

**NORME DI FUNZIONAMENTO  
DEI PROGRAMMI DI RESIDENZIALITA' LEGGERA  
DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

**Art. 1 – DEFINIZIONE**

**I programmi di Residenzialità Leggera (RL)** fanno parte delle prestazioni erogate dai servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (di seguito denominato DSaMen) dell'ASST Bergamo Ovest di Treviglio.

Devono rispondere alle disposizioni esistenti in materia da parte della Regione Lombardia, ed in particolare: Il **Piano per la Salute Mentale** (DGR n. 7/17513 del 17/05/2004), che individua i programmi di area sociale; la **DGR n. 8/4221** del febbraio 2007, che prevede e norma i programmi di residenzialità leggera; la **DGR n. 8/7861** del 30/07/2008, che definisce i requisiti organizzativi e strutturali dei programmi di residenzialità leggera; la **Nota regionale n. H1.2009.0033211** del 18 settembre 2009 – *“Chiarimenti in merito ai programmi di residenzialità leggera e di semiresidenzialità in psichiatria”*, che fornisce alcuni chiarimenti in merito all'attuazione dei programmi di RL.

Il Coordinamento dei Programmi di RL, istituito all'interno del DSaMen, ha definito nel corso di questi anni un **vademecum dei PRL** quale 'linea guida' interna per l'attuazione, gestione e monitoraggio dei PRL a cui fanno riferimento tutti i portatori di interesse.

**I programmi di RL** vengono erogati a pazienti, **clinicamente stabilizzati**, inseriti in soluzioni abitative reperite sul territorio, svincolate dall'accreditamento. Tali programmi vengono implementati e finanziati allo scopo di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell'utente e, secondo quanto previsto dalla dgr VIII/4221, fanno parte degli interventi di area sociale funzionalmente ad essi associati (sostegno all'abitare, housing, affidi eterofamiliari, domiciliarità) che andranno ulteriormente individuati.

Il numero di programmi attualmente accreditati all'ASST Bergamo Ovest è di n. 12, è possibile che nel prossimo triennio vi sia un ulteriore ampliamento delle quote di RL da parte dell'ATS.

L'invio e la presa in carico dei pazienti inseriti nelle strutture e servizi di cui sopra è in capo ai Centri Psicosociali (CPS) e Ambulatori psichiatrici (AMB) del DSaMen.

**Art. 2 – RESPONSABILITÀ**

**Per L'ASST BERGAMO OVEST:**

- Responsabile dell'organizzazione complessiva e dei rapporti con l'Ente gestore è il **Direttore dell'Esecuzione del Contratto (D.E.C)**.
- **Responsabile del coordinamento delle attività riabilitative e risocializzanti** per i programmi di RL è il Responsabile del gruppo di coordinamento dei programmi di RL di cui fa parte il referente dell'equipe di RL del DSaMen.
- **Responsabile degli aspetti clinici e terapeutico-riabilitativi** è il medico psichiatra della struttura territoriale referente del caso (CPS/AMB).

**Per l'Ente gestore:**

- Responsabile della gestione, del buon funzionamento della struttura e del regolare impiego del personale è il **“REFERENTE CONTRATTUALE”** nominato dall'Ente gestore.
- **Il Coordinatore** dipendente dall'Ente gestore e provvisto di specifica competenza, è responsabile:
  - dell'assistenza degli ospiti come previsto dai programmi di RL;
  - della realizzazione da parte dell'equipe dei programmi di RL;
  - dell'effettivo svolgimento dei compiti assegnati ai singoli operatori da lui dipendenti;
  - del buon andamento della vita del nucleo abitativo;

- del coordinamento di eventuali volontari e tirocinanti,
- dell'integrazione con le altre strutture del DSaMen

### Art. 3. – DESTINATARI

L'ammissione ai programmi di RL è riservata a pazienti, sia di sesso maschile che femminile, affetti da disturbi mentali in carico ai Centri Psicosociali (CPS) e degli Ambulatori psichiatrici del DSaMen, inseriti nel percorso di cura **“presa in carico”** in possesso dei seguenti requisiti e caratteristiche:

α) **Criteri relativi alla diagnosi:** sono considerate **elettive** le diagnosi di schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), disturbi della personalità gravi. Sono considerate **diagnosi di esclusione:** demenza primaria, grave ritardo mentale; la compresenza di disturbi legati all'uso di sostanze è elemento di valutazione del singolo caso **(l'abuso di sostanze e/o la dipendenza in fase attiva sono elementi che di norma costituiscono un criterio di esclusione all'ammissione).**

β) **Criteri di priorità di ammissione:** Al fine di determinare alcuni criteri di inserimento in appartamenti di residenzialità leggera, sia pure in forma flessibile, si propongono quali pazienti ammissibili ai programmi: pazienti che hanno già usufruito di uno o più percorsi riabilitativi residenziali, ritenuti in grado di acquisire, nel tempo, maggiori capacità di vivere in forma autonoma. Soggetti che presentano una condizione psicopatologica stabile, in condizione di vivere una relativa autonomia abitativa, nei quali si presume utile una attività riabilitativa di bassa intensità. Alcuni di questi pazienti possono avere obiettivi di mantenimento delle proprie capacità personali, al fine di evitare il deterioramento del proprio funzionamento sociale. Pazienti giovani, sui quali intervenire precocemente, che possono accedere ad una autogestione abitativa almeno parziale, e che attraverso la residenzialità leggera possano evitare l'ingresso in comunità psichiatrica. Naturalmente queste tipologie non possono considerarsi esaustive, bensì indicative dei pazienti a cui pensare di proporre tali interventi.

χ) **Limiti di età:** per i programmi di RL non sono previsti limiti d'età, compatibilmente con i livelli di autonomia della persona.

δ) **Accettazione da parte del paziente** del Programma di RL con sottoscrizione del PRL

ε) **Sottoscrizione da parte del paziente** e, qualora presente, dell'**Amministratore di sostegno** o del **Curatore** o del **Tutore** del contratto per quanto attiene la quota sociale.

φ) **Condizioni fisiche e mentali compatibili** con la vita in appartamento.

### Art. 4 – CONDIZIONI E PRASSI DI AMMISSIONE

L'équipe inviante che ha predisposto il Piano di Trattamento Individuale (PTI), in cui è previsto l'attuazione del programma RL, propone gli obiettivi individuati da realizzarsi nel corso del programma al coordinamento di RL e all'équipe di RL.

**L'idoneità del paziente è valutata secondo i criteri di appropriatezza di cui all'art. 3.**

La presentazione del caso alle équipes di RL è effettuata dalle micro équipes invianti che hanno in carico il paziente e costituisce premessa indispensabile all'inserimento.

**Per i programmi di RL** di norma il paziente viene accolto dagli operatori della micro-equipe dedicata alla RL che effettua un colloquio iniziale con l'ospite, quando possibile, coinvolgendo anche i familiari o le altre figure di riferimento significative.

Al momento dell'ammissione per ogni ospite deve essere aperto il fascicolo del PRL, sul quale annotano tutti gli operatori che intervengono sul paziente. In esso deve essere contenuto il Progetto di Residenzialità Leggera (PRL).

L'ospite è tenuto a sottoscrivere, al momento dell'ingresso, il progetto di Residenzialità Leggera e il contratto riguardante la quota sociale.

Le ammissioni devono essere annotate sul “Registro regionale per la residenzialità” in ordine cronologico, con numero progressivo.

