

Allegato A

Sperimentazione Progetti Terapeutici Individuali di Domiciliarità e di Sostegno Territoriale Integrato

PREMESSA	pg. 2
1 DOMICILIARITA'	pg. 3
1.1 Definizione	pg. 3
1.2 Organizzazione	pg. 3
1.3 Basi Normative	pg. 4
1.4 Modalità di attuazione dei progetti	pg. 7
1.4.1 Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno	pg. 7
1.4.2 Strumenti attivabili	pg. 7
1.4.3 Procedure	pg. 7
1.4.4 Verifica e valutazione degli esiti	pg. 8
2 SOSTEGNO TERRITORIALE INTEGRATO	pg. 8
2.1 Definizione	pg. 8
2.2 Organizzazione	pg. 8
2.3 Basi Normative	pg. 9
2.4 Modalità di attuazione dei progetti	pg. 11
2.4.1 Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno	pg. 11
2.4.2 Strumenti attivabili	pg. 12
2.4.3 Procedure	pg. 13
2.4.4 Verifica e valutazione degli esiti	pg. 13
APPENDICE: IL BUDGET DI SALUTE	
Definizione	pg. 14
Note organizzative/normative	pg. 15

PREMESSA

Conservare la propria identità è il diritto fondamentale di ogni persona. A maggior ragione, chi soffre di una patologia psichiatrica grave e persistente non può essere curato/aiutato se per questo deve abbandonare per sempre ciò che dell'identità personale costituisce il fondamento: luoghi, relazioni, abitudini, attività, stili di vita.

Per rendere efficace un approccio ai problemi delle persone con gravi disturbi psichiatrici, a rischio di perdita del diritto di cittadinanza, è necessario innanzitutto avere chiara questa premessa.

Il rapporto tra identità e "vivere", luoghi e modi di vita, dovrebbe costituire la base di una politica di attenzione reale verso chi non può superare da solo limiti e condizionamenti correlati alla propria patologia. Le cure devono essere coniugate con la vita e con l'abitare nel mondo.

Promuovere nei servizi di salute mentale questi principi significa porre le basi per la realizzazione concreta di un sistema di integrazione socio-sanitaria, in grado di connettere gli strumenti sanitari con le politiche della casa, la cura del territorio, i servizi sociali ed educativi, la funzionalità dei trasporti, e più in generale le risorse della comunità di appartenenza. Occorre poter sostenere la persona, e la sua famiglia, con un progetto individuale integrato - di rete - tra i vari servizi, i settori di intervento, la persona stessa, la famiglia, la comunità locale, attivando risorse aggiuntive, a supporto di quelle compromesse per la sofferenza e la sopraggiunta minore abilità. Orientare le attività in questa direzione costituisce anche la necessaria premessa ad una complessiva riorganizzazione dei DSM in una prospettiva di lavoro per intensità di cura e di assistenza.

L'intervento delle équipes curanti deve fondarsi sul principio dell'empowerment: non considerare più la centralità della malattia e del sintomo, ma l'individuo inteso come soggetto attivo consapevole delle proprie possibilità e capace di utilizzarle per contribuire al proprio percorso di cura e guarigione. In questo modo si sposta l'attenzione dalle singole prestazioni all'intero percorso di recupero, accogliendo una nuova visione della presa in carico, che peraltro non riguarda solo la salute mentale.

Lo sviluppo delle potenzialità individuali è possibile grazie ad una reale integrazione con il territorio di appartenenza e sviluppo della rete sociale (welfare di comunità).

Dal punto di vista organizzativo, per la realizzazione di questi obiettivi assumono un ruolo fondamentale i progetti di sostegno attivo alla Domiciliarità e di Sostegno Territoriale Integrato, che i Dipartimenti di salute mentale devono attivare, in stretta integrazione con quelli di residenzialità e con i trattamenti territoriali di base.

Si tratta di progetti terapeutici individuali ad alta specializzazione, volti a potenziare le risorse disponibili sul territorio per i pazienti con più elevati livelli di sofferenza e di bisogno. Richiedono il massimo grado di flessibilità e personalizzazione, realizzabili grazie a specifiche modalità organizzative e procedure amministrative idonee. Rivestono un ruolo fondamentale dal punto di vista clinico e dell'efficienza del sistema.

