



<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Bergamo Ovest</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b></p>	<p>Cod. PDTA06</p> <p>Data 06/04/2016</p> <p>pag. 1</p>	<p>Rev.: 2</p> <p>di 10</p>
---	---	---	-----------------------------

## INDICE

1	Premessa.....	2
2	Scopo.....	4
3	Campo di applicazione.....	4
4	Diagramma di flusso.....	4
5	Responsabilità.....	4
6	Descrizione delle attività.....	4
6.1	Definizione del bisogno di residenzialità.....	4
6.1.1	Evidenziazione del bisogno.....	5
6.1.2	Valutazione del bisogno di residenzialità.....	5
6.1.3	Definizione del PTI.....	5
6.1.4	Proposta di inserimento in <b>SRP</b> .....	5
6.1.4.1	Scelta della Struttura Residenziale <b>Psichiatrica</b> .....	5
6.1.4.2	Proposta di inserimento in <b>SRP</b> nei pazienti in post acuzie.....	5
6.2	Attivazione <b>SRP</b> .....	5
6.2.1	Attivazione <b>SRP</b> del <b>DSaMen</b> .....	5
6.2.2	Attivazione <b>SRP</b> accreditate a contratto <b>non pubbliche</b> .....	6
6.2.2.1	Paziente a “doppia diagnosi”.....	6
6.3	Accesso del paziente alla Struttura Residenziale <b>Psichiatrica</b> .....	6
6.3.1	Espressione parere positivo per ingresso in <b>SRP</b> .....	6
6.3.2	<b>Ingresso in SRP</b> .....	6
6.3.2.1	<b>Ingresso in SRP nel post acuzie</b> .....	7
6.3.2.2	<b>Prosecuzione post acuzie in ricovero ordinario</b> .....	7
6.4	<b>Programmazione verifiche</b> .....	7
6.4.1	Stesura PTR.....	7
6.4.2	Verifiche successive.....	7
6.5	Monitoraggio tempi di permanenza.....	7
6.6	Dimissione.....	8
6.6.1	Definizione programma di trattamento concordato.....	8
6.6.2	Valutazione eventuale prosecuzione trattamento residenziale.....	8
6.6.2.1	Proroghe.....	8
6.6.3	Relazione di dimissione.....	9
7	Riferimenti.....	9

2	Introduzione nuovi moduli e sigle strutture Residenziali	06/04/16
1	Introduzione nuovi moduli e regolamentazione ASL per le proroghe. Inserimento par. 6.5	29/03/12
0	Prima emissione	02/12/10
Rev.	Descrizione modifica	Data
<div> <div>Verificato RQA</div> <div>Validato DIR COORD DSaMen</div> <div>Approvato SITRA/DS/DSS</div> </div>		

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Bergamo Ovest</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b></p>	<p>Cod. PDTA06</p> <p>Data 06/04/2016</p> <p>pag. 2</p>	<p>Rev.: 2</p> <p>di 10</p>
---	---	---	-----------------------------

*\*Composizione del Gruppo di Lavoro per la stesura del documento*

Cognome Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza
CASTELLI MARIA	DIRIGENTE MEDICO	CRA ROMANO
CELLA ROBERTO	DIRIGENTE MEDICO	CRA BONATE SOTTO
FERRARI NICOLO' EMILIO	DIRIGENTE MEDICO	CPS BONATE SOTTO
FRANZIN PAOLA	INFERMIERA	AMB. CARAVAGGIO
MARTINELLI MARIA LUISA	COORDINATORE INFERMIERISTICO	CRA BONATE SOTTO
PIANA ELEONORA	INFERMIERA	CRA ROMANO
RONZONI DANIELA	INFERMIERA	CPS BONATE SOTTO
SANGALETTI ALESSIO	DIRIGENTE MEDICO	CRA BONATE SOTTO
SCHILLACI PAOLO	DIRIGENTE MEDICO	SPDC TREVIGLIO
SESSINI MARRUSKA	DIRIGENTE MEDICO	AMB. CARAVAGGIO
GIGLIOTTI SABINA	COORDINATORE INFERMIERISTICO	CPM LE GHIAIE
GIANDINI FRANCESCA	EDUCATORE PROFESSIONALE	CRA BONATE SOTTO
LEIDI ELISABETTA	COORDINATORE INFERMIERISTICO	CPS BONATE SOTTO-CD GHIAIE
MORO CESARE GIOVANNI	COORDINATORE INFERMIERISTICO	CPS-CRA ROMANO

## 1 Premessa

Il trattamento in Struttura Residenziale **Psichiatrica (SRP)** rappresenta la variante più “intensiva” dell'approccio riabilitativo alle condizioni di grave patologia psichica.

