



Regione Lombardia

Regione Lombardia - Giunta Sanità P 08/11/2005 10.13
HL.2005.0050020

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali

Ai Direttori Generali
delle Aziende Ospedaliere

Data: e p.c.

Ai Direttori
dei Dipartimenti di Salute Mentale

Protocollo:

LORO SEDI

CIRCOLARE N° 49/SAN 2005

Oggetto: Indirizzi operativi per la riqualificazione delle Strutture Residenziali psichiatriche in attuazione del Piano Regionale Salute Mentale (DGR n. 17513 del 17 maggio 2004)

In attuazione del Piano Regionale per la Salute Mentale e delle successive determinazioni regionali (circolare 28 san/2004) relativamente alla residenzialità psichiatrica, questa Direzione Generale ha definito il documento "Riqualificazione delle Strutture Residenziali psichiatriche" allegato alla presente circolare.

Le ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere e con gli erogatori privati accreditati a contratto, dovranno definire, entro il 31 dicembre 2005, il Piano di riqualificazione delle strutture residenziali collocate nel proprio territorio. Tale Piano dovrà essere approvato nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, dovrà prevedere i tempi di attuazione e potrà essere avviato solo successivamente alla verifica di congruità che sarà effettuata dalla Direzione Generale Sanità.

Per quanto riguarda i programmi innovativi di area residenziale, finanziati con decreto nr. 14421 del 3.10.2005 e inviato alle Aziende interessate con nota del 27.10.2005, l'attivazione delle Strutture Residenziali seguirà le indicazioni contenute nel documento allegato.

Si invitano le ASL a informare gli erogatori privati accreditati del proprio territorio.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Carlo Lucchina

All.

Servizi Sanitari Territoriali
Via Pola, 9 e 11 - 20124 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>

Tel. 02/67653061 - Fax 02/67652108

RIQUALIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

In attuazione del Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Giunta Regionale lombarda (DGR 17513 del 17.05.2004) e in accordo con le successive determinazioni regionali (circolare 28 san del 2004), la *riqualificazione delle SR psichiatriche* avviene secondo le modalità descritte successivamente.

Le SR psichiatriche accreditate vengono riqualificate nell'ambito delle tipologie identificate dal Piano Regionale Salute Mentale con i seguenti criteri:

- gli attuali CRT divengono *Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA)*
- le attuali CP a elevata protezione divengono *Comunità Protette ad Alta assistenza (CPA)*
- le attuali CP a media protezione divengono *Comunità Protette a Media assistenza (CPM)*
- le attuali CP a bassa protezione permangono come tipologia di SR ad esaurimento con la denominazione di *CPM fascia B*. Alternativamente rinunciano *all'accreditamento sanitario* per permanere come moduli abitativi ove i soggetti accreditati possano erogare programmi di *residenzialità leggera* secondo quanto successivamente definito.

Inoltre secondo quanto determinato dal Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17.05.2004), si attivano a titolo sperimentale:

- una nuova tipologia di SR psichiatrica denominata *Comunità Riabilitativa a Media Protezione (CRM)*
- programmi sanitari di "*residenzialità leggera*" erogati da soggetti accreditati per attività di psichiatria ad utenti residenti in soluzioni abitative da reperire preferibilmente nell'ambito della rete territoriale. Tale tipologia di struttura abitativa sarà conforme con le indicazioni del D.M. 14.01.1997.

Tali nuovi modelli di residenzialità psichiatrica necessitano di una fase di monitoraggio e di verifica degli assetti organizzativi e delle modalità operative.

Caratteristiche delle SR riqualificate

Le SR riqualificate mantengono i requisiti di autorizzazione e accreditamento validi per le attuali SR secondo la normativa vigente (DGR 38133 del 6.08.1998; Decreto DGS 19791 del 8.08.2000) con le ulteriori indicazioni e precisazioni che vengono definite successivamente (vedi tabella 1 e 2).

