

**Adozione Piano Aziendale di
riqualificazione dell'offerta dei
servizi pubblici residenziali e
semiresidenziali per la tutela della
salute mentale degli adulti ai sensi
della DGR 13/12 del 09.04.2021**

INDICE

1.Introduzione e descrizione del contesto	p.3
2.Criticità e SWOT Analysis	p.5
3.Obiettivo generale e micro obiettivi	p.7
4.Sviluppo dei micro obiettivi	p.8
5.Cronoprogramma	p.22
6.Indicatori di esito	p.24
7.Normativa di riferimento	p.28
Allegato (PTAI)	

1. Introduzione e descrizione del contesto

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASL Mediocampidano, secondo quanto previsto dal piano aziendale approvato dalla Regione Sardegna nel 2023, è costituito dalla SC Centro Salute Mentale, dalla SC Dipendenze Patologiche, dalla SSD Neuropsichiatria Infantile e dalla SSD Riabilitazione Psichiatrica.

Come indicato nel Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000” - Decreto del Presidente della Repubblica del 1 novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n 274 del 22.11.1999) il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il CSM svolge:

- attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostiche;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di “rete”, ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

In riferimento all'inserimento dei pazienti presso strutture residenziali l'équipe del CSM, dopo una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e la condivisione del caso clinico con il Servizio Riabilitazione, elabora un Progetto Terapeutico Abilitativo Individualizzato (PTAI) (allegato 1) che:

- contiene tutte le informazioni utili a motivare e giustificare la proposta di inserimento;
- elenca le aree di criticità e le risorse del paziente;
- individua gli obiettivi generali del percorso residenziale.

Nello specifico l'opportunità che l'utente possa giovare di un percorso terapeutico-riabilitativo in regime residenziale dipende dalla diagnosi (Psicosi, Disturbi gravi dell'umore, Disturbi gravi di personalità), dall'età (tra i 18 e i 55 anni per le SRP1, fino ai 65 anni per le SRP2 e le SRP3), dalle potenzialità di miglioramento clinico e dalle concrete possibilità di reinserimento sociale.

All'équipe del CSM, congiuntamente al Servizio Riabilitazione, spetta il compito di attuare i monitoraggi e di verificare gli esiti. Inoltre il CSM e l'équipe referente mantengono la responsabilità del progetto terapeutico del paziente per tutta la durata dell'intervento riabilitativo residenziale.

La permanenza nelle strutture residenziali non deve superare quanto stabilito dalle normative vigenti; eventuali rinnovi devono essere adeguatamente e tempestivamente motivati.

Le strutture residenziali psichiatriche per adulti, secondo quanto stabilito dal Piano nazionale di Azioni per la Salute mentale (PANSM) e approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 2013, si distinguono in 3 differenti tipologie:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1);

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2, ovvero a media intensità riabilitativa);
- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie¹ (SRP3, ovvero a bassa intensità riabilitativa).

Nella Regione Sardegna la prevalenza degli inserimenti avviene nelle strutture ad alta intensità terapeutica poiché vi è una mancanza di strutture a media e a bassa intensità.

Una riqualificazione dell'offerta per intensità di cura permetterebbe di erogare prestazioni maggiormente adeguate alle esigenze cliniche e di recuperare risorse da destinare a progetti individualizzati di sostegno alla domiciliarità. La scarsa presenza di strutture con un livello assistenziale meno intensivo rende, inoltre, più difficoltosi i percorsi di dimissione che, spesso, necessitano di passaggi intermedi in strutture residenziali a carattere estensivo e/o socio-assistenziale.

¹Le tre sottotipologie comprendono la presenza di personale sulle 24 ore, sulle 12 ore o per fasce orarie.

2. Criticità rilevate

Le criticità rilevate, per quanto concerne i pazienti psichiatrici maggiorenni, sono:

- la mancanza di posti letto nelle SRP1 in quanto occupati per lunghissimi periodi di tempo da pazienti che, nel 50% dei casi, non necessitano di un percorso ad alta intensità riabilitativa;
- la scarsa offerta di posti letto in SRP2 e SRP3;
- il ricorso a ricoveri extra-Regione;
- la conseguente spesa sanitaria elevata per la residenzialità psichiatrica.

Dal punto di vista clinico i pazienti non possono beneficiare dei percorsi terapeutico-riabilitativi più adatti ai loro bisogni, con il rischio di cronicizzazione e di sradicamento dal contesto territoriale di appartenenza per un tempo eccessivo.

Le esigenze di miglioramento, mediante la riqualificazione dell'offerta pubblica dei servizi residenziali da SRP1 a SRP2 e a SRP3, con la conseguente riduzione della spesa pubblica, rappresentano un mandato condiviso con la Direzione Aziendale e un obiettivo pienamente sostenuto dai colleghi dell'équipe del CSM e dal Servizio Riabilitazione del DSMD.