Al di là dei diversi modelli concettuali di riferimento, sotto il profilo operativo significa anzitutto che destinatario dell'intervento non è più soltanto il paziente, ma tutto il contesto ambientale di riferimento, che va interessato e coinvolto nella prospettiva di una reciprocità di adattamento.

A tal fine, nell'ambito anche delle iniziative formative correlate al Programma innovativo TR 05, risultano fondamentali iniziative formative comuni, con la partecipazione di operatori **DSaMen** e operatori dell'area sociale (Uffici di piano, Comuni), finalizzato al confronto ed allo sviluppo di prassi condivise per la reintegrazione sociale ed il recupero del diritto di cittadinanza dei pazienti gravi.

In questa prospettiva gli obiettivi dell'intervento riabilitativo riguardano:

- l'acquisizione di modelli di comportamento e di relazione, sia da parte del malato che da parte del suo ambiente, reciprocamente sostenibili e condivisibili (riadattamento reciproco e superamento delle reazioni avverse);
- il conseguimento, al massimo livello possibile, dell'autonomia e delle capacità di espressione dell'individuo;
- la collocazione di tali processi complessi nell'ambito dell'esistenza concreta dell'individuo.


Il Piano Regionale Salute Mentale PRSM afferma che la “funzione residenzialità” integra esigenze di tipo riabilitativo ed esigenze di tipo socio-assistenziale. È necessario differenziare questi due aspetti, pur considerandoli entrambi importanti.

Tra i fattori cruciali per il funzionamento del “sistema residenzialità” in psichiatria vi sono:

1. la centralità del **progetto terapeutico riabilitativo (PTR)**, basato sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente;
2. la disponibilità di **forme diversificate e flessibili** di residenzialità in ambito sanitario e territoriale esterne al circuito della residenzialità psichiatrica. Analogamente, la titolarità del percorso di cura assume un ruolo centrale nella responsabilizzazione alla buona pratica clinica dei soggetti erogatori.

Il PTR deve essere elaborato in modo da essere coerente e funzionale al **piano di trattamento individuale (PTI)** di presa in carico elaborato in sede territoriale, a fronte del rischio di un utilizzo non appropriato delle **SRP**, come “soluzione abitativa” (di fatto creando una nuova istituzionalizzazione), piuttosto che tappa funzionale al “progetto terapeutico-riabilitativo”.

Per una valutazione appropriata e approfondita del bisogno di residenzialità è indispensabile il

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 3	Rev.: 2 di 10
---	--	--	------------------

contributo multi professionale del CPS, la cui organizzazione in microequipe favorisce una lettura più articolata e potenzialmente più idonea, integrando la specificità di prospettiva di ogni paziente.

La micro-équipe viene individuata secondo i seguenti criteri:

- territorialità
- significatività della relazione terapeutica.

Nell'ambito della micro-équipe viene individuato il case manager, o referente complessivo: questi ha il compito di monitorare la corretta attuazione degli interventi previsti nel PTI.

L'accezione in cui viene intesa l'attività del case manager rimanda a 3 funzioni essenziali:

1. Persona prossima: è privilegiata una condizione di vicinanza non solo emotiva, ma anche declinantesi in una dimensione pragmatica, come operatore in grado di sviluppare un'alleanza di lavoro con l'utente verso la realizzazione di iniziative di integrazione sociale, evitando peraltro lo sviluppo della dipendenza.
2. Agente di collegamento: favorisce l'auspicabile integrazione dei servizi a favore dell'utente, sia per quanto concerne il monitoraggio del PTI, sia per quanto concerne l'eventuale attivazione delle reti istituzionali o informali.
3. Professionista: la vicinanza all'utente è connotata da professionalità specifica, volta a proporsi come figura di riferimento in grado di fornire ascolto e contenimento empatico all'utente.