Infatti, i dati disponibili mostrano che a volte la risposta fornita con l'accoglienza in una struttura residenziale, o con il prolungamento della permanenza in essa, non è quella più congrua alle necessità del paziente, ma deriva dalla mancanza di alternative. In altri termini, l'organizzazione attuale dei Servizi di Salute Mentale sembra contemplare solo due livelli di intervento: quello residenziale, basato sull'utilizzo terapeutico delle dinamiche gruppali, della protezione e del contenimento relazionale; e i trattamenti territoriali di base, talora insufficienti a rispondere ai bisogni più complessi.

Un'analisi puntuale delle caratteristiche delle persone inserite, o candidate all'inserimento, nelle strutture residenziali, mostra infatti che una parte di esse potrebbe beneficiare, in alternativa, di

interventi territoriali ad alta specializzazione, basati sulla Domiciliarità, e/o il Sostegno Territoriale Integrato.

1. DOMICILIARITA'

1.1 Definizione

Il "Progetto Domiciliarità" è un insieme integrato di interventi terapeutici e assistenziali, attivati dai DSM, che utilizzano la casa e l'abitare all'interno della comunità sociale come fattore cruciale di recupero e mantenimento della salute, contro il rischio di istituzionalizzazione ed emarginazione sociale.

Il Progetto Domiciliarità ha come obiettivo quello di evitare che le persone, a causa di gravi e persistenti problematiche psichiatriche, perdano o non possano recuperare la possibilità di abitare all'interno del proprio nucleo familiare, o della propria abitazione indipendente. Grazie alla messa a disposizione di una serie di supporti e servizi integrati, con il sostegno e il coinvolgimento dei familiari e della comunità locale, si propone di sostenere l'inclusione sociale al proprio domicilio dei pazienti, quale fattore di garanzia della loro salute.

Il Progetto Domiciliarità utilizza in modo specifico l'abitare, e la responsabilizzazione individuale ad esso connessa, come fattori terapeutici di sostegno all'identità e all'inclusione sociale; integra gli interventi terapeutici sull'area dell'abitare con azioni nelle altre aree di vita che costituiscono i cardini della riabilitazione psichiatrica: formazione e lavoro, socialità e affettività, che sono oggetto anche dei Progetti di Sostegno Territoriale Integrato (di cui alla parte 2 di questo Allegato)

Il Progetto Domiciliarità richiede competenze e formazione specifica del personale dedicato; non si identifica con una variante a minor protezione e minor intensità rispetto alla residenzialità, ma può configurarsi come opzione di trattamento complementare, alternativa o successiva, agli inserimenti residenziali.

1.2 Organizzazione

In diverse Regioni italiane, e in alcune realtà piemontesi, da anni si sperimentano interventi di sostegno attivo alla domiciliarità, fondati sul coinvolgimento integrato di diversi professionisti addetti alla cura, di servizi sanitari pubblici e privati, servizi sociali, enti locali, associazioni, famiglie. Tali esperienze costituiscono il modello a cui fare riferimento.

Il Progetto Domiciliarità ha una specificità clinica e organizzativa: è una delle articolazioni dell'attività territoriale dei DSM, che comporta un apposito investimento di risorse sanitarie, riabilitative e socio-educative, che integrano quelle disponibili nell'ambito dei trattamenti territoriali di base. E' rivolta agli utenti con disturbi psichici gravi e persistenti e ad alto rischio di emarginazione.

Si definiscono:

- un sostegno domiciliare alternativo alla residenzialità: il Progetto Domiciliarità viene concepito come alternativo all'inserimento residenziale; è rivolto a pazienti che presentano una rilevante complessità dei bisogni e compromissione del funzionamento, tale per cui l'ordinaria presa in carico territoriale da parte del CSM risulterebbe insufficiente; tuttavia l'inserimento in struttura residenziale non ha un'indicazione assoluta, e può essere evitato in presenza di un idoneo progetto domiciliare alternativo;
- un sostegno domiciliare successivo alla residenzialità: il Progetto Domiciliarità favorisce la dimissione dalla struttura residenziale di pazienti che necessitano di proseguire il percorso riabilitativo sul territorio al fine di completare, integrare, potenziare l'acquisizione di competenze volte all'abitare e proseguire nel percorso di inclusione sociale.