SWOT ANALYSIS

	+	-
Prospettiva Interna	Punti di forza Mappatura della residenzialità psichiatrica per le strutture sanitarie; creazione di nuovi percorsi terapeutici da maggiore a minore intensità; maggiore soddisfazione per l'équipe nel trovare soluzioni abitative e terapeutiche alternative.	Punti di debolezza Tendenza dell'operatore a perdere di vista la finalità dell'inserimento del paziente nella struttura residenziale; demotivazione dell'équipe; mancata realizzazione di nuovi progetti inerenti alla residenzialità; impegno gravoso per l'équipe nel cercare posti-letto.
Prospettiva Esterna	Opportunità Riqualificazione offerta delle strutture pubbliche; riduzione della degenza in SRP1; riduzione spesa sanitaria per la residenzialità psichiatrica; aumentato turnover dei posti nelle strutture SRP1; beneficio clinico per il paziente.	Minacce Mancanza posti letto; aumento dei ricoveri fuori Regione; spesa sanitaria per la residenzialità psichiatrica elevata; aumentato rischio di cronicizzazione e istituzionalizzazione per il paziente; allontanamento del paziente dal contesto territoriale di appartenenza per lunghi periodi con le conseguenti ricadute sul piano psicologico.

3. Obiettivo generale e micro obiettivi

In riferimento all'obiettivo OBSIA05 "Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità", la cui descrizione consiste nell'"Implementare il processo di revisione nel sistema regionale dei residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti, realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici", ci siamo poste i seguenti micro obiettivi:

- a. Mappatura di tutti i pazienti inseriti nelle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali regionali ed extra-regionali, con i relativi costi, per l'anno 2022.
- b. Mappatura e rivalutazione di tutti i pazienti attualmente inseriti nelle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali regionali ed extra-regionali.
- c. Realizzazione di percorsi che implicino il passaggio dei pazienti stabilizzati in strutture a minore intensità riabilitativa.
- d. Revisione della procedura di inserimento in atto, realizzabile mediante un'analisi della richiesta più puntuale, una definizione dei criteri di inserimento più stringente, una scelta maggiormente approfondita della comunità terapeutica per ridurre al minimo il rischio di drop-out, una modalità più efficace nella presentazione del caso clinico con la messa a punto di una serie di parametri fondamentali per la comunicazione (ad es. invio della relazione clinica più riunione da remoto delle équipe coinvolte).
- e. Revisione della procedura di monitoraggio onde rispettare gli obiettivi condivisi nel PTAI e favorire in tempi più brevi la dimissione definitiva, oppure il passaggio in strutture con minori livelli di intensità.
- f. Presentazione di un progetto di riqualificazione delle strutture pubbliche esistenti nella ASL Mediocampidano.

4. Sviluppo dei micro obiettivi

a.Mappatura di tutti i pazienti inseriti nelle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali regionali ed extra-regionali, con i relativi costi, per l'anno 2022

TAB.1 - STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE – REGIONE SARDEGNA

ASL	NOME STRUTTURA	SRPAI (SRP1)	SRPAE (SRP2)	SRP3	N.GIORNATE	COSTO INSERIM.
ASL 1 - Sassari	OPERA GESU' NAZZARENO	365			365	63.710,75 €
ASL 3 - Nuoro	PROMOZ.SOCIETA' COOP.SOC. (ora chiusa)		122		122	15.250 €
ASL 6 - Medio-campidano	COMUNITA' TERAPEUTICA SAN MICHELE		851		851	106.375 €
ASL 6 - Medio-campidano	COMUNITA' BETANIA	2181			2181	320.607 €
ASL 8 - Cagliari	RESIDENZA SMERALDO	1494			1494	219.618 €
ASL 8 - Cagliari	RESIDENZA TURCHESE	105			105	15.435 €
ASL 8 - Cagliari	SONTSE	123			123	18.081 €
TOTALE		4268	973	0	5119	759.076,75 €

TAB.2 - STRUTTURE PUBBLICHE IN APPALTO - ASL MEDIOCAMPIDANO

ASL	NOME STRUTTURA	SRPAI (SRP1)	SRPAE (SRP2)	SRP3	N.GIORNATE	COSTO INSERIM.
ASL 6 - Medio-campidano	Casa Famiglia Serramanna	X			2190	458.371,77 €
ASL 6 - Medio-campidano	Casa Famiglia Guspini	X			2920	473.371,77 €
TOTALE					5110	931.743,54 €

TAB.3 - STRUTTURE PUBBLICHE IN APPALTO IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITA' - ASL MEDIOCAMPIDANO

ASL	NOME STRUTTURA	MEDIA DEGLI ACCESSI GIORNALIERI	COSTO INSERIM.
ASL 6 - Mediocampidano	Centro Diurno San Gavino M.le	4	84.633,60 €
ASL 6 - Mediocampidano	Accoglienza Diurna Casa Famiglia Guspini	2	34.400,86 €
TOTALE		6	119.034,46 €

Per quanto concerne le strutture pubbliche residenziali e semiresidenziali della ASL 6 gli importi non sono calcolati per giornata di degenza in regime residenziale o per giornata di presenza presso i servizi diurni poiché le condizioni economiche del contratto d'appalto seguono il principio "vuoto per pieno" e non sono riconducibili agli attuali standard tariffari SRP1, SRP2 e SRP3 per giornata di presenza, ma fanno riferimento a una tariffa per ora di prestazione, differenziata in base a alle figure professionali coinvolte.

