

SALUTE MENTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA

Con la **L.R. 31 luglio 1978, n. 25: “Riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica”**, abrogata dalla **LR. n. 27/1998**, la Regione Emilia-Romagna, nell'ambito dei compiti di programmazione e di coordinamento di cui all'art. 7 della L. n. 180/1978, si propone la realizzazione delle seguenti finalità:

- tutela e promozione della salute mentale attraverso attività svolte a livello prevalentemente territoriale e rivolte alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale;
- coordinamento dell'organizzazione dei presidi e dei servizi per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica con le altre strutture sanitarie e sociali operanti sul territorio;
- graduale superamento degli ospedali psichiatrici, loro diversa utilizzazione anche attraverso programmi definiti di riabilitazione, e individuazione di forme alternative d'intervento nei confronti degli attuali lungodegenti manicomiali.

Le Province promuovono, coordinano e raccolgono i piani d'intervento comprensoriali per il quadriennio 1978-1981, finalizzati agli obiettivi di cui all'articolo precedente, elaborati dai comitati comprensoriali su proposta dei consorzi per i servizi sanitari e sociali compresi nel territorio provinciale, sentiti gli enti ospedalieri e gli altri presidi sanitari interessati.

Le Province che non amministrano un ospedale psichiatrico promuovono la partecipazione alla elaborazione dei piani comprensoriali dell'ente pubblico che amministra l'ospedale psichiatrico del quale prevalentemente si avvalgono per i ricoveri di cittadini residenti nel territorio provinciale di competenza.

Le Province devono presentare al presidente della Giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, i piani di intervento di cui al presente articolo.

Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, per il conseguimento delle finalità di cui alla presente legge, possono emanare rispettivamente direttive e indicazioni in relazione alle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Tali piani d'intervento devono prevedere:

- la costituzione, nell'ambito di ciascun consorzio per i servizi sanitari e sociali, di un servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica col compito di svolgere in modo unitario il complesso delle funzioni di prevenzione, cura e reinserimento sociale;
- l'individuazione degli ospedali generali nell'ambito dei cui dipartimenti di emergenza si propone, ai sensi della L. n. 180/78, l'istituzione di specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura, con l'indicazione del personale occorrente e del numero dei posti-letto messi a disposizione, da individuare, di norma, nell'ambito di quelli assegnati al servizio di accettazione-astanteria;
- le modalità secondo le quali, per garantire la continuità dell'intervento sociosanitario a tutela della salute mentale, le attività in regime di ricovero vengono funzionalmente ed organicamente collegate, in forma dipartimentale, con quelle svolte a livello territoriale;
- le modalità dell'eventuale diversa utilizzazione delle strutture dell'ospedale psichiatrico precedentemente destinate all'attività di osservazione e degli altri presidi psichiatrici pubblici di ricovero per brevidegenza, assicurandone l'organico e funzionale inserimento nel complesso delle attività svolte dal servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica: in particolare, le strutture e i presidi suddetti, posti in grado di assistere un numero limitato e definito di pazienti, anche in relazione a parametri programmatori sovra-consortili, debbono funzionare secondo moduli non ospedalieri, favorendo il sollecito reinserimento degli assistiti nel contesto sociale;
- le modalità per favorire l'apporto di qualificate competenze tecnico-scientifiche tra cui quelle degli istituti universitari;

- le eventuali interrelazioni con le case di cura private autorizzate a svolgere l'assistenza psichiatrica ai sensi della L. n. 180/78;
- le modalità per il superamento della lungodegenza manicomiale; a tal fine vanno individuate adeguate soluzioni residenziali a livello territoriale e va favorita la diversa utilizzazione delle strutture manicomiali esistenti.

L'art. 17 della **L.R. 18-5-1979 n. 14: "Formazione del piano sanitario regionale 1980-1982"** riguarda il tema dell'"*Igiene mentale e assistenza psichiatrica*". In particolare, *gli* schemi di piano sanitario comprensoriale propongono l'organizzazione delle funzioni sanitarie concernenti l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica, nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale, sulla base dei piani di intervento approvati ai sensi della LR n. 25/1978.

L'art. 24 della **L.R. 3-1-1980 n. 1: "Norme sull'associazione dei Comuni, sull'ordinamento delle Unità sanitarie locali e sul coordinamento dei Servizi sanitari e sociali"** prevede che il servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica sia inserito tra i servizi esercitati dall'Unità sanitaria locale.

L'art. 28 della **L.R. n. 1/1980** disciplina, invece, il *Servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica*.

Il servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica svolge in modo unitario e in forma dipartimentale il complesso delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione riguardanti la tutela della salute mentale e il recupero ed il reinserimento sociale dei ricoverati nelle istituzioni manicomiali.

Assicura l'assistenza a livello domiciliare e ambulatoriale presso gli ospedali e presso le strutture residenziali e semiresidenziali e attua i programmi di prevenzione e di reinserimento sociale in conformità alle norme della L.R. n. 25/1978 e alla programmazione sanitaria regionale.

L'intero testo della presente legge è stato però abrogato dall'art. 24, comma 6, della LR n. 19/1994: "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" .

Nella Regione Emilia Romagna, i servizi per la salute mentale afferiscono al Dipartimento di salute mentale (DSM) dell'Azienda Usl, come previsto dalla **DGR n. 759/1998**.

I DSM sono la struttura organizzativa e operativa che a livello aziendale aggrega in modo strutturale o funzionale la psichiatria, la neuropsichiatria infantile e le discipline affini che concorrono alla salute mentale.

Ai DSM fa riferimento una rete di servizi che vede anche l'integrazione del volontariato e delle associazioni di utenti e familiari.

I punti di accesso alla rete dei servizi sono: il Centro di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva (CNPEE) dedicato ai minori e il Centro di salute mentale (CSM) per l'assistenza alle persone maggiorenti, presenti in ogni Distretto dell'Azienda Usl.