Caratteristiche necessarie dei progetti di Domiciliarità sono:

- un efficace e condiviso sistema di valutazione delle indicazioni e dell'appropriatezza, utilizzando strumenti di valutazione clinica e funzionale;
- la specializzazione degli operatori;
- la costruzione di un modello condiviso tra le diverse figure professionali;
- l'omogeneità nell'offerta del servizio sul territorio dell'ASL;
- la possibilità di articolare i progetti sulle 24 ore sette giorni su sette;
- un'efficace valutazione degli esiti.

1.3 Basi normative

I Progetti Domiciliarità sono garantiti nell'ambito dei percorsi di presa in carico dei *“disturbi gravi persistenti e complessi”*, che costituiscono la priorità dei servizi secondo il D.P.R 10 novembre 1999 (*Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale*) e sono compresi tra le quattro aree di bisogni prioritari definite dal *Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale* del 2013. Rientrano nel modello clinico-organizzativo previsto dal Piano d'Azioni Nazionale del 2013 (e ribadito dall'Accordo Stato Regioni del 2014 sui Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali) denominato *“presa in carico”* ovvero *“percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali”*. Attraverso il potenziamento e l'integrazione degli interventi territoriali di base contribuiscono a realizzare in modo compiuto i Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per i disturbi psichici gravi, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 2014 (*“Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità”*)

Non sono descrivibili come singole prestazioni, ma sono inseriti in quei *“percorsi di presa in carico e di cura esigibili”*, che, sempre secondo il Piano d'Azioni Nazionale, sostanziano il concetto di LEA, inteso come percorso e *“non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale”*.

Secondo il Dpcm 12 gennaio 2017 (*“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*) sono da privilegiare le cure in ambito domiciliare (art. 21): *“Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio”*; nel contesto specifico della cura dei disturbi mentali (art. 26) *“Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate”*.

I Progetti Domiciliarità corrispondono alla definizione di *“assistenza socio-sanitaria”* secondo quanto previsto dal Dpcm 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”* all'articolo 2 e 3. Ai sensi dell'articolo 2 tali interventi prevedono livelli differenziati di intensità assistenziale:

- Fase intensiva (elevata complessità e intensità di cura, durata breve)
- Fase estensiva (minore intensità, durata medio-lunga)
- Fase di lungo-assistenza (durata stabilita dal progetto individuale).

I Progetti Domiciliarità di fase intensiva rientrano nella definizione del comma 3 dell'art. 3: *“prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”, le quali sono “caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci”, ovvero “dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza”.* Al medesimo comma si precisa che: *“Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario”.*

I Progetti Domiciliarità di fase estensiva rientrano nella definizione del comma 1 del medesimo articolo 3: *“Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali”.*

I Progetti Domiciliarità della fase di lungo-assistenza, a norma del comma 2 del medesimo articolo 3, rientrano nella definizione di *“prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”* e sono attualmente regolate dalle vigenti norme sulla compartecipazione alla spesa socio-sanitaria da parte del cittadino. Questo aspetto, che richiede una preliminare condivisione con i Comuni, dovrebbe essere ripensato attivando nuovi modelli di finanziamento, secondo le modalità del Budget di Salute, che prevede che ulteriori apporti in termini economici e di risorse da parte di diversi soggetti (Servizi Sociali, Enti del privato sociale ed imprenditoriale, famiglia e utenti, associazioni di volontariato,) possano concorrere ai progetti di Domiciliarità di fase intensiva, estensiva e di lungo-assistenza (si veda in proposito l'appendice).

L'obiettivo è tendere alla trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria; il che definisce l'esito favorevole del percorso terapeutico, sia in termini clinici che economici. Inoltre questo passaggio documenta il raggiungimento reale di obiettivi emancipativi e di cittadinanza/inclusione sociale.

