

deliberazione n. 132

PROGETTO OBIETTIVO TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 2004/2006

ESTRATTO DEL PROCESSO VERBALE
DELLA SEDUTA DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL 6 LUGLIO 2004, N. 193

Il Presidente pone in discussione il seguente punto all'o.d.g.: proposta di atto amministrativo n. 123/03, a iniziativa della Giunta regionale "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006" dando la parola al Consigliere di maggioranza Andrea Ricci e al Consigliere di minoranza Fa-

bio Pistarelli relatori della V Commissione consiliare permanente;

omissis

Al termine della discussione, il Presidente pone in votazione la seguente deliberazione:

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Vista la l.r. 5 settembre 1992, n. 46 sulle procedure della programmazione regionale e locale;

Vista la l.r. 17 luglio 1996, n. 26, concernente il riordino del servizio sanitario regionale ed in particolare l'articolo 2, ove è stabilito che il Piano sanitario regionale, adottato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta, determina i criteri per l'approvazione da parte della Giunta regionale di progetti obiettivo ed azioni programmate per particolari aree di intervento;

Vista la l.r. 20 giugno 2003, n. 13, ed in particolare l'articolo 3, commi 1 e 2, ove è tra l'altro stabilito che la Regione, attraverso gli strumenti di programmazione, individua gli obiettivi da assegnare al servizio sanitario regionale, affidando nel contempo alla Giunta regionale il compito di impartire direttive vincolanti per i direttori delle Aziende sanitarie;

Visto altresì l'articolo 26 della l.r. 13/2003, ove è stabilito che il finanziamento del servizio sanitario regionale è ripartito in base ai criteri adottati dal Consiglio regionale;

Vista la propria precedente deliberazione 30 giugno 2003, n. 97, concernente il Piano sanitario regionale 2003/2006 ed in particolare il punto 2.2.1 ove è previsto che il Progetto obiettivo sulla salute

mentale sia approvato con deliberazione del Consiglio regionale;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, concernente la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la proposta della Giunta regionale;

Viste le proprie precedenti deliberazioni n. 282/1995 e n. 82/1996;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a), della l.r. 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del servizio assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e del Dirigente del servizio politiche sociali ed integrazione socio-sanitaria, nonché l'attestazione degli stessi che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del primo comma dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione consiliare permanente competente in materia;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

D E L I B E R A

di approvare, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3 della l.r. 13/2003, il "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006" nel testo allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "Il Consiglio approva"

IL PRESIDENTE DI TURNO

f.to Sandro Donati

I CONSIGLIERI SEGRETARI

f.to Mollaroli Adriana

f.to Guido Castelli

Allegato

PROGETTO OBIETTIVO
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE
2004/2006

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N. 132
APPROVATA DAL CONSIGLIO REGIONALE NELLA SEDUTA DEL 6 LUGLIO 2004

INTRODUZIONE

I dati

Sulla base dei dati forniti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) si può stimare che nelle Marche vengano seguiti circa 30.000 malati; il dato attende comunque una conferma nelle prossime rilevazioni in quanto quelle passate non erano sistematiche e non si basavano su una rigorosa definizione del concetto di “caso” e di “presa in carico”.

Tale difficoltà è in via di superamento con il Sistema Informativo Psichiatrico informatizzato (SISP – Marche), che la Regione ha avviato tenendo conto delle indicazioni concordate a livello nazionale con le altre Regioni e con il Ministero della Salute. Il sistema è disponibile per l'uso presso tutti i DSM ma al momento viene utilizzato pienamente solo da alcuni, in quanto vengono lamentate carenze di personale e di apparecchiature.

Per ciò che attiene alle caratteristiche dell'utenza che affluisce ai servizi, è stato comunque possibile effettuare una analisi parziale ma significativa, partendo dai dati dei DSM di Macerata e Senigallia che nell'anno 2002 hanno utilizzato regolarmente il SISP- Marche.

Riguardo alla condizione professionale (Cfr. grafico 1) possiamo affermare che trattasi prevalentemente di soggetti in condizione non professionale e pensionati (74.7%), poi operai (12.5%), lavoratori autonomi (6.1%), pochi impiegati (4.5%) e qualche dirigente o quadro direttivo (1.8%).

Rispetto al titolo di studio (Cfr. grafico 2) abbiamo un'alta percentuale (29.6%) di casi con scolarità medio bassa (nessun titolo, elementare e media inferiore); diversi utenti possiedono un diploma di scuola media superiore (23.9%); abbiamo poi pochi soggetti con diploma universitario o laurea (4.1%).

L'età degli utenti in carico, e cioè di quelli con almeno tre contatti nell'anno con le strutture ambulatoriali del DSM ovvero che abbiano avuto almeno un ricovero in strutture riabilitative residenziali o SPDC ospedaliero, è abbastanza alta.

Abbiamo solo un 7% al di sotto dei 25 anni.

Il 16 % è compreso tra i 25 ed i 34 anni, il 26 % è compreso tra 35 e 44 anni; il 21 % ha un'età tra i 45 ed i 54 anni, il 12 % ha una età tra 55 e 64 anni ed infine il 17 % ha una età superiore a 64 anni. Le femmine sono sempre più dei maschi, ad eccezione della classe di età 25-34 anni (Cfr. grafico 3).

Per ciò che attiene alla suddivisione dei casi in carico tra i vari gruppi di diagnosi, possiamo evidenziare senz'altro che le nevrosi depressive (28.4 %) e le psicosi schizofreniche (27.9%) sono le patologie che maggiormente interessano i nostri assistiti (Cfr. grafico 4) .

Si ritiene utile inoltre sottolineare come in questo particolare settore siano rilevanti i dati riferiti alla somministrazione assistita dei farmaci e la assistenza domiciliare. I valori riportati sono sempre riferiti alle due ex Aziende USL di Macerata e Senigallia e riguardano solo gli ultimi 10 mesi del 2002 (Cfr. Tabella A) .

Oltre a tali dati, riferiti agli utenti, il SISP-Marche ci consente di rilevare altre attività dei DSM; per esempio quelle rivolte alla educazione sanitaria, alle attività di prevenzione, alla lotta allo stigma, alla ricerca, ecc.

La rete dei servizi

La rete dei servizi è caratterizzata da strutture avviate di recente e spesso nuove per tipologia. La loro collocazione non sempre è in contesti urbani, come auspicato dagli esperti, ed in alcuni casi gli edifici richiedono ancora interventi di miglioramento strutturale.

In base al precedente Progetto Obiettivo sono stati programmati:

- 13 Dipartimenti di Salute Mentale: tanti quante erano le ex Aziende USL, tutti operativi;
- 13 Centri di Salute Mentale, intesi come punto di coordinamento e di direzione del Dipartimento : tutti costituiti anche se con caratteristiche funzionali non ancora omogenee ed ottimali;
- 13 Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura Ospedalieri, con complessivi n. 144 posti letto: tutti attivati, meno quelli di Fabriano e Camerino;

- 26 strutture residenziali terapeutico-riabilitative con personale nelle 24 ore e con non più di 20 posti letto, tutte in aree esterne agli ex Ospedali Psichiatrici: ne funzionano 22;
- strutture residenziali, chiamate “Gruppi Appartamento” a minore intensità assistenziale e con presenza del personale sanitario assistenziale programmata per fasce orarie: almeno un Gruppo Appartamento per ogni Dipartimento di Salute Mentale;
- 19 Centri Diurni : ne funzionano 17;
- n. 4 Day-Hospital;
- un minimo di 37 ed un massimo di 67 Punti Ambulatoriali, da tenere aperti in funzione dell’utenza e del personale disponibile: ne funzionano 54, per complessive 1.255 ore settimanali di apertura.

Alcune di tali strutture hanno raggiunto in modo soddisfacente gli obiettivi previsti dalla Regione, come ad esempio i Centri Diurni, gli SPDC ed i Punti Ambulatoriali .

I Centri Diurni hanno trovato una quasi completa ed agile realizzazione e con costi contenuti. Essi sono configurati come uno spazio in cui offrire strumenti ed opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere abilità, con idonee modalità di contatto interpersonale e con impiego integrato di risorse sanitarie e sociali.

Riguardo al personale, alla data del 30.06.2002, risultavano in servizio n.896 unità e perciò al di sotto dello standard nazionale di una unità ogni 1500 abitanti serviti. Si segnalano anche differenze significative tra i 13 DSM (Cfr. Tabella B).

Inoltre, in base ai dati raccolti dal Ministero della Salute, possiamo affermare che , nel panorama nazionale, la Regione Marche può essere collocata a livelli medio alti rispetto alla aderenza o meno agli standard previsti.

Infatti, considerando come incongrue sia le carenze di offerta di servizi, sia le situazioni in eccesso (ad esempio la residenzialità, in alcuni casi), la Regione Marche è al 5° posto per il numero di operatori, rispetto alla popolazione servita.

Le percentuali in eccesso o in difetto dei vari profili professionali, rispetto ai valori medi nazionali, sono rilevabili dal grafico “5 “.

La regione Marche è poi quella più prossima allo standard nazionale dei posti letto pubblici ospedalieri per 10.000 abitanti .

Le azioni più significative svolte

Uno dei problemi più sentiti nel settore della salute mentale è stato quello del superamento degli Ospedali Psichiatrici. Nelle Marche, con la collocazione degli ultimi ospiti nelle strutture territoriali, tutte esterne alle aree ex manicomiali, il processo di superamento può ritenersi concluso. Resta il compito di monitorare gli inserimenti effettuati e di assicurare la copertura delle spese di ricovero. In riferimento a quest'ultimo punto la Regione Marche assicura, per ogni paziente in carico, risorse che accompagnano nel tempo gli assistiti, a meno che questi non riescano ad acquisire una completa autonomia di vita uscendo così dal circuito assistenziale sanitario.

I pazienti ex O.P. in carico alla data dell'1.01.2003, erano 311.

Il fondo regionale per l'assistenza ammonta ad Euro 1808,00 al mese per ogni ospite, per una spesa complessiva al momento di circa Euro 6.745.925,00

Superate dunque le problematiche legate alla chiusura dei manicomi, in questa fase la Regione è principalmente impegnata a completare il Modello Dipartimentale territoriale , già disciplinato dalla l.r. 25/1985, abrogata dall'articolo 85 della l.r. 17 maggio 1999, n. 10 e dal Progetto Obiettivo Regionale, approvato nell'anno 1995 ed integrato nell'anno 1996, dove si prevede una precisa rete di strutture le cui tipologie sono state concordate sia con gli operatori, sia con le associazioni dei familiari.

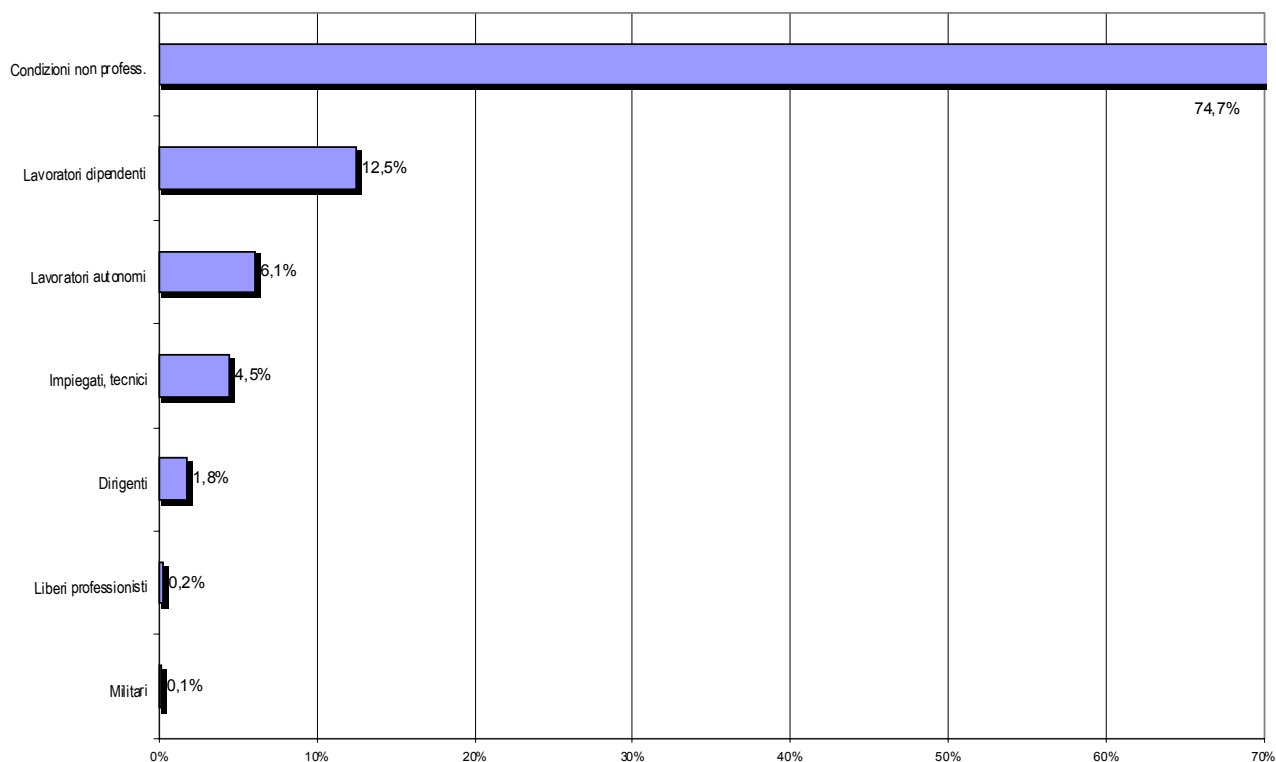
Invece il secondo progetto obiettivo nazionale (d.p.r. 10 novembre 1999), che peraltro non stravolge la precedente impostazione, è stato recepito nelle sue linee essenziali nell'ambito del Piano sanitario regionale "Un' Alleanza per la salute".