TAB.4 - STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE – EXTRA-REGIONE SARDEGNA

REGIONE	NOME STRUTTURA	N. Pz	N. GIORNATE	LIVELLO	TARIFFA GIORNALIERA	COSTO INSERIMENTO
LAZIO	C.T. INSIEME	1	365	SRP1	145,00 €	52.925,00 €
PIEMONTE	C.T.PANDORA	1	365	SRP1	130,00 €	46.789,00 €
PIEMONTE	C.T.PANDORA	1	7	SRP1	181,45 €	1.270,15 €

LOMBAR-DIA	INVESTIMENTI CERESIO	1	245	SRP1	350,00 €	85.750,00 €
LIGURIA	C.T. KOS CARE	1	154	SRP1	146,00 €	22.308,00 €
TOTALE						209.042,15 €

b.Mappatura e rivalutazione di tutti i pazienti attualmente inseriti nelle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali regionali ed extra-regionali.

c.Realizzazione di percorsi che implicino il passaggio dei pazienti stabilizzati in strutture a minore intensità riabilitativa.

TAB.5 - Pazienti inseriti presso le Strutture Pubbliche della ASL 6 Case Famiglia di Serramanna (al 31.05.2023) e Guspini (al 15.10.2023)

Pz	Genere	Età	Diagnosi	Misura di Sicurezza	Struttura	Data di ingresso
1	M	53	Bipolare I	NO	Serramanna	7.7.2015
2	M	49	Schizoaff.	NO	Serramanna	6.9.2021
3	M	44	Schizoaff.	NO	Serramanna	17.1.2023
4	M	65	Schizofrenia	NO	Guspini	9.8.2013
5	F	53	Bipolare I	SI	Guspini	30.3.2021
6	F	20	Psicosi- Anoressia	NO	Guspini	3.5.2023
7	M	47	Schizofrenia	SI	Guspini	11.4.2018
8	M	64	Schizoaff.	NO	Guspini	4.10.2021

I pazienti 1, 2 e 3 sono stati dimessi e rientrati al loro domicilio agli inizi del mese di giugno 2023 a seguito della chiusura della Casa Famiglia di Serramanna, per ristrutturazione della stessa. Inoltre, i pazienti 1 e 3 frequentano in regime di accoglienza semiresidenziale la Casa Famiglia di Guspini.

Il paziente 4 è trasferibile in una SRP2. I pazienti 5 e 7, al termine del percorso legato alla misura di sicurezza, potrebbero essere trasferiti in una SRP2. I pazienti 6 e 8 proseguiranno ancora il loro percorso in Casa Famiglia.

Previsioni per il 2023

In considerazione della dimissione dei pazienti 1, 2 e 3 e della successiva chiusura temporanea della C.F. di Serramanna rispetto al 2022, in cui per la Casa Famiglia è stato speso un importo pari a 483.534,35 €, nel 2023 avremo un risparmio pari a 280.000 € circa poiché la Casa Famiglia non riaprirà nell'anno 2023. Sulla base del cronoprogramma allegato alla delibera n.619 del 24.11.2023 del DG della ASL Mediocampidano la Casa Famiglia di Serramanna tornerà operativa nel dicembre 2025.

TAB.6 - Pazienti inseriti presso Comunità Terapeutiche Private Accreditate regionali ed extra-regionali

Pz	Genere	Età	Diagnosi	Misura di Sicurezza	Struttura	Data di ingresso
9	M	34	Disturbo di personalità	NO	Sa Nuxi	18.09.2023
10	M	76	Schizofrenia	SI	Betania(SU)	5.11.2015
11	F	52	Schizofrenia	NO	Betania(SU)	5.5.2015
12	F	63	Psicosi	NO	Betania(SU)	Agosto '08
13	M	67	Schizofrenia	Ex-OPG	Betania(SU)	25.3.2013
14	M	50	Psicosi	Ex-OPG	Betania(SU)	3.5.2021
15	M	53	Ritardo Ment. Grave		Betania(SU)	19.1.2005
17	M	53	Schizofrenia	NO	S.Michele(SU)	Febbraio '17
18	M	51	Schizofrenia	NO	S.Michele(SU)	01.01.2016
19	M	32	Autismo e Rit. Ment. Grave	NO	Opera San Nazz. Gesù Ge.Na (SS)	20.09.2019

20	M	39	Disturbo dell'umore	SI	C. Ippocrate (CA)	24.5.2021
21	M	31	Psicosi	SI	C. Ippocrate (CA)	3.3.2014
22	M	36	Schizofrenia	NO	C. Ippocrate (CA)	28.11.2019
23	M	39	Schizoaff.	SI	C. Ippocrate (CA)	15.11.2021
24	M	29	Schizofrenia	SI	C. Ippocrate (CA)	14.11.2022
25	M	40	Schizofrenia	SI	C. Ippocrate (CA)	9.02.2023
26	M	37	Schizoaffettivo	NO	C. Ippocrate (CA)	7.02.2023
27	F	57	Schizofrenia	NO	Sontse-Assemini (CA)	1.9.2022
28	F	45	Bipolare	NO	Pandora-Piemonte (AT)	21.7.2009
29	M	50	Schizofrenia	NO	Insieme-Lazio (LT)	29.3.2002

Il paziente 10 verrà trasferito in una RSA entro la fine del 2023. Le pazienti 12 e 27 saranno trasferite in una struttura socio-assistenziale entro fine 2023. I pazienti 14, 15, 21 e 22 sono trasferibili in una SRP2. I pazienti 28 e 29 verranno inseriti appena possibile in strutture della Regione Sardegna. Tutti gli altri pazienti proseguiranno il loro percorso nella C.T. ove si trovano. Si specifica che i pazienti 9, 17 e 18 si trovano in una SRP2 e proseguiranno lì il loro percorso.