Tabella 1

Progetti di Domiciliarità	Requisiti	Basi normative	Durata	Competenza economica
Fase intensiva	Elevata integrazione sanitaria	Dpcm 14 feb 2001 art 3 comma 3	Breve	SSN (Budget di Salute)
Fase estensiva	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Dpcm 14 febbraio 2001 art 3 comma 1	Medio-lunga	SSN (Budget di Salute)
Fase lungo-assistenza	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Dpcm 14 febbraio 2001 art 3 comma 2	Definita dal Progetto	Compartecipazione secondo norme vigenti o con l'utilizzo del Budget di Salute, previo coinvolgimento dei Comuni

1.4 Modalità di attuazione dei progetti

1.4.1 Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno

L'accesso ai Progetti di Domiciliarità è subordinato a una valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da un'équipe multidisciplinare (Unità di Valutazione Multidisciplinare: UVM) che comprende, oltre agli operatori del Csm, le diverse figure professionali degli altri servizi eventualmente coinvolti, e prevede azioni di coinvolgimento della rete sociale: enti locali, soggetti privati, del terzo settore, associazioni di volontariato, e in primo luogo i pazienti e i loro familiari.

I progetti sono rivolti a pazienti con diagnosi di psicosi, disturbo maggiore dell'umore, disturbo grave di personalità, per i quali venga evidenziato un grave deficit funzionamento sulla base di strumenti standardizzati e secondo criteri definiti dalla letteratura scientifica.

L'équipe multi-professionale (UVM) elabora un Progetto di Domiciliarità Individualizzato (PDI), che rappresenta la declinazione specifica del PTI, il quale ha una durata definita e prevede periodiche verifiche. Un operatore del DSM assume la funzione di responsabile del PDI (Case Manager) e ha il compito di monitorare l'andamento del progetto e proporre eventuali modifiche. Il PDI comprende un impegno/accordo di cura, che è sottoscritto dal paziente e, quando indicato, dai suoi familiari o da componenti della sua rete sociale, oltre che dai rappresentanti degli enti coinvolti.

1.4.2 Strumenti attivabili

Gli strumenti attivabili sono tutti quelli finalizzati a raggiungere gli obiettivi di salute nelle aree dell'abitare. In particolare: risorse umane dedicate, disponibili in modo flessibile, quando indicato, nell'arco delle 24 ore sette giorni su sette; risorse economiche e materiali, inclusa l'eventuale disponibilità della casa e delle risorse economiche necessarie per l'abitare e per i correlati percorsi di inclusione sociale, anche in integrazione con i Progetti di Sostegno Territoriale Integrato (di cui alla parte 2 di questo documento). Le risorse economiche ~~all'uopo destinate~~ possono anche essere erogate, nel rispetto della normativa vigente, direttamente al paziente o ai suoi familiari,

nella forma dell'assegno terapeutico, che non è sostitutivo di interventi previdenziali o assistenziali cui il paziente ha diritto.

La messa a disposizione delle risorse deve essere modulata in maniera coerente con i livelli di intensità assistenziale previsti dal PDI. L'obiettivo sarà di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale capacità di autogestione degli utenti stessi e/o con l'accesso alle prestazioni sociali previste per ogni cittadino. I fondi sono ricavati nell'ambito del budget dei Dipartimenti e in particolare dalla revisione della spesa residenziale, attraverso una redistribuzione che dovrà essere attentamente monitorata.

1.4.3 Procedure

I Dipartimenti di Salute Mentale possono attivare risorse proprie o per il tramite di enti co-gestori, individuati con le necessarie procedure amministrative previste dalla legge (appalti, bandi per la definizione di elenchi co-gestori).

Eventuali risorse ulteriori, secondo il modello del budget di salute, possono essere messe a disposizione da soggetti diversi: servizi sociali, enti locali, enti privati e del terzo settore, associazioni di volontariato, famiglia e utente, e anche tramite progetti di fundraising.

I progetti di Domiciliarità sono individuali e vengono attuati presso il domicilio del paziente. Qualora il paziente non possa disporre della risorsa casa in modo utile alla realizzazione del progetto, questa può essere inclusa tra le risorse attivabili, secondo il meccanismo del Budget di salute, così come definito nell'Appendice a questo allegato. Nel caso in cui il progetto includa la risorsa casa, questa dovrà essere nella disponibilità del paziente, secondo le modalità stabilite nel progetto, tramite un contratto di affitto o un accordo formalizzato per iscritto. Sulla base della libera scelta dei pazienti, i progetti possono essere attivati anche in regime di coabitazione, fino ad un massimo di quattro persone.