In termini generali, riguardo ai requisiti di accreditamento, *i requisiti minimi si intendono per strutture di 20 posti letto*. In caso di strutture prossime o contigue, che per vicinanza di sede e collegamenti possano usufruire di facilitazioni organizzative, è opportuno razionalizzare e integrare le risorse di personale necessario secondo criteri di modularità, individuando "*moduli organizzativi*" di SR che potranno favorire la *massima flessibilità* anche tramite l'articolazione di strutture di diversa tipologia. La

possibile presenza di utenti con programmi di diversa intensità riabilitativa nella stessa struttura può portare a **esigenze di flessibilità** analoghe anche per le strutture di piccole dimensioni e comunque inferiori ai 20 posti letto. In caso di personale eccedente è possibile programmare l'impiego in attività territoriali, in particolare di semiresidenzialità e "residenzialità leggera". Nel caso invece di strutture con 20 posti letto attivi, per erogare tali attività ulteriori il personale va incrementato proporzionalmente.

Per ogni utente ricoverato deve essere elaborato un **Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)** coerente e funzionale al **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** elaborato in sede territoriale. Il PTR deve essere coerente con l'indicazione del DSM inviante per un programma riabilitativo di alta, media o bassa intensità riabilitativa. Le SR riqualificate devono recepire le linee guida e gli indicatori di attività che vengono presentati nel Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17.05.2004) come "*protocolli di accogliimento, trattamento, dimissione*" per le SR psichiatriche.

In merito alle singole tipologie di SR psichiatrica il PRSM stabilisce che esse rientrino in **due aree distinte: strutture di area riabilitativa e strutture di area assistenziale**. La terza, individuata dal PRSM come **area sociale**, riguarda **i programmi di "residenzialità leggera"**.

Per quanto riguarda le SR per gli utenti affetti da gravi disturbi psichiatrici e comportamentali in comorbidità con ritardo mentale e patologie psicogeriatriche verranno successivamente individuati specifici requisiti.

Strutture di Area Riabilitativa

Le SR di area riabilitativa sono le seguenti:

Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA)

Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM)

Le CRA e le CRM mantengono i requisiti di autorizzazione e accreditamento validi per i CRT secondo la normativa vigente (DGR 38133 del 6.08.1998; Decreto DGS 19791 del 8.08.2000) con le ulteriori indicazioni e precisazioni descritte in tabella 1.

Nell'ambito di tale area rientrano le strutture ove vengono erogati i **programmi residenziali di tipo riabilitativo** con una distinzione tra programmi di alta e media intensità assistenziale. I programmi residenziali intensivi di area riabilitativa prevedono una durata massima di degenza di 18 mesi (CRA) e 24 mesi (CRM) e non sono di norma rinnovabili prima che siano trascorsi 5 anni. Ulteriori dettagli riguardo alla durata massima dei programmi di cura sono specificati nella tabella 1. In ogni caso, **i programmi residenziali che necessitano di eventuale prosecuzione o diversa articolazione devono essere ridefiniti in accordo con il DSM inviante e la ASL di residenza dell'utente con la condivisione dell'Organismo di Coordinamento**

Le SR di area riabilitativa possono erogare "**attività ulteriori**" di tipo territoriale rispetto a quelle erogate a utenti ricoverati in SR quali le **attività di semiresidenzialità e programmi di residenzialità leggera**. Per erogare **attività semiresidenziale** devono avere un accreditamento specifico come CD. Per erogare programmi di **residenzialità leggera** il personale da considerare deve essere proporzionalmente previsto secondo i requisiti della CPM.

Per quanto riguarda i **nuovi accoglimenti**, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le **SR di area riabilitativa** valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), disturbi della personalità. Sono considerate *diagnosi di esclusione*: demenza primaria, grave ritardo mentale ove verranno previste strutture con requisiti specifici. ii) è da considerarsi, di norma, un limite di età di 50 anni (come esordio di malattia), *con l'eccezione dei programmi di breve / medio termine per post-acuti*.