Previsioni per il 2024

In considerazione dei trasferimenti previsti a fine 2023, nel 2024 la ASL 6 potrà avere i seguenti risparmi:

- 160.965 € per i pazienti dimessi dalla SRP1 e inseriti nella socio-assistenziale,
- 36.500 € per i pazienti che transiteranno dalla SRP1 ad una SRP2

Concludendo, dei **26 pazienti** della ASL Mediocampidano attualmente inseriti in una struttura residenziale psichiatrica:

- 3 sono stati dimessi
- 4 verranno inseriti in una SRP2
- 1 verrà inserito in una RSA (terminate le misure di sicurezza)
- 2 verranno inserite in una struttura socio-assistenziale
- 2 verranno trasferiti da una struttura extra-regionale a una regionale.

Il risparmio complessivo previsto per l'anno 2024 per la ASL 6, rispetto al 2023, dovrebbe attestarsi intorno ai 197.465 € in riferimento al privato accreditato.

TAB.7 - Pazienti inseriti in regime semiresidenziale in strutture accreditate

Pz	Genere	Età	Diagnosi	Misura di Sicurezza	Struttura	Data di ingresso
30	M	20	Autismo	NO	A18 CD Autismo Monastir	1.12.2021
31	M	24	Autismo	NO	Fondaz.Centro Servizi alla Persona Villamar	23.1.2023
32	M	20	Autismo	NO	Fondaz.Centro Servizi alla Persona Villamar	12.6.2023
33	M	25	Autismo	NO	Fondaz.Centro Servizi alla Persona Villamar	12.5.2023
34	M	37	Autismo	NO	Fondaz.Centro Servizi alla Persona Villamar	22.3.2023

I pazienti affetti da un Disturbo dello Spettro Autistico, inseriti in regime semiresidenziale, proseguiranno il loro percorso.

d.Revisione della procedura di inserimento in atto, realizzabile mediante un'analisi della richiesta più puntuale, una definizione dei criteri di inserimento più stringente, una scelta maggiormente approfondita della comunità terapeutica per ridurre al minimo il rischio di drop-out, una modalità più efficace nella presentazione del caso clinico con la messa a punto di una serie di parametri fondamentali per la comunicazione.

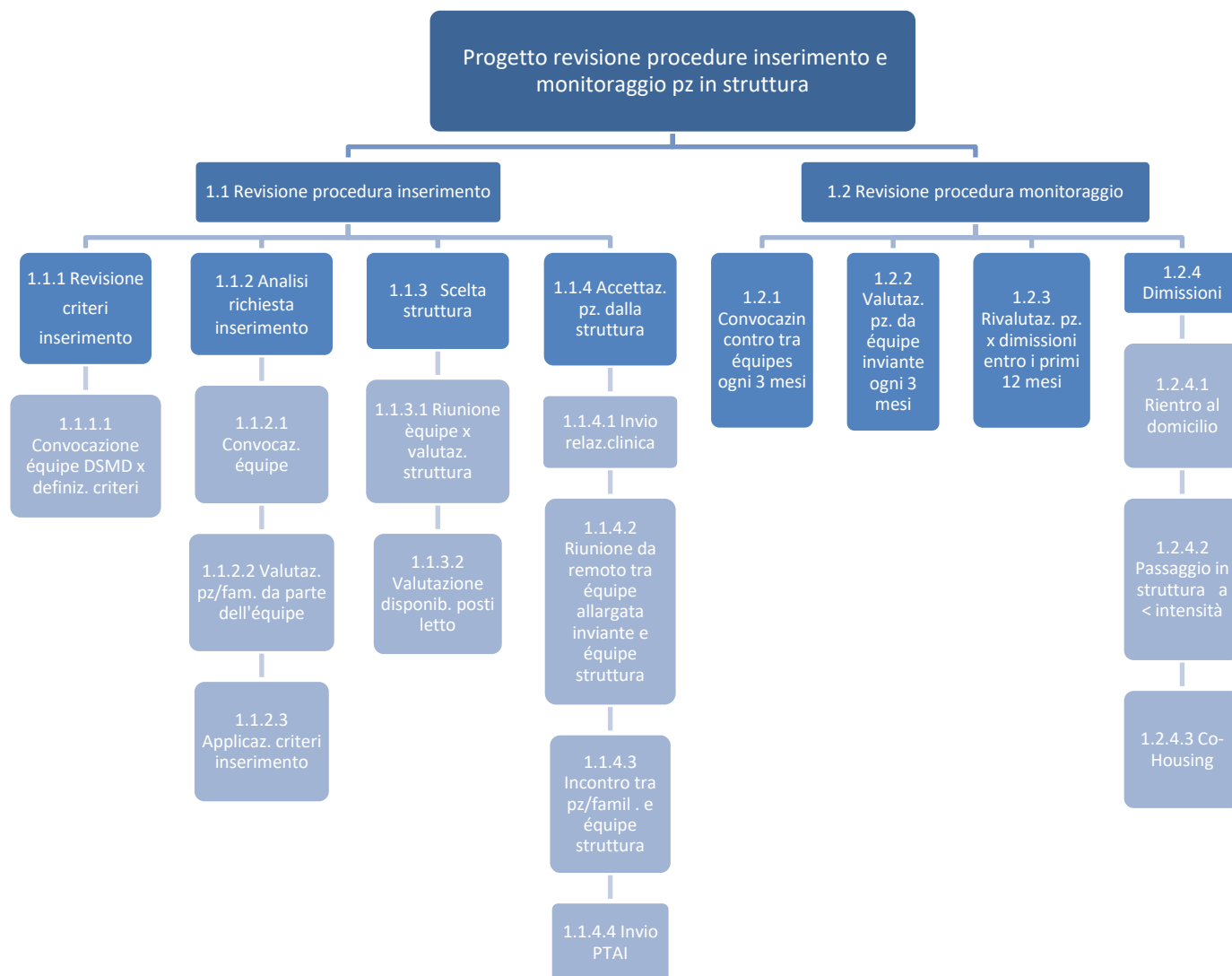
e.Revisione della procedura di monitoraggio onde rispettare gli obiettivi condivisi nel PTAI e favorire in tempi più brevi la dimissione definitiva, oppure il passaggio in strutture con minori livelli di intensità.

