

## **Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali**

### **Premessa**

#### **Paragrafo 1**

La rete dei servizi per l'accoglienza e la cura dei minori con disturbi psichiatrici gravi: punti critici e priorità

- 1.1 Servizi territoriali per la presa in carico della psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza

#### **Paragrafo 2**

L'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza – bisogni esistenti e percorsi di cura

2.1 Definizione e analisi dei bisogni

2.2 La gestione dell'emergenza-urgenza: fasi del percorso e strutture coinvolte

2.2.1 L'inizio del percorso: la situazione di crisi

2.2.2 Il ricovero in regime di urgenza: metodologia dell'intervento

2.2.3 Il percorso dell'emergenza per pazienti minori con Disturbo del Comportamento Alimentare

2.2.4 I luoghi di accoglienza e cura dell'acuzie

2.2.5 La fase della dimissione sicura: “la transizione ospedale-territorio” (handover)

2.2.6 Il post acuzie

2.3 L'ASO/TSO

#### **Paragrafo 3**

**Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per minori con patologie psichiatriche**

3.1 Principi generali

3.2 Percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici **per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza**

3.2.1. Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato globale e il Programma Terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale e semiresidenziale

3.2.2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

3.2.3. Percorsi di cura residenziali per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza

3.2.3.1. Tipologia dei percorsi di cura residenziali terapeutici

3.2.4 Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

3.3 Indicazioni per l'accreditamento

3.4 Le strutture socio educative

#### **Paragrafo 4. Formazione**

#### **Paragrafo 5. Monitoraggio e valutazione**

**Appendice A1. Descrizione Tipologie Strutture (intensità terapeutica)–Descrizione Aree di intervento**

## **PREMESSA**

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, riconosce tra le Aree di bisogno prioritarie quella relativa ai disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le professionalità necessarie a garantire interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, di ricovero.

La tutela della salute mentale infanzia e adolescenza si realizza infatti compiutamente attraverso un sistema di cura unitario e di comunità, che assicura, nell'ambito del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, diversi livelli di assistenza in relazione ai bisogni della persona attivando interventi diversificati.

Il sopracitato PANSM pone come primo obiettivo la “realizzazione di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva” e individua tra gli obiettivi e azioni da realizzare per garantire i Livelli essenziali di assistenza, l'intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie e prevede che le Regioni provvedano ad emanare raccomandazioni su tale materia dando indicazioni relative ai luoghi e alle modalità con cui deve essere gestito, in maniera adeguata, il ricovero.

Tra gli obiettivi ed azioni il PANSM prevede altresì la definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta attraverso linee di indirizzo regionali e protocolli operativi.

Il documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014, stabilisce la necessità di definire standard di riferimento sia relativamente al fabbisogno territoriale per le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, sia relativamente al fabbisogno di posti letto ospedalieri, anche considerando che le condizioni patologiche riguardano un target di popolazione non omogeneo che comprende soggetti dall'età infantile a quella adolescenziale.

Il documento descrive altresì come imprescindibile una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra servizi di salute mentale per l'età evolutiva e per l'età adulta, con l'elaborazione di modelli operativi innovativi che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione, all'intervento precoce e alla continuità del percorso di cura.

In Toscana è presente una rete integrata di servizi per la tutela della salute mentale dell'infanzia e adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale. In molte zone distretto, come previsto dalle disposizioni regionali, sono costituite le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza con équipes multiprofessionali.

Critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in generale e in particolare nella fascia adolescenziale, soprattutto al momento dell'acuzie, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15-21 anni).

Si sottolinea che i minori, al termine della eventuale parentesi ospedaliera acuta, hanno bisogno di spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali e che il punto di maggiore criticità nella gestione di percorsi di tutela della Salute Mentale in età evolutiva soprattutto in condizioni di emergenza e urgenza, sta nella carenza di risorse e di strutture specificamente dedicate ai minori.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91/2014 al paragrafo 2.3.6.6 La salute mentale conferma l'attenzione e l'impegno verso lo sviluppo di servizi per l'età evolutiva in grado di rispondere adeguatamente a bisogni molto differenziati e relativi a fasce di età diverse; il Piano riconosce il persistere di difficoltà nel garantire continuità delle cure nel passaggio dalla minore alla maggiore età e ribadisce la necessità di assicurare la completa organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza con personale qualificato e specificatamente formato a lavorare con gli adolescenti.

Vi è dunque la necessità di:

- ridefinire il percorso terapeutico complessivo relativo ai disturbi psichici gravi, percorso che, quando necessario, può prevedere anche l'attivazione del ricovero e l'accoglienza in strutture semiresidenziali e residenziali;
- fornire specifici indirizzi alle aziende sanitarie per migliorare l'appropriatezza e il coordinamento degli interventi, con particolare attenzione all'acuzie psichiatrica e alla qualificazione dei percorsi semiresidenziali e residenziali quali parte della rete integrata di cura, e favorire l'integrazione tra i servizi di salute mentale per l'infanzia e adolescenza e per gli adulti.

## **Paragrafo 1**

### **LA RETE DEI SERVIZI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DEI MINORI CON DISTURBI PSICHIATRI GRAVI: PUNTI CRITICI E PRIORITA'**

I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano un grave problema medico-sociale per la loro incidenza in continuo aumento, per la possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti di acuzie o di crisi) che può rendere difficoltosa la gestione del paziente in ambito scolastico e familiare, per la non sempre agevole diagnosi e, soprattutto, per la necessità di instaurare interventi terapeutico-riabilitativi precoci, efficaci e calibrati sul singolo paziente al fine di curare e prevenire la drammatica evoluzione verso quadri psichiatrici più gravi e più tipici dell'età adulta.

Come sottolineato dal sopra citato documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", la complessità dei bisogni dei minori con disturbi psichici gravi richiede un sistema coordinato e fortemente individualizzato di cura e ad elevata flessibilità e integrazione tra agenzie coinvolte e tipologia di offerta (che deve essere diversificata ma inserita all'interno di un percorso complessivo).

L'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico-riabilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/ supporto familiare e ambientale orienta l'individuazione dei livelli di cura e assistenza da erogare.

Il primo nodo critico del percorso, che richiede un'attenta riflessione sulle modalità di gestione, è rappresentato dal primo accesso al servizio di Salute mentale dell'età evolutiva. Una prima modalità è rappresentata dalla richiesta proveniente dalla famiglia del minore: il pediatra o il medico di medicina generale possono talora essere i primi se non gli unici a percepire i segni di problematiche importanti e/o di uno scompenso. Il loro compito risulta allora molto delicato e

riveste una importanza cruciale. A loro compete creare con la famiglia, spesso resistente, il primo nucleo di quell'alleanza terapeutica su cui verrà costruito il percorso terapeutico del ragazzo. Nel caso degli adolescenti la modalità più auspicabile, ma anche la più rara, è che sia l'adolescente stesso a richiedere la consultazione. L'invio può essere inoltre effettuato dal Pronto Soccorso dell'ospedale, da altri reparti ospedalieri in cui il paziente viene in maniera incongrua ricoverato o infine dai Servizi Sociali per particolari situazioni in cui le condizioni socio-economiche o psicologiche del nucleo familiare giocano un ruolo negativo sullo sviluppo psichico del ragazzo.

Il secondo nodo critico è la gestione dell'emergenza/urgenza e dell'acuzie.

Il concetto di *emergenza/urgenza* implica che si tratti di una patologia che necessita di assistenza ad alta densità di prestazioni e fa riferimento alla necessità di un intervento immediato dettato da un dato situazionale imprevisto ed incontrollabile e da necessità diagnostiche praticamente contemporanee a quelle terapeutiche.

Per acuzie clinica si intende la comparsa di sintomi nuovi che necessitano di un tempestivo percorso diagnostico/terapeutico.

L'emergenza va considerata come un processo che coinvolge il paziente, la famiglia, l'ambiente e le istituzioni che se ne occupano in risposta ad una condizione critica: dare all'emergenza dignità di processo significa trasformare l'emergenza in "crisi" affinché possa essere compresa e curata attraverso un'esperienza di trasformazione e potenziamento delle risorse relazionali e cognitive del soggetto e dell'ambiente.

La rottura dell'equilibrio quale occasione trasformativa è possibile a condizione che ci si prenda il tempo necessario per comprendere ciò che è in gioco, dando valore terapeutico alla valutazione da parte di professionisti esperti in modo da riconoscere il disturbo, creare l'alleanza terapeutica, consentire proposte di cura.

Un intervento qualificato e tempestivo non necessariamente ospedaliero nella fase di emergenza è di grande importanza medico-sociale poiché può prevenire la cronicizzazione del meccanismo soggiacente la espressività comportamentale che ha creato la situazione di emergenza, e quindi può permettere un più adeguato recupero del funzionamento di base.

E' importante pertanto costruire percorsi integrati e in rete, che possano garantire una continuità di cure attraverso differenti livelli, da quello domiciliare, al coinvolgimento degli operatori del 118, all'intervento ambulatoriale intensivo, al day hospital (DH) o ricovero ordinario, alla riabilitazione psicosociale (centri diurni e residenziali). Si sottolinea che il ricovero, necessario in situazioni di scompenso grave e di non tenuta del contesto ambientale, non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore.

In questa logica il percorso deve prevedere :

- A. la presa in carico territoriale
- B. la gestione dell'emergenza;
- C. la gestione dell'acuzie;
- D. la gestione della stabilizzazione;
- E. il ritorno alla presa in carico territoriale (fase A) con attuazione del progetto anche tramite le strutture semiresidenziali e residenziali.

## **1.1 Servizi territoriali per la presa in carico della psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza**

La realtà organizzativa dei servizi di salute mentale infanzia e adolescenza della Regione Toscana è fortemente caratterizzata da risposte articolate e complesse orientate ad una gestione territoriale delle situazioni psicopatologiche.

Nelle zone-distretto sono istituite le Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza (UFSMIA) a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale. Il coordinamento, ai fini della continuità terapeutica, riguarda tutti gli interventi: ambulatoriali, domiciliari, in regime semiresidenziale e residenziale, in regime di ricovero ospedaliero per le fasi di acuzie; è inoltre previsto un collegamento stabile con le Unità Funzionali Salute mentale Adulti, le Attività consultoriali, le Dipendenze patologiche oltre che con l'area sociale, l'area educativa e quella giudiziaria nonché con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale. Al momento della presa in carico, è definito un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato scritto, come specificato al punto 3.2.1 del presente documento, ed è individuato un responsabile del processo di cura (case manager) che segue le diverse fasi del progetto, mantiene i contatti con la famiglia e assicura la continuità dell'assistenza, anche attraverso specifici protocolli per il passaggio dalla minore alla maggiore età. I Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati comprendono, a seconda del caso, interventi psicoterapeutici, psicoeducativi, farmacologici, psicosociali.

### **Punti di debolezza**

- Disomogeneità nell'offerta regionale in termini di risorse dedicate, protocolli di intervento specifici, formazione degli operatori
- Ridotta capacità dei servizi territoriali nell'intercettare, prevenire ed accogliere/contenere la crisi.

### **Azioni prioritarie**

Si rendono necessarie azioni di omogenizzazione, qualificazione, governo dei percorsi terapeutico-riabilitativi per questa particolare fascia di utenza, che prevedano:

- l'individuazione all'interno delle UFSMIA di team dedicati esperti costituiti dal NPI, lo psicologo esperto dell'età evolutiva, l'educatore, l'assistente sociale, l'infermiere
- l'individuazione del responsabile/referente medico NPI del percorso
- la formazione dei team in relazione ai protocolli di intervento, alle strategie basate sulle evidenze disponibili, agli aspetti farmacologici.

### **Ruolo dei servizi nel percorso complessivo**

Centrale è il ruolo dei servizi territoriali all'interno del percorso complessivo in relazione alla gestione dell'emergenza/urgenza e dell'acuzie e alla eventuale risposta comunitaria (residenziale e/o semiresidenziale) in termini di governance complessiva e sinergie attivabili per il progressivo reinserimento del minore nel contesto sociale di appartenenza.

Per quanto attiene all'emergenza/urgenza deve essere prevista una pronta accoglienza delle situazioni conosciute e non attraverso l'individuazione di spazi giornalieri per le urgenze

introducendo una logica di triage nella gestione delle agende .

L'accoglimento iniziale e tempestivo è momento essenziale della cura, necessario per individuare in tempo reale gli aspetti di maggior sofferenza (diagnosi sintomatica) ma anche le possibili risorse individuali e del contesto necessarie per contenere la situazione di crisi e a fruire dell'intervento stesso (comprensione dello stato di emergenza, intervento focale supportivo individuale e col contesto, intervento psicofarmacologico). Questo **primo intervento terapeutico** (*accoglimento, valutazione della diagnosi sintomatica, valutazione della risposta all'intervento terapeutico in emergenza*), consente di formulare un primo progetto terapeutico e di condividerlo col ragazzo e con i familiari o le figure di riferimento del suo ambiente di vita. La proposta del progetto dovrebbe corrispondere alla valutazione dell'equilibrio fra fattori psicopatologici di rischio e protettivi (individuali e del contesto) per decidere il livello (ambulatoriale, ambulatoriale intensivo, ricovero, riabilitativo).

Risulta centrale la possibilità di poter instaurare già in questa fase, mentre si tenta di "comprendere", un intervento incisivo di *contenimento e supporto*, facilitante la *competenza di integrazione del soggetto e dei familiari*, presupposto per una *alleanza terapeutica* rispetto al progetto complessivo terapeutico. La *valutazione clinica psichiatrica* in situazione di emergenza/urgenza è inoltre una *valutazione di "rischio"* (rischio di condotte agite suicidarie, di autolesionismo, di dirompenza, di scompenso psicotico), e l'elemento prognostico-valutativo deve tenere conto, non solo delle condizioni del soggetto (grado di integrazione, funzioni dell'Io, aspetti di impulsività auto eteroaggressiva, stato somato-psichico, con i fattori di rischio correlati ecc), ma anche del contesto socio-familiare (possibilità di ripristino di una tutela da parte dei genitori, funzione parentale riflessiva, comprensione/negazione delle problematiche di disagio del figlio, organizzazione concreta del quotidiano).

Di fondamentale importanza l'attivazione immediata di interventi multidisciplinari che coinvolgano non solo il medico NPI, ma anche lo psicologo per interventi di contenimento e supporto psicologico e l'educatore per eventuali interventi di tipo psicoeducativo.

Per quanto attiene alla gestione dell'acuzie ( declinata dettagliatamente nel paragrafo 2 del presente atto di indirizzo) si sottolinea che il ricovero non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore. Per questo motivo l'ammissione e la dimissione devono essere valutate e concordate con le UFSMIA, che costituiscono il referente naturale dei pazienti. In particolare la presenza del NPI referente nella fase di ammissione dovrebbe ridurre al minimo il rischio di inappropriatazza del ricovero.

Per quanto attiene al ruolo dei servizi nella gestione della risposta comunitaria si rimanda al paragrafo 3 del presente atto di indirizzo.

## **Paragrafo 2**

### **L'EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA – BISOGNI ESISTENTI E PERCORSI DI CURA**

#### **2.1 Definizione e analisi dei bisogni**

Le risposte ai disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza, soprattutto al momento delle acuzie, rappresentano una priorità e richiedono interventi precoci ed efficaci.

Come evidenziato in premessa, il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale", nel richiamare

l'attenzione sul tema della tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza, individua tra gli obiettivi ed azioni da realizzare per garantire i livelli essenziali di assistenza, l'intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio, e prevede che le Regioni provvedano ad emanare specifiche raccomandazioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza e del coordinamento degli interventi nell'ambito delle acuzie psichiatriche in adolescenza/età evolutiva, incluso il ricovero ospedaliero. Le raccomandazioni devono prevedere indicazioni relative ai luoghi e alle modalità con cui deve essere gestito, in maniera adeguata, il ricovero.

L'acuzie psichiatrica in adolescenza riguarda un numero relativamente limitato di ragazzi e famiglie, a fronte però di quadri clinici gravosi e ad alto rischio di prognosi sfavorevole.

Le stime epidemiologiche segnalano che circa il 10% degli adolescenti e preadolescenti soffrono di disturbi psichici. Molti di questi disturbi possono essere affrontati a livello ambulatoriale e raramente richiedono il ricovero. Circa il 5% è affetto da disturbi psichiatrici che necessitano di percorsi di diagnosi e cura più intensivi che spesso devono includere un ricovero in ambito specialistico; solo una percentuale ridotta di tali ricoveri riveste carattere di emergenza/urgenza.

I motivi più frequenti che determinano il ricovero in emergenza/urgenza sono: condotte auto e/o etero-aggressive, tentativi di suicidio, agitazione psicomotoria, grave ritiro sociale, sintomi psicotici deliranti e pervasivi, somatizzazioni acute. Le patologie maggiormente candidate ad un ricovero in situazione di emergenza/urgenza sono: i disturbi della condotta con grave discontrollo degli impulsi, i gravi disturbi dell'umore (stati maniacali e depressioni), i disturbi psicotici, i disturbi borderline della personalità in fase di scompenso, i disturbi comportamentali correlati all'uso di sostanze, i disturbi dell'alimentazione in fase di scompenso clinico-biologico, i disturbi d'ansia con importante coinvolgimento somatico e il disturbo ossessivo compulsivo grave, gli stati post-traumatici o i gravi disturbi somatoformi. Per quanto riguarda le situazioni sociali e familiari degradate (che talora possono essere alla base dei comportamenti o delle malattie che hanno motivato il ricovero), esse non sono mai da sole un motivo di ricovero ospedaliero appropriato, ma sono spesso implicate come fattori di più alto rischio per lo scompenso acuto, spesso ripetuto e ad evoluzione prognostica sfavorevole, di cronicizzazione o complicazione.

Il citato **Piano Sanitario e Sociale Integrato**, paragrafo 2.3.6.6, al punto "Prendersi cura dei minori con disturbi neuropsichici e degli adolescenti con disturbi psichici" individua tra le azioni programmatiche la definizione di percorsi assistenziali integrati per l'accoglienza e la cura dei minori con disturbi psichici, tra cui la gestione emergenza/urgenza in adolescenza e l'adozione di linee guida che orientino le Aziende USL nella riorganizzazione del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza.

La gestione dell'emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza in Toscana richiede l'approfondimento dei seguenti punti:

- definizione dei percorsi di cura
- criteri di appropriatezza dell'ospedalizzazione e definizione di posti letto ospedalieri per l'emergenza/urgenza preadolescenziale e adolescenziale
- raccordo con la rete integrata di servizi sanitari e sociali territoriali per la fase post-ospedaliera.

## **2.2 La gestione dell'emergenza-urgenza: fasi del percorso e strutture coinvolte**

Il percorso di cura deve assicurare la tracciabilità di ogni intervento e consentire di attribuire

specifiche priorità e responsabilità. Per questo motivo il percorso di cura deve essere sempre guidato dal NPI dell'UFSMIA. Ciò può avvenire sin dall'inizio del percorso se il paziente è già conosciuto dal NPI che raccoglie le prime notizie relative allo stato di emergenza. È tuttavia necessario prevedere e porre in atto iniziative affinché anche pazienti non conosciuti dalle UFSMIA possano essere rapidamente valutati dallo specialista in NPI.

### 2.2.1 L'inizio del percorso: la situazione di crisi

#### Accesso al percorso e ruolo dei servizi territoriali

L'accesso al percorso emergenza-urgenza può avvenire in presenza di una situazione clinica che può coinvolgere un bambino/adolescente in carico alle UFSMIA, oppure in situazione al di fuori di una precedente presa in carico (utente non conosciuto dai servizi).

Nella fattispecie di un utente in carico, il NPI dei Servizi territoriali attivato dalla famiglia o da altri soggetti coinvolti, valuta la reale consistenza clinica della richiesta, e pone in essere attraverso l'équipe dell'UFSMIA tutti gli interventi terapeutici necessari e possibili per superare la situazione di urgenza.

In caso si riscontri come unico intervento possibile ed appropriato quello del ricovero, si attivano le procedure per lo stesso, presso uno dei presidi ospedalieri che posseggono **letti dedicati alla urgenza psichiatrica in età evolutiva di cui al successivo punto 2.2.4** che prevederanno un possibile ricovero nei tempi più rapidi consentiti dalla disponibilità di posti letto.

Esiste peraltro la possibilità che la famiglia acceda al Pronto Soccorso direttamente o tramite 118, soprattutto nel caso di pazienti precedentemente non conosciuti dai servizi territoriali.

#### L'accesso al pronto soccorso

Il Pronto Soccorso (PS) accoglierà il paziente e la gestione iniziale dello stesso sarà effettuata dai medici del Dipartimento emergenze/urgenze pediatriche o del PS generale tramite il coinvolgimento del Servizio Ospedaliero di NPI o, in assenza di tale servizio, di uno psichiatra del presidio ospedaliero, e, appena possibile, del NPI del territorio competente.

Da tale prima e immediata valutazione potrà scaturire un iniziale orientamento diagnostico ed un eventuale intervento terapeutico a carattere di urgenza, ma anche la valutazione specialistica della opportunità di un ricovero ospedaliero.

Nel caso che l'accesso al Pronto Soccorso sia mediato dalla indicazione del NPI di riferimento, il medico del PS prenderà contatto diretto con esso per assumere informazioni e concordare strategie di intervento immediato. Il NPI garantirà costante contatto e accompagnamento del percorso assistenziale del minore e la sua presenza in PS quando ritenuto opportuno ed appena possibile, per gestire con il medico del PS la situazione di acuzie, e valutare la possibilità di estinzione della acuzie, senza dar seguito ad una richiesta di ricovero, o la necessità del ricovero ospedaliero.

Nel caso in cui il paziente non sia preventivamente conosciuto dall'UFSMIA del territorio, questa sarà coinvolta, dopo la immediata valutazione da parte dello specialista ospedaliero (NPI o psichiatra), per una valutazione specialistica, una possibile gestione immediata dell'emergenza e per concordare l'eventuale necessità di un ricovero.

Al termine di queste valutazioni, possono presentarsi tre possibili percorsi:

**1** La situazione di acuzie clinica tende ad estinguersi spontaneamente o a seguito degli



interventi terapeutici messi in atto al momento dell'accesso al PS, per cui il medico del PS, *in accordo con lo specialista NPI o psichiatra dell'ospedale*, decide di dimettere il paziente. In questo caso deve essere prevista l'attivazione di un percorso di accesso all'UFSMIA territoriale competente.

**2** La situazione clinica non è compatibile con una dimissione sicura, per cui il medico del PS *in accordo con lo specialista NPI o psichiatra dell'ospedale*, contatta un presidio ospedaliero tra quelli che ospitano letti dedicati alla urgenza psichiatrica di cui al punto 2.2.4.

**3** La situazione clinica non è compatibile con una dimissione sicura, ma la disponibilità dei posti letto dedicati alla urgenza psichiatrica nei presidi di cui al punto 2.2.4 non è immediata. In questi casi può essere attivato un sistema intermedio, nella stessa sede ospedaliera dei posti dedicati alla urgenza, a rapida attivazione, in forma di day-hospital specifici, in grado di filtrare la richiesta di urgenza, effettuare un intervento diagnostico e terapeutico rapido, ed eventualmente di confermare la necessità di un ricovero immediato come disciplinato al seguente punto 2.2.2 "Il ricovero in regime di urgenza: metodologia di intervento". Nel caso che tale necessità venga confermata, viene previsto un ricovero immediato, anche in eccedenza rispetto ai posti dedicati ed in deroga alla definizione del tetto di accessi in regime di urgenza indicato al punto 2.2.4.

### **Sistema di filtro per l'accesso al ricovero ospedaliero e per la gestione della dimissione sicura**

Allo scopo di verificare l'appropriatezza delle richieste di ricovero in urgenza, sia provenienti dal Pronto Soccorso che su richiesta diretta delle Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza, si prevede la attivazione di un sistema di intervento specifico, attraverso pacchetti **di day-hospital** che comprendono la valutazione psichiatrica, familiare, psicologica e psicofarmacologica. Tale sistema può consentire un intervento rapido di supporto ai servizi territoriali in grado di ridurre il numero di accessi ospedalieri, o di contribuire alla gestione clinica in attesa del ricovero, o di filtrare le condizioni di necessità indifferibile di ricovero. Tale servizio potrà essere utilizzato anche nella fase successiva al ricovero, in accordo, supporto ed integrazione con i servizi territoriali, in quelle condizioni cliniche che richiedano un monitoraggio successivo alla dimissione come disposto nel paragrafo 2.2.5 "La fase della dimissione: la transizione sicura ospedale-territorio (handover)". Tale intervento dovrebbe favorire la transizione verso il rientro nel contesto familiare (handover), ed anche ridurre la necessità di accesso a strutture di degenza per sub-acuti.

### **2.2.2 Il ricovero in regime di urgenza: metodologia dell'intervento**

Il percorso di diagnosi e cura nel corso della ospedalizzazione è specifico per singola patologia ed è costantemente discusso con l'equipe inviante. Il ricovero in ambiente specialistico ospedaliero impone infatti una continua mediazione con l'ambiente esterno ed i suoi vari agenti. Una parte del lavoro in emergenza è pertanto dedicato a favorire la stretta relazione con l'equipe inviante attraverso contatti diretti e indiretti (telefonici, relazioni intermedie), nelle diverse fasi del percorso ospedaliero.

La funzione ospedaliera di collegamento si esprime attraverso la capacità dell'equipe curante di sollecitare un confronto con il paziente (alleanza terapeutica), del paziente con i familiari (importanza del ricovero assieme al familiare), e con le agenzie sociali e sanitarie (lavoro in rete),

finalizzando tale confronto al ripristino di un equilibrio messo in crisi dalla situazione di emergenza. Il ricovero permette una pausa attiva e positiva per una riflessione e ridefinizione del progetto terapeutico; in tale ottica il ricovero può assumere una reale valenza evolutiva che consente di storicizzare la situazione di emergenza/urgenza nel percorso di vita del paziente e della sua famiglia. La durata media della ospedalizzazione in stato di emergenza/urgenza è in genere di circa due settimane, con eventuale prosecuzione del ricovero in regime ordinario. In tale periodo, attraverso la messa in atto di contemporanei interventi ambientali, psicoeducativi, psicoterapici e psicofarmacologici, si rende possibile nella maggior parte dei casi il raggiungimento degli obiettivi clinici. Un periodo di due settimane rende anche possibile una più adeguata valutazione diagnostica dell'episodio acuto e della personalità di base che non è possibile fare nelle primissime fasi dell'emergenza/urgenza. Il ricovero ospedaliero in situazione di emergenza/urgenza garantisce al minore e alla sua famiglia:

- 1) un reparto sicuro e sorvegliato ma aperto;
- 2) la partecipazione della famiglia al processo di cura attraverso la permanenza di un genitore o altro adulto di riferimento nel reparto per tutto il periodo di ricovero, in modo da consentire la più rapida risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita del ragazzo;
- 3) la dotazione di personale multi-professionale (medico, infermieristico, psicologico, educativo ed assistenziale) appositamente formato a lavorare nelle situazioni di emergenza in età evolutiva. L'alta professionalità multidisciplinare garantisce un "clima ambientale" tollerante e contenitivo al tempo stesso;
- 4) la gestione parallela dei genitori e dell'adolescente in modo da limitare il rischio evolutivo e la cronicizzazione del disturbo.

Anche se il percorso di ricovero ospedaliero è specifico per singola patologia e motivi del ricovero, l'organizzazione del ricovero in ambiente specialistico ospedaliero prevede alcune fasi tra loro differenziate.

- Prima fase di valutazione diagnostica dello stato di emergenza e di stabilizzazione clinica del paziente con obiettivi e strumenti diversificati. Gli obiettivi di questa prima fase, caratterizzata dal superamento della fase di scompenso acuto, sono:
  - Protezione, intesa come protezione dagli effetti della rottura improvvisa dell'omeostasi psichica del paziente;
  - Integrazione (intesa come sostegno al recupero delle funzioni dell'Io);
  - Promozione (intesa come aiuto a recuperare la spinta a confrontarsi con l'altro e superare i compiti evolutivi specifici dell'età e del livello di sviluppo). Gli strumenti identificati in tale fase sono di tipo ambientale (camera individuale protetta; presidi sanitari ed educativi; personalizzazione delle risorse di assistenza); relazionali (aiuto al superamento della crisi attraverso lo stabilirsi di una prima alleanza terapeutica); e psicofarmacologici.

All'ingresso viene effettuata un'immediata valutazione della gravità clinica e la messa in atto di interventi protettivi e di sicurezza (per il paziente stesso, per gli operatori e i familiari, e per gli altri degenti). La valutazione prosegue attraverso l'esecuzione di esami biologici urgenti, l'esame del paziente e la raccolta dell'anamnesi prossima, nonché della valutazione della compliance familiare. La prima fase si conclude con il raggiungimento di una sufficiente "stabilizzazione" della condizione di emergenza e il raggiungimento di una sufficiente collaborazione del paziente e di un primo adattamento alla situazione del ricovero.

• La seconda fase comporta una raccolta anamnestica complessiva, la somministrazione di interviste libere e strutturate col paziente, la valutazione dell'assetto familiare, l'anamnesi psicofarmacologica, la valutazione della necessità di una terapia farmacologica continuativa, e colloqui di supporto individuali e familiari per una iniziale elaborazione della situazione di crisi che ha portato al ricovero. In questa fase vengono effettuati colloqui sistematici con il paziente e con i familiari per una ulteriore definizione diagnostica, ma anche per una azione terapeutica e trasformativa successiva alla prima fase di acuzie.

Gli obiettivi di questa seconda fase del percorso clinico ospedaliero sono:

- Integrazione (intesa come continuo sostegno al recupero delle funzioni dell'Io con maggior grado di consapevolezza di malattia);
- Ripresa degli investimenti cognitivi (intesa come aiuto nell'apprendimento e nel recupero di compiti scolastici);
- Socializzazione (intesa come mediazione nella ripresa dei contatti sociali attraverso l'inserimento in gruppo di coetanei). Sono previsti interventi riabilitativi/psicoterapici di gruppo e/o individuali, interventi psicoeducativi e sostegno familiare, prosecuzione dell'intervento psicofarmacologico.
- Una terza fase riguarda tutte le operazioni conclusive del ricovero e connesse alla dimissione e al passaggio delle informazioni alle equipe curanti. Individuato il programma terapeutico successivo al ricovero in urgenza, in stretta integrazione con i referenti dei servizi territoriali, viene con questi stabilita la modalità di dimissione e la presa in carico con eventuale pianificazione di successivi interventi terapeutici e di follow-up da parte del servizio ospedaliero per l'emergenza.

### 2.2.3 - Percorso emergenza per minori con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA)

I DCA sono gravi disturbi psichiatrici con decorso prolungato, tendenti alla cronicizzazione e alle ricadute. Questi, rappresentano la seconda causa di morte tra i disturbi psichiatrici con un indice di mortalità che varia fra il 2 e il 15%. Necessitano di intervento terapeutico e multidisciplinare immediato.

**L'accesso al Pronto Soccorso/Dea** riguarda minori con DCA in fase di scompenso somato-psichico, in genere per complicanze internistiche (squilibri elettrolitici, edemi, lipotimie, cardiopalmo, sintomi neurovegetativi acuti, ecc), e/o stati di scompenso psichico (oppositività alle cure, crisi di agitazione psicomotoria, di aggressività, fughe, autolesionismo, rischio suicidario ecc). I professionisti coinvolti (medico del Dea e specialista NPI) valuteranno le priorità di trattamento, la tipologia di ricovero e lo specifico reparto: NPI, pediatrico internistico, sub-intensiva e rianimazione. La fase dell'ospedalizzazione, in base alla gravità e al rischio, può prevedere due percorsi:

**-Ospedalizzazione in acuzie/emergenza non differibile.**

**-Ospedalizzazione in acuzie programmabile.**

In entrambi i casi è prevista l'immediata comunicazione ai servizi territoriali del programma di ospedalizzazione. Dopo la valutazione in PS/DEA e gli eventuali interventi salva vita nei reparti idonei, è previsto il ricovero d'urgenza in reparto specialistico NPI che si manterrà fino a che non recederà la necessità di alta intensità di cure. In media, i tempi di degenza sono tra i 2 -3 mesi, questo perché la ri-alimentazione deve essere rigorosamente graduata, sia per il rischio internistico di refeeding, che per limitare l'aggravamento dello stato psichico. In questa fase si avviano inoltre gli interventi psicoterapeutici e psicoeducativi - individuali e di gruppo – sia per i pazienti che per i genitori. E' importante sottolineare la documentata efficacia della terapia familiare per gli

adolescenti con anoressia nervosa e della terapia cognitivo-comportamentale, e di quella interpersonale per la bulimia nervosa e per il binge eating disorder.

#### **Fase post-acuzie, avvio della fase riabilitativa**

Ottenuta una stabilizzazione dei parametri internistici, una adeguata assunzione calorica (con alimenti o integratori per bocca), uno stato psichico di sufficiente adesione e motivazione alla cura e una sufficiente alleanza terapeutica con la famiglia, è possibile il passaggio alla fase riabilitativa.

In base alla gravità del disturbo e alle risorse territoriali e alla necessità di pasti assistiti, questa fase successiva prevede:

**a)** Un periodo di ricovero in DH (intensivo a frequenza settimanale variabile) con valenza riabilitativa che prelude alla struttura riabilitativa o al passaggio al trattamento ambulatoriale territoriale.

**b)** Il mantenimento di un intervento riabilitativo intensivo extraospedaliero con il coinvolgimento di struttura specializzata nella riabilitazione

La dimissione dall'ospedale prevede sempre un incontro congiunto con i servizi territoriali referenti, al fine di garantire la continuità assistenziale e il progetto terapeutico complessivo.

**A ospedalizzazione in acuzie/emergenza non differibile: PS /DEA**

**B ospedalizzazione in acuzie programmabile: Reparti Specialistici NPI**

### **2.2.4 I luoghi di accoglienza e cura dell'acuzie**

Le necessità di ricovero ospedaliero sono accolte in particolare in due sezioni per la emergenza psichiatrica per pazienti pre-adolescenti ed adolescenti, attive dal 2005 presso l'IRCCS Stella Maris (3 posti e 73 ricoveri annuali) e presso l'Ospedale Meyer (1 posto e 24 accessi annuali). Tali sezioni, che rappresentano ancora sul territorio nazionale una esperienza innovativa, in grado di coprire una delle emergenze sanitarie di maggiore rilevanza sociale, nel corso degli anni trascorsi hanno cercato di rispondere alle richieste del territorio toscano. Il crescente livello di gravità dei pazienti afferiti, legato anche alle mutate condizioni sociali (es. maggiore numero di pazienti immigrati, maggiore frequenza di uso di sostanze di abuso in minori, maggiore impatto delle condizioni di marginalità sociale sulla salute mentale degli adolescenti), hanno favorito non solo la intensificazione delle richieste, ma anche e soprattutto la comparsa di fenomeni di acuzie psichiatrica di particolare intensità. Tali condizioni hanno creato la necessità di ridefinire la dotazione di posti letto per assicurare il soddisfacimento dei bisogni e migliorare la qualità dell'intervento di base di pazienti con bisogni così complessi. Si ritiene pertanto necessario prevedere una dotazione di posti letto per l'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza consistente in 5 posti letto presso l'IRCCS Stella Maris e 3 posti letto presso l'Ospedale Meyer.

La dotazione sarà rivalutata alla luce dei risultati del monitoraggio annuale del percorso di cui al paragrafo 5 delle presenti linee di indirizzo.

Sulla base di tale valutazione potrà essere prevista l'eventuale attivazione di posti letto aggiuntivi per l'emergenza psichiatrica in altri poli ospedalieri in cui è presente il servizio ospedaliero di Neuropsichiatria Infantile, con particolare attenzione all'Area Vasta sud est.

A riguardo dell'accoglienza e cura delle acuzie di minori con DCA le sopracitate linee di indirizzo di cui alla DGR 279/2006, tenuto conto delle specificità dell'età evolutiva, indicano quale livello per l'attività di ricovero le strutture di NPI delle AOU e l'IRCSS Stella Maris.

In questi anni si è andata consolidando l'esperienza di ricovero specializzato presso l'AOU Meyer con equipe multiprofessionali che operano in stretta integrazione in vari ambiti dello stesso ospedale (Pronto Soccorso/DEA, Terapie Intensive, Reparti pediatrici specialistici ad alta intensità di cure e SOD Psichiatria Infanzia Adolescenza) e nell'IRCCS Stella Maris.

Si ritiene pertanto che l'accoglienza e la cura delle situazioni che richiedono l'ospedalizzazione siano accolte come segue:

- acuzie/emergenza non differibile (**Percorso A. Ospedalizzazione in acuzie/emergenza non differibile: PS /DEA) AOU Meyer**
- acuzie programmabile (**Percorso B. Ospedalizzazione in acuzie programmabile: Reparti Specialistici NPI) AOU Meyer e IRCCS Stella Maris.**

In considerazione del fatto che in questi ultimi anni, in alcune Aziende usl, si sono sviluppate importanti forme di collaborazione tra Unità Funzionali Salute Mentale Adulti ed Infanzia Adolescenza, sulla base di **specifici Protocolli operativi**, per l'accoglienza dell'emergenza urgenza psichiatrica per giovani adolescenti nell'ambito di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), **con spazi e personale dedicati**, si ritiene opportuno prevedere che tali esperienze proseguano e che siano oggetto di attento monitoraggio e valutazione a livello regionale come previsto al paragrafo 5.

I seguenti SPDC che hanno attivato Protocolli operativi di collaborazione tra Unità Funzionali Salute Mentale Adulti ed Infanzia Adolescenza e sono dotati di personale e spazi dedicati, svolgono attività di accoglienza dell'emergenza urgenza psichiatrica per giovani adolescenti:

**SPDC Pisa - Dipartimento Salute Mentale Azienda USL Pisa**

**SPDC Massa – Dipartimento Salute Mentale AziendaUSL Massa Carrara**

### **2.2.5 La fase della dimissione sicura: “la transizione ospedale-territorio” (handover)**

Un elemento di elevata criticità è rappresentato dalla dimissione ospedaliera e dal periodo immediatamente successivo ad essa, data la complessità delle condizioni cliniche. La dimissione dalla Unità clinica per le emergenze in adolescenza e preadolescenza rappresenta una Transizione Istituzionale di pazienti particolarmente “difficili” e pertanto molto delicata nel processo di Passaggio di consegne (Handover) che può di per sé stessa rappresentare un Rischio Clinico se non ben programmata ed organizzata.

**La dimissione sicura in questo caso rappresenta l'insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dal setting di cura ospedaliero a quello territoriale o ad altro setting (ad esempio comunità per adolescenti); si applica a pazienti “fragili”,** quali sono i minori affetti da patologie psichiatriche gravi e acute, da limitazioni funzionali e/o disabilità, (spesso con associate gravi problematiche psicosociali e familiari) per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza («**continuità assistenziale**»)

Dopo la dimissione i pazienti possono necessitare di sorveglianza medica, di nursering infermieristico e/o di interventi riabilitativi organizzati in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate non solo a domicilio ma anche in un “setting” diverso dall'ospedale.

La mancata integrazione dell'Ospedale con il Territorio potrebbe provocare in tali casi dimissioni precoci, non organizzate o ritardate con ripercussioni negative sulla salute del minore e dell'ambiente familiare. **I rischi di un trasferimento non coordinato e non pianificato possono comportare un nuovo ricovero entro 30 giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni di Pronto Soccorso per scompensi e ricadute (indicatori importanti per la qualità dell'intervento).**

La dimissione nelle evenienze cliniche delle emergenze/urgenze psichiatriche in età evolutiva va considerata pertanto sempre con estrema attenzione, programmata e concordata con il NPI della UFSMIA referente per generare maggiore efficacia assistenziale, favorire un uso più efficiente delle

risorse e ridurre il disagio dei minori e delle loro famiglie. Tale processo deve essere adeguatamente preparato durante la fase del ricovero, con contatti costanti con il NPI referente e l'équipe multidisciplinare del territorio di competenza.

In alcuni casi di dimissione sono sufficienti incontri tra operatori dell'ospedale e l'équipe del territorio, già in corso di degenza, per programmare la dimissione, un'ottima pratica è quella di individuare già in quella fase una persona di riferimento dei servizi territoriali e fissare un appuntamento per la famiglia.

Una delle possibili modalità di dimissione sicura, accanto ad incontri congiunti ospedale-territorio già prima della dimissione, potrà essere quella di un graduale reinserimento post-ospedaliero, in stretto rapporto con le strutture territoriali, con la definizione di pacchetti di day-service o day-hospital specifici, che potranno essere organizzati nell'ambito dello stesso sistema previsto per la attività di filtro/verifica di appropriatezza e/o di intervento rapido, in accordo ed integrazione con i servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Tale condizione di gradualità potrebbe essere applicata a condizioni di precaria stabilità clinica, significativo rischio di ricaduta con necessità di monitoraggio subintensivo (es. psicofarmacologico), con attento passaggio di consegne, ricognizione e riconciliazione della cura, ad es. nel caso di tentativi di suicidio ed altre condotte autolesive, uso di sostanze, scompensi psicotici, comportamenti aggressivi e/o impulsivi, fughe soprattutto se associati a situazioni familiari multiproblematiche e gravemente carenti di risorse. Questo dispositivo potrebbe consentire di limitare l'accesso a strutture di gestione del post-acuzie di cui al successivo paragrafo 2.2.6.

### 2.2.6 Il post-acuzie

Notevoli problemi sorgono quando la dimissione non può prevedere il rientro nella situazione di provenienza (casa o casa famiglia). Si rende quindi necessaria l'attivazione di una Struttura residenziale di livello regionale per percorsi ad alta intensità terapeutico-riabilitativa con programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia che ha richiesto il ricovero ospedaliero. L'ingresso in struttura avviene sempre sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato per garantire al minore il percorso a maggiore garanzia di cura e protezione e a minore "traumaticità".

Il periodo massimo di permanenza nelle strutture per la post-acuzie dovrebbe essere di 60 giorni.

*Destinatari sono i pazienti da 6 a 17 anni (in due moduli 6-13 aa. e 14-17 aa.), con i seguenti quadri sintomatologici:*

- *Comportamento od agiti auto lesivi.*
- *Gravi disturbi del comportamento con agiti etero aggressivi;*
- *Perdurante stato di agitazione psicomotoria;*
- *Gravi alterazioni del controllo degli impulsi;*
- *Scompenso psicotico;*
- *Minori con disturbi correlati a sostanze ed addiction*
- *Minori con disturbi correlati a gravi stress e traumi.*

### 2.3 L'ASO/TSO

Le procedure per ASO e TSO in età evolutiva sono disciplinate nell'ambito del documento **"Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale"** approvato in Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano il 19 marzo 2009 e recepito con atto deliberativo della

Giunta Regionale Toscana n. 1080/2009 a cui si rimanda e di cui si raccomanda il rispetto.

Il documento nazionale, recepito a livello regionale, sottolinea l'importanza di determinazioni specifiche per i minori; questi non sono citati specificatamente nelle disposizioni di cui agli art. 33, 34 e 35 della L833/1978 e dunque per essi valgono le stesse procedure previste per gli adulti. Il documento, nel porre specifica attenzione alle procedure di ASO e TSO per gli infradiciottenni, sottolinea però la necessità di considerare il ruolo del Tribunale per i Minorenni e la specifica complessità del problema del consenso.

Si ritiene opportuno richiamare in sintesi alcuni dei punti di cui al sopracitato documento *fornendo altresì specifiche indicazioni sulle procedure/modalità e luoghi per la cura* rimandando per completezza al documento nazionale recepito con la citata DGR 1080/2009.

Così come per gli adulti, a maggior ragione per i minorenni, è opportuna una grande attenzione nella valutazione delle condizioni che autorizzino il ricorso a queste fattispecie, spesso fortemente condizionate da fattori esterni allo stato clinico. In ogni caso, è buona pratica cogliere ogni occasione per rinegoziare con il paziente e i familiari un possibile consenso e ogni possibile alleanza per il trattamento.

#### *Il consenso alle cure nel rapporto tra genitori e minore*

Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale. E' comunque dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l'assenso/dissenso del minore e, quando questi sia "idoneo all'assunzione di responsabilità" (cioè "maturo"), tentare di "tenere conto" della sua volontà.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore "maturo" relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, sempre più si considera che il parere dei genitori non possa semplicemente prevalere sul parere del minore, ma che sia opportuno un intervento del Giudice Tutelare.

In caso di rifiuto alle cure da parte di uno o di entrambi i genitori, quando esso generi una condizione di grave pregiudizio per la salute del minore è previsto, l'intervento del Tribunale per i Minorenni. Il Giudice Tutelare ha invece il ruolo di garante nell'ambito dei ricoveri psichiatrici non volontari.

Nei casi in cui si renda necessario il ricorso a TSO nei minorenni, questi verranno effettuati nei reparti ospedalieri dedicati (SOD Psichiatria del Meyer e IRCCS Stella Maris) e solo in seconda istanza presso gli SPDC, comunque sempre in spazi separati da quelli dei pazienti adulti, come indicato al soprarichiamato punto 2.2.4.

Per quanto riguarda il servizio di emergenza 118 si rileva la necessità di **protocolli procedurali e organizzativi** riguardanti il trasporto di un paziente minore con urgenza psichiatrica.

### **Paragrafo 3**

## **LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI TERAPEUTICHE PER MINORI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

### **3.1 Principi generali**

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di minorenni con patologia psichiatrica che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi, associati ad interventi di supporto socio-sanitario e inclusione sociale nei contesti di vita del minore. Rappresentano una importante componente della rete dei servizi di salute mentale infanzia e

adolescenza.

Un minorenni con un disturbo psichiatrico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, è preso in carico dall'équipe multiprofessionale dell'UFSMIA che elabora un Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale; nell'ambito di detto progetto può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale per un trattamento terapeutico riabilitativo.

Si evidenzia che l'inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale deve avvenire esclusivamente a cura del medico neuropsichiatra infantile dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza tramite una procedura di consenso professionale basata su criteri di appropriatezza, come processo attivo e non di autorizzazione "passiva".

Si sottolinea altresì che il citato Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minorenni, con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento. Il Servizio inviante segue e monitora, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi.

Le strutture semiresidenziali e quelle residenziali, pur avendo entrambe finalità riabilitative, hanno indicazioni e caratteristiche differenti.

Le semiresidenze forniscono un servizio diurno, ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza nell'ambito familiare e nel contesto socio educativo di riferimento, e dunque rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità di ricovero ospedaliero o di inserimento in struttura residenziale terapeutica e di minimizzarne la durata.

L'inserimento residenziale è collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutici riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

Ciò implica la necessità di individuare specifici criteri di inserimento per le due tipologie di percorsi e di indicare i possibili raccordi laddove il percorso di cura ne preveda l'avvicendamento.

Nel rimandare ai successivi paragrafi la descrizione delle specifiche caratteristiche dei percorsi semiresidenziali e residenziali per minorenni con patologia psichiatrica, si ritiene importante evidenziare alcuni aspetti che stanno alla base di tali percorsi.

#### Contrasto dell'istituzionalizzazione.

E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. La permanenza nelle strutture va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso.

#### La territorialità.

Come richiamato nel sopra citato documento nazionale "Interventi residenziali e semiresidenziali



terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", è opportuno che gli inserimenti residenziali terapeutico riabilitativi dei minori con disturbi psichiatrici non avvengano a significativa distanza dal luogo di residenza in quanto ciò implicherebbe numerose conseguenze negative, rendendo più difficile il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza.

Si sottolinea, pertanto, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata vicino al territorio di residenza al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento.

#### Le fasce d'età.

L'inserimento in struttura residenziale terapeutica è più frequente in età adolescenziale, ma può avvenire anche in altre epoche della vita. Nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse, qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con moduli differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie sono molto differenti.

#### L'integrazione socio-sanitaria.

Nei minorenni con disturbi psichiatrici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali. Le strutture residenziali terapeutico-riabilitative sono a gestione sanitaria e le strutture residenziali socio educative sono a gestione sociale; in quest'ultime gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalle Ausl anche tramite protocolli di collaborazione con i servizi salute mentale infanzia adolescenza. A fronte di ciò, con il presente documento si forniscono indicazioni, sulla base di quanto previsto nel documento nazionale, sulle caratteristiche clinico organizzative dei percorsi residenziali e semiresidenziali, a carico del servizio sanitario nazionale, evidenziando i differenti livelli di intensità terapeutico riabilitativa, fermo restando che, ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nelle strutture sanitarie residenziali, gli interventi sanitari e socio-sanitari sono a carico del fondo sanitario nazionale.

Le presenti linee di indirizzo intendono altresì fornire indicazioni sulle strutture a carattere socio educativo che prevedono interventi a carico dei servizi sociali con supporto sanitario da attivare tramite opportuni protocolli di collaborazione.

#### Rapporti con il Tribunale per i Minorenni.

L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi psichiatrici può essere richiesto dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra le UFSMIA e la Magistratura minorile al fine di individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso, con l'eventuale collaborazione dei servizi sociali.

#### Transizione dalla minore età all'età adulta.

Il passaggio alla maggiore età rappresenta una fase assai delicata, che non sempre coincide con la chiusura di un percorso e l'apertura di un altro. Richiede pertanto la stretta integrazione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, inclusa l'individuazione di modalità che consentano l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito della struttura residenziale o semiresidenziale per minorenni anche dopo il compimento del diciottesimo anno, previa valutazione congiunta tra gli operatori di riferimento dei servizi dell'età evolutiva e dei servizi dell'età adulta, per un periodo comunque breve, per obiettivi specifici e nell'ambito di una progettualità condivisa

tra i servizi e con l'utente e la famiglia, nel rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto.

### **3.2 Percorsi di cura residenziali e semiresidenziali per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza**

#### **3.2.1 Il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale e il Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale e semiresidenziale**

Come richiamato al punto 1.1 del presente documento il percorso di un paziente minorenne con disturbo neuropsichico, che necessita di interventi multiprofessionali, prevede la presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale che elabora un **Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale**; tale progetto deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari (sulla base di strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, C-GAS, ICF, WHODAS), le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica nonché punti di forza e criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre riportare i trattamenti farmacologici utilizzati e i risultati ottenuti. Deve essere riportato l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso.

Il Progetto individualizzato deve contenere la sottoscrizione di un accordo di cura con il minore, con la partecipazione della famiglia, che è partner attivo, e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento e il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento in rete con i contesti (educativo e sociale).

Il progetto deve contenere il riferimento agli interventi multidisciplinari di équipe, che, come detto, per i minori non sono limitati ai casi gravi, ma sono la regola.

Il progetto contiene obiettivi, durata del programma, verifiche periodiche, aggiornamento dell'andamento, verifica e modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

In caso si ritenga necessaria l'attivazione di percorsi semiresidenziali o residenziali, gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel Progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato globale orientano sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e semiresidenziale e sul livello assistenziale e tutelare che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.

In base a ciò l'équipe della struttura elabora, in accordo con il responsabile del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale, un **Programma terapeutico-riabilitativo individualizzato residenziale o semiresidenziale**. Tale Programma deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, incluse informazioni anamnestiche rilevanti
- Motivo dell'invio da parte dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza, tratto dal Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale, che viene allegato
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a:
  - area psicopatologica
  - area della cura di sé/ambiente
  - area della competenza relazionale
  - area del funzionamento scolastico
  - area delle autonomie e delle abilità sociali□

- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, alla scuola, ai contesti di riferimento
  - Obiettivi dell'intervento
  - Aree di intervento: descrive la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
    - Interventi psicoeducativi
    - Interventi abilitativi e riabilitativi
    - Psicoterapia
    - Terapia farmacologica
    - Interventi sugli apprendimenti
    - Interventi sul contesto familiare
    - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o sociolavorativa
  - Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
  - Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato a cura dell'équipe della struttura con la collaborazione del responsabile del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, con indicazione delle date di verifica.
- Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci *off label* per età e a volte per indicazione, esso richiede l'attivazione di procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale. Le decisioni relative al trattamento psicofarmacologico nonché il monitoraggio e la verifica degli *outcomes* clinici sono concordate con il neurospichiatra infantile dell'équipe multidisciplinare dell'Unità Funzionale Salute mentale Infanzia Adolescenza inviante.

### **3.2.2 Indicazioni sull'assetto organizzativo**

#### Personale

Sia in ambito residenziale che semiresidenziale, l'équipe è multi professionale e deve prevedere la presenza di medici neuropsichiatri infantili, psicologi esperti nell'età evolutiva, educatori professionali e/o personale riabilitativo. La presenza di infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) è indispensabile nelle strutture residenziali, mentre in quelle semiresidenziali può essere opportuna in base alle caratteristiche dell'utenza e del progetto di intervento. Per lo svolgimento di alcune attività specifiche può essere prevista la presenza di istruttori di attività esterni e/o l'affiancamento di soggetti del volontariato e del terzo settore su specifici progetti di supporto alle attività.

Nell'avvalersi dell'opera di soggetti del volontariato, che non potrà comunque in alcun caso essere sostitutiva delle attività istituzionali, le strutture dovranno prevedere specifiche procedure di *tutoring* e adeguati interventi formativi, nonché favorire il carattere continuativo della relazione del volontario con gli utenti.

Trattandosi di utenti minorenni, nel caso delle strutture residenziali, la presenza degli operatori deve sempre essere organizzata in modo da garantire nell'arco delle 24 ore la presenza e tipologia di personale adeguato alle differenti intensità assistenziali richieste.

La multi professionalità deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse figure professionali. Deve essere garantita un'attività di supervisione per il personale.

I servizi di salute mentale infanzia adolescenza sono responsabili della gestione del paziente minorenne e delle decisioni in ordine agli interventi terapeutico riabilitativi più appropriati (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri).

#### Modalità organizzative

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinicoassistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il

miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori con disturbi psichiatrici, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Il progetto di intervento deve essere individualizzato e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere come partner attivo il minore, la sua famiglia e il territorio di riferimento, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative e socioassistenziali e definendo chiaramente gli obiettivi e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

La partecipazione attiva della famiglia e degli utenti al percorso terapeutico rappresenta un aspetto cruciale della presa in carico; ne consegue pertanto che l'assenso al trattamento da parte del minore e il consenso da parte dei suoi familiari è atto preliminare e indispensabile, che prosegue poi nel percorso successivo.

### **3.2.3 Percorsi di cura residenziali per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza**

L'inserimento residenziale è collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

Benché diverse siano le esigenze alle quali risponde l'intervento residenziale, diverse le caratteristiche cliniche e organizzative in relazione all'età, alla patologia e alla situazione ambientale di provenienza dei minori, vi sono alcuni principi di base che sono comuni e trasversali a tutte le tipologie residenziali.

L'intervento residenziale rappresenta una delle possibili risposte terapeutiche al bisogno di alcuni degli utenti dei servizi e deve essere parte di un sistema completo di servizi fortemente integrato con la comunità locale.

L'inserimento in una struttura residenziale avviene esclusivamente a cura del neuropsichiatra infantile del Servizio per la salute mentale dell'infanzia e adolescenza nell'ambito della presa in carico e del Progetto Terapeutico-riabilitativo individualizzato globale.

L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve sempre rappresentare un intervento temporaneo, fortemente orientato al proprio superamento e parte di un sistema complesso e integrato di servizi.

La residenzialità non deve in alcun caso divenire l'unico intervento in corso o prolungarsi eccessivamente. A tale riguardo la letteratura esistente è infatti ricca di esempi degli effetti negativi dell'istituzionalizzazione a lungo termine.

Come richiamato al paragrafo 3.1, è importante che l'inserimento in un percorso residenziale avvenga in una struttura ubicata a una distanza ragionevole dalla residenza del minore, e comunque nel territorio regionale, in modo da facilitare il mantenimento delle relazioni significative, ed i necessari raccordi tra struttura e servizio inviante, oltre al reinserimento nell'ambiente di provenienza.

Le strutture residenziali devono essere di ridotte dimensioni (**fino ad un massimo di 12 p.l.**);

Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello psicofarmacologico.

In sintesi:

- a) deve essere presente una patologia psichiatrica
- b) devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale
- c) deve essere presente la necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi frequenti, intensivi, multipli e coordinati
- d) gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale incluso quello psicofarmacologico, non devono essere sufficienti
- e) vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita (la sola presenza di questo criterio, in assenza di quanto indicato nei punti b), c), d), non è sufficiente e deve orientare verso un percorso di residenzialità socio-educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità).

### 3.2.3.1 Tipologie dei percorsi di cura residenziali

La tipologia dei percorsi residenziali viene distinta per livello di intensità terapeutico-riabilitativa: bassa, media, alta, che può richiedere maggiore o minore intensità assistenziale, correlato al grado di autonomia complessivo, come specificato nella griglia di cui all'Appendice "Descrizione tipologie strutture (intensità terapeutica)" - "Descrizione aree di intervento".

#### ***Percorsi residenziali terapeutici ad alta intensità terapeutico riabilitativa***

Indicati per utenti complessi nei quali il quadro clinico presenta una elevata/parziale instabilità clinica, con specifica attenzione ai percorsi per pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare.

Durata massima non superiore a **tre mesi, eventualmente prorogabile**, con motivazione scritta e concordata con l'Unità Funzionale Salute mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.

**Strutture di massimo 12 posti letto.**

#### ***Percorsi residenziali terapeutici a media intensità terapeutico riabilitativa***

Indicati per pazienti complessi con compromissioni gravi o di gravità moderata, per i quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti.

Durata massima non superiore a **sei mesi, eventualmente prorogabile**, con motivazione scritta e concordata con l'Unità Funzionale Salute mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.

**Strutture di massimo 10 posti letto.**

#### ***Percorsi residenziali terapeutici a bassa intensità terapeutico riabilitativa***

Indicati per pazienti con quadri clinici più stabili, privi di elementi di particolare complessità e con moderata compromissione di funzioni e abilità.

Durata massima non superiore a **dodici mesi, eventualmente prorogabile**, con motivazione scritta e concordata con l'Unità Funzionale Salute mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.

**Strutture di massimo 10 posti letto.**

Nell'ambito delle strutture possono essere individuati moduli in relazione all'età, tenendo presente le seguenti fasce: 10-14 anni (preadolescenti-bambini) e 14-18 (adolescenti).

**Strutture terapeutico riabilitative per minori con patologie psichiatriche, programmazione posti letto**

Attualmente sono presenti sul territorio della Regione Toscana le seguenti strutture terapeutico riabilitative psichiatriche per minori, per complessivi 28 posti letto:

- Area Vasta nord ovest

**La Rondine, Lammari, Lucca** 9 posti letto – **La Mano amica, Stiava Massarosa** 10 posti letto

- Area Vasta Centro

**Francesco e Chiara, S. Ansano Vinci** 9 posti letto.

Da una rilevazione effettuata dal Settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria con la collaborazione delle Aziende USL riguardante il numero di minori con disturbi psichiatrici in strutture residenziali fuori regione nell'anno 2014, è emerso che n. 38 minori sono stati ospitati in strutture di altre regioni.

Come richiamato al punto 3.1 delle presenti linee di indirizzo un percorso residenziale in strutture fuori regione implica diverse conseguenze negative; si ritiene pertanto necessario rivedere l'attuale offerta di posti letto nell'ambito di una programmazione regionale e di area vasta per limitare al massimo l'invio di pazienti in strutture fuori regione.

Nell'attivazione di nuove strutture sarà tenuto conto, in via prioritaria, della necessità di una struttura terapeutico riabilitativa ad alta intensità di livello regionale, con programmi per la post-acuzie.

#### **- Standard personale:**

Il citato documento "**Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza**" prevede che nelle strutture residenziali le figure professionali e il loro impegno orario siano definiti dalle Regioni in base alle attività terapeutico-riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti.

Le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate sulla base dei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

#### **3.2.4 Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche**

Le semiresidenze forniscono un servizio diurno ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza nell'ambito familiare e nel contesto socio-educativo di riferimento. Rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità del ricovero ospedaliero o di inserimento in una struttura residenziale e di minimizzarne la durata..

Gli elementi comuni qualificanti dell'**intervento riabilitativo e terapeutico svolto in modalità semiresidenziale** sono sostanzialmente analoghi a quelli indicati per la residenzialità, anche se l'intervento può caratterizzarsi per un *maggiore impegno educativo-riabilitativo: accanto allo sviluppo e al raggiungimento delle principali abilità della vita quotidiana, l'intervento diurno può essere diretto a far evolvere comportamenti problematici, o a far acquisire abilità e competenze funzionali specifiche attraverso un intervento integrato ad alta intensità terapeutico educativo-riabilitativa.*

Tale specificità determina una differenza sostanziale nell'organizzazione temporale degli interventi che deve essere molto flessibile, a secondo delle necessità delle diverse tipologie di utenti, sia negli

orari che nella sequenza e durata del trattamento, preservando per quanto possibile la frequenza scolastica dei minori.

Gli interventi semiresidenziali possono assumere un ruolo anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale, per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e **verso**-la residenzialità e il ricovero. Appaiono inoltre particolarmente adatti a situazioni nelle quali sia presente anche l'abuso di sostanze.

Frequenza e durata dell'inserimento, obiettivi degli interventi e modalità di valutazione vanno definiti specificatamente nell'ambito del **Progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato globale** e del **Programma terapeutico-riabilitativo semiresidenziale**.

### **3.3 Indicazioni per l'accreditamento**

All'approvazione del presente documento farà seguito l'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni semiresidenziali e residenziali per la salute mentale: DPGR 24 dicembre 2010, n. 61/R "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

L'aggiornamento della disciplina regionale sarà in particolare orientato, in linea con l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e con quanto stabilito dal citato documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014, a garantire la qualità organizzativa, di processo e di esito nelle strutture semiresidenziali e residenziali.

L'attenzione sarà focalizzata sui requisiti concernenti prestazioni e Servizi ovvero sull'esplicitazione della pratica del governo clinico e del metodo di lavoro, anche per fondare la valutazione della performance, sulla cura delle competenze e abilità professionali necessarie alla realizzazione delle attività garantendo qualità e sicurezza, da assicurarsi attraverso la programmazione e verifica delle attività formative, sulla buona comunicazione, che garantisca la relazione tra professionisti e pazienti, l'aderenza dei professionisti ai comportamenti attesi, l'ascolto dei pazienti e la loro partecipazione nelle scelte di trattamento oltre all'esplicitazione delle modalità di coinvolgimento dei caregiver. L'attenzione sarà volta infine a garantire appropriatezza clinica, efficacia e sicurezza, elementi essenziali per la qualità delle cure; a tale proposito sarà evidenziata e ribadita la rilevanza dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze, della promozione della sicurezza e gestione dei rischi, anche del rischio clinico, ed infine delle strategie di comunicazione, formazione e sviluppo delle competenze.

### **3.4 Le strutture socio educative**

Il citato documento nazionale "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", nell'evidenziare la necessità di evitare una eccessiva medicalizzazione del minore con disturbi psichiatrici, invita le regioni a valutare la priorità di interventi di supporto sanitario realizzati nell'ambito di strutture a carattere socio-educativo, attraverso attività cliniche e riabilitative, di consulenza e supporto e svolte da specifiche professionalità.

La Regione Toscana individua tali tipologie di strutture sulla base di quanto disposto all'art 21, comma 1, lett. g), della L.R. 41/2005 "Comunità a dimensione familiare, con funzione socio-educativa".

Sono attualmente attive sul territorio strutture, con le caratteristiche di cui al citato art. 21, comma 1

lett g) che ospitano minori che richiedono interventi di supporto sanitario, quali:

- **Comunità per adolescenti Santa Maria a Colonica Fondazione Opera Santa Rita - Prato**
- **Casa Montughi Opera Madonnina del Grappa - Firenze.**

In tali strutture sono accolti minori con problematiche sociali e disturbi psichici per i quali viene definito un Programma individualizzato di interventi elaborato dal personale dei servizi salute mentale infanzia adolescenza in collaborazione con il personale della struttura.

#### **4. Formazione**

La formazione costituisce uno strumento strategico importante per favorire la riqualificazione degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi per minori con disturbi neuropsichici.

I temi della formazione dovranno riguardare:

- le procedure della diagnosi psichiatrica, psicologica e di valutazione della compromissione sociale e funzionale;
- gli interventi terapeutici di tipo psicologico individuale e di gruppo, familiare, e farmacologico, con la necessaria integrazione tra tali interventi;
- le strategie riabilitative individuali e di gruppo, in particolare per le strutture residenziali;
- le modalità di valutazione di efficacia degli interventi.

Occorre prevedere una diffusa azione di aggiornamento e formazione permanente delle varie figure professionali interessate ai percorsi per un rafforzamento delle loro competenze tecnico scientifiche necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, e delle capacità di conduzione integrata dei percorsi assistenziali.

La formazione deve rispettare alcuni criteri essenziali ed irrinunciabili:

- Percorsi formativi multiprofessionali diretti allo sviluppo delle competenze per la presa in carico da parte dell'equipe della grave psicopatologia adolescenziale utilizzando approcci basati su evidenze scientifiche

In particolare si identificano due obiettivi formativi prioritari:

- condivisione dell'algoritmo decisionale rispetto alle scelte terapeutico-farmacologiche alla luce delle conoscenze in continua evoluzione relative agli studi di efficacia
- implementare l'utilizzo di strategie e tecniche per la gestione dell'ansia, dell'impulsività, dell'iperattività e della rabbia.
- Metodologie di formazione orientate a potenziare le competenze di riflessione nello studio del singolo "Caso" (M&M, Audit Clinici, Inter e/o Super visione, Psicoeducazione orientata al recovery)
- Metodologie di formazione mirate a sviluppare la riflessione sul Sistema di cura Audit Organizzativo, Ricerca Intervento, Focus Group, Inter e/o Super visione etc), capacità di lavoro in gruppo con attenzione alla continuità assistenziale
- Metodologie di formazione orientate all'intervento di comunità



(psicoeducazione, etc, per l'attivazione delle reti sociali formali (Enti Pubblici, Istituzioni) e informali (Soggetti Sociali, Volontariato, Circoli, luoghi di aggregazione, Famiglie, Gruppi di Auto- mutuo-aiuto).

Al fine di favorire un'adeguata e coerente formazione su tutto il territorio, che tenga conto delle esperienze già realizzate su questi temi in alcuni ambiti territoriali, è altresì necessario prevedere un coordinamento delle azioni formative a livello regionale. L'obiettivo è quello di sviluppare una puntuale e articolata analisi dei bisogni formativi, promuovere la programmazione di interventi articolati e coerenti con gli indirizzi regionali e prevedere un sistema di valutazione dell'efficacia dei risultati.

Per favorire la corretta applicazione delle presenti linee di indirizzo su tutto il territorio saranno attivati percorsi formativi di livello regionale e di area vasta, sulla base di programmi articolati in relazione agli obiettivi formativi, definiti dai Settori della Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale competenti in materia, in collaborazione con i professionisti delle Aziende Sanitarie e dell'IRCSS Stella Maris.

## **5. Monitoraggio e valutazione**

L'attuazione delle presenti Linee di indirizzo è verificata attraverso il monitoraggio e la valutazione del percorso di accoglienza e cura sulla base di specifici indicatori.

La Regione Toscana, in collaborazione con un gruppo di tecnici delle Aziende Sanitarie e della Stella Maris, costituito per la definizione delle presenti linee di indirizzo, ha individuato, per ogni fase del percorso, i seguenti indicatori/misura.

<b>FASI</b>	<b>INDICATORI/MISURA</b>
-------------	--------------------------

Domanda e ingresso

N. ricoveri

N. richieste ricovero

Soggetto inviante

TSO/ASO

Casi inviati dal Tribunale minori

Utenti conosciuti/Nuovi utenti

Età, Genere , Nazionalità, Residenza

Presenza del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale

Tempo trascorso tra la domanda e l'ingresso in reparto

Numero di ricoveri in spazi non dedicati

Attivazione del territorio entro 36 ore dall'ingresso in reparto

Tipo di ricovero

Ricovero ripetuto entro 7/30/90/180 gg.

Diagnosi d'ingresso

Trattamenti precedenti / tipologia degli interventi precedenti (prericovero)

<p>Valutazione e Trattamento</p>	<p>Tempo tra ingresso e completamento della valutazione</p> <p>Uso strumenti valutazione standardizzata (stato clinico es. CGI/HONOSCA, rischio suicidario, auto/etero lesionismo e aggressività, componenti traumatici)</p> <p>Multiprofessionalità nella fase di valutazione</p> <p>Coinvolgimento familiare (checklist per i genitori, es. CHAMSAID)</p> <p>Valutazione internistica e/o tossicologica</p> <p>Coinvolgimento dell'UFSMIA</p> <p>Condivisione diagnosi e Programma Terapeutico con UFSMIA</p> <p>Tempo di stabilizzazione (misurato con CGI)</p> <p>% casi in trattamento farmacologico</p> <p>N. casi con misure di contenzione</p> <p>Trattamento multiprofessionale</p> <p>N. incontri con psicologo - counselling</p> <p>N. incontri con genitori/familiari</p>
<p>Piano post ricovero</p>	<p>Coinvolgimento del territorio</p> <p>Coinvolgimento dei familiari</p>

Dimissione

Durata della degenza- dimissibilità/dimissioni

Percorso post dimissione - Dimissione sicura

Valutazione stato clinico alla dimissione (CGAS/CGI/HONOSCA)

Data della dimissibilità

Diagnosi di dimissione

Compliance familiare

Soddisfazione utente/familiare

Dimissione con appuntamento entro 7 gg. presso l'UFMIA

Lettera di dimissione per PLS/MMG

Riduzione dei ricoveri dei minori in SPDC (escluso reparti indicati nelle linee di indirizzo)

Strutture residenziali	<p>N. inserimenti in strutture Regione Toscana terapeutico riabilitative</p> <p>N. inserimenti in strutture socio educative</p> <p>N. inserimenti in strutture terapeutico riabilitative fuori regione</p> <p>Durata dell'inserimento</p> <p>Tipologie degli interventi ricevuti nelle strutture</p> <p>Eventi critici (Pronto Soccorso e Forze dell'ordine)</p> <p>N. fughe</p> <p>Valutazione degli esiti (pre-post)</p> <p>Presenza del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato</p> <p>Trattamenti/interventi: farmacologico, psicologico, riabilitativo, di socializzazione</p>
------------------------	--

Nel primo anno di applicazione delle Linee di indirizzo, che ha carattere sperimentale, verranno rilevati i dati su apposite schede informatiche con il coinvolgimento delle strutture e dei professionisti che operano nelle varie fasi del percorso. Si prevede l'elaborazione di report: trimestrali, semestrale ed annuale. Sarà inoltre promosso un audit civico.

Sulla base dei risultati del monitoraggio e dell'audit civico saranno, se necessario, riformulate le presenti linee di indirizzo.

## Appendice 1

### DESCRIZIONE TIPOLOGIE STRUTTURE (INTENSITA' TERAPEUTICA)

Alta intensità	Media Intensità	Bassa intensità
Pazienti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica	Pazienti complessi nei quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti. Compromissione del funzionamento personale e sociale	Pazienti con quadri clinici più stabili privi di elementi di particolare complessità

	grave o di gravità moderata  Il recupero del funzionamento scolastico e formativo e/o l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo rilevante	Moderata compromissione di funzioni e abilità  Il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero di un percorso scolastico e formativo e/o l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo molto rilevante
Condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero	Condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate  Presenza di multiproblematicità e complessità clinica	Condizioni psicopatologiche discretamente stabilizzate
Compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento non siano state sufficienti	Compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sè e alle attività sociali complesse	Moderata compromissione di funzioni e abilità nelle attività di base relative alla sfera del Sè e alle attività sociali complesse, non risolte con precedenti interventi
Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo	Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale	Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare o sociale

## DESCRIZIONE AREE DI INTERVENTO

	<b>Alta intensità</b>	<b>Media Intensità</b>	<b>Bassa intensità</b>
<b>Area clinico neuropsichiatrica</b>	Monitoraggio attivo ed intensivo delle condizioni psicopatologiche per una maggiore stabilizzazione clinica e una mobilitazione dei processi di sviluppo attraverso colloqui clinici con il paziente e con la famiglia Gestione della farmacoterapia	Monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica per mantenere la condizione di stabilizzazione e ridurre le disarmonie del percorso evolutivo	Monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica

<b>Area psicologica</b>	Interventi strutturati brevi di carattere psicologico e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie)	Interventi strutturati di carattere psicologico e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie)	Interventi strutturati di carattere psicologico
<b>Area riabilitativa</b>	Interventi strutturati intensivi e diversificati di abilitazione psicosociale finalizzati ad un recupero delle attività di base e sociali e al reinserimento nel contesto di origine  Non appena possibile interventi per il recupero delle attività scolastiche	Coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio.  Gli interventi per il recupero degli apprendimenti assumono un ruolo rilevante e deve essere riattivato al più presto l'inserimento scolastico o formativo in percorsi coerenti con la formazione precedente; valutata l'attivazione di percorsi di orientamento lavorativo	Coinvolgimento attivo del paziente in tutte le mansioni della vita quotidiana della struttura  Gli interventi per il recupero degli apprendimenti hanno un ruolo particolarmente rilevante  E' sempre previsto l'inserimento scolastico o formativo in percorsi coerenti con la formazione precedente a seconda della situazione: attivazione di percorsi di orientamento lavorativo
<b>Area di risocializzazione</b>	Interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione. Partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività in sede e fuori	Interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre in sede e fuori sede	Partecipazione ampia e stabile ad attività comunitarie, scolastiche e altre in sede e fuori