I Centri di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva e i Centri di salute mentale svolgono attività di diagnosi e terapia in regime ambulatoriale e domiciliare, in integrazione con il Dipartimento delle cure primarie del Distretto, con i servizi ospedalieri e con i servizi sociali. Rappresentano i "centri regolatori" della rete organizzativa e coordinano gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale.

Anche per l'urgenza, il primo punto di accesso è il Centro di salute mentale.

In ogni Azienda Usl (afferente al DSM) è presente almeno un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) per il ricovero ospedaliero.

A livello regionale, la salute mentale fa riferimento al Servizio salute mentale e assistenza nelle carceri.

La **L.R. 9 aprile 1984, n. 16** : “**Formazione del secondo piano sanitario regionale**” prevede che, allo scopo di assicurare continuità alla programmazione poliennale il secondo piano sanitario deve essere, in particolare, finalizzato, tra i vari obiettivi:

- alla tutela della salute mentale ed alla migliore organizzazione degli interventi terapeutici a livello ambulatoriale, residenziale ed ospedaliero.

Il **Piano sanitario regionale 1999-2001** della Regione Emilia-Romagna ha individuato le seguenti quattro aree prioritarie di attività dei servizi.

1. Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche.
2. Pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza.
3. Presa in cura e trattamento intensivo.
4. Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in forte e concreta collaborazione con gli Enti locali, quale contesto dell'articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

La seconda area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi di assistenza e di ricovero del DSM (SPDC e Servizio regionale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva in via di attivazione) e l'interrelazione con l'ospedale generale, il Servizio “118” e il Servizio di guardia medica prefestivo, festivo e notturno, la medicina generale e la pediatria di base.

La terza area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi di assistenza e di ricovero del DSM e la loro articolazione con la medicina e la pediatria di base, la medicina specialistica ambulatoriale, i servizi ospedalieri e gli altri servizi sociali e sanitari pubblici e privati.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei Servizi distrettuali e aziendali del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private, in particolare con le cooperative sociali per la ricapacitazione, l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave.

Gli obiettivi di "migliorare la qualità della vita" e di "ridurre l'incidenza dei suicidi" previsti del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 vengono integrati nel Piano Sanitario Regionale con altri due obiettivi di carattere generale:

- 1) miglioramento della qualità e della organizzazione dei Servizi di Salute Mentale;
- 2) facilitazione dell'accesso ai Servizi ed adeguamento della rete di assistenza.

Il primo obiettivo mette al centro della organizzazione e direzione il confronto e il consenso degli operatori sull'attivazione e sulla qualità delle prestazioni sanitarie. Il coinvolgimento di tutti gli operatori è il presupposto per la costruzione del catalogo dei servizi erogati, come risposta appropriata alla domanda di salute mentale dei cittadini e per la formalizzazione di un sistema di garanzia della qualità, come continuo miglioramento dei Servizi in relazione alla valutazione degli obiettivi raggiunti. Per elevare la cultura della qualità e per organizzare un nucleo di operatori con specifiche competenze in ogni DSM viene avviato per il periodo (1999-2001) un **Progetto regionale su "Lo standard di prodotto nei DSM tra garanzie per i cittadini e strumenti di pianificazione"**. Il Progetto vede la partecipazione di tutti i DSM della Regione e interessa tutta la popolazione utente dei DSM.

Il secondo obiettivo esige che l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sia regolato sul miglioramento dei punti di accesso e sulla facilitazione del percorso della rete assistenziale. Questa attenzione al superamento di ogni barriera (culturale, logistica, organizzativa ...) che rende

problematico al cittadino il potersi rivolgere al Servizio Sanitario, deve comportare non solo una più razionale dislocazione ed erogazione delle prestazioni ma una maggiore specializzazione dei servizi del DSM. La facilitazione dell'accesso è tale se corrisponde ad una reale capacità dei Servizi di accogliere prima possibile la domanda e di dare una risposta pronta, appropriata e globale. Questo obiettivo assume una grande rilevanza se viene finalizzato alla prevenzione del disagio psichico e della disabilità, e al trattamento precoce e completo del disturbo mentale. In questo contesto va inserito e sviluppato in ogni DSM il Servizio di Consultazione per la Medicina e la Pediatria di base, perché permette di elevare l'appropriatezza dell'indicazione verso i servizi sanitari e di rendere l'integrazione tra i servizi uno scambio di competenze e di strumenti operativi. A questo fine è attivato un Progetto regionale di "Integrazione dei medici e dei pediatri di base nei percorsi assistenziali del DSM" per il triennio 1999-2001 che vedrà la partecipazione dei 13 DSM della Regione.

Al fine di creare una relazione di razionalità tra obiettivi di salute, modelli di organizzazione e allocazione delle risorse si individuano quattro aree di attività dei Servizi:

- 1) Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche;
- 2) Pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza;
- 3) Presa in cura e trattamento intensivo;
- 4) Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in forte e concreta collaborazione con gli Enti locali, quale contesto della articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

La seconda area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM (SPDC e Servizio Regionale di Psichiatria e Psicoterapia dell'età evolutiva in via di attivazione) e la interrelazione con l'Ospedale generale, il Servizio "118" e il Servizio di Guardia medica prefestivo, festivo e notturno, la medicina generale e la pediatria di base.

La terza area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM e la loro articolazione con la medicina e la pediatria di base, la medicina specialistica ambulatoriale, i servizi ospedalieri e altri servizi sociali e sanitari pubblici e privati.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi distrettuali e aziendali del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private, in particolare con le Cooperative sociali per la ricapacitazione, l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave. Pari valorizzazione va assegnata alle attività per la formazione scolastica e professionale e per l'inserimento lavorativo dei soggetti con handicap in età 15-18 anni, con particolare riguardo anche ai ragazzi/e che presentano disturbi psicopatologici.