1.4.4 Verifica e valutazione degli esiti

Il Dipartimento di salute mentale deve predisporre idonee procedure di valutazione degli esiti dei Progetti di Domiciliarità, con l'utilizzo di strumenti e modalità validate dalla letteratura scientifica, per verificarne l'effettiva efficacia terapeutico-riabilitativa, con particolare attenzione ai parametri soggettivi di soddisfazione e di qualità della vita.

2. SOSTEGNO TERRITORIALE INTEGRATO

2.1 Definizione

Il Sostegno Territoriale Integrato consiste in un insieme di progetti di cura ad alta specializzazione finalizzati al recupero e/o potenziamento delle capacità-abilità personali dei pazienti in ambito sociale, lavorativo, familiare e di iniziativa personale.

L'obiettivo principale è garantire il diritto dei pazienti di vivere e curarsi nella propria comunità di appartenenza, attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi).

Si tratta di progetti territoriali, in quanto tali, non necessariamente attuati all'interno di un luogo fisico dedicato; devono avere il massimo grado possibile di personalizzazione e dunque essere differenziati sulla base del Piano Terapeutico Individuale (PTI) redatto per ogni singolo paziente. I progetti si svolgono in stretta integrazione con l'attività dei Centri di Salute Mentale; il governo clinico compete al DSM.

2.2 Organizzazione

I Progetti di Sostegno Territoriale Integrato hanno una specificità clinica e organizzativa: costituiscono una delle articolazioni dell'attività territoriale dei DSM, che comporta un apposito investimento di risorse sanitarie, riabilitative e socio-educative, ad integrazione di quelle disponibili nell'ambito dei trattamenti territoriali di base e dei progetti di sostegno alla Domiciliarità.

Sono rivolti agli utenti con disturbi psichici gravi e persistenti ad alto rischio di emarginazione; possono essere attuati con diversi livelli di intensità assistenziale. La scelta di luoghi fisici dedicati quali sedi preferenziali a supporto del progetto viene definita nel Piano Terapeutico Individuale.

Si distinguono:

- a. Attività strutturate di valutazione e intervento a prevalente carattere espressivo e/o terapeutico-riabilitativo, volte a migliorare le competenze relazionali e sociali, in accordo con la letteratura e le linee guida nazionali e internazionali sulla riabilitazione psichiatrica evidence-based. Le attività possono svolgersi presso sedi apposite messe a disposizione del progetto o presso altre sedi disponibili sul territorio, secondo quanto indicato dal Piano terapeutico individuale. In questa categoria vanno comprese anche le attività mirate alle abilità pre-lavorative, fra cui i laboratori protetti.
- b. Attività riabilitative in ambito lavorativo. Comprendono le attività rientranti nelle fattispecie previste dalla DGR 28-2527 del 30/11/2015 (Tirocini di Inclusione Sociale) e le attività di sostegno e accompagnamento riabilitativo nei percorsi di inserimento lavorativo, promossi dagli enti competenti (Centri per l'impiego).
- c. Attività di inclusione sociale a valenza riabilitativa. Si tratta di attività di risocializzazione, mirate all'inclusione e al recupero delle abilità sociali per aumentare la competenza relazionale di ciascun paziente. L'obiettivo è portare ad apprendere l'arte della convivenza condividendo esperienze e problematiche comuni e favorendo la socializzazione con altri individui. Tali attività si svolgono preferibilmente in contesti non istituzionali, ma collocati sul territorio e aperti a tutta la popolazione, il che consente di attivare in senso terapeutico le risorse della comunità in termini di integrazione, di rivalutazione dei rapporti tra gli individui, di comunità vera e partecipata. In questa categoria sono comprese anche le attività che rientrano nella fattispecie prevista dalla DGR 22-2521 del 30/11/2015 (Percorsi di Attivazione Sociale Sostenibile)
- d. Attività di accoglienza e sostegno territoriale, nelle situazioni di crisi, finalizzata all'intervento precoce e all'utilizzo evolutivo della crisi e alla prevenzione dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti sanitari obbligatori. Tali interventi possono essere attuati sul territorio, a domicilio del paziente, o in luoghi appositi messi a disposizione dal progetto, secondo le indicazioni contenute nel Piano Terapeutico Individuale (PTI). Si tratta di interventi aggiuntivi, strettamente integrati, e non sostitutivi, rispetto a quelli previsti nell'ambito delle attività territoriali di base del Csm.