In accordo e continuità con il PTI predisposto dal competente CPS/AMB. Psichiatrico, i programmi di residenzialità leggera hanno la finalità di migliorare l'area del funzionamento sociale del paziente e perseguono i seguenti obiettivi di massima:

- Acquisire una buona capacità di gestione e cura del sé;
- Condurre le attività domestiche e le pratiche di vita quotidiana ad un discreto livello di autonomia;
- Acquisire la capacità di gestire in modo consapevole e attivo le relazioni con gli eventuali conviventi, con la propria famiglia di origine, con il vicinato, con la rete sociale in cui il paziente si colloca, con il territorio in senso ampio;
- Migliorare la capacità dei pazienti di vivere in modo attivo e partecipe i momenti di gruppo in cui sono inseriti, sia a livello delle relazioni quotidiane sia negli interventi riabilitativi;
- Saper usufruire delle opportunità che la comunità locale offre e gestire in modo attivo le relazioni con il volontariato ed i gruppi locali eventualmente coinvolti nel progetto;
- Coniugare l'impegno lavorativo e il progetto abitativo laddove possibile;
- Godere di una buona autonomia nell'utilizzo dei mezzi di trasporto usufruendo delle opportunità date a tutti i cittadini;
- Saper gestire in forma autonoma o semiautonoma la propria terapia farmacologica e le opportunità riabilitative offerte dall'équipe degli operatori.

E' una mission del DSaMen costruire percorsi evolutivi dei PRL verso condizioni di abitare sostenute, domiciliarità, housing sociale e di pieno reinserimento sociale in collaborazione con enti e associazioni attive nel territorio .

## **Art. 5 – RAPPORTI CON GLI OSPITI E ATTIVITÀ**

Obiettivo prioritario nei confronti degli utenti dei programmi di RL è lo sviluppo e il mantenimento del livello di autonomia raggiunto e delle capacità acquisite, nel rispetto dei diversi gradi di capacità di gestione di sé. Gli ospiti sono coinvolti in compiti ed attività, con stimoli e richieste gradualmente, proporzionate alle possibilità di ognuno.

**Per gli ospiti degli appartamenti dedicati ai programmi di RL** il modello è quello della vita in appartamento proprio con richiesta ai pazienti del rispetto delle regole di convivenza sociale e assolvimento degli impegni del contratto terapeutico come riportato nel PTI e nel Programma di RL concordato con l'équipe di appartamento e con l'équipe curante del CPS/AMB psichiatrico, sottoscritto dall'utente.

Fondamentale è il sostegno alla responsabile partecipazione alla vita di appartamento; all'inserimento nella rete sociale del territorio di appartenenza con particolare attenzione alle relazioni di buon vicinato e il mantenimento di ruoli socialmente riconosciuti come positivi attraverso la partecipazione ad iniziative promosse dai Comuni, Parrocchie, gruppi, associazioni, volontari; alla valorizzazione di competenze lavorative, occupazionali e di volontariato sociale nell'ottica della recovery.

Nel progetto di residenzialità leggera saranno garantiti i seguenti interventi descritti per aree.:

### **A) Area della gestione del sé e della propria quotidianità:**

- Interventi mirati alla programmazione del proprio tempo e per la gestione della casa, al fine di aiutare il paziente a pensarsi come abitante di quello spazio;
- Supporto alla gestione del sé e dell'igiene personale e dell'ambiente;
- Supporto allo svolgimento di pratiche amministrative e burocratiche e/o nei rapporti con altri servizi (es. per il pagamento delle utenze domestiche, accompagnamento a visite specialistiche);
- Aiuto alla persona a trovare gli strumenti per gestire autonomamente le possibili frustrazioni della quotidianità;
- Supporto all'organizzazione personale e all'attuazione delle attività quotidiane.

### **B) Area delle relazioni con altri ospiti conviventi, con gli operatori, con i familiari**

- Partecipazione a interventi risocializzanti individuali e di gruppo;
- Monitoraggio ed eventualmente mediazione rispetto all'insorgere di conflitti;

- Favorire la comunicazione con gli altri ospiti e la propria famiglia di origine, sia tramite regole pensate ad hoc per la presenza dei familiari sia con interventi di mediazione nei loro confronti, qualora la situazione lo richieda;
- Colloqui periodici con il paziente per verificare l'andamento del progetto e le possibili prospettive;
- Nel caso in cui più pazienti condividano lo stesso appartamento, creare occasioni in cui essi possano confrontarsi, sia all'interno dell'appartamento (ad esempio con riunioni di gruppo), sia in un luogo neutro con la collaborazione del CPS/AMB psichiatrici.