La programmazione degli obiettivi di salute per le quattro aree deve avvenire sulla base dei dati di evidenza clinica, di rilevanza epidemiologica, di progresso scientifico e di aspettative di salute del cittadino e della comunità. Su questa base la definizione delle tipologie e degli standard delle strutture e degli organici del DSM può avvenire con la costituzione di gruppi di lavoro a livello regionale, la cui finalità è quella di individuare gli obiettivi di salute per ogni specifica area e su questi di indicare le strategie di intervento per la specializzazione della rete dei servizi in un quadro coerente di promozione della salute mentale.

Il PSR 1999-2001 affronta anche il tema delle *demenze senili*.

Gli obiettivi prioritari del PSR sono infatti i seguenti:

- sviluppare e diffondere la consapevolezza della possibilità di affrontare i problemi con gli strumenti multidisciplinari e specialistici oggi disponibili;
- garantire una tempestiva e corretta diagnosi della malattia, condizione indispensabile per la predisposizione e l'attuazione di adeguati percorsi assistenziali;

- migliorare la qualità della vita dei soggetti colpiti da sindromi demenziali e dei loro familiari;
- sostenere, anche attraverso attività informative e di formazione, le famiglie e le reti di aiuto informali;
- adeguare e qualificare la rete dei servizi per garantire idonea assistenza ai soggetti colpiti da sindromi demenziali ed alle loro famiglie;
- produrre e diffondere linee guida, protocolli che favoriscano una reale attività interprofessionale.

Le opzioni di fondo per l'assistenza a persone con demenza, riguardano la qualificazione e "specializzazione" dell'intera rete prevista dalla LR 5/94 ed esclude la creazione di servizi specifici. L'eventuale predisposizione di nuclei speciali per persone con demenza all'interno di alcune strutture residenziali deve rappresentare l'individuazione di un momento specialistico, finalizzato ad obiettivi particolari quali l'assistenza temporanea di persone con gravi disturbi comportamentali, all'interno di una rete che deve essere messa in grado di assistere, in ogni suo punto, alle loro esigenze assistenziali. Perseguire l'obiettivo della finalizzazione e della qualità dell'assistenza in tutti i punti della rete comporta la necessità di riqualificare le strutture per quanto riguarda alcuni requisiti strutturali, formare e rimotivare il personale, elaborare specifici protocolli terapeutici ed assistenziali, etc.

Grande attenzione deve essere posta infine alle forme di sostegno alle famiglie, attraverso la predisposizione di materiali e strumenti di aiuto tecnico, attività di consulenza anche sostenendo l'associazionismo, favorire la nascita di gruppi di auto aiuto, etc.

La DGR n. 125/1999: "Primi provvedimenti applicativi della L.R. n. 34/1998: Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997" contiene delle griglie allo scopo di rilevare il possesso di requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali relativi al CENTRO DI SALUTE MENTALE, al CENTRO DIURNO PSICHIATRICO, al DAY HOSPITAL PSICHIATRICO, alla RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA

Con **D.G.R. 30 dicembre 1999, n. 2581** a Regione Emilia Romagna ha approvato il: "**Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende Unità sanitarie locali.**" Tale progetto trae origine dalla constatazione che le demenze rappresentano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei Paesi occidentali e la diffusione delle diverse forme di demenza è in costante crescita in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita e dei tassi di incidenza e prevalenza che sulla base degli studi epidemiologici risultano correlati all'età.

Obiettivi del progetto sono:

1) Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva

L'attuale situazione è caratterizzata dalla difficoltà nell'ottenere una diagnosi. Il tempo che trascorre tra la fase di insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi è mediamente superiore ai 2,5 anni. Uno dei problemi prioritari è il riconoscimento delle differenze tra sindromi demenziali, forme di declino cognitivo fisiologico legato all'età e sindromi depressive.

La diagnosi di demenza è il risultato di uno scrupoloso ed approfondito processo valutativo che porta alla esclusione delle altre possibili cause di decadimento cognitivo.

Una diagnosi accurata e tempestiva è importante:

- a) per riconoscere ed intervenire nelle forme potenzialmente reversibili (ed arrestabili), stimate tra il 5 ed il 20% dei casi;
- b) per intervenire sullo sviluppo della malattie nelle forme irreversibili, rallentandone la progressione e migliorando la qualità della vita del paziente e dei familiari;

c) per la corretta impostazione di un piano globale di assistenza e delle terapie farmacologiche e dei trattamenti riabilitativi idonei;

d) per fornire al paziente ed ai familiari informazioni più precise circa il decorso della malattia, gli atteggiamenti e le modalità di relazione più appropriate, i servizi e le risorse disponibili.

La diagnosi sindromica è sempre indispensabile e deve essere ottenuta, a qualsiasi livello di malattia, ottemperando ai criteri diagnostici internazionali. Il livello di approfondimento valutativo (neuropsicologico, funzionale, strumentale) è comunque in relazione alla gravità della malattia ed agli specifici obiettivi. Nelle fasi iniziali-intermedie della malattia prevalgono le esigenze di una diagnosi differenziale e di un preciso inquadramento anche eziologico, sia al fine della impostazione di una corretta terapia, che per la formulazione di una prognosi e la pianificazione degli interventi. Nelle fasi avanzate, prevalgono le esigenze di una approfondita valutazione della comorbidità, delle possibilità di recupero o contenimento dei deficit funzionali, pur senza rinunciare ad una corretta diagnosi sindromica.

2) *Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari*

3) *Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali*

4) *Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi.*

Nella realtà regionale con l'impegno congiunto di Enti locali, Aziende Unità sanitarie locali, IPAB, privato sociale e soggetti privati è stata costruita una rete di servizi per gli anziani non autosufficienti diffusa ed articolata. Questa rete, al di là delle carenze che presenta soprattutto in alcuni territori, si è orientata in questi anni ad offrire risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti, soprattutto per quanto riguarda le compromissioni funzionali e le condizioni sanitarie cronico-degenerative.