2.3 Basi normative

I Progetti di Sostegno Territoriale Integrato sono garantiti nell'ambito dei percorsi di presa in carico dei *“disturbi gravi persistenti e complessi”*, che costituiscono la priorità dei servizi secondo il D.P.R 10 novembre 1999 (Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale) e sono compresi tra le quattro aree di bisogni prioritari definite dal Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013. Rientrano nel modello clinico-organizzativo previsto dal Piano d'Azioni Nazionale del 2013 (e ribadito dall'Accordo Stato Regioni del 2014 sui Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali) denominato *“presa in carico”* ovvero *“percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali”*.

Attraverso il potenziamento e l'integrazione degli interventi territoriali di base contribuiscono a realizzare in modo compiuto i Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per i disturbi psichici gravi, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 2014 (*“Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale dei per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità”*). I progetti possono riguardare la componente territoriale delle tre fasi di cura previste dal predetto documento: a) presa in carico precoce b) gestione delle fasi acute o di crisi c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità.

Non sono descrivibili come singole prestazioni, ma si inseriscono in quei *“percorsi di presa in carico e di cura esigibili”*, che, secondo il Piano d'Azioni Nazionale Salute mentale del 2013 sostanziano il concetto di LEA, inteso come percorso e: *“non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale”*.

Rientrano nella definizione di *“prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”*, secondo il Dpcm 14 febbraio 2001 (*“Atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*) articolo 3, comma 3; *“prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria”* ovvero *“dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza”*. Al medesimo comma si precisa che: *“Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario”*.

Come previsto dall'articolo 2 del Dpcm 14 febbraio 2001, i Progetti di Sostegno territoriale Integrato sono attuabili con diversi livelli di intensità assistenziale

- Fase intensiva (elevata complessità e intensità di cura, durata breve)
- Fase estensiva (minore intensità, durata medio-lunga)
- Fase di lungo-assistenza (durata stabilita dal progetto individuale).

Dati i diversi livelli di intensità utilizzabili e l'elevato grado di personalizzazione dei progetti, essi possono rientrare in diverse fattispecie previste dal Dpcm 12 gennaio 2017, (*“Definizione e*

aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”)).

Le attività strutturate (di cui al paragrafo 2.2 a e b del presente documento) sono previste dal Dpcm all'Articolo 26, comma 1: b) *accoglienza* c) *valutazione diagnostica multidisciplinare* j) *interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.*

Le attività di inclusione sociale a valenza riabilitativa (di cui al paragrafo 2.2 c di questo documento) sono previste dal Dpcm all'articolo 26, comma 1: b) *accoglienza*; j) *(interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa)*; l) *interventi sulla rete sociale formale e informale.*

Le attività di accoglienza e sostegno territoriale, nelle situazioni di crisi (di cui al paragrafo 2.2 d di questo documento) sono previste dal Dpcm all'Articolo 26, comma 1: a) *individuazione precoce e proattiva del disturbo*; b) *accoglienza*; c) *valutazione diagnostica multidisciplinare* d) *definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia*; e) *visite psichiatriche*; f) *prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche*; g) *colloqui psicologico-clinici*; k) *gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari*; l) *interventi sulla rete sociale formale e informale*; p) *interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia.*

I progetti disponibili per i pazienti almeno sei ore al giorno, e per almeno cinque giorni la settimana, realizzati nell'ambito di specifiche strutture organizzative, rientrano nella definizione di “*assistenza semi-residenziale*”, ai sensi dell'Articolo 33, comma 3 del Dpcm 17 gennaio 2017. Tra i contesti utilizzabili per svolgere tali attività sono compresi i Centri Diurni accreditati ai sensi della normativa regionale vigente.