In sintesi le azioni più significative svolte sono le seguenti:

- approvazione del primo Progetto Obiettivo regionale (1995 / 1996);
- attuazione piano di interventi in conto capitale per la realizzazione delle strutture previste nel ricordato Progetto Obiettivo;

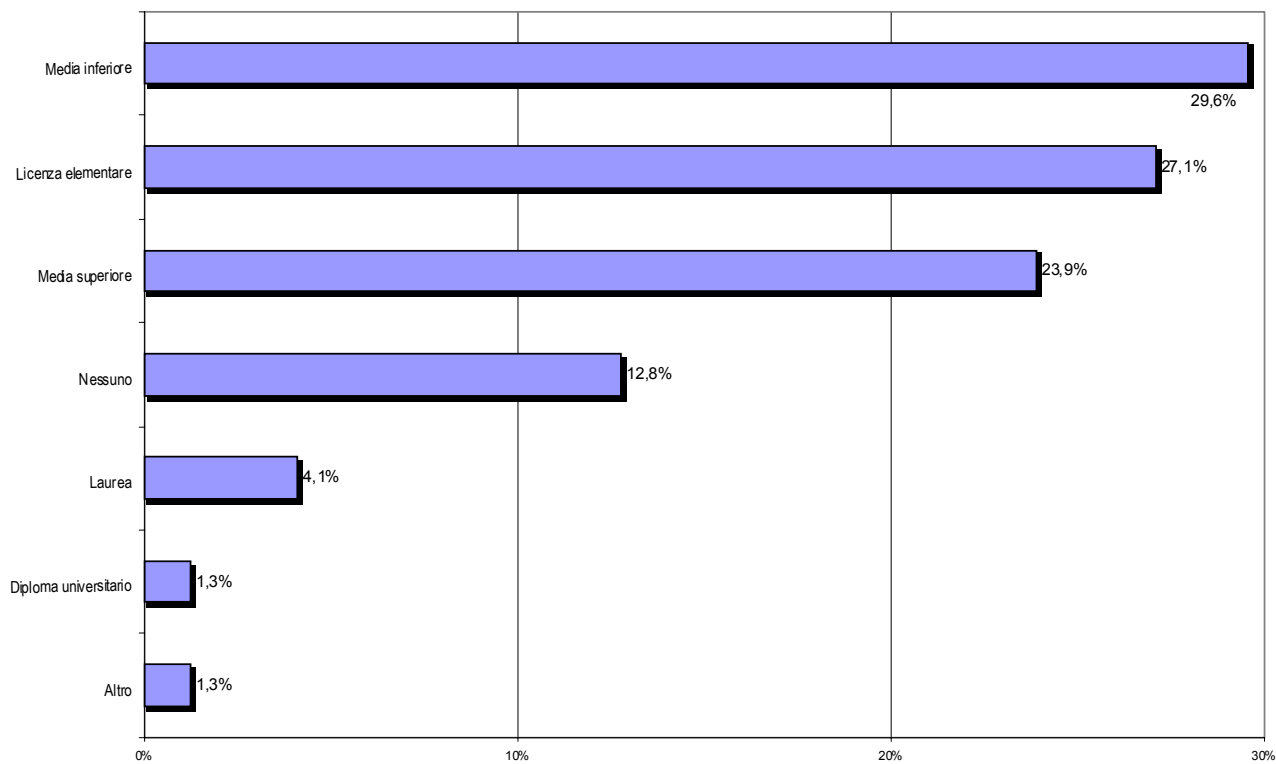
- adozione dello schema di Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale;
- approvazione delle linee di indirizzo in materia di integrazione di funzioni sociali e sanitarie nel settore della salute mentale;
- direttiva Regionale per i trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
- costituzione della Consulta Regionale per la salute mentale;
- chiusura dei quattro ex Manicomi (Pesaro, Ancona, Macerata e Fermo) secondo una metodologia che ha assicurato la continuità dell'assistenza senza alcun disservizio. Le verifiche testimoniano dei positivi inserimenti ed un generale miglioramento delle condizioni di salute;
- destinazione degli immobili degli ex Ospedali Psichiatrici alla produzione di reddito e riutilizzo delle entrate a favore di tutti i DSM delle Marche. Vi è un provvedimento regionale in tal senso che però è rimasto non applicato nelle ex Aziende USL di Pesaro ed Ancona ;
- realizzazione del progetto di Sistema Informativo Psichiatrico informatizzato (SISP-Marche). Il Software è stato definito e sperimentato presso le ex Aziende USL di Macerata e Senigallia ed è utilizzabile anche dalle restanti ex Aziende USL;
- svolgimento di progetti di prevenzione dei suicidi e dei disturbi di personalità tra i giovani con avvio di attività ambulatoriale specifica presso i Centri di Salute Mentale (previo utilizzo dei fondi di cui all'articolo 1, commi 34 e 34/bis, della legge 662/1996);
- strutturazione della DGR n. 2966 dell'11/12/2001, concernente i *servizi di sollievo*, da intervento sperimentale ad intervento strutturato con progettazione ed esecuzione triennale, servizi particolarmente importanti ai fini dell'inclusione sociale dei pazienti ed al benessere sociale delle loro famiglie, da finanziarsi con fondi sociali ed integrati con fondi sanitari.

1 - Condizione professionale degli utenti in contatto – Dati aggregati, ufficiosi(*)



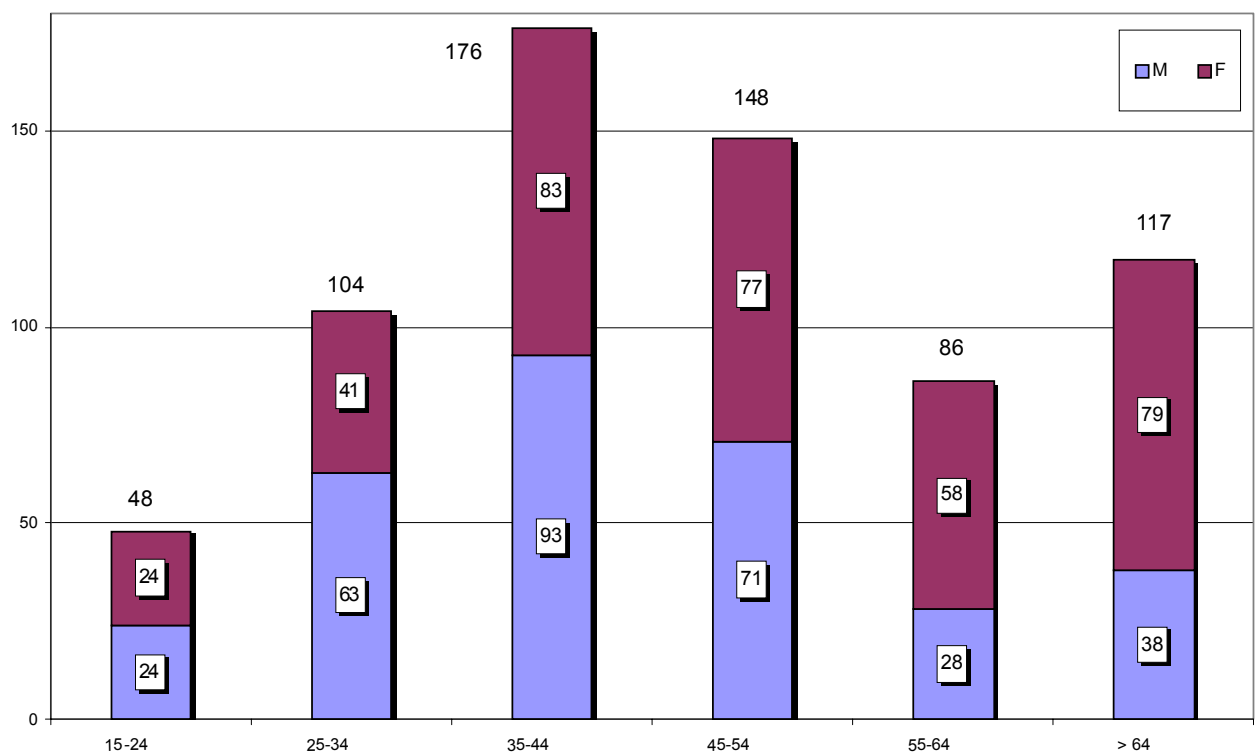
**) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM di Pesaro, Senigallia e Macerata, flusso informativo SISP-Marche.*

2 - Titolo di studio degli utenti in contatto-Dati ufficiosi (*)



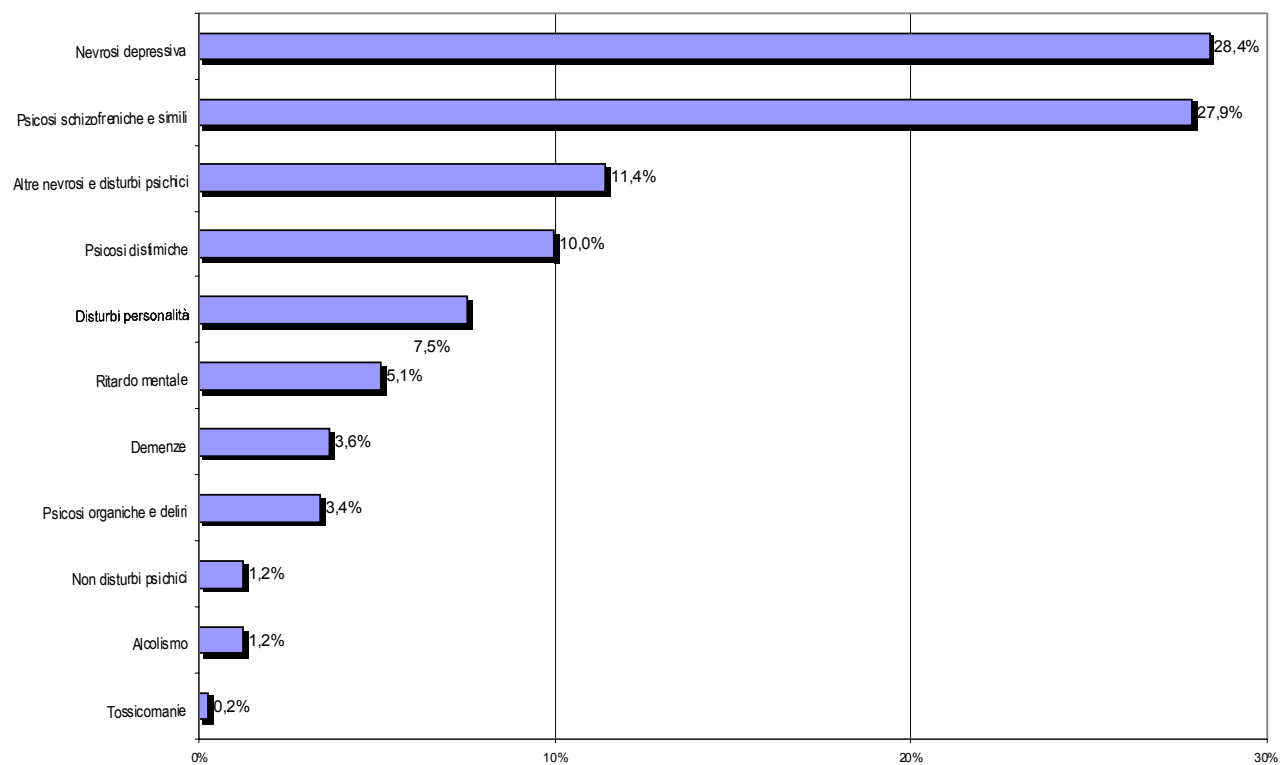
*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM di Pesaro, Senigallia e Macerata, flusso informativo SISP-Marche.