Nel corso degli ultimi anni si sono sviluppate esperienze in alcuni servizi per qualificare l'assistenza per i dementi.

È necessario che l'intera rete in ogni suo punto sia messa in condizione di migliorare la propria offerta, sviluppando in modo diffuso le "competenze per prendersi cura adeguatamente dei soggetti dementi". Il progetto regionale mette a disposizione strumenti ed opportunità per la diffusione generalizzata di un processo di qualificazione dell'assistenza nei diversi servizi.

La costituzione, a livello distrettuale, di un chiaro e condiviso percorso assistenziale (dal sospetto diagnostico alla diagnosi, dalla definizione alla gestione del piano di assistenza e al follow up necessario) è la preconditione per garantire "la continuità assistenziale" che nel caso delle demenze assume connotati particolari in conseguenza del periodo prolungato del ciclo della malattia.

La Regione fornisce indicazioni per la definizione di percorsi assistenziali per le Aziende Unità sanitarie locali le Aziende Ospedaliere, i medici di Medicina generale, i Servizi Assistenza anziani, i Comuni per giungere nell'ambito delle attività del Distretto alla condivisione di chiari percorsi e responsabilità da indicare agli anziani affetti da demenza, ai loro familiari ed agli operatori dei servizi.

5) *Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie, rendendo la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali, valorizzando l'apporto delle associazioni.*

Il lungo percorso che contraddistingue la progressione della malattia richiede interventi differenti nei diversi stadi della stessa. Occorre modificare il tradizionale approccio "rete dei servizi/paziente/familiari" per realizzare un modello di "presa in carico territoriale", centrato sulla:

- collaborazione/integrazione tra servizi, famiglia, associazioni e risorse informali del territorio,
- competenza dei team interprofessionali,
- continuità assistenziale e monitoraggio dell'evolversi della malattia (follow-up),
- attenzione anche ai bisogni dei familiari che prestano assistenza e cura.

6) *Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali*

Per qualificare l'assistenza ospedaliera per i soggetti dementi due sono gli obiettivi da perseguire:

- evitare il ricorso ai ricoveri impropri nei soggetti dementi,
- garantire un adeguato livello di cure al soggetto demente che necessita di ricovero ospedaliero, evitando il rifiuto precondizionato e le complicanze legate a processi assistenziali non appropriati.

Con **D.G.R. 9-10-2001 n. 2054: “Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2001-2003 tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della speditività privata AIOP e ARIS in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata”** la Regione Emilia-Romagna ha raggiunto uno specifico accordo anche per quanto riguarda il tema della salute mentale.

La DGR n. 2054/2001, in particolare, è rivolta alle strutture private che forniscono attività di tipo psichiatrico, e specificatamente ai seguenti ospedali privati:

- 1) Villa M. Luigia;
- 2) Villa Rosa;
- 3) Villa Igea;
- 4) Ai Colli;
- 5) Villa Baruzziana;
- 6) Villa Chiara;
- 7) Villa Azzurra.

Gli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica sono equiparati a tutti gli effetti ai Presidi ospedalieri per le attività di degenza e per le funzioni svolte devono ritenersi assimilabili, ai fini del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale", alle strutture residenziali che accolgono soggetti volontari con bisogni di interventi diagnostici-curativi-riabilitativi di breve e media durata.

Va comunque sottolineato che al settore della psichiatria e neuro psichiatria si applica la disciplina sopra delineata con riferimento al settore della non alta specialità, per tutto quanto non di seguito specificato.

C.1.) Tipologie di ricovero

Relativamente alla tipologia dei ricoveri, si precisa che l'inquadramento degli ospedali privati con attività di carattere psichiatrico e neuropsichiatrico, e quindi dei posti letto psichiatrici, deve essere considerato parte integrante della rete di degenza del Dipartimento di salute mentale a completamento della tipologia dell'offerta di ricovero; tutto ciò nel rispetto comunque dell'autonomia gestionale ed organizzativa delle strutture anche in considerazione della specificità delle prestazioni erogate.

Le tipologie di ricovero ammesse per queste strutture di degenza sono così classificabili:

- brevi-degenza;
- media-degenza programmata.

Brevi-degenza: deve intendersi tale il ricovero finalizzato alla valutazione diagnostica e all'inquadramento e aggiustamento terapeutico del caso.

Esso ha i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.2.B) delle "modalità di accesso". La degenza massima non può superare i 30 giorni, salvo proroga da definire, caso per caso, d'intesa con il DSM di riferimento.

Media-degenza: è da intendersi come tale il ricovero programmato per persone con quesito diagnostico ed impostazione del trattamento particolarmente complessi, determinati dalla molteplicità dei livelli diagnostici e dagli aspetti psico-sociali del soggetto. Esso ha i connotati della volontarietà e disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.2.C) delle "modalità di accesso".

La durata dei ricoveri della media-degenza non può superare i 60 giorni, salvo proroga da concordare con il DSM di riferimento. Comunque il ricovero prorogato, anche nei casi eccezionali, non può superare complessivamente i 120 giorni. Oltre tale termine il paziente dovrà accedere a programmi di ricovero residenziale a lunga durata o in via transitoria alla lungo-degenza, d'intesa con i DSM.

Emergenza-Urgenza: l'emergenza è assicurata solo dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC).

Per quanto riguarda l'urgenza il ricovero può avvenire in casa di cura privata solo se programmabile e ben definiti i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa nelle 24 ore.

Degenza prolungata: sono inquadrabili nella degenza prolungata i ricoveri dei soggetti, già in carico ai Servizi psichiatrici o degenti presso gli ospedali privati che necessitano di un trattamento terapeutico di lungo periodo (superiore quindi ai 60 giorni). I soggetti interessati devono essere ospitati in strutture residenziali secondo la tipologia prevista dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale".