Il processo che si intende analizzare riguarda il percorso di inserimento dei pazienti psichiatrici adulti nelle strutture residenziali. A tal proposito verranno analizzate le attività e le procedure effettuate nella fase di inserimento e in quella successiva, cosiddetta di monitoraggio. Il fine è quello di compiere delle scelte più puntuali nella fase di inserimento per ridurre il rischio di drop-out, nonché di utilizzare delle modalità di monitoraggio più rigorose onde ridurre il tempo di permanenza dei pazienti nelle strutture residenziali (soprattutto SRP1), con conseguente riduzione della saturazione dei posti letto.

		Input	Output
Percorso d'inserimento dei pazienti nelle Strutture Residenziali Psichiatriche		CSM, UONPIA, Autorità Giudiziaria, Amm.di Sostegno, Familiari e Paziente stesso	inserimento del paziente in struttura
Fase1:	Analisi della richiesta e accettazione	richiesta inserimento in struttura (la richiesta arriva via mail o in presenza durante il colloquio clinico)	valutazione della richiesta
Fase2:	Scelta e ricerca della struttura	valutazione della richiesta	scelta della struttura

Fase3:	Verifica disponibilità della struttura	sceita della struttura	verifica disponibilità posti letto
Fase 4:	Presentazione del caso clinico	verifica disponibilità posti letto	presentazione del caso clinico
Fase 5:	Accettazione da parte della struttura	presentazione del caso clinico	accettazione del pz. da parte della struttura
Fase 6:	Elaborazione PTAI	accettazione del pz. da parte della struttura	compilazione PTAI
Fase 7:	Attivazione procedura tecnico-amministrativa	compilazione PTAI	elaborazione documentazione amministrativa
Fase 8:	Procedura di verifica e controllo Direzione ASL (struttura fuori Regione)	elaborazione documentazione amministrativa	approvazione da parte della Direzione ASL
Fase 9:	Ingresso in struttura (in autonomia o accompagnamento sanitario)	approvazione da parte della Direzione ASL	ingresso in struttura del pz (in autonomia o accompagnato)
Fase 10:	Verifica e aggiornamento con la struttura	ingresso in struttura del pz (in autonomia o accompagnato)	verifica e aggiornamento periodici della situazione clinica del pz. in struttura

Work breakdown structure



Note:

1.1.4.2 Con riunione allargata si intende l'eventuale partecipazione dei Servizi Sociali del Comune, dell'Uepe, del Consultorio.

1.1.4.3 L'incontro può avvenire in presenza o da remoto.

Descrizione WBS

1.1. La revisione della procedura di inserimento, la cui responsabilità riguarda i Direttori delle varie strutture del DSMD, implica come primo step:

1.1.1 la revisione dei criteri d'inserimento dei pazienti minorenni e maggiorenni nelle comunità terapeutiche, la quale comporta 1.1.1.1 la convocazione dell'équipe di riferimento costituita dal Direttore del DSMD, dal Direttore del CSM, dal Responsabile della Riabilitazione Psichiatrica, dai dirigenti medici e psicologi, dalle assistenti sociali. I criteri che vanno rivisti riguardano la definizione puntuale dei singoli passaggi, delle responsabilità, delle tempistiche....

1.1.2 La richiesta d'inserimento di un paziente in struttura, che deve essere analizzata, potrebbe giungere via posta elettronica o in presenza (ad es. durante un colloquio clinico) al CSM; la valutazione di tale richiesta, di cui è responsabile il case manager del paziente, avviene all'interno dell'équipe multidisciplinare.

1.1.2.1 L'équipe viene convocata dal case manager che espone il caso clinico e valuta, con l'assistente sociale e lo psicologo, il paziente insieme ai familiari, se necessario (1.1.2.2.).

In seguito alla valutazione avviene 1.1.2.3., ovvero l'applicazione dei criteri d'inserimento precedentemente revisionati, di cui è responsabile il case manager.

1.1.3 Deciso l'inserimento in struttura, la stessa va individuata in équipe:

1.1.3.1 durante una riunione dedicata, l'équipe (case manager, psicologo, assistente sociale) valuta la struttura più idonea ove inserire il paziente;

1.1.3.2 l'assistente sociale si occupa di verificare la disponibilità dei posti letto.

1.1.4 Se la struttura accetta il paziente:

1.1.4.1 il case manager prepara e invia la relazione clinica sul paziente alla struttura;

1.1.4.2 il case manager organizza una riunione da remoto tra l'équipe inviante allargata (dirigente medico e psicologo, assistente sociale del CSM, Servizi Sociali del Comune, UEPE, Consultorio...) e l'équipe della struttura.