3 - Utenti in carico per sesso ed età - Dati ufficiali (*)



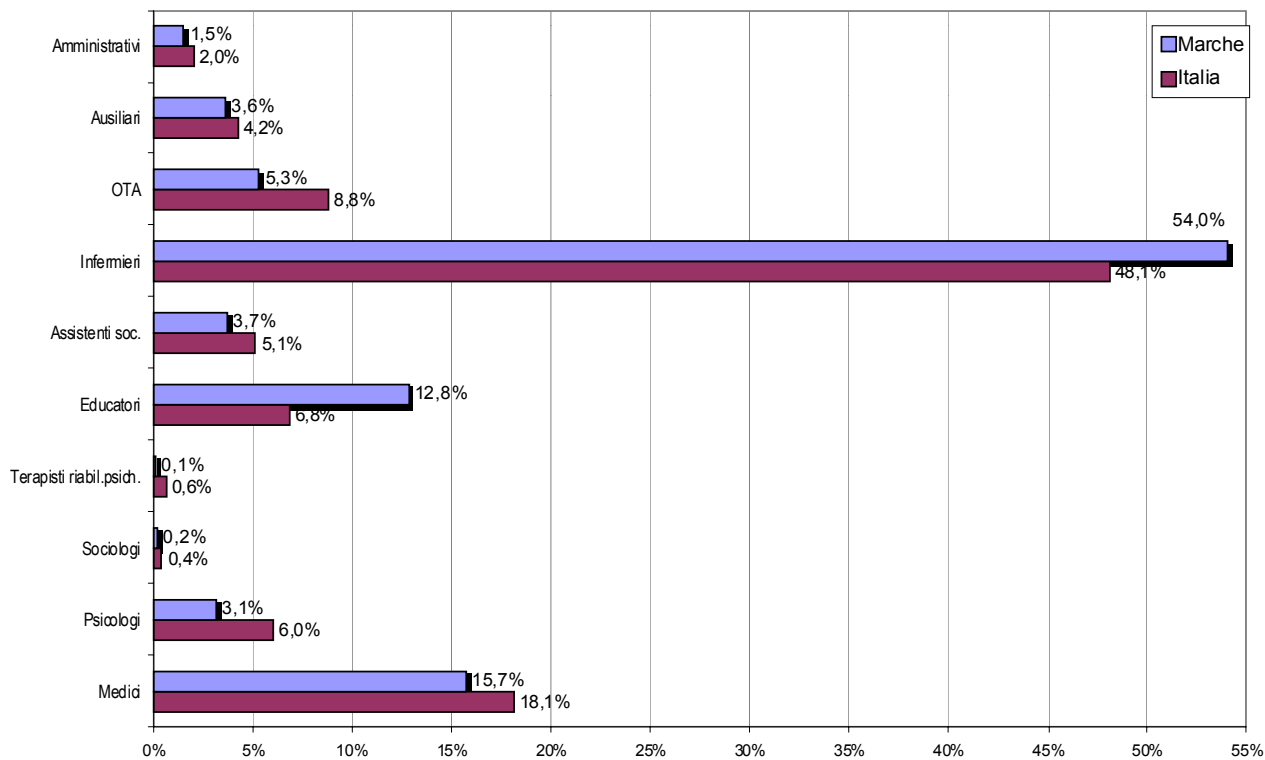
*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM di Pesaro, Senigallia e Macerata, flusso informativo SISP-Marche.

4 - Utenti in carico per gruppi di diagnosi - Dati ufficiosi (*)



*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM di Pesaro, Senigallia e Macerata, flusso informativo SISP-Marche.

5 - Profili professionali operatori DSM - Confronto dati regionali e nazionali (*)



*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM e del Ministero della Salute.

Tabella A : Attività e prestazioni - Valori percentuali (*)

	ATTIVITA'	%
0	Altro (Prestazioni non altrimenti classificate)	15,8
1	Visita psichiatrica	12,9
2	Colloquio clinico psicologico	2,0
3	Colloquio con figura diversa da psichiatra/psicologo	3,3
4	Consulenza	0,2
5	Accertamento medico-legale	0,0
6	Valutazione standardizzata mediante test	0,4
7	Psicoterapia individuale	1,3
8	Psicoterapia di coppia	0,0
9	Psicoterapia familiare	0,0
10	Psicoterapia di gruppo	1,4
11	Somministrazione di farmaci	23,4
12	Colloquio con i familiari	1,8
13	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto famiglia (indiv.)	0,0
14	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto famiglia (gruppo)	0,1
15	Incontro il medico di MG e altre strutture socio-sanitarie	0,0
16	Intervento sulle abilità di base (individuale)	8,4
17	Intervento sulle abilità di base (gruppo)	0,3
18	Intervento di risocializzazione (individuale)	0,9
19	Intervento di risocializzazione (gruppo)	6,4
20	Soggiorno-vacanza	0,9
21	Intervento di tipo espressivo, pratico, manuale, motorio (individuale)	3,5
22	Intervento di tipo espressivo, pratico, manuale, motorio (gruppo)	7,7
23	Formazione lavorativa	3,7
24	Intervento di supporto alle attività della vita quotidiana	4,9
25	Intervento per problemi amministrativi e sociali	0,2
26	Intervento di rete	0,1
27	Terapia infusiva	0,2
T O T A L E		100,0

*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM di Pesaro, Senigallia e Macerata, flusso informativo SISP-Marche.

Tabella B: Personale (rilevato nell'anno 2002)*

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	ASL 6	ASL 7	ASL 8	ASL 9	ASL 10	ASL 11	ASL 12	ASL 13	Tot. 2002
Medici	11	7	7	8	9	6	21	9	12	2	12	7	10	121
	67	26	27	32	37	8	94	31	57	8	51	19	39	496
	1	1	1	2	1	2	10	1	4	2	0	1	2	28
Personale sociale	3	2	1	1	2	1	6	1	2	2	4	2	3	30
	11	2	3	3	1	0	2	0	12	0	0	1	0	35
	18	11	2	3	4	3	18	15	1	6	7	1	6	95
	11		1		5		5	6	15		3		5	51
Animatori/Maestri d'Arte	2			1					9			4		16
Artisti	2	1		1			2				2		1	9
		2						9	1			3		15
	126	52	42	51	59	20	158	72	113	20	79	38	66	896

*) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati del DSM, anno 2002.

Tabella C: *Distribuzione percentuale del personale in servizio tra dipendenti e convenzionati - Raffronto Marche-Italia – Anno 2002. **

Profilo professionale	Dipendenti		Convenzionati	
	Marche	Italia	Marche	Italia
Psichiatri	94%	96%	6%	4%
Psicologi	80%	88%	20%	12%
Infermieri	96%	97%	4%	3%
Ota/OSS/Ausiliari	86%	81%	14%	19%
Assistenti sociali	100%	96%	0%	4%
Educatori	10%	49%	90%	51%
Amministrativi	100%	96%	0%	4%
Altro	16%	28%	84%	72%
Totali	81%	87%	19%	13%

**) Elaborazione del Servizio Assistenza territoriale ed Integraz. Socio-Sanitaria, sulla base dei dati dei DSM e del Ministero della Salute anno 2002.*

Premesse e contesto

Nelle ex Aziende USL delle Marche è stato avviato, pur con differenti gradi di realizzazione, il processo di riorganizzazione dei Servizi per la tutela della Salute Mentale, secondo il modello dipartimentale di tipo strutturale imperniato sul territorio, così come già definito nel primo progetto regionale che rimane pertanto riferimento organizzativo e culturale attuale. Tale organizzazione ha determinato la nascita e la strutturazione di vari servizi, anche residenziali, operanti con significativi risultati

A tale modello dipartimentale si integrano le azioni di tutela sanitaria e sociale previste dal PSR (Un'alleanza per la Salute) in ottemperanza alle disposizioni dello stesso, della legge 328/2000, della costituzione ed avvio delle funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali, della istituzione dei Servizi di Sollievo.

Pertanto, con il presente provvedimento si intendono apportare integrazioni, migliorare il livello di coerenza del dipartimento, fissare specifici

obiettivi di salute, individuare le priorità e proporre le azioni, determinando altresì tutte le opportunità derivanti dall'ottica del buon operare in regime di Integrazione socio-sanitaria (Servizi sanitari/Servizi Sociali) e di Integrazione Pubblico/Privato, attraverso lo strumento della partecipazione, della concertazione, della collaborazione.

La rete delle strutture, prevista dalle deliberazioni n. 282/1995 e n. 82/1996, così come integrata e modificata dal presente progetto obiettivo, tiene conto della specificità regionale caratterizzata da piccole AUSL, ora Zone Territoriali dell'ASUR, e da ampi territori collinari con popolazione sparsa e con difficoltà di collegamenti..

L'istituzione, invero, degli Ambiti Territoriali Sociali, del bilancio sociale di Area, dei Servizi di sollievo, e la definizione dei compiti dell'Ufficio di Promozione Sociale integrati con quelli dello Sportello della Salute, potranno contribuire notevolmente al miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi territoriali, strutturando una rete di risposte integrate potenzialmente ottimali.

1 - Obiettivi

In accordo con il Piano sanitario nazionale, con il Piano sanitario regionale 2003/2006 " Un' Alleanza per la Salute" e con il progetto obiettivo nazionale sulla salute mentale , i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale, sono i seguenti:

- a) promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva, di educazione sanitaria e delle dipendenze patologiche;
- b) assicurare la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;

- c) assicurare la prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza, al fine di favorire l'inclusione sociale nella comunità locale in accordo con i programmi ed i progetti dell'atto di integrazione;
- d) salvaguardare la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare del paziente; migliorare il funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali, soprattutto collaborando alla realizzazione ed al buon funzionamento dei progetti riferiti ai Servizi di Sollievo, istituiti con DGR n.2966 del 11.12.2001: "Articolo 58 l.r. 7.5.2001 - Individuazione degli interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie;
- e) ridurre i suicidi ed i tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).

2 - Interventi preventivi, curativi e riabilitativi prioritari

Nella progettazione delle attività atte a contrastare la diffusione dei disturbi mentali, i servizi di salute mentale, pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali medio-lievi, devono dare, nell'arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

A questo fine i DSM delle Marche debbono:

- ◆ assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone portatrici di una domanda di intervento;

- ◆ attuare all'interno dell'Area Territoriale zonale, tramite specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, il dipartimento per le dipendenze patologiche ed i Comuni associati degli Ambiti Territoriali, interventi di prevenzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, con lo scopo di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti.

Le azioni più opportune, per realizzare tali interventi, sono:

- a) l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (sia a domicilio che nella scuola, nei luoghi di lavoro e negli altri ambiti di aggregazione), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali, in un percorso integrato tra Distretti/Zona Territoriale e Ambiti Territoriali Sociali;
- b) la formulazione di piani preventivi e riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica;
- c) l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali);
- d) l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della Medicina Basata su Prove di Efficacia (Evidence Based Medicine);
- e) il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico. Si sottolinea che tale coinvolgimento è essenziale in quanto la responsabilità dell'assistenza, che è del servizio, non può prescindere dalla collaborazione dei familiari;

- f) l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, finalizzati anche alla individuazione e possibile riduzione dei rischi suicidari;
- g) il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di privato sociale no-profit, con finalità di inserimento sociale, lavorativo/abitativo/relazionale attraverso tutte le azioni di promozione volte sempre alla massima apertura e collaborazione tra Enti Locali, Aziende, Distretti/Zone e Ambiti Territoriali;
- h) promozione e attivazione di percorsi: all'inserimento lavorativo nelle aziende in collaborazione con i servizi appositi dei Centri per l'Impiego; di formazione al lavoro in collaborazione con le strutture accreditate al fine di incentivare l'inserimento in cooperative di tipo B;
- i) l'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà. Ciò aumenterebbe, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.