Professionalità, di cogliere la dimensione complessiva, a livello esistenziale e psicopatologico, del singolo paziente.

Considerando quanto detto sopra, il PRSM ha operato identificando forme diverse di residenzialità, fin da subito, identificando due assi:


- a) i livelli di intervento terapeutico e riabilitativo,
- b) il grado di intensità assistenziale offerto.

Le nuove strutture sono:

<b>STRUTTURE</b>	<b>TIPO DI PROGRAMMA</b>	<b>DURATA DEGENZA</b>	<b>ETÀ</b>
<b>Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (SRP1)</b>	erogano programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa	durata massima di degenza è 18 mesi in un quinquennio	<= 50 anni
<b>Comunità Riabilitativa a Media assistenza (SRP1, al momento non presente nell'assetto accreditato aziendale)</b>	erogano programmi residenziali a media intensità riabilitativa	durata massima di degenza è 18 mesi in un quinquennio	<= 50 anni
<b>Comunità Protette ad Alta Assistenza (SRP2)</b>	erogano programmi residenziali ad alta intensità assistenziale	durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi	<= 65 anni
<b>Comunità Protette a Media Assistenza (SRP2)</b>	erogano programmi residenziali a media intensità assistenziale	durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi	<= 65 anni

Valutata l'idoneità della **SRP** ad accogliere il paziente, l'ammissione in SR è su base volontaria.

I criteri di ammissione (DGR 4221/07) relativi alla diagnosi sono applicabili a tutte le tipologie di

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Bergamo Ovest</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</p> <p>INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA (SRP)</b></p>	<p>Cod. PDTA06</p> <p>Data 06/04/2016</p> <p>pag. 4</p>	<p>Rev.: 2</p> <p>di 10</p>
---	---	---	-----------------------------

SR, quelli relativi all'età sono correlati alle tipologie delle SR.

a) **criteri relativi alla diagnosi:**

<b>diagnosi elettive</b>	Schizofrenia e sindromi correlate, Sindromi affettive gravi: Sindrome depressiva ricorrente grave, Sindrome affettiva bipolare Disturbi della personalità
<b>diagnosi di esclusione</b>	Demenza primaria Grave e medio ritardo mentale

b) i **limiti di età** sono connessi all'opportunità che risorse riabilitative, specialmente quelle intensive, siano utilizzate verso un'utenza con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati.

Pertanto, per le **SR di area riabilitativa (SRP1)** viene sancito un limite di età di 50 anni (tranne che nei ricoveri in post acuzie).

Per le **SR di area assistenziale (SRP2)**, si introduce il limite di età di 65 anni, oltre il quale, generalmente, i problemi di disabilità ed i bisogni di supporto assistenziale per i malati di mente tendono ad omologarsi a quelli della popolazione anziana.

## 2 Scopo

Il presente Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale ha lo scopo di descrivere i criteri in uso nel **DSaMen** dell'**ASST Bergamo Ovest** per l'accesso dei pazienti alle Strutture Residenziali del **DSaMen** stesso e, per quanto possibile, a quelle esterne sia pubbliche che private accreditate.

Al fine di poter meglio monitorare il percorso del paziente grave che necessita di interventi in SR appare centrale la funzione di coordinamento sia sul progetto che sui tempi di permanenza in struttura da parte dell'équipe del CPS (o Ambulatorio), che mantiene la presa in carico.

## 3 Campo di applicazione

Il presente PDTA si applica a tutti i pazienti che necessitano di inserimento presso le SR del **DSaMen** ed esterne, sia pubbliche che private, per:

- accesso in regime ordinario (**SRP1, SRP2**) per interventi riabilitativi o assistenziali ad alta o media intensità,
- accesso in regime post acuzie.

## 4 Diagramma di flusso

La Tab1PDTA06 Diagramma di flusso rappresenta il flusso delle attività.


## 5 Responsabilità

La Tab2PDTA06 Matrice delle responsabilità riporta le responsabilità coinvolte nel percorso.

## 6 Descrizione delle attività

### 6.1 Definizione del bisogno di residenzialità

L'inserimento nelle strutture riabilitative dell'utente è volontario ed è sempre il risultato di un processo di valutazione dei bisogni riabilitativi ed assistenziali, che coinvolge:

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 5	Rev.: 2 di 10
--	--	--	------------------

- l'équipe che attua la presa in carico (CPS/AMB),
- il paziente
- la sua rete sociale (familiari, servizi sociali comunali, uffici di piano, eventuali altre agenzie territoriali).