La programmazione di tali strutture, prevede però tempi di realizzazione non immediati, per cui in via transitoria, si rende necessaria la cooperazione di tutti i soggetti (pubblici e privati) al fine dell'utilizzo dell'intera rete di ricoveri per le attuali necessità.

I programmi di lungo-degenza vanno previsti su un massimo di 180 giornate. Oltre tale limite andrà riprogrammata l'attività, da parte dei DSM.

L'attività di psichiatria e di neuropsichiatria, erogata fino ad oggi, si è connotata per il trattamento, in via non esclusiva, di pazienti bisognosi di cure residenziali; in ossequio a tale caratteristica, le parti accettano di prefigurare un assetto che comprenda anche le funzioni residenziali anzidette, secondo i requisiti che saranno oggetto di confronto tecnico e che costituiranno i presupposti per l'avvio del processo di accreditamento, pur continuando a permanere le strutture interessate dal presente accordo nel comparto ospedaliero soggetto ad autorizzazione secondo le norme della LR n. 34/1998: Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997 e della Delib.G.R. n. 125/1999.

Oltre alle anzidette funzioni residenziali psichiatriche e neuropsichiatriche, anche in considerazione dei progetti di collaborazione avviati da alcune strutture nei cosiddetti comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatría, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol, ecc.), alcuni reparti potranno essere riconvertiti a talune delle citate attività, mantenendo fermo l'attuale assetto dell'offerta quantitativa, posizionata sull'utilizzo in accreditamento per cittadini della Regione pari a circa 480 PL. I progetti di trattamento specialistico, da sviluppare in un'ottica di continuità di presa in carico e terapeutica, possono prevedere un servizio connotato da un mix di prestazioni, anche ambulatoriali o a domicilio, ove necessario.

Quadri diagnostici

Vengono ritenuti:

- 1) quadri primari per il ricovero le seguenti diagnosi: psicosi schizofreniche, psicosi affettive, stati paranoidei, altre psicosi, farmacodipendenza (doppia diagnosi), disturbi della personalità;
- 2) quadri secondari: psicosi alcoliche ubriachezza patologica, disturbi neurotici, reazione di adattamento; ai fini della verifica, nella relativa scheda di accettazione, deve essere indicato il motivo della necessità del ricovero.

Sono ulteriormente previsti ricoveri per le patologie afferenti ai comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatría, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol).

Modalità d'accesso

A) Per l'urgenza, l'accesso avviene su prescrizione del DSM, tenendo conto che il ricovero stesso deve essere effettuato, per la specificità organizzativa dell'ospedale privato, con preavviso di 24 ore, entro le ore 17 di tutti i giorni feriali e non nei giorni festivi;

B) per la brevi-degenza, l'accesso è libero. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM possa ricoverare entro 7 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico;

C) per la media-degenza, l'accesso avviene su valutazione del DSM, sia per i pazienti in carico al Centro stesso, sia per quelli afferenti la casa di cura. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM

possa ricoverare entro 10 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico;

D) per la lungo-degenza, l'accesso avviene su proposta del DSM e in accordo con la casa di cura privata. Il DSM può ricoverare entro 15 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico.

Controlli e proroghe

I controlli devono essere:

- a) individuali su singolo paziente secondo la normativa regionale vigente;
- b) con verifica semestrale dello stato di attuazione dell'accordo, e con valutazione alla fine di ogni anno.

I controlli dovranno essere effettuati in corso di degenza dal DSM di provenienza del paziente in trattamento.

Restano validi ed applicabili i normali controlli sulla SDO di competenza dell'Assessorato regionale.

Le proroghe sono sempre determinate dai DSM di riferimento territoriale del paziente, sia per le brevi-degenze che per le medie-degenze.

Devono essere previsti espliciti i protocolli operativi per la richiesta di proroga che definiscano anche i tempi di risposta dei DSM. In mancanza di risposta da parte del DSM di riferimento la struttura è tenuta a rinnovare la richiesta ogni 7 giorni.

In presenza della richiesta reiterata e della mancata risposta non si applicano le riduzioni tariffarie.

Tetto di spesa e penalizzazioni

Nell'ambito del budget regionale per la non alta specialità viene ricavato un sotto budget per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico degli ospedali privati accreditati elencati nel paragrafo iniziale della presente parte III.

L'ammontare di tale budget (Budget 3) è pari a Lire 56.288.380.674, pari a Euro 29.070.523 e viene definito mediante la valorizzazione dei PL contrattati a livello regionale sulla base delle necessità di utilizzo mediamente manifestate nel triennio precedente, tenendo conto delle modifiche tariffarie di seguito specificate.

In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore, si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto alla media del triennio precedente, calcolata adeguando le medie individuali e la loro somma al budget contrattato con la presente intesa.

Tale penalizzazione sarà applicata in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto alla media e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le Aziende Unità sanitarie locali destinatarie del fatturato della struttura penalizzata.

Tariffe

Le attività psichiatriche erogate dagli ospedali privati nel settore ospedaliero/residenziale sono remunerate, fatti salvi diversi accordi per attività specifiche, con una tariffa unica, valida per tutte le strutture, pari a Lire 300.000 pro-die. Sulle giornate eccedenti il sessantesimo si applica la tariffa minima prevista per la lungo-degenza medica per i trattamenti di ricovero intensivi.

Ai ricoveri di breve e media-degenza che si prolungano nei termini e con le modalità di proroga di cui sopra, oltre i primi 60 giorni, non si applica detta riduzione.

Ai ricoveri per degenza prolungata non si applicano riduzioni in quanto accesso e proroga sono di competenza dei DSM (vengono fatti salvi eventuali, diversi accordi locali in merito).