3 - Politiche e programmi di salute

La rideterminazione delle funzioni del Distretto, da attuarsi a cura della Regione in applicazione degli articoli 3-quater e seguenti del d.lgs. n. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229/1999, ed in raccordo con quanto previsto dalla legge 328/2000 e dal Piano sociale regionale, potrà contribuire a ridefinire il quadro organizzativo e le modalità di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie assicurate dai vari soggetti coinvolti nell'assistenza in favore delle persone con disturbi mentali gravi.

In attesa di tale innovazione normativa la Giunta Regionale è impegnata a definire strategie innovative che abbiano le caratteristiche di una sorta di "patto per la salute mentale" da attuarsi in tutte le aree periferiche e/o dei singoli DSM, tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, forze della

cittadinanza attiva, volontariato, ecc...), e volto alla valorizzazione delle risorse umane e materiali territoriali che dovrà divenire parte integrante del Piano di Zona, che gli Ambiti Territoriali sono tenuti ad elaborare, in attuazione del Piano Sociale regionale e della legge 328/2000, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4 - Interventi Specifici

Il progetto obiettivo nazionale sulla salute mentale, a fronte dei positivi cambiamenti registrati negli ultimi anni, evidenzia aspetti problematici che occorre avviare a soluzione. Molti di tali aspetti riguardano anche la realtà assistenziale della Regione Marche e perciò essi debbono essere affrontati nell'ambito del presente provvedimento e debbono costituire obiettivi specifici da perseguire attivando adeguate risorse umane e materiali; ci si propone in particolare di:

- a) portare a conclusione, entro il triennio, la realizzazione delle strutture assistenziali sanitarie previste dal presente progetto obiettivo (quale presupposto per l'attuazione del dipartimento territoriale);
- b) ridefinire l'offerta complessiva qualitativa e quantitativa e l'utilizzo di posti letto per media e lunga degenza, a fini terapeutico-riabilitativi, in strutture residenziali, differenziandone i programmi. In questo contesto, non va sottovalutata la necessità di contrastare ogni forma di "nuova istituzionalizzazione" all'interno delle strutture residenziali;
- c) determinare , sulla base di quanto stabilito al punto 1.2.3-2 del Piano Sanitario Regionale , per le attività complessive dei DSM , una quota dedicata del finanziamento regionale per riequilibrare il sistema dell'offerta sul territorio e permettere il progressivo raggiungimento degli obiettivi fissati dal presente programma;
- d) dedicare una attenzione specifica ai problemi della salute mentale in età evolutiva, attenzione necessaria per sviluppare strategie complessive, mirate

alla tutela della salute mentale di tutta la popolazione, nelle varie fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età giovanile, età adulta, età avanzata), garantendo la continuità della presa in carico ed a tal fine collaborare con le sperimentazioni di modelli organizzativi che saranno effettuate a livello nazionale;

- e) sviluppare valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate e all'efficacia degli interventi attuati;
- f) attuare il monitoraggio della spesa con istituzione di centri di costo;
- g) assicurare interventi coordinati ed eliminare, ove esistente, la conflittualità fra le varie figure professionali. A tal fine occorrerà esplicitare la "mission" affidata agli operatori ed ai servizi, e gli interventi che devono essere assicurati in via prioritaria. Per tale intervento si prevede l'introduzione della figura del "case manager", come figura importante, per assicurare la continuità terapeutica, per accompagnare il paziente nel suo processo di reinserimento, per snellire e decentrare ulteriormente le procedure decisionali;
- h) verificare per i servizi di salute mentale il possesso dei requisiti minimi di autorizzazione;
- i) regolamentare i rapporti con nuovi soggetti erogatori di servizi socio-sanitari (ONLUS e privato imprenditoriale) che chiedono ai dipartimenti di salute mentale di definire modalità, requisiti e tipologie di possibili "mix" pubblico-privato;
- j) sviluppare il ruolo strategico e le risorse degli enti locali (in particolare dei Comuni associati degli Ambiti Territoriali), nel contribuire alla definizione e alla realizzazione di innovative politiche di salute mentale intersettoriali, in tale ambito assicurare potenziamento e continuità ai servizi di sollievo , in forma integrata ed attuando progetti triennali co-finanziati tra i due sistemi, Sanitario e Sociale;
- k) sviluppare la collaborazione con le associazioni dei familiari e degli utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes dei servizi;

- l) rinnovare ed articolare l'offerta formativa degli operatori dei servizi, ma anche dei soggetti che, a diverso titolo, concorrono a pianificare e/o programmare, realizzare e valutare progetti di promozione e di mantenimento della salute mentale (enti locali, ONLUS, privato imprenditoriale);
- m) attuare il monitoraggio delle attività che vengono effettivamente assicurate agli ospiti dimessi dagli ex ospedali psichiatrici, nelle nuove strutture, ed in tale ambito promuovere la qualità di vita delle singole strutture e di ogni ospite, anche con il coinvolgimento delle associazioni dei familiari;
- n) assicurare una presenza di strutture terapeutiche riabilitative differenziate per prestazioni;
- o) definire regolari rapporti di integrazione con i Distretti, in particolare con i MMG, le UMEE, l' UMEA, i Consultori, i dipartimenti per le Dipendenze patologiche, e di collaborazione con le strutture ospedaliere;
- p) ridurre il ricorso all'interdizione ed alla inabilitazione promuovendo le procedure per la nomina dell'amministratore di sostegno e la completa applicazione della legge 9 gennaio 2004, n. 6, sulla materia;
- q) tutelare la Salute Mentale dei detenuti negli Istituti di Pena della regione, organizzando, in collaborazione con le strutture penitenziarie, strategie di tempestivo rilevamento delle situazioni preesistenti o sopravvenute di disagio mentale e di presa in carico adeguata.

5 - Tutela della salute mentale in età evolutiva

Il modello organizzativo dipartimentale, previsto nel precedente progetto obiettivo per i servizi di salute mentale dell'età adulta, è da ritenere il modello più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica, come del resto indicato dal Piano sanitario nazionale.

In questo progetto obiettivo si sottolinea la necessità di garantire innanzitutto idonee attività di prevenzione e di istituire, nell'ambito del Progetto

Obiettivo Materno Infantile, servizi di salute mentale dedicati per l'età evolutiva, onde meglio realizzare l'integrazione e l'interazione con i servizi per l'età adulta e definire comuni politiche e strategie per la tutela della salute mentale in tutte le fasi del ciclo vitale.

La Regione istituirà comunque un gruppo di lavoro composto da esperti dei DSM, SERT, UMEE, UO di Neuropsichiatria infantile, PLS, Consulenti e Servizi comunali, Privato sociale ed Associazionismo accreditati, con il compito di elaborare linee guida per la costruzione di profili di assistenza per la salute mentale in età evolutiva, in grado di definire e coordinare gli interventi socio-sanitari di prevenzione, cura, abilitazione e riabilitazione che le diverse strutture sono tenute ad assicurare. I DSM , in forma integrata con i servizi territoriali delle Zone Territoriali dell'ASUR, e degli Ambiti Territoriali Sociali, assicureranno per gli adolescenti specifiche iniziative, sulla base di linee guida regionali.

5/bis - Progetto autismo Marche per l'età adolescenziale ed adulta

Nell' ambito della realizzazione del progetto regionale “ *L'autismo nelle Marche: verso un progetto di vita* ” approvato con DGR n.1891/2002, e nell'intento di assicurare alle persone autistiche in età adolescenziale ed adulta e alle loro famiglie un apporto professionale altamente qualificato, si ritiene necessario individuare in ogni provincia almeno un referente psichiatra appartenente al DSM.

Il professionista individuato, dovrà essere appositamente formato sulle più attuali metodologie di intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo nei confronti dell'autismo.

Analogamente si ritiene necessario provvedere ad una estensione delle specifiche competenze a tutti gli operatori dei DSM marchigiani.

6 – Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Nel presente contesto, pertanto, ci si riferisce al DSM dei servizi di salute mentale per gli adulti, anche se è evidente che la maggior parte delle indicazioni relative agli aspetti organizzativi, ai compiti, alle funzioni, alla formazione, ecc., sono da considerare validi anche per le soluzioni organizzative dei servizi per l'età evolutiva.

6.1 Indicazioni generali

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), ispirandosi, al modello organizzativo della struttura operativa, deve garantire:

- ◆ l'individuazione delle specifiche risorse, in particolare di organico, dedicate alle attività per la tutela della salute mentale, esercitate dalle unità operative territoriali e ospedaliere del dipartimento;
- ◆ omogeneità di programmazione del loro utilizzo, in collaborazione con le strutture operative della Zona Territoriale dell'ASUR e dell'Azienda ospedaliera, ove sia collocato il Servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC);
- ◆ unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite una direzione unica del DSM.

Il funzionamento del DSM è regolato da apposito regolamento da emanarsi a cura dell'ASUR, in applicazione di quanto stabilito nel successivo paragrafo e secondo uno schema tipo regionale ove siano individuati organi, figure professionali, funzioni e modalità di gestione. A tal fine la Giunta Regionale è impegnata a riformulare lo schema tipo di regolamento del dipartimento approvato con DGR n. 3111 dell'1.12.1997.

Per le attività complessive dei Dipartimenti di Salute Mentale i Direttori di Zona sono impegnati a determinare una quota adeguata di finanziamenti , al netto della quota finalizzata aggiuntiva di cui al paragrafo “1.2.3” del PSR, commisurata all’ammontare delle spese per la gestione di tutte le attività del Dipartimento di Salute Mentale previste dal presente Progetto Obiettivo, considerate come livello minimo indispensabile, tenendo comunque conto del Piano Sanitario Regionale. La menzionata quota finalizzata aggiuntiva (3,3 + 6,6 + 9,9 mln di Euro) sarà utilizzata innanzitutto per le priorità individuate dal PSR ed in secondo luogo per gli altri obiettivi stabiliti dal presente Progetto ed individuati dalla Giunta Regionale previo parere della Consulta Regionale sulla Salute Mentale; dopo l’anno 2005 tale quota sarà a regime per ogni Zona Territoriale dell’ASUR.

La Regione inoltre destina ai DSM quote di finanziamento in conto capitale per la realizzazione delle strutture, riconoscendo come prioritarie quelle territoriali.

Dette quote possono derivare da programmi finanziati ex articolo 20 della legge 67/1988, dall’alienazione dei beni relativi agli ex ospedali psichiatrici (articolo 3, comma 5, della legge 724/1994), da altre disposizioni normative, da fondi propri.

Sono confermate le linee di indirizzo circa l’utilizzo degli immobili degli ex Ospedali Psichiatrici approvate con DGR n. 2566 del 13.10.1997. In caso di inerzia delle amministrazioni interessate la Giunta Regionale è autorizzata a trattenere, sulle quote spettanti in sede di riparto del fondo sanitario, somme equivalenti ai valori degli immobili che, in applicazione della accennata deliberazione, siano destinabili alla produzione di reddito.

La Regione, come principale attore di programmazione e gestione dei servizi erogati, si impegna per la concreta applicazione della legge 23 dicembre 1966, n.662, che prevede – ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico dei direttori generali dell'ASUR e dei Direttori di Zona – che si tenga conto delle iniziative adottate in sede aziendale per l'attuazione del Progetto Obiettivo per la tutela della Salute Mentale.

6.2 Organizzazione e compiti del Dipartimento di Salute Mentale

L'unitarietà nella programmazione, gestione e controllo del DSM, nelle sue articolazioni territoriali ed ospedaliere, è realizzata attraverso la direzione del DSM. Il modello organizzativo dipartimentale strutturato è da ritenersi il modello più idoneo a garantire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica. Esso comporta la necessità di assicurare un adeguato supporto amministrativo per i compiti gestionali propri della direzione del DSM.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sono stabiliti ai sensi della vigente normativa in materia ed in particolare della l.r. 20/2000 e suoi provvedimenti attuativi.

I Direttori di zona, al fine di un migliore utilizzo dei servizi interessati, stabiliscono forme di coordinamento tra il Dipartimento di Salute Mentale e le Strutture operative a favore dei soggetti tossicodipendenti ed alcooldipendenti, utilizzando protocolli operativi, percorsi-profili e quanto utile per la erogazione di un servizio integrato, con continuità sotto gli aspetti preventivo, diagnostico, terapeutico/riabilitativo e semplificazione gestionale).

6.3 Funzioni generali della direzione del DSM

Il Direttore del Dipartimento:

- assicura il funzionamento del dipartimento attuando i modelli organizzativi stabiliti dal Comitato di dipartimento;
- verifica la conformità dei comportamenti e i risultati con gli indirizzi generali forniti dai Direttori dell'ASUR e delle Zone Territoriali;
- rappresenta il dipartimento nei rapporti con la direzione generale e gli organismi esterni;
- gestisce le risorse attribuite al dipartimento secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento;
- convoca e presiede il Comitato di Dipartimento;
- promuove riunioni del personale operante nel dipartimento per problemi inerenti l'operatività dello stesso, verifica gli obiettivi ed elabora proposte di nuovi interventi e programmi di formazione ed aggiornamento professionale;
- cura e coordina il sistema informativo della struttura dipartimentale, raccordandolo con quello aziendale;
- partecipa di diritto al Consiglio dei Sanitari.

Comitato di Dipartimento

- Il Comitato di dipartimento assicura la direzione collegiale del Dipartimento e la partecipazione dei professionisti al processo di pianificazione strategica, alla definizione dell'assetto organizzativo, persegue l'affermazione e la diffusione di valori condivisi, garantisce l'adozione di principi e di criteri di organizzazione e di gestione delle risorse trasparenti, promuove il processo di innovazione e di miglioramento della qualità del sistema tecnico.

Costituzione:

- Direttore del Dipartimento
- Responsabili UO semplici e complesse del Dipartimento;
- Due Rappresentanti del personale sanitario, di cui uno medico ed uno psicologo;
- Due rappresentanti del personale non medico di cui uno infermiere.

Si riunisce con cadenza bimestrale.

Il Comitato di Dipartimento ha compito deliberante in merito:

- alla gestione in comune del personale;
- all'utilizzo in comune degli spazi e delle attrezzature;
- all'adozione di modalità organizzative ed alla relativa sperimentazione;
- al coordinamento ed allo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- al miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
- al coordinamento con le attività extra-ospedaliere connesse alle funzioni del dipartimento; alla gestione delle risorse finanziarie assegnate al dipartimento.

Il Direttore del DSM è responsabile della attuazione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate. Promuove attività di prevenzione primaria, tramite ricerche ed interventi sulle culture ed i contesti a rischio. Assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, anche al fine di garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno, secondo le indicazioni che saranno assunte in materia. Assicura inoltre:

- la verifica degli interventi preventivi, della presa in carico dei pazienti gravi, della continuità dell'assistenza;

- la promozione delle attività di MCQ (Miglioramento continuo di qualità);
- la realizzazione del sistema informativo ed in genere l'applicazione di questo progetto obiettivo, nei limiti delle risorse destinate dall'Azienda.

Il Direttore del DSM, acquisito il parere del comitato di dipartimento, adotta un documento in cui sono esplicitati:

- ◆ la missione, gli obiettivi generali e prioritari del DSM e le attività principali che il DSM si impegna a svolgere, in accordo con il progetto obiettivo nazionale e con il presente progetto obiettivo regionale, e con gli indirizzi programmatici della Regione;
- ◆ l'organigramma, con il quale vengono individuate le linee di autorità e le responsabilità delle varie componenti organizzative e dei progetti specifici;
- ◆ gli ambiti di attività per le varie figure professionali presenti nel DSM, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia dei rispettivi interventi, evitando, nel contempo confusioni o conflitti di competenze;
- ◆ fatta salva la necessità di definire un piano annuale di attività, approva anche, in accordo con la direzione generale della Zona Territoriale dell'ASUR, il piano strategico, ossia un documento che specifica le linee di sviluppo del servizio (quello che il servizio si propone di essere e di fare) a medio termine, cioè a tre anni;
- ◆ le modalità di raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria.

Il Direttore del DSM si rende garante ed attiva tutto ciò che è necessario per applicare correttamente le decisioni assunte dal Comitato di Dipartimento.

7 - Standard e gestione del personale

Come previsto nel Progetto Obiettivo 1994/1996, il DSM ha un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti; si dovrà comunque tenere conto degli

operatori indispensabili per la gestione delle strutture e delle attività previste dal presente Progetto Obiettivo e dei bacini di utenza di ridotte dimensioni.

In tale rapporto sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, operatori socio-sanitari, personale amministrativo.

Il Direttore del DSM, in accordo con il Comitato di Dipartimento e la Direzione zonale di riferimento definisce ed esplicita le politiche di gestione delle risorse umane.

In particolare:

- a) definisce il fabbisogno di personale in termini di equivalenti di tempo pieno per professionalità e posizione funzionale;
- b) valuta la presenza di personale convenzionato e, se è elevata, propone interventi per trasformarla in personale strutturato;
- c) verifica periodicamente l'adeguatezza dello standard di personale in rapporto alla tipologia e al volume delle attività da svolgere.

Entro sei mesi dalla approvazione del presente atto, la Giunta Regionale adotterà specifici criteri attuativi dei precedenti punti a), b) e c).

8 - Nucleo di valutazione - Miglioramento continuo di qualità (MCQ)

Ogni DSM attiva un nucleo di valutazione e miglioramento di qualità che collabora con gli uffici centrali per la valutazione e il miglioramento di qualità e per le relazioni con il pubblico e agisce di supporto alle attività dirette a migliorare la qualità professionale, la qualità percepita e quella manageriale.

Il nucleo è, pertanto, impegnato nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal DSM.

Ogni anno, ciascun DSM deve essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita.

Nel DSM, nel corso del triennio, i progetti di MCQ riguarderanno le seguenti materie:

- a) un progetto che valuti la soddisfazione degli utenti, dei familiari e della popolazione entro la quale opera il DSM;
- b) un progetto per migliorare la qualità della documentazione clinico-sociale degli utenti;
- c) un progetto per migliorare la continuità dell'assistenza;
- d) un progetto per la razionalizzazione dell'uso degli psicofarmaci;
- e) un progetto sulla valutazione e sul miglioramento della soddisfazione degli operatori;
- f) un progetto per migliorare la collaborazione con i familiari;
- g) un progetto per la riduzione delle recidive;
- h) un progetto sul livello di integrazione con i “Servizi di sollievo” a titolarità sociale.

Nell'ambito delle attività di valutazione, i DSM promuovono l'effettuazione di studi di follow up su particolari categorie di utenti, identificando eventi sentinella (quali, ad esempio, i suicidi dei pazienti in carico, atti di aggressività, reati commessi, perdita di vista di pazienti gravi), sui quali attivare inchieste confidenziali.

9 - Sistema informativo

Il sistema informativo psichiatrico informatizzato è quello già definito con DGR 1146 del 29.05.2001, che, nell'ambito del piano attuativo del sistema informativo regionale integrato di cui all'articolo 3 della l.r. 20 giugno 2003, n. 13

sarà valutato, adeguato tecnologicamente, potenziato, completato e messo a regime, con gli obiettivi di:

- a) consentire di valutare e di ridefinire le politiche e gli obiettivi del Dipartimento;
- b) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati;
- c) integrare le informazioni prodotte dalle singole componenti organizzative del DSM, in modo ad esempio che sia possibile avere un quadro unico della prevalenza e dell'incidenza degli utenti in carico, senza duplicazioni;
- d) fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati possibilmente concordato a livello nazionale;
- e) conoscere il numero dei persi di vista;
- f) rilevare il numero e la proporzione di utenti provenienti da zone esterne al bacino di utenza e conoscere il numero degli utenti del proprio territorio che facciano ricorso a servizi esterni, differenziando tra gli utenti inviati e non inviati dal servizio;
- g) rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza e i costi relativi, distinguendo tra i pazienti inviati e non inviati dal servizio stesso;
- h) rilevare il numero di interventi riabilitativi individualizzati e gli inserimenti lavorativi in ambiente protetto e non protetto;
- i) ricostruire la storia assistenziale per ogni singolo paziente ed avere dati sulle prestazioni effettuate , sulle diagnosi , sulle modificazioni della gravità della malattia , sulla valutazione del grado di disfunzione o della disabilità psicologica , sociale e lavorativa;
- j) rilevare il numero e la proporzione di utenti provenienti da zone esterne al bacino di utenza , rilevare la mobilità attiva anche ai fini della compensazione fra aziende sanitarie e rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza;
- k) rilevare il numero di interventi riabilitativi individualizzati, la tipologia del luogo ove sono effettuati e gli inserimenti lavorativi attuando strategie

collaborative con le attività proprie degli Ambiti territoriali in un'ottica di integrazione socio-sanitaria;

- l) analizzare i dati relativi ai residenti nel territorio di competenza ricoverati con diagnosi psichiatrica nei reparti ospedalieri diversi dal SPDC;
- m) ricavare indicatori che permettano di valutare il carico di lavoro del personale e l'entità dell'assistenza fornita in rapporto alla popolazione del bacino di utenza, di confrontare le attività ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di ricovero (distinguendo tra ricoveri volontari e TSO);
- n) diffondere i dati e gli indicatori da essi derivati a tutti gli interessati;
- o) analizzare i dati sul turnover e la presenza del personale forniti dalle Zone Territoriali dell'ASUR.

10 - Procedure e linee guida

Nei 24 mesi dall'entrata in vigore del presente progetto obiettivo, i DSM, anche sulla base delle indicazioni della Regione e del Ministero della Salute, adotteranno, attivando idonei progetti di formazione, linee guida, profili di assistenza e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, per quanto riguarda i seguenti temi:

- a) modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- b) criteri per la presa in carico;
- c) modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi;
- d) modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza (coordinamento tra SPDC e territorio, turni di lavoro del personale che assicurino il minor numero possibile di cambiamenti di curanti, nomina di un operatore di riferimento);
- e) modalità per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno; sulla materia la Giunta Regionale, sentita la consulta

regionale sulla salute mentale, elaborerà linee guida per garantire omogeneità per tutto il territorio regionale;

- f) criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO;
- g) criteri, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari e negli altri ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- h) riconoscimento e trattamento degli effetti collaterali dei farmaci;
- i) modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie;
- j) reazioni del servizio alla segnalazione di disturbo grave in persona che rifiuta l'intervento;
- k) reazioni del servizio a mancata presentazione agli appuntamenti o ad abbandono da parte di paziente grave;
- l) coordinamento dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva con gli altri servizi che entrano in contatto con la stessa utenza;
- m) rapporti di collaborazione e consulenza con gli altri reparti ospedalieri, inclusa la tutela del paziente in carico, ricoverato per patologia somatica;
- n) rapporti di integrazione, collaborazione e consulenza con i servizi per l'alcoolismo e le tossicodipendenze;
- o) rapporti con i medici di medicina generale e con i servizi del distretto socio-sanitario;
- p) collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari e di utenti della Zona Territoriale dell'ASUR;
- q) coordinamento con i servizi sociali dei Comuni, con le scuole, con i centri per l'impiego e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti; iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e privato imprenditoriale;
- r) rapporti con le strutture psichiatriche private accreditate, all'interno di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati;
- s) collaborazione, nell'ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione, con gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e con le case di cura che accolgono soggetti di competenza del DSM, anche se collocati fuori del territorio regionale;

- t) modalità con cui garantire la tutela della salute mentale ai detenuti (per le Zone Territoriali nel cui territorio hanno sede gli Istituti di Pena della regione);
- u) modalità di facilitazione dei reclami, di classificazione e di risposta agli stessi;
- v) verifiche di accreditamento professionale tra i DSM della Regione Marche, attuate in forma di supervisione tra pari.

I rapporti di cui alle precedenti lettere l), m), n), o), p) e q) debbono essere formalizzati con appositi protocolli.

La Giunta Regionale è comunque impegnata a coordinare e favorire il processo di formazione e l'applicazione delle linee guida e dei profili di assistenza, ed altresì ad adottare linee guida per i *Disturbi del comportamento alimentare (DCA)*, comprendendo: riferimenti ambulatoriali, ospedalieri e strutture per la riabilitazione.

11 - Formazione e aggiornamento

Il Direttore del DSM predispone un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del Dipartimento stesso, possibilmente collegato con altri DSM, con altri servizi delle Zone territoriali e con l'Università, con indicazione di un responsabile, da approvare in sede di Comitato di Dipartimento. Tale piano deve prevedere l'attivazione della supervisione e deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali, e nello stesso tempo favorire la capacità di lavoro in équipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale.

Gli interventi formativi riguarderanno in via prioritaria i seguenti temi:

- a) problematiche relative all'accoglienza, alla valutazione della domanda e alla presa in carico;

- b) aggiornamento sulle metodiche diagnostiche, sugli interventi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi, familiari e sulle strategie di intervento integrato; va data priorità alle strategie terapeutico riabilitative la cui efficacia sia provata da evidenze scientifiche, secondo i principi della Medicina Basata su Prove di Efficacia (Evidence Based Medicine);
- c) conoscenze di base sul riconoscimento dei disturbi psichici, sul loro trattamento e in particolare sul riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, soprattutto per quegli operatori privi di formazione specifica;
- d) abilità di comunicazione e di relazione interpersonale;
- e) identificazione e attivazione di risorse comunitarie e territoriali;
- f) acquisizione di competenze sulle metodologie e sulle pratiche dell'intervento di rete;
- g) principi e pratica del MCQ (miglioramento continuo di qualità);
- h) rilevazione corretta dei dati per il sistema informativo.

I progetti formativi concordati con altri servizi (materno - infantile, tossicodipendenze, distretto, ambito territoriale, ecc...) devono riguardare prioritariamente le tematiche inerenti le patologie di confine (disagi dell'adolescenza, doppie patologie, demenze, AIDS, ecc...).

Ogni programma formativo, promosso o patrocinato dal DSM, dovrà avere obiettivi di apprendimento ben formulati. Dovrà essere valutato il raggiungimento di tali obiettivi sia al termine del programma, sia successivamente, accertando le applicazioni di quanto appreso nel lavoro quotidiano.

12 - Carta dei Servizi

La direzione del dipartimento provvede alla stesura e relativa diffusione della parte riguardante i servizi di salute mentale della carta dei servizi dell'azienda di appartenenza. La carta dei servizi comprende come minimo:

- la descrizione delle strutture presenti, con modalità di accesso e orari;
- la descrizione delle priorità del DSM e delle principali attività svolte;
- l'indicazione dei responsabili;
- le modalità di segnalazione dei reclami e l'impegno a dare loro risposta;
- l'indicazione dei tempi di attesa prevedibili;
- l'impegno dei DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti e di volontariato;
- le possibili compartecipazioni alla spesa degli utenti; le integrazioni ai costi di gestione saranno determinati, in sede regionale in applicazione del dpcm 14.02.2001 e relativi Lea ed i Liveas.

13 - Componenti organizzative dei DSM

I servizi essenziali, costitutivi del DSM, sono classificabili nei seguenti:

- A. Strutture di ricovero
- B. Strutture ambulatoriali
- C. Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sanitarie
- D. Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche d'integrazione socio-sanitaria

Inoltre il DSM ed i rispettivi Ambiti Territoriali Sociali di riferimento definiscono intese per l'appropriato utilizzo dei seguenti servizi:

- A. Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sociali (Cfr. allegato 2);
- B. Componenti organizzative proprie degli Ambiti Territoriali Sociali nell'area della Salute mentale.

14 - Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti

La Giunta Regionale è impegnata ad avviare, in via sperimentale, un modulo residenziale per attività terapeutiche e riabilitative a favore di pazienti psichiatrici adolescenti.

La fase sperimentale, di almeno 2 anni, sarà finanziata con oneri a carico della quota finalizzata aggiuntiva di cui al paragrafo "1.2.3" del vigente PSR. L'ammontare del finanziamento è determinato dalla Giunta Regionale, sulla base dell'analisi dei costi.

La Giunta Regionale determinerà altresì le modalità di gestione della struttura e di raccordo tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e quelli per l'età adulta.

15 - Privato Sociale

Le strutture residenziali e semiresidenziali possono essere realizzate e gestite dalle Zone Territoriali o dal privato sociale e privato imprenditoriale. In questo ultimo caso, fatti salvi i requisiti e gli standard previsti dalla normativa vigente e dal presente progetto obiettivo, le Zone Territoriali ricorreranno a tali strutture, autorizzate ed accreditate, nel rispetto degli articoli 8 bis e seguenti del d.lgs. 502/1992, e successive modificazioni, e della l.r. 20/2000.

Nel procedimento di autorizzazione, saranno considerate aree di insediamento prioritarie quelle carenti di talune delle strutture del DSM così come definite nel presente progetto obiettivo.

Il DSM, ai fini di una maggiore integrazione sociale dei propri utenti in carico, ricercherà la collaborazione, sottoscrivendo specifici protocolli di intese e convenzioni, delle Associazioni di volontariato e del Privato Sociale presente nel territorio. Ciò, in particolare, nelle seguenti aree di attività:

- prevenzione;
- attività di sostegno alla vita di relazione;
- inserimento lavorativo;
- inserimenti abitativi.

16 - Ruolo degli enti locali

Gli enti locali, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano alla realizzazione del presente progetto obiettivo, secondo le linee di intervento fissate dalla legge 328/2000 e dal Piano Sociale regionale e nel rispetto della normativa attuativa degli articoli 3-septies del d.lgs. 502/1992, così come modificato ai sensi del d.lgs. 229/1999 (d.p.c.m. 14.02.2001).

In particolare i Comuni ed i loro rispettivi ambiti territoriali sono impegnati a:

- a. garantire e promuovere il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria, direttamente o attraverso forme associate territoriali e comunque ricadenti nelle azioni proprie degli ambiti territoriali e interambito;

- b. partecipare alla programmazione locale e regionale, ed alla verifica dei risultati conseguiti dalle Zone Territoriali dell'ASUR nel campo della tutela della salute mentale, raccordando il Piano di Zona dell'Ambito Territoriale con il programma delle attività del DSM, in particolare promuovendo tutte quelle azioni che ricadono nell'organizzazione dei Servizi di Sollievo alle famiglie dei pazienti con patologie psichiatriche e relativi protocolli d'intesa;
- c. assicurare la fruizione dei servizi di rilevanza sociale rivolti alla generalità dei cittadini;
- d. garantire il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare;
- e. destinare strutture per assicurare i servizi;
- f. promuovere progetti di inserimento lavorativo;
- g. promuovere progetti di residenzialità parzialmente assistita riguardante comunità alloggio, alloggi di emergenza, ecc., così come disposto dal Regolamento regionale 25 febbraio 2004, n. 1, in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- h. garantire l'assistenza domiciliare domestica in un sistema integrato di servizi alla persona;
- i. promuovere "accessi unici alla rete dei servizi" costituendo delle vere e proprie "accettazioni territoriali" intese come accessi attraverso i quali il cittadino fruisce non solo dei servizi distrettuali ma anche della rete generale dei servizi socio sanitari (integrazione tra Sportelli della Salute e Ufficio della Promozione Sociale).

La Regione ed i Comuni promuovono e sostengono la partecipazione degli utenti del DSM alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo, anche con specifici interventi mirati.

I criteri, le modalità e gli strumenti per la formalizzazione dei rapporti fra Zone Territoriali dell' ASUR ed enti locali saranno definiti nell'ambito della normativa attuativa degli artt. 3-quater e seguenti del d.lgs. 502/1992, nonché della legge 328/2000 e del Piano Sociale regionale.

In materia di integrazione di funzioni sociali e sanitarie varranno le linee di indirizzo che la Regione adotterà in attuazione del d.p.c.m. 14.02.2001.

Il progetto pilota dei SERVIZI di SOLLIEVO, gestito in ambito sociale e sanitario, deve garantire un sostegno alle famiglie con soggetti con problematiche psichiatriche e deve essere attuato con continuità nell'ambito della validità di questo progetto obiettivo.

Come affermato nel Piano sanitario regionale, per affrontare i "nuovi" bisogni (anche nel campo della salute mentale) "è evidente che occorre spostare l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse (pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato, ecc.) verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali...".

Con la DGR n. 2966, dell' 11.12.2001: "Articolo 58 l.r. 7 maggio 2001, n. 11 - Individuazione degli interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie", la Regione Marche ha dato avvio ad un percorso integrato, dove il sociale, titolare della progettazione, in accordo con la sanità, ha individuato nuovi interventi con particolare attenzione al sostegno delle famiglie con soggetti con problematiche psichiatriche.

La programmazione e la progettazione territoriale hanno dato vita a importanti atti d'intesa e alla creazione di servizi integrati per soddisfare bisogni e necessità diversificati.

Questo nuovo modello rientra nei principi, sia della legge 328/2000 e del Piano Sociale Regionale, sia del PSR "Un'alleanza per la salute", e dovrà passare dalla fase sperimentale a una forma consolidata di intervento. In questo contesto assumono un ruolo significativo le associazioni dei familiari, quali protagonisti attivi nella costruzione della rete dei servizi a proprio sostegno.

I "Servizi di sollievo" contribuiscono, attraverso una corretta collaborazione sanità/sociale, al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PSR "Un'alleanza per la salute" quali:

- 1) Costruire una politica pubblica per la tutela della salute
- 2) Creare ambienti capaci di offrire sostegno
- 3) Rafforzare l'azione della comunità
- 4) Sviluppare le capacità personali
- 5) Riorientare i servizi sanitari

17 - Ruolo dell' Università

Tramite appositi accordi (ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, e l'articolo 1, del d.lgs. n. 517/1999), possono essere sottoscritte intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del DSM nella formazione universitaria (facoltà di medicina, scuole di specializzazione, diplomi universitari, ecc...), così come potranno essere coinvolte professionalità universitarie per i processi di formazione del personale dei servizi psichiatrici.

18 - Realizzazione del progetto: valutazioni, verifiche, ricerca

L'attuazione del presente progetto obiettivo deve essere accompagnata da azioni di verifica in ordine alla validità degli indirizzi programmatici forniti, attraverso la valutazione dei risultati raggiunti, in rapporto alle risorse umane e finanziarie messe in campo. Devono, inoltre, essere messe a punto mirate attività di sperimentazione e di ricerca.

Per tale scopo la Regione, previo **supporto tecnico** dell'Agenzia Regionale Sanitaria, avvalendosi anche dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Università e di altri enti di ricerca, promuoverà almeno le seguenti attività:

- a. Studio delle esperienze esistenti sull'assetto dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva, ed eventuale sperimentazione nella Regione Marche di un

modello organizzativo idoneo a garantire gli interventi assistenziali più efficaci ed il raccordo funzionale con i servizi di salute mentale per l'età adulta.

- b. Monitoraggio della spesa tramite i centri di costo.
- c. Studio dei sistemi di finanziamento dei servizi di salute mentale.
- d. Verifiche sui requisiti per l'accreditamento.
- e. Definizione di indicatori demografici e socioeconomici da utilizzare come possibili fattori di correzione degli standard strutturali.
- f. Verifiche sulle dotazioni organiche e sulle tipologie delle varie figure professionali, in ordine al fabbisogno e alle necessità formative.
- g. Definizione di percorsi di trattamento per patologia e di standard minimi sotto i quali ogni attività risulta inefficace. In tale ambito, definizione di percorsi assistenziali integrati, anche se riferiti a tipologie di strutture attigue (residenziali o diurne).
- h. Diffusione della cultura della valutazione.
- i. Ricerca epidemiologica e clinica. Effettuazione di indagini su campioni rappresentativi della popolazione sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici e sui fattori di rischio noti. Attenzione specifica deve essere anche dedicata alla ricerca finalizzata a sperimentare interventi di prevenzione primaria.
- j. Definizione di protocolli e modalità di collaborazione fra operatori del dipartimento di salute mentale e operatori dell'Amministrazione penitenziaria nel trattamento dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari e in altre strutture psichiatriche penitenziarie.
- k. Coinvolgimento delle associazioni scientifiche dei medici di medicina generale nella messa a punto di protocolli di collaborazione con gli operatori di salute mentale per la presa in carico e il trattamento di pazienti psichiatrici.

19 - Consulta Regionale per la salute mentale

La Consulta Regionale per la salute mentale, già prevista dalla Deliberazione n. 282 del 8/3/1995, è composta come segue:

- a) l'Assessore alla Sanità e l'Assessore ai Servizi Sociali che svolgono rispettivamente le funzioni di Presidente e Vice Presidente;
- b) il Presidente ed il Vice Presidente della Commissione Consiliare Regionale competente in materia;
- c) il Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale ed integrazione socio-sanitaria;
- d) il Dirigente del Servizio Politiche Sociali ed Integrazione Socio-Sanitaria;
- e) il Responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria dell'ASUR;
- f) il Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Ancona o suo delegato;
- g) un Direttore di Dipartimento di Salute Mentale per ogni ambito provinciale;
- h) due specialisti in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Regionale;
- i) un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, uno per provincia, individuati dai rispettivi Ordini professionali;
- j) sei operatori esperti non medici del settore della salute mentale, pubblici o privati, da scegliersi tra i seguenti profili professionali: assistenti sociali, psicologi, sociologi, educatori, infermieri;
- k) un rappresentante (assessore o delegato), per provincia, dei sindaci dei comuni degli Ambiti Territoriali, individuato dai rispettivi Coordinamenti provinciali per la tutela delle persone disabili;
- l) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative;
- m) cinque rappresentanti delle associazioni regionali dei familiari degli utenti, scelti dalle stesse associazioni;

- n) due esperti delle associazioni del volontariato impegnate nel settore, maggiormente rappresentative, da scegliersi tra i nominativi segnalati dalle stesse;
- o) due rappresentanti del privato sociale e due rappresentanti delle ONLUS accreditati, impegnati nel settore della salute mentale;
- p) un assessore provinciale dei servizi sociali, rappresentativo delle province.