Gli operatori mettono in atto le modalità più idonee per la ricerca della massima condivisione possibile all'inserimento.

Il massimo consenso possibile all'inserimento ed al progetto che lo sottende è condizione indispensabile nel caso di un percorso riabilitativo (**SRP1**) od assistenziale (**SRP2**).

### 6.1.1 Evidenziazione del bisogno

L'espressione del bisogno di residenzialità può provenire dal paziente o dai suoi familiari all'interno del percorso di cura.

### 6.1.2 Valutazione del bisogno di residenzialità

La definizione di bisogno di residenzialità deriva in ogni caso da un'accurata valutazione (secondo il modello biopsicosociale), da parte dell'équipe che ha in carico il paziente, di alcuni elementi tra i quali:

- il percorso di cura in atto,
- la qualità della rete sociale di riferimento,
- l'opportunità di una fase residenziale finalizzata in senso terapeutico,
- l'adesione del paziente a tale ipotesi.

### 6.1.3 Definizione del PTI

La stesura e l'aggiornamento del PTI spettano alla micro-équipe multi professionale di riferimento del paziente.

Il PTI è strutturato secondo il **Mod1aPDTA06 e Mod1bPDTA06** e contiene gli elementi dell'opportunità di una fase residenziale finalizzata in senso terapeutico.

### 6.1.4 Proposta di inserimento in **SRP**

La proposta di inserimento in **SRP** è di norma di competenza del medico del CPS (o Ambulatorio), che ha in carico il paziente, e viene redatta utilizzando il **Mod2PDTA06 Proposta di inserimento in SRP**.

#### 6.1.4.1 Scelta della Struttura Residenziale **Psichiatrica**

La scelta della Struttura Residenziale **Psichiatrica** viene valutata nella micro-équipe a seconda dell'adeguatezza della stessa (**SRP1, SRP2**) a rispondere alla tipologia di bisogno rilevato, ed è esplicitata all'interno della proposta di inserimento in **SRP**.


#### 6.1.4.2 Proposta di inserimento in **SRP** nei pazienti in post acuzie

Nel caso di paziente ricoverato in SPDC che necessita di un periodo di post-acuzie presso la **SRP1**, il ricovero in **SRP** viene organizzato in accordo tra il medico referente del SPDC e quello del CPS/AMB di appartenenza **che redige ed invia alla SR il Mod2PDTA06 Proposta di inserimento in SRP**.

## 6.2 Attivazione **SRP**

### 6.2.1 Attivazione **SRP** del **DSaMen**

Identificata la struttura, di norma, l'Assistente Sociale (AS) contatta i referenti della stessa per

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 6	Rev.: 2 di 10
---	--	--	------------------

segnalare il caso ed invia la documentazione necessaria per la richiesta di inserimento secondo le regole della Struttura accettante.

Nel caso di strutture del DSaMen si utilizza il Mod2PDTA06.

### 6.2.2 Attivazione **SRP** accreditate a contratto **non pubbliche**

Nel caso di strutture esterne al **DSaMen**, l'AS e lo Psichiatra curante si attivano per inoltrare la richiesta di autorizzazione all'ATS, utilizzando il Modulo dell'ATS "Scheda individuale relativa a proposte di ricovero di pazienti psichiatrici presso strutture accreditate; Proposta nuovo inserimento paziente psichiatrico in struttura non accreditata" a firma del Direttore UOP, con avallo del Direttore **DSaMen**.

#### 6.2.2.1 Paziente a "doppia diagnosi"

Nel caso di inserimento di un paziente a "doppia diagnosi" il MED referente concorda col SERT competente per territorio la documentazione necessaria, definendo la titolarità dell'invio (vedi Protocollo di collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL (DDD) e Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle AAOO della Provincia di Bergamo).

### 6.3 Accesso del paziente alla Struttura Residenziale **Psichiatrica**

#### 6.3.1 Espressione parere positivo per ingresso in **SRP**

Se la valutazione del Mod2PDTA06 "Proposta di inserimento in **SRP**" da parte dell'équipe della **SRP** all'ingresso è positiva, si procede a:

- presentazione clinica preliminare da parte del MED e del Case Manager titolare del caso (CPS/AMB) con il MED responsabile della **SRP** stessa (o suoi delegati), sulla base degli specifici bisogni e priorità contenuti negli obiettivi del PTI;
- visita e colloquio per conoscenza del paziente con Responsabile della **SRP**, presentazione della struttura e del regolamento interno (Mod5PDTA06);
- invio del PTI (**Mod1aPDTA06**), con indicazione della micro-équipe e firma del MED e del CM
- valutazione clinica e formalizzazione del parere positivo all'accoglimento in **SRP** (Mod7PDTA06) da parte del Responsabile **SRP** al MED CPS/AMB;
- relazione del colloquio conoscitivo del paziente da conservare con la documentazione clinica del paziente;
- inserimento del paziente nella lista di attesa di Struttura.


#### 6.3.2 Ingresso in **SRP**

L'ingresso del paziente in SRP avviene in data stabilita in base ai tempi di attesa e agli accordi fra SRP e MED CPS/AMB.

Di norma l'accompagnamento è a cura dei familiari. Per pazienti ricoverati in SPDC a Treviglio si valuta in prima istanza l'opportunità che il paziente sia accompagnato dai familiari. Quando ciò sia impossibile o inopportuno, per trasferimenti in SRP del DSaMen, si attua la procedura di trasferimento Aziendale in uso per i trasporti secondari IODS24 Trasporti sanitari secondari programmati.

Per rari casi particolari di pazienti già in carico, se il medico referente del CPS ritenesse opportuno che all'ingresso il paziente debba essere accompagnato da un operatore, può attivare il personale SRP/CPS/AMB competente per territorio.



Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 7	Rev.: 2 di 10
--	--	--	------------------

### 6.3.2.1 Ingresso in SRP nel post acuzie

Il giorno dell'inserimento il paziente accede alla SRP secondo le modalità previste dalla stessa.

### 6.3.2.2 Prosecuzione post acuzie in ricovero ordinario

Qualora il ricovero da post acuzie si trasformi in ricovero ordinario, l'équipe inviante provvederà a:

- trasformare il programma di trattamento evidenziandolo in occasione della verifica;
- inoltrare il PTI aggiornato (Mod1aPDTA06), che evidenzi la necessità di un percorso residenziale riabilitativo;
- fissare un appuntamento per la presentazione degli obiettivi dell'inserimento;
- definire i tempi di verifica (come in ogni inserimento in regime ordinario).

## 6.4 Programmazione verifiche

### 6.4.1 Stesura PTR

Il progetto di trattamento residenziale viene definito nella microéquipe della SRP e si traduce nella compilazione, condivisione e firma del PTR da parte del MED referente della SRP (Mod3PSDSaMen02), coerente e funzionale al PTI (Mod1aPDTA06) ed il collega inviante del CPS, in conformità a quanto previsto dalle normative regionali (PRSM), entro 2 mesi dalla data di ingresso, e la sottoscrizione da parte del paziente del Mod6PDTA06.

In sede di prima verifica con l'équipe inviante il PTR (Mod3PDTA06) viene illustrato e discusso, integrato con eventuali osservazioni/indicazioni dell'équipe del CPS/AMB.

In occasione della prima verifica con il CPS/AMB vengono fissate le date per le verifiche successive.

### 6.4.2 Verifiche successive

I CM promuovono ed attivano i momenti di verifica.

I tempi delle verifiche in SRP variano in funzione di:

- obiettivi del progetto,
- andamento del percorso riabilitativo,
- necessità cliniche, sociali o amministrative insorgenti,
- programmazione di interventi in fase di dimissione,
- conclusione del programma riabilitativo.


## 6.5 Monitoraggio tempi di permanenza

Al fine di monitorare i tempi di permanenza nelle **SRP**, ogni struttura compila il Mod8PDTA06, aggiornandolo almeno mensilmente.

Il Mod9PDTA06 viene redatto ogni 3 mesi ed inviato entro il giorno 5 del mese successivo alla chiusura di ogni trimestre alla Segreteria di UOP **la quale provvede ad inoltrarlo alla segreteria DsaMen entro il giorno 10 del mese stesso.**

La Segreteria di **DSaMen** invia entro il giorno 15 dello stesso mese il file cumulativo dei dati delle UOP **all'ATS**, contenente almeno le seguenti informazioni:

- Cognome nome
- Codice fiscale
- Data di nascita
- Comune di residenza

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 8	Rev.: 2 di 10
---	--	--	------------------

- Diagnosi
- Struttura ospitante
- Data di ingresso
- Data di dimissione.

La tabella sotto riportata puntualizza i tempi inderogabili di trasmissione:

<i><b>Mittente</b></i>	<i><b>Destinatario</b></i>	<i><b>Tempi</b></i>
Ogni struttura	alla Segreteria di UOP	entro il giorno 5 del mese successivo alla chiusura di ogni trimestre
Segreteria di UOP	alla Segreteria di DSM	entro il giorno 10 del mese successivo alla chiusura di ogni trimestre
Segreteria di <b>DSaMen</b>	all'ATS	entro il giorno 15 del mese successivo alla chiusura di ogni trimestre

È responsabilità del Coordinatore Infermieristico della **SRP** organizzare e vigilare sull'inserimento dei dati nel Mod8PDTA06 nel rispetto dei tempi.

È responsabilità del Responsabile **SRP** inoltrare al CPS/AMB di competenza il Mod9PDTA06, secondo i tempi previsti.

## 6.6 Dimissione

### 6.6.1 Definizione programma di trattamento concordato

La dimissione avviene di norma con rientro del paziente al proprio domicilio, con un programma di trattamento concordato, messo a punto nell'ultima verifica tra équipe **SRP** ed équipe CPS/AMB ed accettato dal paziente.

### 6.6.2 Valutazione eventuale prosecuzione trattamento residenziale

In sede di verifica congiunta durante il ricovero in **SRP** può emergere una valutazione di opportunità di prosecuzione di un trattamento residenziale o in proroga o in altra tipologia di **SRP**: da parte dell'équipe del CPS viene in tal caso avviata specifica procedura di ricerca di nuovo inserimento (vedi punto 6.2).

#### 6.6.2.1 Proroghe

La necessità di eventuali proroghe dei tempi di ricovero, in osservanza di quanto sancito dalla DGR 4221/07, è valutata e concordata tra équipe inviante e Responsabile **SRP**.


Qualora la necessità di proroga derivi da problematiche sociali, in attuazione degli indirizzi dell'OCSM, il caso viene discusso nell'ambito del tavolo multidisciplinare istituito dall'ATS, a cui sono chiamati a partecipare, oltre agli operatori DSM, i referenti degli Uffici di Piano, i Direttori di Distretto, i rappresentanti delle Associazioni dei Familiari, al fine di valutare la messa in atto di ulteriori sinergie.

Qualora non sussistano condizioni cliniche e/o sociali che consentano la dimissione possono essere richieste delle proroghe (secondo la normativa vigente).

Il Responsabile e l'Assistente sociale dell'équipe inviante ed il Responsabile della **SRP** compilano e firmano il Modulo per la richiesta di proroga all'ATS (Scheda individuale relativa a proposte di proroga di pazienti psichiatrici presso strutture accreditate), predisposto dall'OCSM, specificando se la proroga viene proposta a PTR invariato o a minore intensità.

Il modulo deve pervenire almeno con 30 giorni di anticipo rispetto alla scadenza alla Segreteria DSaMen competente per la firma del Direttore DSaMen.



<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Bergamo Ovest</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b></p>	<p>Cod. PDTA06</p> <p>Data 06/04/2016</p> <p>pag. 9</p>	<p>Rev.: 2</p> <p>di 10</p>
---	---	---	-----------------------------

L'inoltro successivo al Presidente dell'OCSM **dell'ATS** di Bergamo è a cura dell'AS di riferimento. Copia di tale modulo va conservata nella documentazione sanitaria cartelle delle strutture (**SRP/CPS/AMB**) coinvolte.

Risulta non obbligatoria la firma in originale sul modulo di richiesta di proroga.

L'autorizzazione non può essere antecedente alla data di arrivo della richiesta in **ATS**.

La proroga per la **SRP1** non può essere superiore a 6 mesi.

