizione anticipatrice della proposta della Conferenza dell'Aia, 2009 di considerare ai fini delle strategie d'azione per la salute la variabile:

- «*CAPACITÀ delle persone di ADATTARSI e di AUTOGESTIRSI di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive*»

Definizione di salute mentale

- Piano d'azione dell'OMS per la salute mentale 2013-2020

Piano d'azione dell'OMS per la salute mentale 2013-2020

SALUTE MENTALE

«*stato di benessere emotivo e psicologico in cui una persona può:*

- *realizzarsi a partire dalle proprie capacità*
- *affrontare lo stress della vita*
- *lavorare in maniera produttiva*
- *contribuire alla vita della comunità»*

DETERMINANTI della salute e dei disturbi mentali

- endogeni/individuali
«*capacità di gestire: pensieri, emozioni, comportamenti e relazioni*»
- esogeni/sistema
«*sociali, culturali, economici, politici ed ambientali*»

Piano d'azione dell'OMS per la salute mentale 2013-2020

OBIETTIVI

- «promozione e prevenzione in salute mentale»
- «servizi
 - di salute mentale
 - di supporto socialeintegrati a livello territoriale»

RACCOMANDAZIONI

- approcci centrati sulla persona (no sulle strutture) coinvolgendo:
 - familiari/caregiver per azioni di «*promozione, prevenzione, trattamento, riabilitazione, cure e recovery*»
- approcci globali e multisettoriali, coordinando i settori:
 - «*sanità e sociale, istruzione e lavoro, giustizia, abitazione, privato e altri settori rilevanti*» nella comunità locale
- approcci di continuità di cura, anche ospedale-territorio

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

normativa di riferimento

- Articolo 1 della legge n. 833/1978 «*legge di riforma sanitaria*»
 - prevede coordinamento con settore sociale e concorso del volontariato
- Articolo 3-*septies* del D.lgs. n. 502/1992 «*Integrazione sociosanitaria*»
 - contiene principi e criteri direttivi per disciplina in materia di assistenza sociosanitaria con riguardo a tipologia delle prestazioni, titolarità e responsabilità finanziaria
- DPCM 14/02/2001 «*Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*»
- DPCM 29/11/2001 «*Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*»
- DPCM 12/01/2017 «*Definizione e aggiornamento dei LEA*»

legge n. 833/1978 «legge di riforma sanitaria»
dalla natura multidimensionale dei bisogni
all'organizzazione integrata dei servizi sanitari e sociali

ARTICOLO 1 la tutela della salute **fisica e psichica** è perseguita dal SSN

attraverso:

- «*il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla **promozione**, al **mantenimento** ed al **recupero** della **salute fisica e psichica**»*

assicurando:

- «*il **COLLEGAMENTO** ed il **COORDINAMENTO** con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel **SETTORE SOCIALE** attività comunque **INCIDENTI SULLO STATO DI SALUTE** degli individui e della collettività»*

considerando:

- il possibile concorso delle associazioni di **VOLONTARIATO** ai fini istituzionali del SSN

Integrazione sociosanitaria
AMBITI DELL'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA
articolo 3-septies, co. 4 del D.lgs. n. 502/1992

- *materno infantile*
- *disabili*
- *anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative*
- *dipendenze da droga, alcol e farmaci*
- ***patologie psichiatriche***
- *patologie per infezione da HIV*
- *pazienti terminali*

*è evidente che trattasi di ambiti ad **ALTA VULNERABILITÀ***

Integrazione sociosanitaria

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

DEFINIZIONE

- **percorsi assistenziali integrati** per bisogni richiedenti **erogazione UNITARIA** di:
 - prestazioni sanitarie
 - azioni di protezione socialeda realizzarsi anche in un quadro di collaborazione/coordinamento entro e tra diversi enti/istituzioni operanti nel settore socio-sanitario

TIPOLOGIA

- prestazioni **sanitarie** a rilevanza sociale (competenza **SSN**)
 - «*promozione salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite/acquisite*»
- prestazioni **sociali** a rilevanza sanitaria (competenza **comuni**)
 - «*supporto a persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità/emarginazione condizionanti stato di salute*»
- prestazioni **sociosanitarie** ad elevata integrazione sanitaria (competenza **SSN**)
 - «*caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria*»

Integrazione sociosanitaria

TITOLARITÀ E RESPONSABILITÀ FINANZIARIA

Il DPCM 29/11/2001 «LEA»:

- ha evidenziato che:
 - le **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** sono organizzate ed erogate in modo **CONTESTUALE E CONGIUNTO** alle **prestazioni sociali** in un unico processo
 - in cui le componenti sanitaria e sociale «**NON** *risultano operativamente **DISTINGUIBILI***»
- ha stabilito la metodologia di attribuzione dei costi:
 - «*si è **convenuta** una **PERCENTUALE DI COSTO** non attribuibile alle risorse destinate al SSN»*
- soluzione confermata poi dal DPCM 12/1/2017 «aggiornamento LEA»

Territorio: «luogo» dell'integrazione socio-sanitaria

- Con il riferimento al settore sociale/sue articolazioni la 833 introduce la **dimensione territoriale** quale luogo idoneo allo sviluppo di strategie erogative fondate su:
 - la prevenzione
 - la gestione della cronicità: bisogni e assistenza continuativa a lungo termine
- La concreta attuazione di tali strategie concorre al superamento di ogni residuo di **frammentazione**, rafforzando il **coordinamento** e la **ricomposizione in rete** dei vari servizi, enti e istituzioni in funzione di:
 - la centralità dell'assistito: PERSONALIZZAZIONE dell'assistenza
 - la PRESA IN CARICO UNITARIA E GLOBALE (profili fisico, psichico e sociale)
 - la promozione della PARTECIPAZIONE ATTIVA dell'assistito e della collettività ai processi di miglioramento: condotte, stili di vita, contesti (*recovery e empowerment*)

Percorsi assistenziali integrati

articolo 21, Capo IV «assistenza sociosanitaria» del DPCM 12/1/2017 «nuovi LEA»

- definisce i percorsi assistenziali integrati: modalità assistenziali che prevedono l'**erogazione congiunta** di attività e prestazioni afferenti a:
 - area sanitaria
 - area dei servizi sociali
- individua gli ambiti/**setting assistenziali** coinvolti nello sviluppo dei percorsi attraverso la valutazione multidimensionale:
 - domiciliare
 - territoriale
 - semiresidenziale
 - residenziale
- indica le **dimensioni da coordinare** per una integrazione efficace:
 - istituzionale: collaborazioni per **conseguire obiettivi comuni** (deleghe, accordi di programma, ...)
 - professionale: condivisione di percorsi in **ambiti valutativi multidisciplinari**
 - organizzativa: **meccanismi di operativi** per la gestione di processi trasversali

Percorsi assistenziali integrati

articolo 21, Capo IV «*assistenza sociosanitaria*» del DPCM 12/1/2017 «*nuovi LEA*»

prescrive l'«accesso unitario ai servizi sanitari e sociali» con le seguenti modalità per la presa in carico della persona:

- valutazione multidimensionale dei bisogni (profili clinico, funzionale e sociale)
- definizione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI):
 - redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD)
 - individua i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona
 - coinvolge:
 - tutte le **componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale**
 - il paziente e la sua famiglia
- coordinamento clinico a carico del MMG/PLS

nell'obiettivo di massimizzare la «soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano setting operativi differenti»

Natura del bisogno e complessità assistenziale

Articolo 2, DPCM 14/2/2001 «*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*»

- **natura del bisogno** (riguarda: funzioni psicofisiche, limitazioni, vita sociale, contesto ambientale e familiare)

- **complessità assistenziale**

dipende da:

- **input** impiegati: professionali/altri supporti
- **intensità** dell'intervento assistenziale
- **durata**

da cui derivano le seguenti fasi:

- **intensiva**: elevato impegno terapeutico-riabilitativo e di durata breve
- **estensiva**: minore impegno e di durata media/prolungata
- **lungoassistenza**: mantenimento autonomia, partecipazione vita sociale e interventi educativi

**Rete delle strutture
sanitarie, sociosanitarie e sociali
per la psichiatria nel Veneto**

Unità di Offerta per la salute mentale - DGR n.1616/2008 e DGR n. 1673/2018

concorrono al progetto terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato

presidi territoriali

- CSM: centro di salute mentale

strutture residenziali extraospedaliere

- strutture **sanitarie**
 - CTRP: comunità terapeutica riabilitativa protetta (Tipo A e Tipo B)
- strutture **sociosanitarie**
 - CA: comunità alloggio (CA estensiva e CA di base)
 - GAP: gruppo appartamento protetto
 - RSSP: residenza socio sanitaria psichiatrica
- strutture **sociali**
 - percorsi di residenzialità leggera

strutture semiresidenziali

- DHT: day hospital territoriale
- CD: centro diurno

servizi ospedalieri

- SPDC: servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- DPP: degenza psichiatrica in strutture private
- DH: day hospital ospedaliero