### **C) Area delle relazioni con la comunità locale e con enti sociali e sanitari**

- Interventi risocializzanti non stigmatizzanti finalizzati al rinforzo e/o mantenimento delle capacità sociali e relazionali;
- Interventi tesi ad espandere la rete sociale della persona, e a fruire degli spazi ricreativi e sociali proposti alla cittadinanza dal territorio;
- Conoscenza e collaborazione con l'associazionismo e il volontariato a supporto di programmi individualizzati.

## **Art. 6 – DURATA E DIMISSIONI**

Pur sapendo che le disposizioni regionali ammettono la residenzialità leggera quale intervento di durata molto variabile (da un tempo breve all'intera vita), si ritiene utile precisare quanto segue.

La residenzialità leggera è da intendersi come un programma a medio-lungo termine per dare al paziente il tempo di maturare e consolidare i progressi che gli possono permettere di raggiungere in tutto o in parte gli obiettivi posti.

Tendenzialmente, e ovviamente salvo casi particolari, il programma di residenzialità leggera dovrebbe prevedere una dimissione del paziente con relativa ipotesi di collocazione successiva (una casa propria, una casa Aler, la propria famiglia )

Al fine di evitare la cronicizzazione o staticità del programma, si ritiene utile proporre un termine massimo di permanenza di tre anni. Tale limite, che costituisce una scelta esclusivamente interna del Dipartimento, può essere prorogato con adeguata motivazione secondo il PTI. Porsi un limite temporale può essere utile anche al fine di evitare la precoce saturazione dei posti di residenzialità leggera disponibili.

Durante il programma di residenzialità leggera, gli operatori devono monitorare il grado di raggiungimento degli obiettivi individualmente definiti attraverso il periodico uso delle scale di valutazione

Le dimissioni sono regolate da quanto previsto dall'accordo tra le équipes della RL e dei CPS/AMB al fine di garantire il massimo della coerenza e della continuità del percorso di cura.

E' compito delle équipes di RL preparare, per tempo, l'ospite all'evoluzione del percorso abitativo mediante colloqui con il paziente stesso e con i familiari, atti a restituire il lavoro svolto durante la permanenza nel programma e ripuntualizzare il percorso futuro, favorendo la prosecuzione dello stesso. **La dimissione definitiva dal programma con ricovero in SPDC è considerata evento sentinella da monitorare secondo la procedura prevista.**

E' responsabilità dell'équipe di RL fornire al medico del CPS/AMB. psichiatrici adeguata relazione del caso mediante apposita lettera di dimissione.

**L'équipe di RL riporta la decisione di dimissione sul fascicolo del PRL.**

**Il fascicolo del PRL del paziente viene allegato alla cartella clinica di CPS/AMB psichiatrici.**

## **Art. 7 – MODALITÀ DI LAVORO**

All'interno delle strutture e servizi del DSaMen la modalità di lavoro da attuare è quella del lavoro in équipe multiprofessionale e dell'integrazione socio-sanitaria. Si costituisce un'équipe integrata composta dagli operatori previsti dalle regole di accreditamento che si riunisce periodicamente per effettuare:

- valutazione della situazione clinica dei pazienti;
- programmazione e verifica dei singoli progetti individuali;
- restituzione degli esiti e aggiornamento dei PRL con le équipes invianti;

- incontri periodici con i familiari e altre persone di riferimento del paziente.

Per i residenti negli appartamenti di RL viene definito un **Programma di Residenzialità Leggera (PRL)** personalizzato che comprende gli obiettivi e gli interventi previsti in relazione alla dimensione dell'abitare e dell'inserimento nel contesto sociale ove è ubicata l'abitazione.

I PRL sono progetti integrati, su cui operano diverse professionalità (Terapeuti della Riabilitazione psichiatrica, Educatori Professionali, Infermieri professionali, OSS, OTA, Psicologi).

Per ciascun utente occorre garantire la presenza di una figura professionale per almeno due ore al giorno e la reperibilità di un operatore per il restante tempo compresi i giorni festivi.