La D.G.R. 2-8-2002 n. 1492: “Piano degli Obiettivi 2002 per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna” prevede il completamento da parte delle Aziende sanitarie del disegno

organizzativo prefigurato nell'atto aziendale, fissando per ogni struttura i livelli di autonomia e responsabilità, le deleghe assegnate, nonché gli stessi criteri di conferimento degli incarichi di responsabilità. In particolare la DGR n. 1492/2002 rileva alcune problematiche quali quelle relative alla configurazione del Dipartimento di Salute Mentale.

In particolare, per quanto riguarda il DSM, nel corso del 2001, con l'adozione dell'atto aziendale, è stata ridefinita l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale (D.S.M.) quale macrostruttura aziendale deputata alla organizzazione, gestione e produzione dei servizi per la salute mentale, come previsto dalla Delib.G.R. n. 759/1998, dal Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale di cui al DPR 10 novembre 1999 e dalle linee-guida del 2000 «Linee per l'attuazione del Dipartimento di Salute Mentale». Con l'atto aziendale sono state inoltre individuate le strutture organizzative del DSM (Unità Operative), in relazione al processo di integrazione delle discipline e aree affini (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, SERT, Psicologia Clinica).

Attualmente il DSM risulta essere un dipartimento multidisciplinare in tutte le aziende ad eccezione delle AUSL Città di Bologna, Bologna Sud e Ravenna. In particolare si evidenzia che l'aggregazione strutturale della U.O. di NPEE è stata attuata in 10 Aziende, delle quali 4 ricomprendono anche il SERT e 3 la Psicologia Clinica.

Obiettivi 2002 - Obiettivo generale del DSM è la validazione del processo di integrazione delle discipline e aree affini, sulla base della sperimentazione e del confronto dei diversi modelli organizzativi adottati nella Regione, anche in accordo con l'analogo obiettivo delle «Dipendenze patologiche».

Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie

Le linee di attività per la salute mentale 2002-2004, presentate nel corso della prima Conferenza regionale della Salute Mentale, prevedono il miglioramento, la qualificazione e l'intensificazione dei processi assistenziali rivolti alla promozione della salute mentale, alla presa in cura, all'emergenza-urgenza e alla riabilitazione, favorendo il passaggio da una pratica ancora centrata sulle strutture di ricovero e di ospitalità ad un'assistenza improntata su percorsi terapeutici, che vedano al centro la persona, il suo specifico bisogno di salute e il concreto reinserimento sociale. A tali gli obiettivi da realizzare dalle Aziende nel 2002, nelle quattro aree sopra dette, sono i seguenti.

Promozione della salute mentale

Le linee guida del marzo 2000 «Linee per l'attuazione del Dipartimento di Salute Mentale» prevedono, in relazione ad aree di elevata complessità, l'attivazione di Programmi Integrati di Psicopatologia (P.I.P.), con attribuzione di specifica responsabilità, per lo svolgimento di funzioni interdisciplinari attraverso l'aggregazione funzionale di discipline affini, ancorché afferenti ad altri Dipartimenti e Strutture aziendali. Le aree prioritarie individuate sono: adolescenza, famiglie multiproblematiche, comorbidità, disabilità e inserimenti lavorativi. Attualmente soltanto in 9 AUSL è stato attivato almeno un P.I.P.

Obiettivi 2002 - Sulla base delle priorità individuate, le Aziende dovranno attivare almeno un P.I.P. per ognuna delle seguenti aree:

- famiglie multiproblematiche, finalizzato al sostegno ai familiari che hanno a carico persone con disturbi gravi;
- comorbidità, finalizzato alla presa in cura integrata di persone con doppia diagnosi.

Emergenza - Urgenza

Nel 2000 i ricoveri psichiatrici (adulti) ospedalieri sono stati 7.368 dei quali 1.401 trattamenti sanitari obbligatori, e hanno interessato 4.911 persone, con casi di ricoveri ripetuti nel corso dell'anno.

Si rende quindi necessario un contenimento del ricorso a tale pratica, attraverso programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale e con la definizione di percorsi terapeutici alternativi, improntati alla massima riduzione di ricoveri ripetuti nell'anno.

Obiettivi 2002

- Definizione di specifici protocolli fra Centro di salute mentale (C.S.M.) e Centro di neuropsichiatria dell'età evolutiva (C.N.E.E.) con Pronto Soccorso, 118, guardia medica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per la regolamentazione di procedure in merito alla presa in carico tempestiva, all'accessibilità, all'appropriatezza clinica ed organizzativa, ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale.
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri volontari e obbligatori attraverso la definizione di percorsi terapeutici alternativi al ricovero ospedaliero con un più qualificato utilizzo delle residenze per trattamento intensivo.

Presa in cura

Le persone in cura nel 2000 presso i servizi psichiatrici della Regione sono state 49.647. Un dato sostanzialmente stabile da alcuni anni: nel 1996 erano state 50.566 e nel 1999, 48.698. In aumento sono invece, sempre tra gli adulti, le prime visite (passate nel periodo 1996-2000 dal 33,9% al 37,5% delle persone trattate) e le risoluzioni di rapporto (dal 12% nel 1996 al 19,6% nel 2000). Questi dati possono essere indicativi di un sostanziale buon funzionamento dei servizi: aumenta infatti la loro capacità di intercettare nuovo disagio, ma anche di risolverlo. Le visite domiciliari sono state pari al 9,5% degli interventi complessivi, con decremento di circa un punto rispetto l'anno precedente.

Una crescita si registra per i bambini e i ragazzi in cura presso i Servizi di NPEE: dal 1995 al 2000 sono saliti da 20.931 a 35.293. Questi dati non devono tuttavia essere necessariamente presi come un segno del crescente disagio giovanile; in parte si tratta di un aumento fisiologico dovuto al fatto che nell'infanzia e nell'adolescenza i trattamenti sono prolungati nel tempo, in parte sono dovuti ad una accresciuta capacità di presa in carico da parte dei servizi. Ciò che può essere messo in evidenza è che, raggiunta la maggiore età, questi pazienti non si riversano sui servizi per adulti, il cui numero è sostanzialmente stabile nel tempo.