Le funzioni della Consulta restano quelle già definite dalla deliberazione n. 282/95.

Si istituisce, inoltre, il *Gruppo Tecnico Regionale* ristretto, costituito da tecnici sanitari e sociali di comprovata esperienza, con funzioni atte a promuovere, definire e proporre per l'approvazione, linee guida e profili di assistenza per una corretta utilizzazione delle strutture e dei servizi del DSM.

20 - Quadro riepilogativo degli standard

- a) Un DSM per Zona Territoriale ed almeno un Centro di salute mentale (CSM) per ogni DSM.
- b) Punti ambulatoriali: uno ogni 50.000 abitanti serviti, di cui quello principale presso il CSM e secondo il calcolo del fabbisogno ore di apertura ambulatorio/popolazione, riconducibile, tendenzialmente, allo standard nazionale di 8-10 ore settimanali per 10.000 abitanti.
- c) Servizi psichiatrici diagnosi e cura ospedaliera (SPDC) e Strutture residenziali terapeutiche (SRT) : complessivamente un posto letto ogni 10.000 abitanti.
- d) Day Hospital (DH): sono individuati dal DSM, tenendo presente che l'attivazione di un posto letto in DH presuppone la soppressione di un equivalente posto letto in SPDC.
- e) Centri Diurni (CD): almeno uno per ogni DSM.

- f) Strutture residenziali terapeutiche (SRT), Strutture Riabilitative Residenziali (SRR) e Comunità Protette (CP), obiettivo tendenziale: una struttura per ogni tipologia, per ogni DSM. Posti letto: tre ogni 10.000 abitanti . I DSM già sedi di ex Ospedali Psichiatrici che abbiano attivati posti letto superiori al presente standard, programmeranno una graduale riduzione degli stessi.
- g) Gruppi appartamento: almeno uno per ogni DSM.
- h) Servizi di sollievo: collaborare attivamente per la realizzazione dei progetti a livello di Ambito territoriale ed inter-ambito al fine di assicurare in ogni Zona Territoriale dell'ASUR, secondo le direttive regionali, almeno le seguenti tre tipologie di progetti triennali: servizi di residenzialità breve; servizi di tempo libero e punti di aggregazione e risocializzazione, specialmente negli orari non coincidenti con quelli delle strutture sanitarie; servizio di promozione dell'auto-mutuo aiuto.
- i) Personale: almeno una unità per ogni 1.500 abitanti serviti, assicurando comunque la presenza di tutti i profili professionali previsti e con correttivi a favore delle Zone Territoriali di ridotte dimensioni.

Le Zone Territoriali possono attivare strutture residenziali e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura a servizio di due o più DSM, fermi restando i rispettivi limiti di 20 e 16 p.l. e non più di due moduli contigui ed autonomi.

Strutture operative del DSM

Le strutture operative, di cui al presente allegato, operano all'interno del DSM, ne sono parte integrante e garantiscono la continuità terapeutica e la unitarietà degli interventi curativi e riabilitativi.

I requisiti strutturali ed organizzativi delle stesse sono quelli di cui alla l.r. n.20/2000 , alla D.G.R. n. 2200 del 2000, modificata dalla D.G.R. n.1579 del 2001, alla D.G.R. n.1889 del 2001 e quelli derivanti dalla applicazione del presente provvedimento.

1 Strutture ambulatoriali

1.1 - Centro di Salute Mentale

Definizione

Il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, per il territorio di competenza., tramite l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

Funzioni

In particolare il CSM svolge:

- a) attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- b) definizione e attuazione di programmi personalizzati terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, con le modalità proprie dell'approccio integrato. Le attività

vengono svolte tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", ed anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica;

- c) attività ambulatoriali: trattamenti farmacologici e psicoterapeutici;
- d) attività di collaborazione con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per costruire progetti terapeutici ed attività formativa/informativa;
- e) programmi di gestione di casi multiproblematici con gli altri servizi interessati;
- f) consulenza specialistica alle strutture residenziali per anziani e per disabili;
- g) attività di filtro ai ricoveri in SPDC e controllo della degenza nelle strutture private, al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- h) valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche cliniche e delle procedure adottate;
- i) attività di integrazione con l'Ambito Territoriale Sociale per l'attivazione di risposte di accoglienza temporanea e servizi di supporto e di sollievo alla famiglia.

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana, o in regime di apertura o in pronta disponibilità. Il DSM attiva almeno un punto ambulatoriale per la salute mentale per ogni Distretto/Zona Territoriale, con orari di apertura rapportati alle dimensioni della domanda.

Rapporti

Stabilisce rapporti con i MMG, associazioni di volontariato, associazioni dei famigliari, attraverso le linee guida indicate dal Comitato di Dipartimento con tutte le altre UO dello stesso Dipartimento e con le articolazioni organizzative del Distretto Territoriale.

Criteri di accesso

Diretto e/o su invio del MMG

Personale

In base agli standard di apertura, al dimensionamento del bacino di utenza e garantendo almeno la presenza di uno psichiatra o di uno psicologo o di un assistente sociale o di un infermiere.

E' previsto almeno un CSM per ogni DSM. La Giunta Regionale individua, con apposito atto, numero, qualifica e funzioni del personale minimo necessario per l'attivazione della struttura.

2 - Strutture di ricovero

2.1 - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Definizione

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici obbligatori in condizioni di ricovero e trattamenti ad alta intensità terapeutica relativi a condizioni acute. I sanitari del servizio esplicano attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri attraverso modalità stabilite all'interno del DSM.

Funzioni

Luogo di ricovero del DSM che , in maniera integrata con le altre UO del Dipartimento, permette la realizzazione di progetti di recupero e di riattivazione delle potenzialità individuali per la salute mentale.

Rapporti

I professionisti del SPDC lavorano in maniera integrata con la struttura ospedaliera, attraverso il meccanismo della consulenza e, attraverso il DSM, con il territorio, instaurando rapporti costruttivi con i MMG.

Criteri di accesso

Secondo le modalità espresse dalla attuale normativa in materia di TSO, nel rispetto dei diritti e valori della persona, e comunque sempre attraverso gli operatori del DSM, quando trattasi di ricoveri programmati.

Personale

Assistenza medica nelle 24h in forma continuativa e/o reperibilità.
Assistenza infermieristica: 300 minuti, con la co-presenza di almeno tre figure professionali (infermieri ed operatori socio-sanitari) nei turni di giorno.

Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

2.2 – Day - Hospital

Definizione

Il DH costituisce un'area di degenza a ciclo diurno per prestazioni diagnostiche e terapeutico deliberate sulla base dell'apposito atto d'indirizzo. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Funzione

Ha la funzione di:

- permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici complessi;
- effettuare trattamenti farmacologici;
- ridurre il ricorso al ricovero.

Criteri di accesso

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

La collocazione ed il numero dei posti letto in DH sono individuati dai DSM, tenendo presente che l'attivazione di un posto letto in DH presuppone la soppressione di un equivalente posto letto in SPDC, ai sensi del D.P.R. 20.10.1992, articolo 2, commi 1 e 2.

Rapporti

Stabilisce rapporti con le altre UO del dipartimento per la realizzazione di progetti integrati sulla persona, nonché con i MMG.

Personale

Non esclusivo, in quanto calcolato nell'ambito dei p.l. del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura.

2.3 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)

Definizione

Trattasi di una struttura residenziale in cui si svolge una parte del programma diagnostico, terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con caratteristiche di post acuzie, con lo scopo

di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività terapeutico- riabilitative.

Tali strutture, che non debbono avere più di 20 posti letto, assicurano al paziente psichiatrico assistenza in fase di stabilizzazione di malattia o in dimissione dal SPDC. Prevedono l'erogazione di cure sotto sorveglianza infermieristica e supervisione medica.

Criteri di accesso

Accolgono persone in condizione di patologia esclusivamente psichiatrica ed offrono assistenza ad alta intensità sanitaria.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avviene in conformità ad un programma personalizzato concordato e periodicamente verificato, fra gli operatori del DSM dei vari servizi ed eventuali "terzi" di riferimento.

Alla dimissione dalla SRT, quando la condizione del paziente si è stabilizzata, può seguire il rientro al domicilio con supporto assistenziale o se necessario, il passaggio ad una struttura residenziale a minore intensità assistenziale (SRR, CP o Gruppo Appartamento).

La spesa per i ricoveri è a totale carico del SSN.

Modalità di accesso : invio del DSM di residenza dell'assistito.

Criteri di esclusione

La struttura pertanto non va utilizzata come soluzione abitativa definitiva ma come servizio di carattere provvisorio inserito in un programma di cura e/o di riabilitazione.

Rapporti

Con le altre UO del Dipartimento

Personale

La presenza del personale sanitario di assistenza è prevista 24 ore su 24.

Con successivo atto verranno determinati gli standard del personale.

Il numero delle SRT e dei relativi posti letto sono determinati dai singoli DSM, nel rispetto degli standard regionali di cui al paragrafo 20.

La spesa per i ricoveri è a totale carico del SSN.

Sistema di remunerazione: tariffa predefinita.

3 - Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sanitarie

3.1 - Il Centro Diurno (CD)

Definizione

Il Centro Diurno è una struttura residenziale a ciclo diurno con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. L'orario di apertura è determinato con atto del DSM su base annuale secondo la domanda di prestazioni presente nel territorio. Come linea di indirizzo rimane una apertura di otto ore al giorno su sei giorni alla settimana. E' dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori del terzo settore. I locali debbono rispondere ai requisiti richiesti dai manuali di autorizzazione ed accreditamento derivati dalla l.r. 20/2000.

Funzione

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, svolge attività finalizzate a:

- a) sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo;
- b) sviluppare capacità espressive e comunicative, anche attraverso acquisizione di collaborazioni esterne di personale tecnico e professionale.

Criteri di accesso

In conformità ad un programma personalizzato concordato e periodicamente verificato dagli operatori del DSM, dei vari servizi, ed eventuali terzi di riferimento.

Rapporti

Con le altre UO del Dipartimento e servizi esterni riferiti al progetto terapeutico.

Personale

In base alle necessità del progetto. La Giunta Regionale, individua, con apposito atto, numero, qualifica e funzioni del personale minimo necessario per l'attivazione della struttura.

3.2 – Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)

Definizione

Sono strutture che offrono una soluzione terapeutico-riabilitativa in regime residenziale a persone clinicamente stabilizzate per le quali si ravvisa la necessità

di un ambito residenziale tutelato e per cui sia possibile individuare un obiettivo di miglioramento nell'ambito del trattamento riabilitativo.

Funzioni

Sono strutture piccole, con non più di 20 posti letto per modulo, che debbono essere in grado di accogliere, in via prioritaria, pazienti dotati di significative potenzialità evolutive che fanno supporre una evoluzione positiva nel rapporto terapeutico. Tali strutture debbono funzionare come modulo "familiare" o "comunitario" con presenza costante di operatori esperti nelle tecniche di riabilitazione, con i quali il paziente potrà costruire rapporti continuativi nel tempo.

Criteri di accesso

La degenza nella SRR è da considerarsi a termine e la sua durata sarà valutata, in base all'evoluzione del quadro clinico, ogni 3 mesi.

La dimissione del paziente avviene:

- per ultimazione del programma riabilitativo;
- per l'insorgenza delle condizioni che impongono l'interruzione o la sospensione del programma;
- per l'interruzione del programma da parte del paziente.

La dimissione avviene di norma dopo 12 mesi e per un periodo massimo di 3 anni.

L'organizzazione e la regolamentazione della vita degli ospiti tengono conto sia delle esigenze terapeutiche che di quelle riabilitative e tendono a salvaguardare ed a stimolare le loro possibilità di vita ed attività autonome sia all'interno che all'esterno della struttura.

Modalità di accesso: invio del DSM di residenza dell'assistito.

Rapporti

I familiari o i referenti esterni possono essere coinvolti nella programmazione delle attività sia riabilitative che ricreative con la partecipazione diretta o con permessi ai pazienti di rientro a casa.

Personale

Il personale operante nella SRR, nei riguardi degli ospiti, ha obblighi di natura tecnico-sanitaria. Alla dimissione il paziente sarà di nuovo affidato ai suoi familiari o al suo referente esterno. La presenza del personale di assistenza è prevista 24 ore su 24.