Tutte le tipologie di Progetti di Sostegno Territoriale sono quindi erogate dalle Aziende Sanitarie e sono a carico del fondo sanitario e finanziate secondo le regole definite dalla normativa vigente. Ulteriori apporti in termini economici e di risorse, da parte di diversi soggetti (Servizi Sociali, Enti del privato sociale ed imprenditoriale, famiglie e utenti, associazioni di volontariato) possono concorrere ai progetti di STI, secondo il modello del Budget di salute (come definito in Appendice)

2.4 Modalità di attuazione dei progetti

2.4.1 Accesso e valutazione multidimensionale del bisogno

L'accesso ai progetti di Sostegno Territoriale Integrato è subordinato a una valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da un'équipe multidisciplinare che comprende, oltre agli operatori del Csm, le diverse figure professionali degli altri servizi eventualmente coinvolti, e prevede azioni di coinvolgimento della rete sociale: enti locali, soggetti privati, del terzo settore, associazioni di volontariato, e in primo luogo i pazienti e i loro familiari.

I progetti sono rivolti a pazienti con diagnosi di psicosi, disturbo maggiore dell'umore, disturbo grave di personalità, per i quali venga evidenziato un rilevante deficit di funzionamento sulla base di strumenti standardizzati e secondo criteri definiti dalla letteratura scientifica

L'équipe multidisciplinare elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI), il quale ha una durata definita e prevede periodiche verifiche. Un operatore del DSM assume la funzione di responsabile del PTI (Case Manager) e ha il compito di monitorare l'andamento del progetto e proporre eventuali modifiche. Il PTI comprende un impegno/accordo di cura, che è sottoscritto dal paziente e, quando indicato, dai suoi familiari o da componenti della sua rete sociale, oltre che dai rappresentanti degli enti coinvolti.

Le attività di accoglienza, previste ai punti A, C e D del paragrafo 2.2 non richiedono necessariamente la definizione di un PTI, in quanto possono essere uno degli strumenti propedeutici alla predisposizione dello stesso.

2.4.2 Strumenti attivabili

Gli strumenti attivabili sono tutti quelli finalizzati a raggiungere gli obiettivi di salute nelle aree pertinenti ai progetti. In particolare: risorse umane dedicate, con specifica formazione e competenza professionale, per quanto riguarda le attività strutturate a carattere espressivo e riabilitativo e all'accoglienza-sostegno nella crisi; risorse umane e/o organizzazioni radicate nel territorio, che siano in condizione di attivare e implementare legami con le reti formali e informali, per quanto riguarda le attività di inclusione sociale a valenza riabilitativa; risorse economiche e materiali necessarie per sostenere le varie tipologie dei progetti, secondo quanto previsto dal Piano terapeutico Individuale. Le risorse economiche, nel rispetto della normativa vigente, possono anche essere erogate direttamente al paziente o ai suoi familiari, nella forma dell'assegno terapeutico, che non è sostitutivo di interventi previdenziali o assistenziali cui il paziente ha diritto.

La messa a disposizione delle risorse deve essere modulata in maniera coerente con i livelli di intensità assistenziale previsti dal PTI. L'obiettivo sarà di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale capacità di autogestione degli utenti stessi e/o con l'accesso alle prestazioni sociali previste per ogni cittadino. I fondi sono ricavati nell'ambito del budget dei Dipartimenti e in particolare dalla revisione della spesa residenziale.

2.4.3 Procedure

I Dipartimenti di Salute Mentale possono attivare risorse proprie o per il tramite di enti co-gestori, individuati con le necessarie procedure amministrative previste dalla legge (appalti, bandi per la definizione di elenchi co-gestori).

Eventuali risorse ulteriori, secondo il modello del budget di salute, possono essere messe a disposizione da soggetti diversi: servizi sociali, enti locali, enti privati e del terzo settore, associazioni di volontariato, famiglia e utente, e anche tramite progetti di fundraising.

2.4.4 Verifica e valutazione degli esiti

Il Dipartimento di salute mentale deve predisporre idonee procedure di valutazione degli esiti dei Progetti di Sostegno Territoriale Integrato, con l'utilizzo di strumenti e modalità validate dalla letteratura scientifica, per verificarne l'effettiva efficacia terapeutico-riabilitativa, con particolare attenzione ai parametri soggettivi di soddisfazione e di qualità della vita.