Strutture di Area Assistenziale

Le SR di area assistenziale sono le seguenti:

Comunità Protetta Alta assistenza (CPA)

Comunità Protetta Media assistenza (CPM)

Le **CPA** acquisiscono i requisiti di autorizzazione e accreditamento validi per le CP a elevata protezione secondo la normativa vigente (DGR 38133 del 6.08.1998; Decreto DGS 19791 del 8.08.2000) con le ulteriori indicazioni e precisazioni descritte in tabella 2. Le **CPM** acquisiscono i requisiti di autorizzazione e accreditamento validi per le CP a media protezione secondo la normativa vigente (DGR 38133 del 6.08.1998; Decreto DGS 19791 del 8.08.2000) con le ulteriori indicazioni e precisazioni descritte in tabella 2. Nell'ambito delle CPM si collocano anche le **CPM fascia B** ovvero quelle SR attualmente accreditate come CP a bassa protezione che mantengono gli attuali requisiti di autorizzazione e accreditamento.

Nell'ambito di tale area rientrano le strutture ove vengono erogati **programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi ad alta intensità** e che invece richiedono gradi diversi di interventi assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. La durata di tali programmi viene stabilita di norma in 36 mesi, **negoziabile caso per caso sulla base dei bisogni**. Ulteriori dettagli riguardo alla durata massima dei programmi di cura sono specificati nella tabella 2. In ogni caso, **i programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con il DSM inviante e la ASL di residenza dell'utente e in tali situazioni specifiche i programmi residenziali possono essere rinnovati con la condivisione dell'Organismo di Coordinamento**.

Le SR di area assistenziale, per erogare **attività semiresidenziale**, devono avere un accreditamento specifico come CD. Per erogare programmi di **residenzialità leggera** il personale da considerare deve essere proporzionalmente previsto secondo i requisiti della CPM.

Per quanto riguarda i **nuovi accoglimenti**, ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico, per le **SR di area assistenziale** valgono i seguenti criteri di ammissione: i) sono da considerarsi diagnosi elettive: schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), disturbi della personalità. Sono considerate *diagnosi di esclusione*: demenza primaria, grave ritardo mentale ove verranno previste strutture con requisiti specifici. ii) è da considerarsi un limite di età di 65 anni

Programmi di “residenzialità leggera” – Area Sociale

I programmi di “residenzialità leggera” vengono implementati e finanziati allo scopo essenziale di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell’utente. Nel contempo tali programmi per essere realizzati si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di *sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale*, anche tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza. Sarà perciò necessario consentire la partecipazione dei cittadini e l’intervento dei Comuni, oltre ad agevolare eventuali convenzioni con il privato sociale.

Secondo quanto definito dal PRSM, le strutture di Area Sociale possono essere di tipologia molto variabile (*es: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA*) fino a un massimo di 10 posti letto e sono reperite preferibilmente nell’ambito della rete territoriale. Si tratta di strutture abitative svincolate dall’accreditamento, conformi con le indicazioni del D.M. 14.01.1997. In tali strutture si attuano programmi individuali di trattamento (*programmi di residenzialità leggera*) che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell’appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito.

I programmi di residenzialità leggera sono erogati da *soggetti accreditati a contratto* per attività di psichiatria ad utenti residenti in soluzioni abitative, assimilabili alle suddette tipologie di case o appartamenti, normalmente inserite nell’ambito della rete territoriale, sulla base dei bisogni individuali. La durata dei programmi di residenzialità leggera è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. Tali programmi sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l’aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria territoriale, in piccoli nuclei, offre un essenziale supporto al vivere. I programmi di “residenzialità leggera” possono essere differenziati in *programmi di media o bassa intensità (cfr. requisiti di accreditamento e tariffe)*

Per l’implementazione a livello regionale di programmi di residenzialità leggera vengono definite specifiche prescrizioni codificate nel software regionale Psiche e conseguentemente tariffate.

La definizione dei programmi residenziali

In attuazione del PRSM (DGR 17513 del 17.05.2004), le diverse SR possono erogare programmi di assistenza diversificati nel rispetto della propria dotazione di spazi e di personale. Lo schema definito sotto esemplifica le attività che possono essere erogate dalle diverse tipologie di SR .