La spesa per i ricoveri è a totale carico del SSN

Sistema di remunerazione : tariffa predefinita per tipologia di struttura, caratteristiche organizzative ed attività. Le strutture ed il numero dei relativi posti letto sono determinati dai singoli DSM, nel rispetto degli standard regionali di cui al paragrafo 20.

4 - Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche d'integrazione socio-sanitaria

4.1 - Comunità Protetta (CP)

Definizione

La Comunità Protetta è una struttura residenziale, con un massimo di 20 ospiti per modulo, ed è destinata ad utenti i cui programmi assistenziali a carattere più specificatamente terapeutico, si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni.

Obiettivo specifico da perseguire è il mantenimento e, ove possibile, lo sviluppo della autonomia individuale e della capacità di relazione interpersonale.

Criteri di accesso

Invio del DSM di residenza dell'assistito.

Tali strutture sono altresì indicate per pazienti che presentano:

- una situazione socio familiare in progressivo deterioramento che ne renda inutilizzabili le risorse, anche con l'adeguato sostegno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- uno stato di malattia psichiatrica prevalente (su eventuali altre patologie), perdurante e stabilizzato, tale da richiedere un trattamento continuo.

Rapporti

La Comunità Protetta assicura prevalentemente una assistenza integrata sociale e sanitaria, 24 ore su 24 ed a medio-lungo termine.

In relazione alla stabilizzazione dello stato di bisogni di protezione psico-fisica, alcuni ospiti possono rimanere nella struttura in regime di lungo-assistenza, sempre previa verifica annuale da parte de DSM delle necessità assistenziali sanitarie.

In tali strutture sono ricoverati in via prioritaria gli ospiti degli ex Ospedali Psichiatrici.

Sono previste forme di partecipazione alla spesa in applicazione del d.p.c.m. 14.02. 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Personale

La Comunità Protetta dovrà avere una dotazione organica che, in relazione all'orientamento riabilitativo psico-sociale, necessita di operatori quali gli infermieri professionali, OTA/OSS, ausiliari e gli educatori professionali.

Devono essere garantite, in base alla necessità, la presenza programmata delle altre figure professionali come quella del medico, dello psicologo e dell'assistente sociale.

La presenza del personale di assistenza è prevista 24 ore su 24.

Sistema di remunerazione:

tariffa predefinita per tipologia di struttura, caratteristiche organizzative ed attività.

Le strutture ed il numero dei relativi posti letto sono determinati dai singoli DSM nel rispetto degli standard regionali di cui al paragrafo 20.

La Giunta regionale al fine di avviare l'integrazione in sede locale di tutti i soggetti a vario titolo interessati alla problematica dell'utenza psichiatrica (Comune e Ambito Territoriale Sociale, Zona Territoriale dell'ASUR, enti pubblici, associazionismo delle famiglie e degli utenti, terzo settore, soggetti economici) si impegna a promuovere, rendere operative e sostenere prioritariamente le strutture con tali caratteristiche.

4.2 -. Gruppo Appartamento

Definizione - Funzioni

I Gruppi appartamento sono strutture residenziali destinati ad un numero massimo di 6 utenti con caratteristiche di autosufficienza e residuo minimo di

bisogno assistenziale. I relativi posti letto non rientrano in uno standard predefinito regionale.

Sono esclusi i Gruppi appartamento gestiti dal DSM con ospitalità permanente. Pertanto il Gruppo appartamento è da intendere come un momento di formazione/preparazione all'autonomia assoluta, sotto la guida, la consulenza e l'assistenza del DSM: deve trattarsi di un gruppo di utenti con notevoli risorse personali e determinato a conseguire la completa autonomia.

Ogni DSM dovrà disporre almeno di un Gruppo appartamento da riservare ad utenti con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario.

Personale

Al riguardo il DSM assicura nei Gruppi appartamento una presenza periodica con propri operatori, in relazione alle reali necessità assistenziali sanitarie dell'utenza, pari all'assistenza domiciliare.

Il personale ausiliario assicura una presenza saltuaria, programmata e solo in base alle necessità.

Rapporti

Il DSM promuove, previa intese con i servizi degli Ambiti territoriali e dei Comuni, adeguate iniziative di risocializzazione, per perseguire l'obiettivo della piena autonomia del gruppo e l'uscita dalla rete assistenziale al fine di arrivare alla collocazione in normali domicili.

Sono a carico del SSR le spese per la messa a disposizione dei locali e quelle per il personale. Le spese per il mantenimento dell'appartamento (luce, acqua, gas ecc.) e per il vitto, sono a carico degli ospiti.

Criteri di accesso

Invio DSM, in conformità ad un programma personalizzato.

5 - Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti.

La Giunta Regionale al fine di avviare, in via sperimentale, un modulo residenziale per attività terapeutiche e riabilitative a favore di pazienti psichiatrici adolescenti è impegnata a stabilirne, con successivo atto:

- funzioni
- caratteristiche dell'utenza
- criteri di accesso
- requisiti strutturali ed organizzativi
- oneri assistenziali

Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sociali

Trattasi di strutture sociali, autorizzate ed accreditate ai sensi della l.r. n. 20/2002, utilizzabili dal Dipartimento di salute mentale, ma non dipendenti dallo stesso. Le definizioni ed i requisiti sono comunque stabiliti nell'ambito della normativa attuativa della citata l.r. 20/2002.

A - COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE CON DISTURBI MENTALI

Definizione.

La Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali è un servizio residenziale a carattere temporaneo o permanente, consistente in un nucleo di convivenza di tipo familiare per persone che hanno concluso il programma terapeutico-riabilitativo in strutture e servizi sanitari, prive di validi riferimenti familiari o per le quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare, che necessitano di sostegno nel percorso di autonomia e di inserimento o reinserimento sociale.

Requisiti funzionali.

La Comunità Alloggio offre alla persona con disturbi mentali una abitazione adeguata e confortevole e fornisce ospitalità ed assistenza creando le condizioni per una vita comunitaria parzialmente autogestita, stimolando atteggiamenti solidaristici e di auto-aiuto, collegati con un servizio di assistenza di carattere

domestico, se necessario, e con i servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

Capacità ricettiva.

La capacità ricettiva della Comunità Alloggio non può superare i **6 posti** residenziali.

Tipologia dell'utenza.

I destinatari del servizio sono persone con disturbi mentali, con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario. L'accesso alla Comunità Alloggio avviene su progetto integrato socio-sanitario predisposto e condiviso dagli operatori dei servizi sociali e del Dipartimento Salute Mentale.

L'accoglienza nella Comunità è concordata con il Responsabile della struttura.

B - COMUNITA' FAMILIARE

Definizione.

La Comunità Familiare è una struttura residenziale che accoglie, in via temporanea o permanente, soggetti svantaggiati, sia minori che adulti, anche con limitata autonomia personale, caratterizzata dalla convivenza continuativa, stabile ed impostata sul modello familiare, con persone adulte che svolgono la funzione di accompagnamento sociale ed educativo.

Requisiti funzionali.

La Comunità Familiare risponde alla esigenza di residenzialità per soggetti temporaneamente o permanentemente privi di sostegno familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individualizzato. La Comunità Familiare ha come elemento fondante il modello familiare ed è rivolta in particolare a persone che hanno necessità di figure di riferimento che integrino le funzioni familiari temporaneamente o permanentemente assenti.

Capacità ricettiva.

La Comunità Familiare può accogliere da un minimo di 2 ad un massimo di **6 persone**, in relazione agli spazi disponibili, alla autosufficienza delle persone accolte ed alla possibilità di instaurare, specie con i minori, relazioni di tipo parentale.

La capacità ricettiva, compatibilmente con gli spazi ed i servizi disponibili, può essere elevata ad 8 persone, in presenza di madri con figli o di più fratelli.

Tipologia dell'utenza.

I destinatari del servizio sono soggetti, sia minori che adulti, anche disabili, con limitata autonomia personale.

La valutazione delle condizioni di accoglimento ed il programma di permanenza nella Comunità Familiare sono effettuati dai servizi sociali in collaborazione con i servizi sanitari competenti.

L'accoglienza nella Comunità è concordata con il Responsabile della struttura.

C - ALLOGGIO SOCIALE PER ADULTI IN DIFFICOLTA'

Definizione.

L'Alloggio Sociale per adulti in difficoltà è una struttura residenziale che offre una risposta, di norma temporanea, alle esigenze abitative e di accoglienza

di persone con difficoltà di carattere sociale, prive del sostegno familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

Requisiti funzionali.

L'Alloggio Sociale risponde alla esigenza di residenzialità per soggetti non in grado di provvedervi autonomamente ed offre servizi volti a:

- ◆ garantire soluzioni anche temporanee a bisogni di alloggio, vitto e tutela;
- ◆ contenere i tempi dell'accoglienza al periodo necessario al reperimento di una collocazione più idonea.

Per i malati di AIDS stabilizzati, qualora privi del sostegno familiare, la residenzialità può essere permanente.

Capacità ricettiva.

La capacità ricettiva dell'Alloggio Sociale non può superare i **6 posti** residenziali.

Tipologia dell'utenza.

I destinatari del servizio sono adulti o anziani autosufficienti, con problemi esclusivamente di natura economica o sociale:

- immigrati
- richiedenti asilo e rifugiati
- senza fissa dimora
- malati di AIDS stabilizzati
- persone in situazione di grave disagio economico e a rischio di esclusione sociale.

La valutazione delle condizioni di accoglimento ed il programma di permanenza nella struttura sono effettuati dai servizi sociali in collaborazione con i servizi sanitari competenti.

L'accoglienza nell'Alloggio è concordata con il Responsabile della struttura.

D - CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA PER ADULTI

Definizione.

Il Centro di Pronta Accoglienza è una struttura residenziale a carattere comunitario dedicata esclusivamente alle situazioni di emergenza.

Requisiti funzionali.

Il Centro di Pronta Accoglienza offre servizi volti a:

- ◆ garantire soluzioni immediate, anche se temporanee, a bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela;
- ◆ contenere i tempi dell'accoglienza al periodo necessario al reperimento di una collocazione più idonea alle esigenze degli ospiti, di norma non superiore ai 0/40 giorni.

Capacità ricettiva.

La capacità ricettiva del Centro di Pronta Accoglienza non può superare i **20 posti** residenziali.

Tipologia dell'utenza.

I destinatari del servizio sono persone, italiane o straniere, con bisogni urgenti di vitto, alloggio e tutela derivanti da:

- ◆ verificarsi di eventi e circostanze impreviste;
- ◆ grave disagio economico, familiare e/o sociale;
- ◆ impossibilità temporanea a provvedere autonomamente alle proprie esigenze di alloggio e sussistenza.

E - CASA FAMIGLIA

Definizione.

La casa famiglia è una struttura residenziale destinata ad accogliere soggetti temporaneamente o permanentemente privi di sostegno familiare, anche con età e problematiche psico-sociali composite, improntata sul modello familiare e con la presenza stabile di adulti che per scelta svolgono funzioni educative e socio-assistenziali.

Requisiti funzionali.

La Casa Famiglia ha come elemento fondante il modello familiare ed è rivolta in particolare a persone che hanno necessità di un ambiente educativo e tutelare volto a:

- integrare o sostituire le funzioni familiari temporaneamente compromesse o permanentemente assenti favorendo la costruzione di relazioni significative;
- favorire lo sviluppo di competenze personali e sociali finalizzate al positivo inserimento nell'ambiente di vita e di relazione;
- sostenere il recupero e la costruzione dell'identità personale e del ruolo sociale.

Capacità ricettiva.

La Casa Famiglia può accogliere da un minimo di 2 ad un massimo di **6 persone**, in relazione agli spazi disponibili, alle problematiche relazionali delle persone accolte ed alla possibilità di assicurare l'intervento educativo e tutelare adeguato alla tipologia di utenza.

La presenza di minori disabili riduce la capacità ricettiva a massimo 5 persone.

Tipologia dell'utenza.

I destinatari del servizio sono soggetti con limitazioni nelle autonomie personali e nella partecipazione alla vita sociale conseguenti a disagio psico-sociale, disabilità, passato di dipendenza, misure alternative al carcere, vittime di violenza o sfruttamento.

La valutazione delle condizioni di accoglimento ed il programma di permanenza nella Casa Famiglia sono effettuati dai servizi sociali in collaborazione con i servizi sanitari competenti.

L'accoglienza in Casa Famiglia è concordata con il Responsabile della struttura.