APPENDICE: IL BUDGET DI SALUTE

Il Budget di Salute è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, una soddisfacente integrazione nella società, alla cui promozione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

Il Budget di Salute è uno strumento innovativo e rappresenta una nuova modalità di gestione dei problemi complessi del cittadino. E' finalizzato a creare un legame tra il sistema di cura e la comunità locale e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi. E' pertanto la risposta tecnica che consente di contrastare, e, se possibile, prevenire la cronicizzazione istituzionale e familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.

Il Bds è lo strumento organizzativo e amministrativo più adatto per realizzare i Progetti di Domiciliarità e di Sostegno Territoriale Integrato, conforme alla possibile creazione di un unico fondo socio-sanitario, coerente con le indicazioni del Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013 e dell'Accordo Stato-Regioni sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali del 2014.

Tali documenti richiedono infatti:

- *“una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura; ciò implicando un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentali”.*
- Il ruolo dei centri di salute mentale quale *“sede organizzativa dell'équipe degli operatori del DSM e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale”.*
- percorsi di cura che consentano *“la contestualizzazione delle raccomandazioni delle linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, all'interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali”.*

Il lavoro per percorsi, l'approccio sistemico, la contestualizzazione degli interventi nella realtà locale, la funzione di coordinamento del CSM, richiedono il concorso di tutte le istituzioni sociali e sanitarie, insieme alle risorse della comunità locale: volontariato, cooperazione, famiglia e persona stessa; privato sociale e imprenditoriale, in un rapporto di partnership, co-progettazione e co-gestione con i servizi pubblici.

In diverse Regioni italiane (fra cui Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Campania, Lazio) è da alcuni anni in fase avanzata di sperimentazione l'utilizzo del Budget di salute quale strumento privilegiato per dare una compiuta realizzazione a questa metodologia-approccio culturale.

Il Budget di salute, infatti, risponde alla necessità di:

- garantire un'effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi al fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- potenziare i collegamenti con la comunità locale per favorire percorsi di effettiva cittadinanza;
- sostenere il lavoro di cura delle famiglie valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale e imprenditoriale.

Attraverso il sistema dei Budget di salute, i servizi pubblici non delegano la gestione di competenze proprie ma ricorrono alla partnership del privato sociale/imprenditoriale secondo un modello di co-progettazione e co-gestione, in cui mantengono la regia complessiva dei progetti. Inoltre il Budget di salute, attraverso la partecipazione attiva di pazienti e familiari promuove/restituisce contrattualità e ruolo attivo, che di per sé ha valenza terapeutica.

I principali assi di intervento attuabili con il Budget di salute sono gli stessi che riguardano i Progetti di Domiciliarità e di Sostegno Territoriale Integrato: Casa, Lavoro e Socialità.

E' univocamente accettato che il funzionamento negli Assi Casa, Lavoro e Socialità è più significativamente correlato, rispetto alla diagnosi e alla terapia medica, con le prognosi favorevoli per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni psicopatologiche o a vulnerabilità biopsicosociali.

Note organizzative/normative

Le risorse che compongono il Budget di Salute individuale sono:

- a) budget ASL: risorse di cura messe a disposizione dal DSM/ASL attraverso le proprie strutture organizzative e/o attraverso altro soggetto co-gestore.
- b) budget dell'Ente Locale/Consorzio: risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale/Consorzio attraverso le proprie strutture organizzative (prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc..)

c) budget dell'assistito: risorse della persona titolare del progetto, economiche e materiali, relazionali e famigliari

d) budget della comunità locale: risorse economiche e relazionali messe a disposizione dal volontariato, gruppi e associazioni.

Le risorse ai punti c) e d) si intendono ulteriori rispetto a quelle comunque dovute dall'ASL e dall'Ente Locale/Consorzio.

La composizione del budget di salute individuale è formalizzata nella sottoscrizione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato che deve contenere i seguenti elementi:

a) Valutazione sintetica del bisogno

b) Risultati attesi

c) Gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali-riabilitativi-formativi-lavorativi

d) Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia

e) Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato

f) Le risorse messe a disposizione dall'ASL e dall'Ente Locale/Consorzio

g) Individuazione del responsabile del caso

h) Le fasi temporali e le scadenze delle verifiche

i) L'impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità.