

## Indicazioni tecniche per la definizione del modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni per la salute mentale

L'analisi preliminare della Direzione Programmazione Sanitaria con il supporto del Gruppo di lavoro, incentrata sui punti significativi della unità di offerta Centro Diurno, ha evidenziato elementi qualificanti ed elementi da ulteriormente approfondire:

elementi qualificanti: viene confermata la validità del Centro Diurno come struttura territoriale di ponte fra l'attività clinica e terapeutica e la rete sociale e territoriale, sottolineando la possibilità di contemperare bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali diversi secondo tre assi principali d'intervento: giovani, lavoro, casa. Tra questi si annoverano alcuni percorsi strategici:

- interventi su soggetti giovani, di post-intensive-care della crisi psicotica e del disturbo psicopatologico espresso, con progetti o percorsi dedicati;
- interventi dedicati a persone con una diagnosi stabilizzata, di riabilitazione sul piano cognitivo, relazionale, lavorativo e familiare;
- interventi di maggiore livello socio-riabilitativo e assistenziale, per persone che, attraverso l'attività semiresidenziale, possono mantenere il diritto a rimanere nel proprio territorio di residenza, avere una vita sufficientemente autonoma ed evitare percorsi di istituzionalizzazione precoce d'inserimento in strutture residenziali a medio o lungo termine;

elementi da approfondire: è emersa in particolare la eterogeneità di questa unità di offerta sia in termini di capacità ricettiva (si va da strutture di poche unità di posti ad altre con un'organizzazione molto più articolata), sia in termini di attività terapeutico-riabilitativo e assistenziale erogate. Questa eterogeneità e diversificazione di attività, servizi e prestazioni non favorisce l'erogazione di prestazioni standardizzate nel territorio regionale, in ottemperanza dei livelli essenziali di assistenza.

Pertanto, in linea con quanto delineato dall'art. 33 del DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", sono stati individuati i requisiti standard dell'unità di offerta Centro Diurno ed evidenziate eventuali ulteriori caratteristiche di maggiore qualificazione quali:

- Riabilitazione e recupero neurocognitivo, relazionale e sociale per pazienti giovani (esordi);
- Riabilitazione e reinserimento sociale, lavorativo e familiare per pazienti con potenzialità di recupero mantenuto e da sviluppare;
- Riabilitazione e potenziamento delle abilità sociali di mantenimento di vita autonoma e d'inclusione territoriale per pazienti con diagnosi permanente, nell'ottica di conservazione del diritto all'abitare nel proprio contesto di vita. Quest'ultima si integra con quanto previsto dall'allegato "D" della DGR n. 1673/2018 in materia di Abitare Supportato. In tale ottica si definisce un'interconnessione tra la finalità e le attività erogate dal centro diurno e la progettazione e gestione delle unità abitative di Abitare Supportato.

Si rappresentano di seguito le indicazioni tecniche per la definizione del modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni per la salute mentale, elaborate dalla Direzione Programmazione Sanitaria con il supporto del Gruppo di lavoro.

Definizione: unità di offerta semiresidenziale con funzioni terapeutiche, educative, riabilitative ed assistenziali, compreso il supporto alla terapia farmacologica, occupazionale e di gruppo, di carattere sanitario, tesa a sviluppare o ripristinare competenze ed arrestare processi di isolamento ed emarginazione e a prevenire e combattere l'istituzionalizzazione favorendo lo sviluppo di processi di recovery, tramite prevalenti interventi Evidence Based Medicine (EBM).

Tale unità di offerta, inserita in contesto urbano e ben servito dai mezzi pubblici, deve differenziarsi dal contesto ospedaliero, evitando operatività e modelli che inducano alla stigmatizzazione ed essere in collegamento con la comunità locale. Può trovare collocazione anche in sedi annesse a strutture sociosanitarie



territoriali, di norma non negli ospedali o ex-manicomi. Laddove le caratteristiche del territorio non consentano una sufficiente capillarizzazione delle opportunità di accesso, deve essere previsto il servizio di trasporto per gli utenti in condizioni di difficoltà a raggiungere l'unità di offerta, anche mediante eventuale integrazione degli accordi contrattuali. Pertanto, nelle aree disagiate dove gli utenti potrebbero avere obiettive difficoltà al raggiungimento del Centro Diurno, va considerata l'eventuale valorizzazione economica aggiuntiva per l'organizzazione del trasporto.

Finalità: trattamento, recupero e potenziamento degli aspetti legati alla disabilità correlata alla patologia psichiatrica, al miglioramento del funzionamento psicosociale, al recupero di abilità nelle relazioni interpersonali e nell'autonomia personale, ai processi di empowerment individuale e relazionale.

L'integrazione nel contesto sociale di appartenenza e nella quotidianità, utilizzando la relazione interpersonale, articolate opportunità risocializzanti, espressive e formative, sino anche a favorire percorsi aggiuntivi di facilitazione all'accesso al mondo lavorativo e alla realizzazione di percorsi professionali sono obiettivi nucleari dell'attività erogata in detta unità di offerta.

Il Centro Diurno ha anche come finalità quella di progettare e attuare interventi tesi ad attivare le risorse individuali che permettano al soggetto di riacquisire competenze utili a sviluppare una quotidianità attiva e appagante e una migliore qualità di vita.

Eroga, sulla base della programmazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) percorsi a carattere sanitario a maggiore intensità riabilitativa per specifiche aree d'intervento, in base al Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato (PTRP) degli utenti selezionati.

Utenza: a far data dall'approvazione del presente provvedimento accedono utenti maggiorenni fino al compimento dei 65 anni d'età, che presentino disabilità sociali, relazionali e lavorative conseguenti e correlate al disturbo psichiatrico, con organizzazione modulare onde rendere maggiormente omogenei aspetti diagnostici, bisogni assistenziali e fasce di età; ciò al fine di razionalizzare le risorse assistenziali e massimizzare l'efficacia dei trattamenti. Per coloro che attualmente sono inseriti con età superiore verranno garantiti percorsi alternativi in uscita dai centri diurni, in integrazione con la rete socio-assistenziale territoriale o in percorsi a carattere sociale attivati da Enti locali ed Enti del Terzo Settore, in collaborazione con le famiglie ed eventuali amministratori di sostegno.

Capacità ricettiva: l'unità di offerta Centro Diurno può essere articolata a "moduli d'intervento" che permettano una maggiore flessibilità e dinamicità dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) sulla base sia delle necessità degli utenti, sia della programmazione definita e concordata dal DSM con i gestori dei Centri Diurni, nell'ottica di raggiungere il maggior tasso di occupazione possibile della risorsa Centro Diurno.

Si propone un modello di lavoro e di organizzazione delle attività dei Centri Diurni centrato sull'"organizzazione a moduli" e non più sul modello del "posto-persona-retta", laddove un posto-tempo pieno disponibile di Centro Diurno, nell'arco della programmazione settimanale, può essere occupato da due o più utenti, nel rispetto dei PTRP e garantendo un'articolazione delle attività e dei progetti che consenta l'utilizzo il più possibile massimale dell'unità di offerta.

Ciò permette l'utilizzo dinamico e flessibile dei posti, rispondendo alla differente progettualità degli utenti definita dalla équipe del DSM) in base alle diverse esigenze di terapia riabilitativa, di attività educativa, di socializzazione e assistenza e della loro variazione d'intensità nel tempo. Il percorso riabilitativo semiresidenziale viene così orientato verso la piena applicazione del modello di recovery.

L'unità di offerta, sulla base della programmazione prevista dal DSM e concordata con il gestore del Centro Diurno, eroga prestazioni semiresidenziali con articolazione in moduli di 20 posti-tempo pieno massimi, che possono raggiungere fino ad un massimo di 30 progettualità (con una modularità giornaliera di almeno 4 ore ciascuno, in fascia mattutina e pomeridiana), con organizzazione delle presenze sulla base del PTRP definito dal Centro Salute Mentale (CSM) inviante in collaborazione con l'équipe del centro diurno.

Orario di apertura: La struttura garantisce un'apertura per 40 ore settimanali, nei giorni feriali, per complessivi 240 giorni annui. Nelle ore di servizio sono comprese le attività di conduzione e coordinamento del servizio e gli eventuali trasporti/accompagnamenti degli utenti.

Criteri di inclusione: disturbo psicopatologico persistente della sfera psicotica, affettiva o della personalità, che determina un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo/scolastico.



dab0506c



Criteri di esclusione: ritardo mentale moderato e grave, ritardo mentale lieve in assenza di comorbidità con disturbi psichiatrici di cui ai criteri di inclusione, psicosi organiche, dipendenza primaria da sostanze o alcool, situazioni di esclusivo disagio sociale, disturbo antisociale di personalità.

Progetto di Trattamento Individuale e durata del trattamento: il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato è definito dal Centro Salute Mentale inviante in collaborazione con l'equipe del Centro Diurno, con verifica almeno semestrale e rivalutazione annuale con evidenza relativamente agli esiti del trattamento, da allegare alla cartella clinica dell'utente. La durata complessiva del trattamento deve essere congrua agli obiettivi fissati per ogni singolo PTRP e non procrastinata oltre per sole necessità assistenziali o sociali. Si ritiene che un PTRP di Centro Diurno standard non deve eccedere i 10 anni di trattamento.

Strumenti di valutazione e verifica: valutazione clinica con somministrazione almeno della scala Honos; scale di valutazione funzionale e delle abilità residue (almeno Mini-ICF-APP e scala FPS del VADO), scale di rilevazione della soddisfazione dell'utenza (Vsss) e della qualità della vita (WHOQOL: Measuring Quality of Life – OMS). Le scale di valutazione clinica vanno somministrate, a cura del CSM inviante, contestualmente all'invio in centro diurno e rivalutate almeno una volta all'anno e in fase di dimissione a cura dell'equipe del Centro Diurno. Le scale sulla soddisfazione dell'utenza e di qualità della vita vanno somministrate almeno una volta all'anno.

Interventi terapeutici: nell'ambito della erogazione di prestazioni semiresidenziali, con particolare riferimento a quanto previsto dall'art. 33 del DPCM 12.01.2017, si considerano interventi minimi da garantire con le conseguenti azioni attuative:

Interventi	Azioni
Recupero di abilità cognitive e di social skill;	Social skills training (SST), training assertivo, problem solving, tecniche di rimedio cognitivo
Inserimento nella vita di gruppo con condivisione di regole di comunità;	attività socio-educative e interventi sulla rete sociale formale e informale
Acquisizione della capacità di monitoraggio della propria condizione emotiva e personale;	interventi strutturati psicoeducativi e di self management attraverso tecniche specifiche Illness Management and Recovery IMR
Miglioramento della consapevolezza della propria immagine e della cura di sé	case management nelle abilità di cura del sé, attività strumentali, relazioni interpersonali.
Apprendimento di strategie di coping	Interventi strutturati di acquisizione di abilità di coping tramite attività di mindfulness, tecniche di rilassamento, coping emotivo e gestione della sintomatologia negativa
Aumento delle competenze strumentali	Interventi strutturati di training sulle abilità di base
Uso delle risorse del territorio	Interventi psicoeducativi ed espressivi integrati nel territorio
Apprendimento delle strategie di problem solving per il recupero di abilità sociali e lavorative	Interventi strutturati di supporto al miglioramento delle abilità lavorative e di studio e training pre-lavorativi
Raggiungimento della migliore condizione di recovery personale.	Interventi per la riduzione dello stigma e miglioramento della qualità di vita (arte, danza, musica, teatro, motricità)

Integrazione con la rete territoriale e rapporto con le famiglie: il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi) nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e nell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo a intervento d'integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa. Il lavoro di rete significa quindi uscire dai luoghi di cura, tessere relazioni significative perché queste strutturino e sviluppino al loro interno un'ossatura che possa reggere nel tempo e auto perpetuarsi. Dialogare con la comunità, quindi, per portare dentro al servizio altri soggetti, favorire quei rapporti interpersonali che nascono nel "fare insieme", favorire attività locali nelle quali la persona-utente abbia la possibilità di acquisire un ruolo valido e riconosciuto, diverso da quello di "paziente".



Va inoltre sviluppato un rapporto costruttivo con le famiglie, che riesca a includere pienamente le loro potenzialità collaborative nel progetto di vita, in particolare per quanto concerne gli aspetti di inclusione sociale, occupazionali e abitativi. L'equipe del centro diurno collabora con i familiari con varie modalità, in rapporto alle condizioni imposte dalla privacy. Le modalità di coinvolgimento della famiglia, nella presa in carico del paziente, vengono esplicitate in forma scritta nel progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), motivando adeguatamente l'eventuale decisione di un mancato coinvolgimento e garantendo comunque la continua attenzione al problema e alle sue possibili revisioni. Sono da promuovere tutte le possibili forme di collaborazione anche per accogliere segnalazioni e problemi dai familiari e fornire supporto di conoscenze per attivare percorsi psicoeducativi o forme di collaborazione con gruppi di auto-mutuo-aiuto e di sostegno e le associazioni dei familiari e di volontariato.

Standard di personale: Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore /posto tempo-pieno, almeno pari a 0,27.

Al fine di rispondere, tramite l'unità di offerta Centro Diurno alle prestazioni sanitarie previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, si rende necessario implementare le figure professionali previste dalla DGR n. 1616/2008 con la figura clinica dello psicologo-psicoterapeuta, in quanto figura professionalmente preparata ed esperta a gestire, organizzare e far svolgere gli interventi Evidence Based Medicine (EBM) e di maggiore complessità clinica e riabilitativa.

La dotazione di personale minima, parametrata su 20 posti tempo pieno, è così prevista:

- Psicologo psicoterapeuta o psicologo con documentata esperienza lavorativa di almeno quattro anni nei Centri Diurni salute mentale alla data dell'approvazione del presente atto: 8 ore settimanali
- Educatore professionale sociosanitario o terapeuta della riabilitazione psichiatrica (Terp): 80 ore settimanali
- Operatore Socio Sanitario (OSS): 76 ore settimanali
- Maestro d'arte o di lavoro o esperto in attività progettuali specifiche (anche attraverso specifici contratti): 8 ore settimanali

E' possibile la sostituzione delle figure di OSS con quelle di Educatore professionale sociosanitario o Terp nel limite del 30%, così come la sostituzione delle figure di Educatore professionale sociosanitario o Terp con quella dell'OSS nel limite del 30% sulla base di specifica programmazione concordata con il Dipartimento di Salute Mentale, (secondo la seguente valorizzazione/proporzione del Tempo Pieno Equivalente (TPE): 1 TPE OSS = 0,92 TPE educatore professionale sociosanitario; 1 TPE educatore professionale socio sanitario = 1,09 TPE OSS), ovviamente sempre nel rispetto del rapporto operatore/utente minimo previsto, salvo la sostituzione precedentemente consentita nel caso di sostituzione di un TPE di OSS con 0,92 TPE di educatore professionale socio sanitario (rapporto operatore/posto tempo-pieno pari a 0,264).

Il parametro di riferimento per la determinazione delle ore assistenziali sono le "ore effettivamente lavorate". Devono essere assicurate procedure che garantiscano la governance clinica di sistema da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale attraverso presenze programmate del medico psichiatra, infermieri e assistenti sociali del CSM inviante in maniera contestuale alle esigenze.

Il coordinamento può essere assolto dalle figure professionali di Psicologo psicoterapeuta o psicologo con documentata esperienza lavorativa di almeno quattro anni nei Centri Diurni salute mentale alla data dell'approvazione del presente atto o Terp o Educatore professionale sociosanitario (od equipollenti ex L. n. 205/2017, comma 596 - Laurea in Educazione Professionale afferente alla classe L/SNT2, o classe SNT/02- precedente ordinamento o titoli equipollenti previsti dal DM 22 giugno 2016, e DM 9 agosto 2019), ed è compreso nelle ore settimanali previste dalle sopracitate figure professionali.

Risorse strumentali e alberghiere:

- devono essere garantiti tutti gli strumenti necessari alla realizzazione delle attività riabilitative, socio-lavorative ed educative previste;
- è prevista la possibilità di pranzare per gli utenti frequentanti il Centro Diurno, in quanto l'occasione del pasto assume valenza riabilitativa oltre che socializzante, laddove esplicitamente definito e funzionale all'interno del PTRP. In via temporanea, per motivi finalizzati all'aggancio dell'utente, può essere prevista esclusivamente la presenza a pranzo per un periodo non superiore ad una settimana. In



ogni caso non deve essere superato il tetto massimo delle presenze autorizzate, né al momento del pranzo né in altro contesto;

- deve essere garantita una formazione specifica o di supervisione in ambito di salute mentale, per gli operatori impiegati nei Centri Diurni, corrispondente ad almeno 1 ora-mensile, a cura dell'Ente gestore del servizio.

#### Proposta di percorsi di trattamento individuali ad alta intensità

Le aree di maggiore intensità riabilitativa sono:

Alta Intensità 1) Trattamento di giovani con funzionamento cognitivo, sociale e relazionale compromesso da precoce insorgenza di malattia;

Alta Intensità 2) Percorsi d'inclusione scolastica, di formazione professionale o pre-occupazionali e di preparazione ai percorsi d'inserimento lavorativo con l'utilizzo di strumenti EBM o di provata efficacia, interagendo con le diverse agenzie interessate all'inclusione lavorativa;

Alta Intensità 3) Percorsi di supporto all'autonomia abitativa per utenti con PTRP presso il centro diurno, che vivono in abitazioni proprie o secondo il modello dell'Abitare Supportato, in armonia con quanto previsto dall'allegato "D" della DGR n. 1673/2018.

I posti dedicati all'Alta Intensità potranno essere previsti quali moduli dedicati all'interno dei Centri Diurni ovvero prevedere unità di offerta interamente dedicate secondo la programmazione più adeguata alle specifiche caratteristiche aziendali. Tale programmazione deve essere definita anche in relazione alle caratteristiche e funzioni della singola unità di offerta e prevista nell'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'ente gestore privato accreditato. E' opportuno valutare un Centro Diurno dedicato all'area del trattamento riabilitativo e di recupero neurocognitivo, relazionale e sociale per pazienti giovani (esordi).

Per le aree di maggiore intensità sono previste risorse aggiuntive strumentali e di personale da mettere a disposizione oltre a quelle standard.

#### Risorse aggiuntive strumentali:

Le risorse strumentali del Centro diurno che eroga percorsi aggiuntivi di trattamento individuali ad alta intensità, devono prevedere:

Alta Intensità 1) Utilizzo di tecniche di trattamento EBM e di provata efficacia clinica attraverso azioni di case-management, tecniche specifiche di training, interventi neurocognitivi, di abilità di coping secondo il modello della recovery, per il trattamento di giovani con funzionamento cognitivo, sociale e relazionale compromesso da precoce insorgenza di malattia

Alta Intensità 2) Attivazione di percorsi, in co-progettazione con enti d'istruzione superiore, con scuole di formazione professionale, enti del terzo settore per training pre-lavorativi, di supporto al reinserimento scolastico, professionale e lavorativo competitivo dell'utente;

Alta Intensità 3) Attivazione di percorsi di domiciliarità per utenti con PTRP presso il centro diurno, in abitazioni proprie o di co-housing messe a disposizione dagli Enti previsti dalla DGR n. 1673/2018, a sostegno dell'autonomia abitativa di persone con compromissione delle abilità sociali, relazionali e di vita autonoma.

#### Risorse di personale aggiuntive che vanno ad incrementare le ore settimanali in relazione al singolo modulo:

Alta Intensità 1)

- n. 2 ore aggiuntive settimanali della figura dello psicologo psicoterapeuta o psicologo con documentata esperienza lavorativa di almeno quattro anni nei Centri Diurni salute mentale alla data dell'approvazione del presente atto
- n. 2 ore aggiuntive settimanali della figura di educatore professionale sociosanitario o Terp

Alta Intensità 2 e 3)

- n. 2 ore aggiuntive settimanali della figura di educatore professionale sociosanitario o Terp
- n. 2 ore aggiuntive settimanali della figura di OSS.



dab0506c

