

**OSSERVAZIONI sulla Deliberazione della Giunta regionale n. 94/CR del 13 settembre 2022:  
“Definizione del modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni area salute mentale”.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1512 del 29 novembre 2022

**A cura di Andrea Angelozzi**

**1) Definizione delle strutture e dei posti necessari**

Il documento evidenzia:

In relazione alle indicazioni tecniche elaborate dal Gruppo di lavoro ed agli esiti istruttori della Direzione Programmazione Sanitaria, si ritiene opportuno prevedere una dotazione di Centri Diurni corrispondente ad 1 posto/tempo pieno ogni 2.500 abitanti (popolazione maggiorenne).

La programmazione regionale vigente da DGR 1616/2018 prevede un centro diurno (fino a 20 posti) ogni 50.000 abitanti maggiorenni.

La nuova formulazione sembra ricalcare di fatto quella precedente (20 posti/50.000 ab=1/2500 ab) ma introduce un preoccupante meccanismo di rigidità di programmazione, escludendo ogni valutazione locale in base alle effettive necessità e portando di fatto ad un aumento di una offerta già elevata.

I dati aggregati della semiresidenzialità (DHT + CD) presenti nel SISM 2022 per il 2020, riportano infatti

**Appendice - Tabella 6.1 Utenti presenti in strutture semiresidenziali psichiatriche - tasso standardizzato per 10.000 abitanti**

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020

Regione	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
PIEMONTE	5,7	3,5	<b>4,6</b>
VALLE D'AOSTA	6,4	6,0	<b>6,2</b>
LOMBARDIA	7,4	4,5	<b>6,0</b>
PA BOLZANO	1,2	1,2	<b>1,2</b>
PA TRENTO	3,1	4,0	<b>3,6</b>
VENETO	9,1	7,6	<b>8,3</b>
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,6	2,6	<b>1,6</b>
LIGURIA	6,2	4,2	<b>5,2</b>
EMILIA ROMAGNA	4,2	3,4	<b>3,8</b>
TOSCANA	5,5	3,6	<b>4,5</b>
UMBRIA	7,8	6,0	<b>6,9</b>
MARCHE	4,8	3,0	<b>3,8</b>
LAZIO	7,2	4,4	<b>5,7</b>
ABRUZZO	6,9	3,3	<b>5,0</b>
MOLISE	2,0	1,0	<b>1,5</b>
CAMPANIA	2,3	1,3	<b>1,8</b>
PUGLIA	3,7	2,2	<b>2,9</b>
BASILICATA	2,4	1,7	<b>2,1</b>
CALABRIA	0,0	0,0	<b>0,0</b>
SICILIA	3,8	2,6	<b>3,2</b>
SARDEGNA	0,0	0,0	<b>0,0</b>

Tabella 5.3 Posti in Strutture psichiatriche attive pubbliche e private

Fonte: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (DM 5/12/2016) - STS24 - anno 2020

REGIONE	SEMIRESDENZIALE		
	N. Strutture	Posti	
		Valore assoluto	Per 10.000 abitanti
PIEMONTE	43	1.357	3,7
VALLE D'AOSTA	2	31	2,9
LOMBARDIA	162	2.614	3,1
BOLZANO	5	84	1,9
TRENTO	1	4	0,1
<b>VENETO</b>	<b>105</b>	<b>1.571</b>	<b>3,8</b>
FRIULI VENEZIA GIULIA	42	623	6,0
LIGURIA	19	369	2,8
EMILIA ROMAGNA	44	745	2,0
TOSCANA	66	1.520	4,8
UMBRIA	29	406	5,5
MARCHE	22	361	2,8
LAZIO	67	1.741	3,6
ABRUZZO	15	347	3,2
MOLISE	14	54	2,1
CAMPANIA	65	966	2,1
PUGLIA	59	1.158	3,5
BASILICATA	9	83	1,8
CALABRIA	8	112	0,7
SICILIA	49	756	1,9
SARDEGNA	9	153	1,1
<b>ITALIA</b>	<b>835</b>	<b>15.055</b>	<b>3,0</b>

Più specificamente i dati regionali indicano che nel Veneto sono presenti 81 centri diurni (dovrebbero essere 82 secondo la DGR 1616/2008), con un totale di 1.397: 249 in meno rispetto ai 1.646 che nascono da una rigida applicazione dello standard della DGR 1616/2008 che la nuova DGR richiede.

Non vengono portati elementi epidemiologici o clinici che indichino la necessità di ampliare l'offerta (già alta – ripetiamo – rispetto alla media nazionale).

Sono da sottolineare altri aspetti.

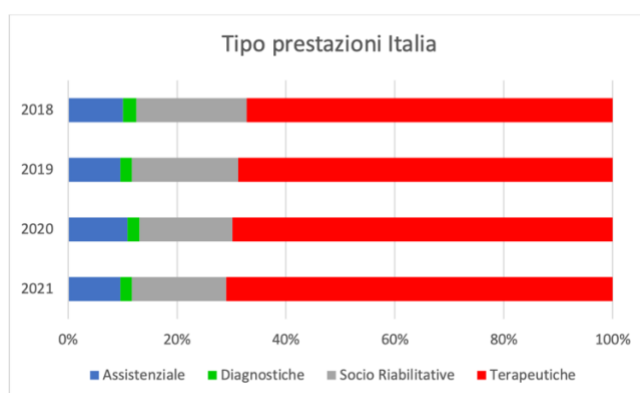
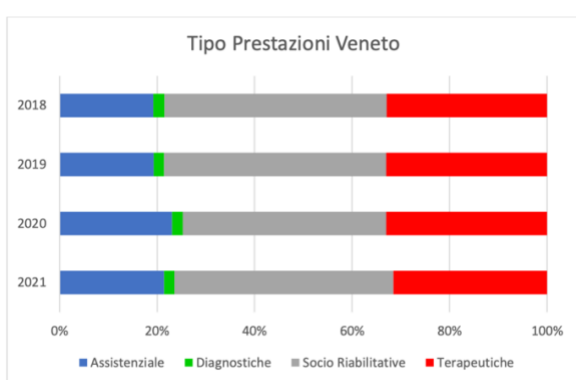
a) Attualmente il ruolo delle strutture private nei CD è rilevante all'interno dei 1397 posti presenti con 594 privati e 803 pubblici. L'ampliamento dell'offerta di 249 posti tenuto conto della situazione del personale già carente nei DSM potrebbe avvenire solo attraverso strutture private, portando quindi il loro ruolo a 843 su 1646 totali (51,2%) ed aumentando così anche il ruolo del privato nella gestione della salute mentale del veneto attualmente già oltre il 44%

b) parlando della Capacità ricettiva il documento parla di una “programmazione definita e concordata dal Dipartimento di Salute Mentale con i gestori dei Centri Diurni, nell'ottica di raggiungere il maggior tasso di occupazione possibile della risorsa centro diurno”. E più oltre ribadisce: “...garantendo un'articolazione delle attività e dei progetti che consentano l'utilizzo il più possibile massimale dell'unità di offerta.”. Si tratta di aspetti che certo mirano ad un ottimale utilizzo delle strutture, ma di fatto antepongono le loro necessità, specie economiche, alle effettive necessità degli utenti.

c) attualmente (dati SISM) la occupazione dei posti esistenti è decisamente parziale, ponendo il dubbio della effettiva necessità di ulteriori posti

Anno	Pazienti/Anno	Media		% Accessi fatti/disponibili	Tasso Pazienti/10000		Tasso accessi/10.000	
		Accessi/anno	Accessi/giorno		Veneto	Italia	Veneto	Italia
2015	4691	225749	941	67,4	11,44	4,83	550,61	318,41
2016	2763	189039	750	53,7	6,7	4,4	439,3	325,9
2017	2906	194663	811	58,1	7,1	4,4	475	291
2018	2895	205634	857	61,3	7,1	4,3	501,8	277,1
2019	2782	198200	826	59,1	6,8	4,3	483,6	287,5
2020	2328	111989	467	33,4	5,6	3,7	268,8	189,3
		Posti	Accessi possibili/giorno					
DRG 1616		1397	1397					
Nuova norma:		1646	2469					
% Utilizzo con nuova norma e uso storico (escluso 2020):				30,4 - 38,1				

d) le prestazioni dei servizi nella Regione Veneto vedono un alto numero di prestazioni di riabilitazione con una bassa percentuale di quelle terapeutiche, ponendo il dubbio della necessità di aumentare ulteriormente le prime



## 2) Organizzazione modulare

Il documento evidenzia:

Organizzazione per moduli che prevedono 1/3 dei posti dovranno essere dedicati all'alta intensità e 1/3 di questi all'alta intensità “Trattamento di giovani con funzionamento cognitivo, sociale e relazionale compromesso da precoce insorgenza di malattia”.

In pratica: per un ambito di 230.000 abitanti (che è la dimensione media delle UOC in Veneto):

92 posti di cui:

61,3 a bassa intensità (3 moduli)

20,4 ad alta intensità (1 modulo)

10,2 per esordi (1/2 modulo)

### a) Centri Diurni per esordi

Il documento evidenzia:

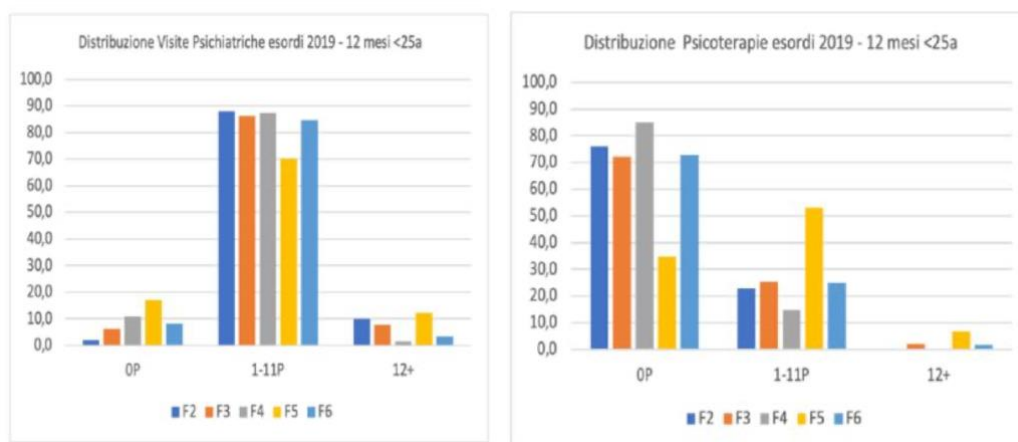
I posti dedicati all'alta intensità potranno essere previsti quali moduli dedicati all'interno dei Centri Diurni ovvero prevedere unità di offerta interamente dedicati secondo la programmazione più adeguata per le specifiche caratteristiche aziendali.

È opportuno valutare un Centro Diurno dedicato all'area del trattamento riabilitativo e di recupero neurocognitivo, relazionale e sociale per pazienti giovani (esordi)

Considerati i 10,2 posti per 230.000 abitanti, o vengono sviluppati CD di piccole dimensioni (non gestibili con il personale indicato) o vengono attivate aggregazioni in DSM di ampie dimensioni, perdendo il contatto con il territorio e con i CSM di riferimento. Per la struttura sarebbero infatti previste 40 ore settimanali di apertura ma il personale parametrato a 10 utenti consente: Psicologo 5 ore (4 base + 1 Alta Intensità), educatore o Terp 41 ore (40 base + 1 Alta Intensità), OSS 38 ore, Maestro d'arte 4 ore, sufficienti a garantire l'orario di apertura con due operatori presenti per i 10 utenti.

In pratica possono essere attivate solo aggregazioni sradicanti dal territorio, oppure non è applicabile.

Questo investimento negli esordi nei CD sorprende se si considera la gestione degli esordi nei CSM del Veneto.



dove la grande maggioranza dei pazienti ha meno di una visita psichiatrica al mese (in media 3-4 all'anno) e la stragrande maggioranza non ha nemmeno una prestazione psicoterapica

**b) A questi moduli corrisponderebbero attività diverse, diverso personale e diverse tariffe:**

#### **Personale presente**

Il documento evidenzia che per il CD che potremmo chiamare Base:

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

La DGR 1616/2008 prevedeva standard di poco inferiori:

CD au 6

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore (tempo pieno equivalente) /utente almeno pari a 0,25 /1.

La differenza è dunque 0,02 TP/ Utente-Posto tempo-pieno, cioè 0,40 operatore ogni modulo di 20 0,02 TP/ Utente-Posto tempo-pieno. Questa differenza è ulteriormente annullata considerato che mentre la attuale delibera considera i posti tempo-pieno, dove un posto può essere occupato da 2 utenti nell'arco della giornata, la DGR 1616/2008 si riferiva ad utenti, prospettando quindi un personale di fatto uguale se non maggiore.

#### **Dotazione figure professionali**

Il documento evidenzia:

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

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

Queste figure professionali sono quelle già previste nella DGR 1616/2008 in cui anzi veniva valorizzato il concetto di intervento programmato, mentre ora viene valorizzata la presenza strutturale

[Dalla DGR 1616/2008]

#### **CD au 4**

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

Educatore-animatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica

Operatori socio sanitari

Devono essere assicurati interventi programmati per:

medico psichiatra o psicologo psicoterapeuta  
infermiere  
assistente sociale  
Istruttori tecnici

**CD au 5**

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

Il concetto di presenza finalizzata è peraltro ripreso in modo simile nella nuova DGR:

**CD au 6**

Devono essere assicurate procedure che garantiscano la governance clinica di sistema da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale attraverso presenze programmate del medico psichiatra, infermiere e assistenti sociali del CSM inviante in maniera contestuale alle esigenze.

**CD au 7**

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

**Educatore professionale sociosanitario o Terp ed OSS:**

Peraltro gli standard della nuova DGR possono essere facilmente modificati, limitando la portata riabilitativa degli interventi prospettando la possibile sostituzione di parte del personale Educatore professionale sociosanitario o Terp con OSS:

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

**c) Vengono previsti standard aggiuntivi per gli interventi**

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

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

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

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

Alta Intensità 1)

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

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

Alta Intensità 2 e 3)

n. 2 ore aggiuntive settimanale della figura di educatore professionale sociosanitario o Terp

n. 2 ore aggiuntive settimanali della figura di OSS.

**d) Mancata evidenza del reale fabbisogno per gli interventi EBM**

Non si comprende in base a quali valutazioni si sia calcolato che questo modestissimo orario aggiuntivo sia in grado di assicurare gli interventi di alta intensità previsti per questi moduli. Si tratta infatti di interventi molto specifici che richiedono non solo una formazione specifica ma una adeguata disponibilità di tempo, ben diversa da quella prevista.

Di fatto non compare alcuna valutazione del reale fabbisogno di personale per gli interventi EBM, che già dovrebbero essere presenti nei moduli non intensivi e ulteriormente accentuate per i moduli intensivi.

Non compare alcuna esplicitazione del personale necessario per fare interventi di Cognitive Remediation o Social Skill Training, o Problem Solving interventi strutturati psicoeducativi e di self management attraverso tecniche specifiche Illness Management and Recovery IMR Interventi strutturati di acquisizione di abilità di coping tramite attività di mindfulness, tecniche di rilassamento, e così via, lasciando l'indicazione della loro implementazione del tutto generica.

Occorre tenere presente che tali interventi sono attualmente una rarità nel panorama dei Centri Diurni nel Veneto e che un loro sviluppo a questo punto strutturale – come previsto dal documento in applicazione delle normative nazionali – richiederebbe un massiccio intervento formativo di cui il documento non fa alcuna menzione. Il documento fa invece menzione di “una formazione specifica o di supervisione in ambito di salute mentale, per gli operatori impiegati nei Centri Diurni, corrispondente ad almeno 1 ora-mensile, a cura dell'Ente gestore del servizio” del tutto ridicola rispetto ai compiti indicati.

**e) Esiste anche poca chiarezza circa il ruolo effettivo degli interventi EBM.**

Nella definizione della struttura presente nei “Requisiti di autorizzazione all’esercizio e accreditamento dell’unità di offerta Centro Diurno salute mentale” si parla di “prevalenti interventi Evidence Based Medicine (EBM)” mentre al punto *CD accr 5* la indicazione appare più estesa e tassativa: “Presenza, formalizzazione e attuazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*, condivisi con il DSM”

Nel DPCM 17 gennaio 2017 all’art 33. l’indicazione è esclusiva: “I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle piu’ avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività”. Il problema non è irrilevante anche perchè nella mappa degli interventi terapeutici ne sono previsti alcuni (arte, danza, musica, teatro, motricità), privi di qualunque evidenza EBM. Anche gli interventi in ambito lavorativo fanno riferimento a training pre-lavorativi smentiti dalla letteratura EBM. Peraltro in questo ambito il documento mostra la propria poca chiarezza quando scrive: “Percorsi d’inclusione scolastica, di formazione professionale o pre-occupazionali e di preparazione ai percorsi d’inserimento lavorativo con l’utilizzo di strumenti EBM o di provata efficacia, interagendo con le diverse agenzie interessate all’inclusione lavorativa” suggerendo la curiosa ipotesi che esistano interventi di provata efficacia che non siano EBM.

Non si comprende altresì perché siano stati previsti solo alcuni interventi EBM validati, escludendone altri con una letteratura scientifica enorme a supporto (ad esempio *Individual Placemen ad Support*), come peraltro già indicato dalla stessa Regione Veneto con la [DGR n. 21 del 17 gennaio 2012](#) – Linee Guida regionali per l’inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici e Modello formativo (ProP).

**f) Manca qualunque analisi di quali interventi EBM siano stati effettivamente impiegati negli Indicatori di monitoraggio Centri Diurni salute mentale**

**4) Nell’ambito del personale e della spesa:**

a) non viene esplicitato che la spesa è prevista dai LEA quale spesa sanitaria a carico del FSR. Come tale non viene esplicitata la situazione dubbia sotto il profilo giuridico e etico di fare concorrere, come avvenuto in alcune Ulss parte degli introiti del lavoro economicamente produttivo da parte degli utenti al pagamento della spesa, facendo di fatto contribuire l’utente ad una spesa sanitaria totalmente a carico invece dello stato.

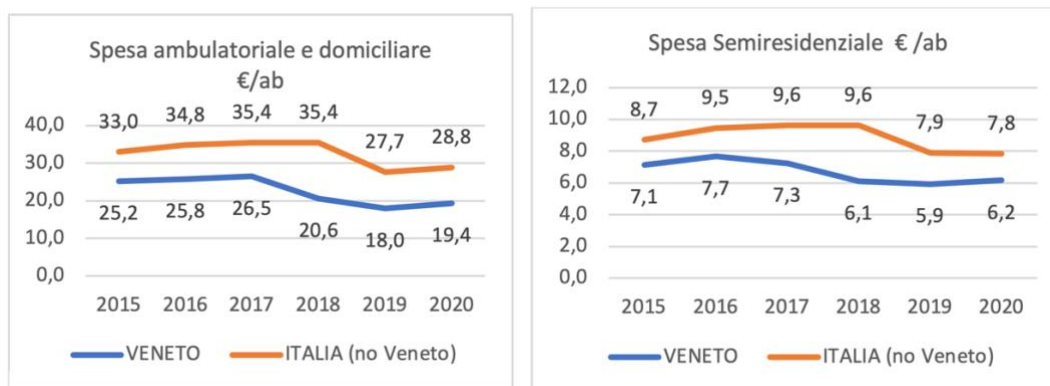
b) non viene chiarito se le maggiori ore previste per psicologo ed Educatore/Terp sarebbero aggiuntive rispetto agli standard indicati con la DGR n. 371 del 08 aprile 2022, che in ogni caso validi solo fino al 31/12/2023

c) non viene indicato se i “maggiori oneri derivanti dal presente provvedimento nei bilanci delle Aziende Ulss, quantificati al massimo in euro 9.300.000,00, a regime” siano riferiti solo alla spesa relativamente all’acquisto di prestazioni dei privati o all’operazione complessiva;

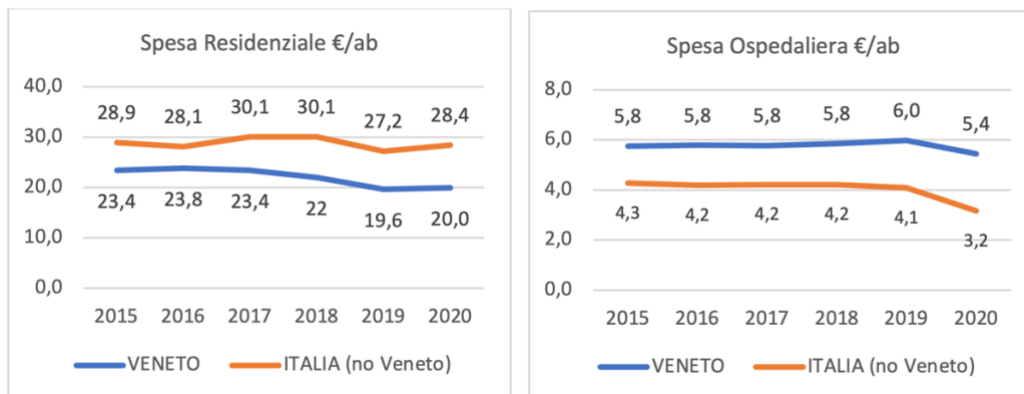
d) non si comprende come sia possibile fare fronte a questi maggiori oneri “mediate le azioni di riorganizzazione di cui al punto c) dei piani di massima sopra citate, a valere sulle risorse indistinte del fondo sanitario annuale loro assegnato.” Il punto c) indica infatti semplicemente: “azioni di riorganizzazione che si intendono attuare per garantire l’applicabilità del piano di massima garantendo contestualmente la sostenibilità economica assorbendo i maggiori costi derivanti dalla rivisitazione degli standard dei Centri Diurni per la Salute Mentale e dalla definizione della relativa tariffa come sotto specificato.”.

La frase indica semplicemente che non è previsto alcun finanziamento specifico, ma una pura redistribuzione del finanziamento esistente. A meno di improbabili maggiori finanziamenti ULSS per il DSM, peraltro lasciati alla discrezione locale, la ipotesi più probabile è che, essendo ormai del tutto definita per la residenzialità, specie privata, e per la ospedalità, pubblica e privata, il maggiore onere potrà derivare solo da una riduzione della spesa territoriale relativamente ai CSM.

Rispetto alla attuale ripartizione della spesa che vede il quadro seguente:







la maggior spesa senza finanziamenti specifici rischierebbe di portare la semiresidenzialità a 8,4 €/ab e quella ambulatoriale e domiciliare a 17,2, rendendo ulteriormente problematica una situazione già difficile.

Inutile specificare che, in assenza di provvedimenti che permettano di adeguare il personale dipendente delle ULSS, l'intera operazione può essere attuata solo affidando i servizi a strutture private

### 5) La questione della utenza

Il documento prende atto che:

Per coloro che attualmente sono inseriti con età superiore verranno garantiti percorsi alternativi in uscita dai centri diurni, in integrazione con la rete socio-assistenziale territoriale o in percorsi a carattere sociale attivati da Enti locali ed Enti del Terzo Settore, in collaborazione con le famiglie ed eventuali amministratori di sostegno.

Non viene previsto invece nulla per la utenza dove l'utilizzo delle strutture semiresidenziali si è sviluppato come elemento genericamente socializzante e di sostegno alle famiglie per la quale sarebbero più indicate strutture non sanitarie, quali Centri Sociali in accordo con la realtà del territorio.

Peraltro il documento non porta alcuna analisi della popolazione attualmente presente nei CD che consenta di capire di quali necessità e di quale loro entità si stia parlando.

### 6) La durata del trattamento

Parlando della durata complessiva di trattamento il documento indica che:

La durata complessiva del trattamento deve essere congrua agli obiettivi fissati per ogni singolo PTRP e non procrastinata oltre per sole necessità assistenziali o sociali. Si ritiene che un PTRP di Centro Diurno standard non deve eccedere i 10 anni di trattamento.

Più oltre specifica:

#### CD accr 11

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso la struttura è di 12 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto personalizzato. La durata complessiva del trattamento deve essere congrua agli obiettivi fissati per ogni singolo PTRP. Si ritiene che un PTRP di centro diurno standard non deve eccedere i 10 anni di trattamento. Il CSM in stretta collaborazione con l'equipe del centro diurno si attiva affinché il Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) includa percorsi di uscita dalla struttura semiresidenziale e d'inclusione nella rete territoriale.

a) Nessun dato di letteratura è portato per capire da cosa nasca questo dato che suggerisce un uso "collocativo" dei pazienti ed una facilità alla cronicizzazione.

b) Altri documenti regionali in tema di riabilitazione fissano permanenze molto più ristrette: la DGR 1673/2018 prevede infatti:

- CTRP tipo A SRP 1 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 18 mesi, prorogabile per altri 6 con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- CTRP tipo B SRP 2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 36 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- CA modulo Estensivo SRP 3.1 - La durata dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) è stabilita in 48 mesi estendibili fino a 72 mesi con rivalutazione annuali in UVMD, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- CA modulo Base - SRP 3.2 - La durata massima dei Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 24 mesi, prorogabile per altri 12, con rivalutazione annuali in UVMD con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento e non ulteriormente prorogabile.
- GAP - SRP 3.3 - La durata del progetto è definita dal Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati (PTRP) con rivalutazione annuali in UVMD.

c) Il documento nazionale sui LEA (DPCM 12 gennaio 2017) indica analogamente (sempre per le strutture residenziali):

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo): trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo: trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi.

Emerge un forte divario rispetto ad indicazioni espresse in altri ambiti della riabilitazione. Fra l'altro non è fatta alcuna distinzione fra moduli, suggerendo la possibilità di interventi decennali per moduli intensivi per esordi.

### **7) Liste di attesa:**

Al punto: CD accr 9 è indicato:

Il tempo di attesa non deve superare i 10 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, salvo saturazione dei posti disponibili.

Non è indicato nulla circa le liste di attesa ed i criteri che le devono governare.

### **8) Collocazione**

Il documento evidenzia:

CD au 1

Il Centro Diurno deve essere inserito in contesto urbano, ben servito dai mezzi pubblici, che faciliti il processo di differenziazione dal contesto ospedaliero, eviti operatività e modelli che inducano alla stigmatizzazione e sia in collegamento con la comunità locale. Può trovare collocazione anche in sedi annesse a strutture sociosanitarie territoriali, di norma non negli ospedali o ex-manicomi. Laddove le caratteristiche del territorio non consentano una sufficiente capillarizzazione delle opportunità di accesso, deve essere previsto il servizio di trasporto per gli utenti in condizioni di difficoltà a raggiungere l'unità di offerta.

È il classico "di norma" che definisce una regola generale ma non un divieto, permettendo l'uso di ospedali e di ex manicomi per una struttura che dovrebbe essere riabilitativa e risocializzante nel contesto di rete.

### **9) Le liste di autorizzazione ed accreditamento**

Non vengono indicati nel dettaglio gli item da ottemperare nell'ambito delle visite per autorizzazione ed accreditamento

### **10) Il rapporto con l'area della salute mentale nell'età di transizione (12-24 anni)**

La DGR 371/2022 riporta:

#### Area salute mentale nell'età di transizione (12-24 anni)

Laddove necessari, i trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale costituiscono un ulteriore elemento importante dell'intervento in favore di utenti con disturbi psichiatrici, qualora si renda necessaria una maggiore intensità di intervento e/o una parziale o totale discontinuità con i contesti di vita. Il dettaglio delle caratteristiche di questi percorsi è contenuto nell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 13 novembre 2014 "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" e nel DPMC LEA 12 gennaio 2017. Rispetto alla semiresidenzialità, dovranno essere implementati centri diurni per adolescenti e centri diurni specifici per l'età di transizione. A tal fine saranno avviate sperimentazioni ad hoc e sarà costituito uno specifico gruppo di lavoro per la definizione di standard regionali.

Dato questo ambizioso programma non si comprende perché nella DGR in esame non venga nemmeno fatta menzione al tema