1.1.4.3 L'équipe della struttura organizza, in presenza o da remoto, l'incontro conoscitivo con il paziente ed eventualmente i familiari.

1.1.4.4. Il case manager invia alla struttura il PTAI che deve essere firmato dall'équipe curante, dal Direttore CSM, dal Responsabile della Riabilitazione Psichiatrica, dal Direttore del DSMD. Per le strutture extra-regionali, nel caso dei pazienti in carico al CSM, l'inserimento viene autorizzato tramite delibera firmata dalla direzione aziendale, per l'inserimento dei minori invece ogni inserimento avviene tramite delibera firmata dalla direzione aziendale.

1.2 La revisione della procedura di monitoraggio dei pazienti, inseriti in struttura, coinvolge i responsabili delle varie strutture del DSMD.

1.2.1. Il primo step riguarda la convocazione da remoto di una riunione tra l'équipe inviante e l'équipe della struttura ogni tre mesi, il responsabile è il case manager.

1.2.2. Il case manager con lo psicologo e l'assistente sociale devono valutare il paziente inserito ogni tre mesi, da remoto o in presenza.

1.2.3. Il paziente deve essere rivalutato per decidere eventuali dimissioni entro i primi 12 mesi. Responsabile è il case manager, ma sono coinvolti anche lo psicologo e l'assistente sociale .

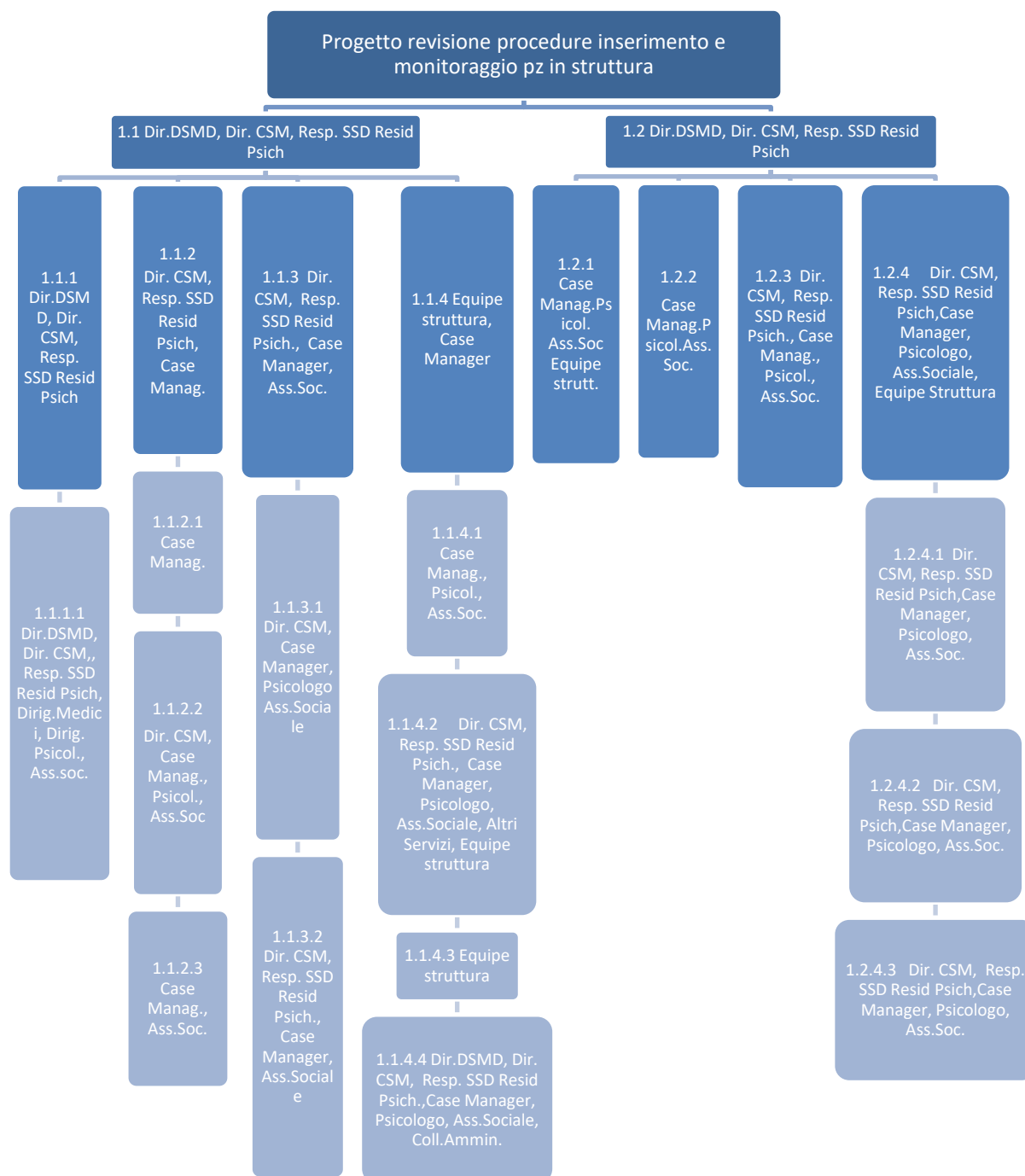
1.2.4. Le dimissioni del paziente, di cui responsabile è il case manager, possono avvenire:

1.2.4.1 con il rientro al domicilio;

1.2.4.2. con il passaggio ad una struttura a minore intensità;

1.2.4.3 con un progetto di co-housing.

Organizational breakdown structure



Matrice attività/responsabilità	Dir DSM D	Dir CSM	Resp SSD Resid /Riab	Case Mana ger	Dirig Medi co	Dirig Psico logo	AssS oc	Coll Amm in.	Equip e Strutt ura
Fase 1.1 Revisione procedure inserimento	A	R	R						
1.1.1 Revisione criteri inserimento	A	R	R						
1.1.1.1 Convocazione équipe DSMD per definizione criteri più stringenti	A	R	R		C	C	C		
1.1.2 Analisi della richiesta		A	A	R					
1.1.2.1 Convocazione équipe				R					
1.1.2.2 Valutazione pz/familiari da parte dell'équipe		I	I	R		C	C		
1.1.2.3 Applicazione criteri inserimento				R			C		
1.1.3 Scelta della struttura		A	A	R			C		
1.1.3.1 Riunione d'équipe per valutazione struttura		I	I	R		C	C		
1.1.3.2 Valutazione disponibilità posti letto		I	I	I			R		
1.1.4 Accettazione caso clinico da parte della struttura				I					R
1.1.4.1 Invio relazione clinica				R		C	C		
1.1.4.2 Riunione da remoto tra équipe allargata inviante e équipe della struttura				R		C	C		C
1.1.4.3 In contro da remoto o in presenza tra pz/familiari e équipe struttura									R
1.1.4.4 Invio PTAI	A	A	A	R		C	C	C	
Fase 1.2 Revisione procedura monitoraggio	A	R	R						
1.2.1 Convocazione incontro tra équipes (inviante e struttura) ogni 3 mesi				R		C	C		C
1.2.2 Valutazione del pz. da remoto o in presenza da parte dell'équipe inviante ogni 3 mesi				R		C	C		
1.2.3 Rivalutazione del pz. per eventuali dimissioni entro i primi 12 mesi		I	I	R		C	C		
1.2.4 Dimissioni		I	I	R		C	C		C
1.2.4.1 Rientro al domicilio		I	I	R		C	C		
1.2.4.2 Passaggio in struttura a minor intensità	A	A	A	R		C	C		
1.2.4.3 Co-housing		I	I	R		C	C		

f. Presentazione di un progetto di riqualificazione delle strutture pubbliche esistenti nella ASL Mediocampidano.

Un'ipotesi potrebbe essere il passaggio della casa famiglia di Serramanna, una volta terminata la ristrutturazione, da SRP1 a SRP2. Un'altra possibilità potrebbe consistere nella trasformazione della SRP per adulti prevista a Lunamatrona ad alta intensità (16 posti letto), secondo il "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extra ospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" DGR n.26/5 del 24.05.2018, in una SRP2 (16 posti letto) come da nota del Direttore Generale della ASL Mediocampidano inviata al Direttore Generale dell'Assessorato alla Sanità in data 13.11.2023 (PG/2023/0022309).

In riferimento all'obiettivo OBSIA05- ID007 "Adozione di un piano aziendale degli acquisti dei servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzano la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno del livello di cura SRP2 e SRP3", si specifica che il piano di acquisto da privato accreditato rientra nelle competenze di ARES sulla base dei fabbisogni espressi dalle singole ASL. A tal proposito, a seguito della richiesta pervenutaci dal Dipartimento Committenza di ARES, le scriventi hanno provveduto ad inviare il fabbisogno nel livello di cura SRP1, SRP2 e SRP3, elaborato sulla base dei dati in nostro possesso per l'anno 2022 (vedasi le tabelle 1 e 4), tenendo conto delle indicazioni regionali di ridurre i livelli assistenziali favorendo il passaggio da strutture residenziali psichiatriche ad alta intensità verso strutture psichiatriche a minor intensità.

5. Cronoprogramma

A. Revisione procedure (settimane)

Fase 1.1 Revisione procedure inserimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.1.1 Revisione criteri inserimento	X	X																		
1.1.1.1 Convocazione équipe DSMD per definizione criteri più stringenti	X	X																		
1.1.2 Analisi della richiesta			X																	
1.1.2.1 Convocazione équipe			X																	
1.1.2.2 Valutazione pz/familiari da parte dell'équipe				X																
1.1.2.3 Applicazione criteri inserimento				X																
1.1.3 Scelta della struttura				X																
1.1.3.1 Riunione d'équipe per valutazione struttura				X																
1.1.3.2 Valutazione disponibilità posti letto				X																
1.1.4 Accettazione caso clinico da parte della struttura					X															
1.1.4.1 Invio relazione clinica					X															
1.1.4.2 Riunione da remoto tra équipe allargata inviante e équipe della struttura					X															
1.1.4.3 In contro da remoto o in presenza tra pz/familiari e équipe struttura						X														
1.1.4.4 Invio PTAI							X													
Fase 1.2 Revisione procedura monitoraggio																				
1.2.1 Convocazione incontro tra équipes (inviante e struttura) ogni 3 mesi	X																			
1.2.2 Valutazione del pz. da remoto o in presenza da parte dell'équipe inviante ogni 3 mesi		X																		
1.2.3 Rivalutazione del pz. per eventuali dimissioni entro i primi 12 mesi			X																	
1.2.4 Dimissioni				X																
1.2.4.1 Rientro al domicilio				X																
1.2.4.2 Passaggio in struttura a minor intensità				X																
1.2.4.3 Co-housing				X																

B. Trasferimento pazienti (mesi)

Fase 1.3 Trasferimento pazienti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.3.1 Passaggio pazienti da SRP1 a RSA			X															
1.3.2 Passaggio pz da SRP1 a struttura socio-assistenziale			X															
1.3.3 Passaggio pz da SRP1 a SRP2									X									
1.3.4 Passaggio pz da strutture extra Regione a strutture regionali												X						

6. Indicatori di esito

Gli indicatori ci permettono di avere uno strumento di misurazione e monitoraggio.

Percentuale di inserimenti in strutture residenziali secondo la nuova procedura	
---	--

NUMERATORE	n° inserimenti in struttura con nuova procedura in 12 mesi
DENOMINATORE	n° totale inserimenti in struttura in 12 mesi
FORMULA	$\frac{\text{n° inserimenti in struttura con nuova procedura in 12 mesi}}{\text{n° totale inserimenti in struttura in 12 mesi}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	<i>crescente</i>
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	Applicare la nuova procedura a tutti i nuovi utenti inseriti in struttura. Per la percentuale di pazienti in cui non è stata applicata la nuova procedura si effettuerà un'analisi qualitativa per valutare le criticità.

Percentuale compilazione PTAI, da parte dell'équipe multi professionale, per la definizione del progetto terapeutico del paziente	
---	--

NUMERATORE	n° PTAI compilati dall'équipe multiprofessionale prima dell'ingresso in struttura
DENOMINATORE	n° tot PTAI
FORMULA	$\frac{\text{n° PTAI compilati dall'équipe multiprofessionale prima dell'ingresso in struttura}}{\text{n° tot PTAI}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	crescente
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	Far diventare prassi la compilazione del progetto terapeutico individuale da parte di tutta l'équipe

Percentuale monitoraggi dei PTAI nei 12 mesi	
--	--

NUMERATORE	n° monitoraggi per PTAI in 12 mesi
DENOMINATORE	n° PTAI X 4 in 12 mesi
FORMULA	$\frac{\text{n° monitoraggi per PTAI 12 mesi}}{\text{n° PTAI x4 in 12 mesi}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	crescente
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	Aumentare i monitoraggi dei pazienti inseriti nelle strutture (4 ogni anno). Questo indicatore mette in evidenza la percentuale di monitoraggi mancanti, che dovrà essere analizzato da un punto di vista qualitativo.

Percentuale delle revisioni periodiche del PTAI condivise con équipe inviante ed équipe struttura	
---	--

NUMERATORE	n° PTAI revisionati tra le due équipe integrate
<i>DENOMINATORE</i>	n° totale PTAI
<i>FORMULA</i>	$\frac{\text{n° PTAI revisionati tra le due équipe integrate}}{\text{n° totale PTAI}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	<i>crescente</i>
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	Far diventare prassi la revisione periodica del progetto terapeutico-riabilitativo residenziale

Percentuale degli utenti che passano da strutture ad alta intensità a strutture a media e a bassa intensità	
---	--

NUMERATORE	n° utenti che passano da una struttura ad alta intensità a una a minor intensità
<i>DENOMINATORE</i>	n° utenti inseriti in una struttura ad alta intensità
<i>FORMULA</i>	$\frac{\text{n° utenti che passano da una struttura ad alta intensità a una a minor intensità}}{\text{n° utenti inseriti in una struttura ad alta intensità}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	<i>crescente</i>
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	L'obiettivo è quello di favorire un percorso di maggior autonomia per l'utente, nonché di ridurre la

	spesa sanitaria.
--	------------------

Percentuale degli utenti che vengono dimessi dalle strutture residenziali (SRP1-SRP2-SRP3)	
--	--

NUMERATORE	n° utenti che vengono dimessi
<i>DENOMINATORE</i>	n° utenti inseriti in struttura
<i>FORMULA</i>	$\frac{\text{n° utenti che vengono dimessi}}{\text{n° utenti inseriti in struttura}} \times 100$
DIREZIONE INDICATORE	<i>crescente</i>
FONTE	Dati : Point/Doc amministrativi
NOTE	L'obiettivo è quello di favorire il percorso di dimissione

7. Normativa di riferimento

- DGR n.66/22 del 23.12.2015 “Programmazione nel settore della Salute mentale per l’anno 2016, definizione del percorso per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione di cui alla Delib.G.R. 53/8 del 29.12.2014”.
- DGR n.25/31 del 22.05.2018 “Programmazione nel settore della salute mentale”.
- Deliberazione del Commissario straordinario di ATS n.30 del 16.11.2020 “Approvazione piano preventivo delle attività 2021-2023”.
- DGR n.23/32 del 22.06.2021 “Programmazione nel settore della salute mentale. Modifica della deliberazione della Giunta Regionale n.25/31 del 22.5.2018”.
- DGR n.13/12 del 9.04.2021 “Determinazione dei tetti di spesa per l’acquisto da parte dell’Azienda regionale della Salute delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle strutture private accreditate per il triennio 2021-2022-2023. Approvazione degli schemi tipo di contratto”.
- Nota ARIS prot.n. 28017 del 14.11.2021 “Piano di riqualificazione dell’offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale ai sensi della DGR 13/12 del 9.04.2021”.