	CRA*	CRM	CPA*	CPM**
Programmi post-acuzie	X			
Programmi alta intensità riabilitativa	X	X		
Programmi media intensità riabilitativa	X	X	X	X
Programmi bassa intensità riabilitativa	X	X	X	X
Attività di semiresidenzialità	(X CD)	(X CD)	(X CD)	(X CD)
Programmi di residenzialità leggera	(X)	(X)	(X)	(X)

* *CRA e CPA per le loro caratteristiche sono le strutture che erogano programmi ad alta intensità assistenziale*

** *Le CPM fascia B erogano esclusivamente programmi di bassa intensità riabilitativa*

Sulla base di quanto definito nel PRSM *l'intensità dei programmi riabilitativi si basa su tre criteri*: a) la numerosità e l'intensità degli interventi erogati, b) il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede), c) la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano la rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

L'indicazione della tipologia del programma riabilitativo (*alta intensità riabilitativa, media intensità riabilitativa, bassa intensità riabilitativa*) avverrà da parte dell'inviante sulla base dei bisogni del singolo utente. *Il Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR)* elaborato per ogni utente dovrà pertanto contenere interventi riconducibili a diverse aree di intervento, che in linea generale, formeranno le *diverse tipologie di programma riabilitativo*.

I *programmi riabilitativi* conterranno interventi riconducibili a diverse aree di intervento secondo un mix appropriato ai bisogni del singolo utente: aree delle abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, interventi di intrattenimento, interventi di sostegno ai programmi personalizzati, interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, partecipazione ad attività di gruppo, coinvolgimento in attività riabilitative in sede e fuori sede (anche in collaborazione con il volontariato), attività specifiche di gruppo psicoterapico, colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia, specifici interventi di riabilitazione psicosociale, partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale, interventi con i familiari. I *programmi per la post-acuzie* conterranno interventi per la valutazione clinico-diagnostica, somministrazione di farmaci, interventi di risocializzazione, interventi sulle abilità di base interpersonali e sociali, interventi con i familiari.

Per quanto riguarda la *numerosità degli interventi*, gli indicatori di riferimento sono in generale quelli individuati nella circolare 28/san del 21/07/2004: almeno 250 interventi per anno per i programmi di media intensità riabilitativa; almeno 450 interventi per anno per i programmi di alta intensità riabilitativa.

Un obiettivo dichiarato dal Piano Regionale Salute Mentale è quello di *promuovere programmi individualizzati integrati*, con particolare attenzione alla continuità di cura e coerenza fra il momento di assistenza territoriale e quello residenziale. In questa logica assumono particolare rilevanza le motivazioni espresse dal DSM inviante nel PTI per il ricovero in SR. Pertanto diviene vincolante *l'indicazione di programma di post-acuzie, alta, media o bassa intensità riabilitativa concordata tra DSM inviante e SR* ove l'utente viene ricoverato e che saranno contenute anche nel PTR elaborato dalla SR.

Il finanziamento della residenzialità psichiatrica

In attuazione del PRSM (DGR 17513 del 17.05.2004), si introduce una modalità di finanziamento della residenzialità psichiatrica centrata sul riconoscimento di una quota fissa e di una quota variabile. La **quota fissa** riflette l'offerta assistenziale della struttura e dovrebbe premiare pertanto le strutture ove **l'intensità assistenziale** rappresenta l'obiettivo prioritario del programma di cura come è il caso specialmente delle Comunità Protette ad Alta assistenza (CPA), la **quota variabile** va concepita come una modalità per riconoscere l'applicazione di **programmi riabilitativi differenziati** a seconda del grado di intensità: avremo perciò programmi ad **intensità "alta", "media" e "bassa" intensità, e programmi per la post-acuzie.**

Sulla base della stima dei costi del personale delle diverse tipologie di SR e dei costi delle prestazioni erogate nei diversi programmi utilizzando le tariffe 46/san, si definiscono i seguenti livelli tariffari adeguati a sostenere i costi delle strutture pur permettendo una adeguata flessibilità di programmazione delle attività:

Quota fissa (assistenziale)

Quota fissa CRA : 75 Euro a giornata

Quota fissa CRM: 50 Euro a giornata

Quota fissa CPA: 85 Euro a giornata

Quota fissa CPM: 40 Euro a giornata

Quota variabile (riabilitativa)

Quota variabile programma riabilitativo post-acuzie: 90 Euro a giornata

Quota variabile programma residenziale alta riabilitazione: 90 Euro a giornata

Quota variabile programma residenziale media riabilitazione: 60 Euro a giornata

Quota variabile programma residenziale bassa riabilitazione: 30 Euro a giornata

Considerando tali livelli tariffari, la permanenza di utenti nelle diverse tipologie di SR e in funzione dei diversi programmi erogati si definirebbe come espresso nella tabella seguente:

	<i>Programma post-acuzie</i> <i>(Euro per gg)</i>	<i>Programma alta intensità</i> <i>(Euro per gg)</i>	<i>Programma media intensità</i> <i>(Euro per gg)</i>	<i>Programma bassa intensità</i> <i>(Euro per gg)</i>
<i>CRA</i>	165	165	135	105
<i>CRM</i>	-	140	110	80
<i>CPA</i>	-	-	145	115
<i>CPM</i>	-	-	100	70

Il finanziamento dei programmi di residenzialità leggera

Il finanziamento dei programmi di residenzialità leggera avviene sulla base di due livelli tariffari: ***programma di residenzialità leggera a media intensità: 60 Euro al giorno;*** ***programma di residenzialità leggera di bassa intensità: 30 Euro al giorno.***

Gli erogatori, come già avviene per la residenzialità psichiatrica, sono tenuti a registrare i singoli interventi erogati nell'ambito di tali programmi di assistenza.

La rendicontazione di programmi di residenzialità leggera avverrà attraverso il flusso regionale.

Tabella 1

	CRA	CRM
Offerta assistenziale e personale	<p>a) La CRA garantisce una offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore</p> <p>b) Nell'ambito delle 24 ore è sempre garantita la presenza di due operatori di cui almeno 1 infermiere professionale</p> <p>c) Deve essere garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso. Comunque, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20 deve essere garantita la presenza di almeno 2 unità di educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica per 6 ore giornaliere</p> <p>d) L'equipe deve prevedere inoltre una figura infermieristica con funzione di coordinamento</p> <p>e) Dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20 deve essere garantita la presenza del medico psichiatra per 8 ore giornaliere. Nelle ore ulteriori rispetto alle 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e nell'intero sabato e domenica deve essere garantita la disponibilità di un medico psichiatra in guardia attiva o reperibile</p> <p>f) Deve essere garantita la presenza della figura di psicologo almeno per 12 ore la settimana</p>	<p>a) La CRM garantisce una offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore</p> <p>b) Nell'ambito delle 24 ore è sempre garantita la presenza di almeno 1 OTA / OSS, e nelle ore diurne è sempre garantita la presenza di un secondo operatore. Inoltre, deve essere garantita tutti i giorni almeno 1 unità di infermiere professionale con presenza di 8 ore nella fascia oraria tra le 8 e le 20. Nelle ore notturne eventuale reperibilità di un secondo operatore in situazioni specifiche</p> <p>c) Deve essere garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso. Comunque, deve essere garantita la presenza nell'equipe di almeno 1 unità di educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica ogni 5 utenti</p> <p>d) L'equipe deve prevedere inoltre un operatore con funzione di coordinamento</p> <p>e) Dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20 deve essere garantita la presenza del medico psichiatra per 4 ore giornaliere. Nelle ore ulteriori rispetto alle 4 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e nell'intero sabato e domenica deve essere garantita la disponibilità di un medico psichiatra in guardia attiva o reperibile</p> <p>f) Deve essere garantita la presenza della figura di psicologo almeno per 12 ore la settimana</p>
Tipologie di programmi residenziali erogati dalla SR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I programmi residenziali appropriati sono i programmi di alta intensità riabilitativa (durata massima 18 mesi, non rinnovabile) e i programmi per la post-acuzie (durata massima 3 mesi, non rinnovabile ma ripetibile per situazioni specifiche) ▪ Ogni giorno almeno il 70% degli utenti ricoverati deve essere inserito in un programma di post-acuzie o di alta intensità riabilitativa ▪ Eventuali programmi di media intensità riabilitativa (durata massima 24 mesi, non rinnovabile) e di bassa intensità riabilitativa (durata massima 36 mesi, non rinnovabile) devono essere condivisi dall'Organismo di Coordinamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I programmi residenziali appropriati sono i programmi di alta intensità riabilitativa (durata massima 24 mesi, non rinnovabile) ▪ Ogni giorno almeno il 60% degli utenti ricoverati deve essere inserito in un programma di alta intensità riabilitativa ▪ Eventuali programmi di media intensità riabilitativa (durata massima 24 mesi, non rinnovabile) e di bassa intensità riabilitativa (durata massima 36 mesi, non rinnovabile) devono essere condivisi dall'Organismo di Coordinamento