La proroga per la **SRP2** non può essere superiore ad 1 anno.

La proroga di pazienti inseriti con provvedimento del giudice non va richiesta finché è in atto la misura di sicurezza. La richiesta di proroga deve essere inviata in **ATS** entro 1 mese dalla conclusione della misura di sicurezza, specificandolo nel modulo (sotto la voce "Osservazioni").

Per i pazienti il cui inserimento è stabilito con provvedimento del giudice, alla richiesta di inserimento va sempre allegato il provvedimento stesso.

### 6.6.3 Relazione di dimissione

Viene redatta dal Responsabile **SRP** una relazione di dimissione (Mod4PDTA06): **una** copia è consegnata al paziente, **una** copia viene conservata in cartella, **una copia al CPS di competenza**.

## 7 Riferimenti

Mod1PDTA06	<del>Scheda di progetto (PTI) progetto terapeutico personalizzato pazienti gravi "presi in carico"</del>
Mod1aPDTA06	<b>PTI Piano di Trattamento Individuale</b>
Mod1bPDTA06	Verifica Piano di Trattamento Individuale
Mod2PDTA06	Proposta di inserimento in SRP
Mod3PDTA06	Programma Terapeutico-Riabilitativo PTR
Mod4PDTA06	Lettera di dimissione da Struttura Residenziale Psichiatrica
Mod5PDTA06	Regolamento interno Struttura Residenziale Psichiatrica SRP
<del>Mod6PDTA06</del>	<del>Consenso al trattamento residenziale presso SR</del>
Mod7PDTA06	Lettera di formalizzazione dell'accoglimento in Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP)
Mod8aPDTA06	Conteggio residenzialità SRP1
Mod8bPDTA06	Conteggio residenzialità SRP2
Mod9PDTA06	Pazienti inseriti in Strutture Residenziali Psichiatriche
Tab1PDTA06	Diagramma di flusso
Tab2PDTA06	Matrice delle responsabilità
Mod1bPG7-5 03	<b>Consenso per il trattamento di dati personali e sensibili paziente ricoverato</b>
Mod1cPG7-5 03	<b>Consenso per il trattamento di dati personali e sensibili day hospital/day surgery/paziente ambulatoriale con accessi continuativi</b>
IODS24	<b>Trasporti sanitari secondari programmati</b>

Richiesta di proroga all'**ATS (ATS)** della Provincia di Bergamo)

Scheda individuale relativa a proposte di ricovero di pazienti psichiatrici presso strutture accreditate (**ATS** della Provincia di Bergamo)


Proposta nuovo inserimento paziente psichiatrico in struttura non accreditata (**ATS** della Provincia di Bergamo)

Scheda individuale relativa a proposte di proroga di pazienti psichiatrici presso strutture accreditate  
Protocollo di collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL (DDD) e Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle AAOO della Provincia di Bergamo

**DGR n. X/4702/15 Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016;**

DGR n.7/17513 del 17/5/2004 (PRSM);

DGR n. VIII/4221 del 28/2/2007;

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE <b>PSICHIATRICA</b> <b>(SRP)</b>	Cod. PDTA06 Data 06/04/2016 pag. 10	Rev.: 2  di 10
--	--	---	----------------------

DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008;

Circ. della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale, prot. n. 6/2008/ 0012020 del 4/8/2008 ("Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona per il triennio 2009-2011").

Liberman R.P., Foy D. W.: "Psychiatric Rehabilitation for Chronic Mental Patients, Psychiatric Annals, 13, 539-547, 1983

Liberman R.P. La riabilitazione psichiatrica. Raffaello Cortina Ed.. 1992

Zapparoli G.C. La follia e l'intermediario. Dialogos Ed.. 2002

Giannelli A., Mencacci C. Rabboni M. (a cura di) La continuità terapeutica. Fondazione P. Varenna 1994

De Martis D., Petrella F., Ambrosi P. (1994) Fare pensare in psichiatria Cortina Ed. Milano

Ferruta A., (2000) Un lavoro terapeutico F. Angeli Ed.

Correale A., (1991) Il campo istituzionale Borda Ed. Roma

Racamier P. (1998) Una comunità di cura psicoterapeutica. In 'La comunità terapeutica tra Mito e Realtà' Cortina Ed. Milano