Obiettivi 2002

- **Facilitazione dell'accesso** ai servizi e miglioramento dei percorsi della rete assistenziale, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare:
 - individuazione del Centro di salute mentale e del Centro di Neuropsichiatria Età Evolutiva come centri di accoglienza, che coordinano e regolano tutti i percorsi assistenziali della rete dei servizi nelle aree di competenza;
 - apertura nelle 12 ore diurne e consulenza ai servizi sanitari e sociali dell'azienda del CSM per la psichiatria adulti e apertura di almeno 40 ore settimanali per Centro di neuropsichiatria dell'età evolutiva.
- **Miglioramento della qualità e della organizzazione** dei Servizi di salute mentale:
 - attivazione del sistema informatizzato psichiatrico (adulti) costruito nell'ambito del progetto regionale «Standard di prodotto nei servizi psichiatrici del DSM», già in via di sperimentazione a Piacenza e a Imola, finalizzato alla valutazione gestionale del DSM;
 - partecipazione di tutte le AUSL all'analogo Progetto regionale «Standard di prodotto in NPEE» per la costruzione di un catalogo dei servizi erogati, come risposta appropriata alla domanda di salute mentale e come sistema di garanzia della qualità.

Integrazione del DSM con i medici di medicina generale e di pediatria

Secondo i dati dell'OMS si calcola che il 25% della popolazione mondiale soffre nell'arco della propria vita di disturbi mentali. Di questi, il 17% sono disturbi lievi e transitori, che possono anche risolversi autonomamente, mentre l'8% è rappresentato da disturbi persistenti, il 2-3% dei quali, gravi. Sono percentuali che possono essere prese a riferimento - in assenza di studi specifici e

attendibili - anche per l'Italia. A fronte di questi dati e dell'esigenza di «catturare» il disagio psichico sommerso, già dal 1999 è stato avviato il Progetto regionale «Psichiatria e Medicina di base», cui hanno partecipato tutte le AUSL della Regione. Attualmente è in fase di avvio l'analogo Progetto «Neuropsichiatria Infantile e Pediatria». Il Programma Salute Mentale 2002-2004 considera strategico il rapporto del DSM con i Medici di medicina generale e di pediatria, proprio per la loro possibilità di diventare un punto di risposta qualificato per il disagio live.

Obiettivi 2002

- **Strutturare** maggiormente in ambito distrettuale i **percorsi assistenziali** per il disagio psichico nella malattia psichiatrica minore. La modalità di relazione tra Distretto e DSM è il presupposto per uno stabile rapporto ed una reale integrazione fra la medicina generale e la psichiatria nell'ambito dei nuovi modelli di organizzazione dei NCP del DCP e il DSM con le sue articolazioni territoriali, mediante:

- attivazione del Servizio di consultazione per i medici di medicina generale presso tutti i Centri di Salute Mentale dei DSM;

- Partecipazione delle Aziende al progetto regionale per la NPEE: «Integrazione fra NPEE e Pediatria».

- **Migliorare l'appropriatezza prescrittiva** in merito ai medicinali antidepressivi, la cui prescrizione è soprattutto territoriale; è necessario facilitare la consulenza alla medicina generale da parte del DSM sui criteri di diagnosi delle patologie, sulla gestione complessiva del paziente, sull'utilizzo dei medicinali antidepressivi tradizionali e ad alto costo al fine di condividere comuni linee di impiego dei stessi basate sulle evidenze disponibili, mirate a promuovere usi corretti dei medicinali, nonché definire forme di audit sul comportamento prescrittivo.

Riabilitazione

L'offerta di servizi psichiatrici in Emilia-Romagna conta, per quanto riguarda i minori, 2 residenze e 10 semiresidenze, cui vanno aggiunti 37 posti letto ospedalieri. Per quanto riguarda gli adulti, sono presenti 88 residenze pubbliche con 1066 posti e 66 semiresidenze con 915 posti; dotazione superiore a quella prevista nel Progetto Obiettivo nazionale.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica residenziale, si tratta di una rete capillare e con una buona qualità diffusa, ma sostanzialmente indifferenziata. Al fine di rendere più pertinente la risposta clinica le Linee di attività 2002-2004 prevedono una più specifica articolazione delle strutture in tre diverse tipologie: strutture con assistenza sanitaria 24 ore su 24 per trattamenti intensivi, cui possano essere indirizzati i casi acuti per periodi non superiori ai 30 giorni; strutture per trattamenti protratti con assistenza sanitaria non inferiore alle 12 ore, per attività terapeutico-riabilitative e con durata di ospitalità fino a 180 giorni; strutture per trattamento socio-riabilitativo, con assistenza sanitaria di almeno 6 ore, in grado di ospitare quei pazienti il cui reinserimento sociale può richiedere tempi particolarmente lunghi.

Obiettivi 2002

- Le Aziende sono tenute a qualificare le strutture sanitarie per disabili psichici, a seconda dell'intensità trattamento psichiatrico necessario in: Residenze per trattamento intensivi (Rti), in Residenze per trattamento protratto (Rtp) e in Residenze per trattamento socio-riabilitativo (Rsr), tenendo conto della attivazione di Strutture socio-assistenziali (Comunità alloggio e Gruppi appartamento) per persone dimesse dal DSM e ancora bisognose di assistenza sociale.

- Definizione di percorsi finalizzati al reinserimento sociale tramite formazione, borse lavoro e alloggi, di persone ospiti in strutture residenziali.