Tabella 2

	CPA	CPM
Offerta assistenziale e Personale	<p>a) La CPA garantisce una offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore</p> <p>b) Nell'ambito delle 24 ore è sempre garantita la presenza di almeno due operatori. Viene assicurata all'interno dell'equipe la presenza di almeno 1 infermiere professionale dalle 8 alle 20 e la eventuale reperibilità nelle ore notturne</p> <p>c) Deve essere garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso. Comunque, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20, deve essere garantita la presenza di almeno 1 unità di educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica per 8 ore giornaliere</p> <p>d) Deve essere individuata all'interno dell'equipe una figura infermieristica che svolga anche la funzione di coordinamento</p> <p>e) Dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20 deve essere garantita la presenza del medico psichiatra per 8 ore giornaliere. Nelle ore ulteriori rispetto alle 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e nell'intero sabato e domenica deve essere garantita la disponibilità di un medico psichiatra in guardia attiva o reperibile</p> <p>f) Deve essere garantita la presenza di uno psicologo secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi in corso</p>	<p>a) La CPM garantisce una offerta assistenziale di medio grado sulle 12 ore</p> <p>b) Nell'ambito delle 12 ore è sempre garantita la presenza di almeno una figura di OTA / OSS, con un secondo operatore. Inoltre all'interno dell'equipe viene garantita la presenza per 8 ore giornaliere di almeno 1 infermiere professionale nella fascia oraria tra le 8 e le 20</p> <p>c) Deve essere garantito un organico adeguato ad erogare le prestazioni necessarie per attuare i progetti riabilitativi in corso. Comunque, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20, deve essere garantita la presenza di almeno 1 unità di educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica per 8 ore giornaliere</p> <p>d) Deve essere individuato all'interno dell'equipe un operatore che svolga anche la funzione di coordinamento</p> <p>e) Dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20 deve essere garantita la presenza del medico psichiatra per 4 ore giornaliere. Nelle ore ulteriori rispetto alle 4 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e nell'intero sabato e domenica deve essere garantita la disponibilità di un medico psichiatra in guardia attiva o reperibile</p>
Tipologie di programmi residenziali erogati dalla SR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programma di media intensità riabilitativa: durata massima 24 mesi estendibile a 36 mesi in situazioni specifiche e in coerenza con il PTI ▪ Programma di bassa intensità riabilitativa: durata massima 36 mesi rinnovabili ▪ I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con il DSM inviante e la ASL di residenza dell'utente e in tali situazioni specifiche i programmi residenziali possono essere rinnovati se condivisi dall'Organismo di Coordinamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programma di media intensità riabilitativa: durata massima 24 mesi estendibile a 36 mesi in situazioni specifiche e in coerenza con il PTI ▪ Programma di bassa intensità riabilitativa: durata massima 36 mesi rinnovabili ▪ I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con il DSM inviante e la ASL di residenza dell'utente e in tali situazioni specifiche i programmi residenziali possono essere rinnovati se condivisi dall'Organismo di Coordinamento