Tipologia strutture residenziali extraospedaliere - DGR n. 1673/2018

differenziate per intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale
in coerenza e correlazione con Piano Nazionale Azioni Salute Mentale (PANSM)

A) Strutture sanitarie

- Struttura Residenziale Psichiatrica terapeutico-riabilitativa: **CTRP**
 - CTRP Tipo A: intensità alta (SRP1) (progetti max 18 mesi+6)
 - CTRP Tipo B: intensità intermedia/estensiva (SRP2) (progetti max 36 mesi+12)

B) Strutture sociosanitarie

- Struttura Residenziale Psichiatrica socioriabilitativa: **CA e GAP**
 - CA estensiva: personale sociosanitario H24 (SRP3.1) (progetti max 48 mesi+24)
 - CA base: personale sociosanitario H12 (SRP3.2) (progetti max: 24 mesi+12)
 - GAP: personale sociosanitario per fasce orarie (SRP3.3) (durata definita dai progetti)
- Residenza Socio-Sanitario Psichiatrica (RSSP): alto fabbisogno lungoassistenziale

C) Strutture sociali

- Percorsi residenzialità leggera: abitare supportato (esperienze locali nei PdZ)

dotazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere

DGR n. 1673 del 12/11/2018

Tipologia UdO	dotazioni pl massime
strutture residenziali sanitarie	
CTRP tipo A - SRP1	409
CTRP tipo B - SRP2	410
strutture residenziali socio-sanitarie	
CA estensiva 3.1	614
CA base 3.2	340
unità di offerta di nuova istituzione	
Residenza Socio Sanitaria Psichiatrica	280
strutture residenziali sociali	
GAP - SRP 3.3	275
Totale	2.328

Parametri per utilizzo appropriato delle strutture

DGR n. 1673 del 12/11/2018

Comunità Alloggio estensiva SRP3.1

- età ingresso di norma > 40 anni
- diagnosi:
 - schizofrenia e psicosi schizofreniche
 - sindromi affettive gravi
 - disturbi personalità gravi
- scarsa autonomia personale e sociale

Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica

- età ingresso di norma > 45 anni
- diagnosi:
 - schizofrenia e psicosi schizoaffettive
 - disturbi umore gravi
 - disturbi personalità gravi
- percorsi terapeutico-riabilitativi di durata > 10 anni nelle strutture residenziali psichiatriche
- elevato bisogno assistenziale per incapacità di abitare autonomo

Percorsi di residenzialità leggera

DGR n. 1673 del 12/11/2018

- evitare situazioni di **cronicizzazione/perdita di autonomia** insite in contesti strutturati
- evitare istituzionalizzazioni/**permanenze pluriennali** in quanto fattore generante **segregazione/marginalizzazione**
- promuovere **percorsi alternativi di integrazione nella comunità locale** per persone con buona autonomia in integrazione con l'**area sociale** (Comuni e ATER in particolare, oltre al volontariato) da **co-progettare nell'ambito dei Piani di Zona**:
 - agire sul diritto alla casa
 - modelli di auto-mutuo-aiuto
 - supporti all'abitare condiviso e compatibile con le caratteristiche dei co-abitanti
 - assistenza riabilitativa domiciliare (LEA) da DSM su progetti individualizzati
- costi prevalentemente di **conduzione dell'abitazione/spese personali** rimangono a carico degli utenti/comuni con compartecipazioni

Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento Protetti nelle reti di integrazione sociale DGR n.1616 del 17/6/2008

- le **CA** e i **GAP** devono, in tutte le fasi di erogazione del servizio, **contribuire** alla **realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale** dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio:
 - inserimento lavorativo o occupazionale
 - centri di aggregazione
 - attività culturali, etc.

Interventi di supporto all'inserimento lavorativo

tipologia percorsi	utenti con disabilità	utenti con diagnosi psichiatrica	%	utenti con dipendenza patologica	altri utenti	totali
progetti integrazione sociale per utenti con bassa capacità produttiva (DGR n. 1406/2016)	1.976	886	30%	110	20	2.992
tirocini formativi: osservazione/formazione per potenziamento capacità lavorative (DGR n. 1816/2017)	1.078	671	34%	163	89	2.001
tirocini per assunzioni c/o imprese obbligate attivati da Centri Impiego con tutoraggio SIL (art. 11 legge n. 68/1999)	325	146	30%	15	4	490
sopralluoghi SIL in azienda e colloqui con utenti su problemi che si manifestano dopo l'assunzione per mantenimento del posto di lavoro (art. 11 della legge n. 68/1999)	1.098	624	34%	91	17	1.830
assunzioni	373	190	31%	38	16	617
totali	4.850	2.517	32%	417	146	7.930