Allo scopo di stabilire e mantenere la coerenza e la funzionalità tra i PRL e il PTI relativamente agli obiettivi a breve e lunga scadenza, sia al momento dell'invio, che in itinere, si realizzeranno **incontri periodici cadenzati secondo la tipologia del programma** tra la micro equipe inviante (operatori dei CPS/AMB psichiatrici referenti del PTI) e la micro equipe della RL per valutare l'esito dell'intervento riabilitativo e ridefinirne gli obiettivi in vista di un percorso teso al massimo del recupero sociale possibile.

Tale confronto è necessario per garantire che alle possibili evoluzioni nel percorso riabilitativo corrisponda una coerente ed adeguata modificazione degli obiettivi iniziali del PTI.

Ciò permette alle due micro équipes di lavorare per il paziente in sinergia e secondo obiettivi condivisi e convergenti.

L'ammissione, la regolazione dell'intervento di residenzialità leggera nel tempo e la dimissione devono essere supportate e informate da strumenti di esito atti alla rilevazione della situazione personale del paziente. Tali strumenti saranno usati come prassi ordinaria e in forma continuativa all'interno del servizio.

Ai fini delle necessarie valutazioni si propongono quali strumenti da utilizzare

**La scala HoNOS**

**La scala VGF (GAF)**

**Una scala che misuri la soddisfazione dell'utente.**

## **Art. 8 – GESTIONE DI EVENIENZE CLINICHE URGENTI**

Le situazioni di emergenza sono gestite, in prima istanza, dall'operatore reperibile dell'equipe di RL che valuterà nella sede dell'abitazione l'esistenza del problema e se la richiesta di intervento andrà rivolta al medico di continuità assistenziale per le situazioni di emergenze/urgenze o del 118 qualora si prefiguri la necessità di invio in un presidio ospedaliero.

In ogni caso andrà informato sia il dirigente psichiatra in servizio di reperibilità che lo psichiatra referente del caso.

## **Art. 9 – GESTIONE DEGLI APPARTAMENTI DI RL**

I programmi di RL vengono erogati **in appartamenti con le caratteristiche delle “civili abitazioni”** che possono ospitare da un minimo di due persone ad un massimo di cinque persone. Gli appartamenti individuati per i PRL sono segnalati **all'ATS**.

**L'ente gestore dei programmi di RL** si impegna a farsi pienamente carico della **gestione degli immobili** da lui reperiti in cui vengono erogati i programmi di RL rispettando il dettato previsto dalle normative nazionali e regionali inerenti alle “civili abitazioni” e alla “quota sociale” a carico dei singoli utenti.

**La “quota sociale”** dovrà sottostare ai principi dell'equità, della congruità, della trasparenza, della correttezza contrattuale.

In attesa di una definizione unitaria a livello provinciale in sede di OCSM congiuntamente al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, sembra utile definire alcuni criteri che andranno tenuti presente dall'Ente gestore.

a) E' auspicabile perseguire **una azione di sistema nelle sedi adeguate** con l'obiettivo della

costituzione di un fondo complessivo (a livello provinciale o di singolo Ambito Territoriale) che alimenti la quota sociale dei progetti di residenzialità leggera. Tale azione non è solamente di carattere economico, ma anche culturale, per l'affermazione del diritto del paziente ad una adeguata sistemazione abitativa.

b) Occorre prevedere una **compartecipazione economica del paziente** al fine di sostenere le proprie spese di carattere personale. Tale compartecipazione dovrà essere valutata caso per caso tenendo in debito conto le reali capacità economiche del paziente stesso.

c) **La quota sociale può essere scomposta in almeno due parti**, al fine di poter rendicontare al paziente e/o al Comune/Ambito Territoriale secondo le rispettive capacità di spesa: a) le spese necessarie ad abitare nella casa (spese per energia elettrica, riscaldamento, telefono e alimentari); b) i costi dell'affitto o dell'ammortamento dell'abitazione, nel caso in cui non sia reperibile un alloggio gratuito.