Nel corso della Prima Conferenza Regionale della Salute Mentale: "La salute mentale è possibile", che si è tenuta a Bologna nei giorni 14-15 marzo 2002, è stato presentato il **Programma Salute Mentale 2002-2004**.

1 - Le **linee di innovazione** sono :

- a) L'etica del servizio pubblico deve essere ridefinita sull'inalienabilità della condizione umana e sulla dignità della persona e come tale viene assunta dal DSM nella Carta dei servizi e nella produzione o acquisto di servizi;
- b) la promozione della salute mentale deve garantire alla persona di autodeterminare il suo progetto di vita;
- c) la massimizzazione degli esiti di salute (outcome) deve essere perseguita dal DSM con l'impiego razionale delle risorse e sulla base del gradimento della persona, dei familiari e dei cittadini;
- d) la cittadinanza della persona deve essere garantita in ogni fase della cura dal DSM, che deve rimuovere - in campo sanitario e sociale - gli ostacoli che ne limitano l'esercizio.

2 - Le **linee strategiche** sono :

- a) la promozione della salute emozionale e mentale fin dalla nascita e per tutto l'arco della vita va attuata a livello locale attraverso l'impegno delle Istituzioni e delle Organizzazioni sociali, che devono attivare politiche di miglioramento delle condizioni che favoriscono il benessere della popolazione;
- b) la prevenzione del disagio psichico e del disturbo mentale richiede di individuare i fattori di rischio per gruppi di popolazione a partire dall'infanzia anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, con il coinvolgimento degli enti locali, delle famiglie, della scuola, delle associazioni e del volontariato. Gli interventi devono essere finalizzati alla diagnosi precoce e al trattamento tempestivo;
- c) la presa in cura della persona con disagio psichico o disturbo mentale deve avvenire sulla ricostruzione della sua storia di vita con la identificazione delle problematiche psicopatologiche ed esistenziali, in modo da favorire la sua libera scelta e il coinvolgimento dei familiari e della comunità come risorse del progetto terapeutico;
- d) l'emergenza-urgenza nel campo della salute mentale deve prevedere percorsi di accesso diretto al servizio da parte dell'interessato, dei familiari o di altri per una risposta di cura immediata, appropriata e globale. Le proposte di intervento devono tendere per quanto possibile alla libera adesione della persona in crisi e al coinvolgimento della famiglia al fine di una presa in cura precoce che porti ad evitare comportamenti antisociali e ricoveri impropri;
- e) la riabilitazione ha come esito dell'efficacia degli interventi integrati il reinserimento sociale della persona nel suo contesto naturale di vita. Il programma terapeutico personalizzato deve essere intersettoriale e multiprofessionale al fine di eliminare gli effetti disabilitanti del disturbo mentale, di ridurre i fattori cronicizzanti dell'ambiente e di sviluppare le abilità della persona;
- f) l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario è una struttura in via di superamento; esso deve avvenire attraverso il miglioramento dell'assistenza interna e della presa in carico da parte dei servizi territoriali del DSM delle persone in via di dimissione. Il progetto di una struttura alternativa all'OPG deve avvenire con il concorso delle istituzioni pubbliche, l'Amministrazione Penitenziaria, la Magistratura, e l'Università anche al fine di risolvere problemi di natura clinica e di sicurezza ambientale che costituiscono a tutt'oggi una difficoltà per la presa in cura alternativa all'OPG;
- g) La tutela della salute mentale nelle Carceri, va garantita dal DSM all'interno della sperimentazione per il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso interventi preventivi in relazione alle condizioni di disagio, ai comportamenti violenti e al rischio di suicidio.

3 - Le **linee operative** sono:

- a) la promozione della salute mentale ed emozionale è parte integrante dei piani locali per la salute e va rivolta prioritariamente alla fascia di età 0 – 3 anni e agli adolescenti per la riduzione di:
 - disagio relazionale
 - devianza sociale

- condotte parasuicidarie
- dipendenze multiple

Il DSM concorre alla attivazione dei piani per la salute e per la costruzione di reti locali orientate ai bisogni di sviluppo emozionale e mentale degli adolescenti al fine di rafforzarne i costituenti della salute.

b) la prevenzione del disturbo mentale richiede al DSM di:

- garantire la salute generale delle persone affette da disturbo mentale;
- individuare i primi segni dei disturbi mentali in modo da definire precocemente il trattamento per rendere favorevole il decorso;
- sostenere la famiglia con interventi psicoeducazionali per ridurre le ricadute e la cronicità;
- supportare i familiari nell'assistenza alla persona con disturbo mentale grave per prevenirne il loro disagio psichico;

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve predisporre programmi finalizzati, anche in collaborazione con i medici Pediatri e di Medicina Generale, per la prevenzione e la cura tempestiva del disturbo mentale.

c) la presa in cura della persona, in età evolutiva e in età adulta, con disagio psichico o disturbo mentale deve avvenire da parte dei servizi del DSM con un programma personalizzato a termine, ottenendo il consenso della persona e dei familiari ed evitando il ricorso a trattamenti prolungati, al ricovero ospedaliero, e in particolare a quello obbligatorio.

A tal fine sono garantiti:

- il trattamento della persona con disturbi mentali gravi che presentano carenze di supporto affettivo o sociale;
- il trattamento dei disturbi mentali con temporanea compromissione del comportamento psicosociale;
- il trattamento della persona con disturbo mentale associato ad una patologia di confine (doppia diagnosi);
- il trattamento della persona con disturbi mentali lievi priva di un sostegno affettivo e relazionale.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve strutturare la collaborazione con la medicina e la pediatria di base e con gli altri servizi sanitari e sociali per il miglioramento continuo dei trattamenti intensivi e prolungati, prevenendo le disabilità associate ai disturbi gravi e riducendo il ricorso ai ricoveri volontari, obbligatori ed impropri (doppia diagnosi).

d) l'emergenza-urgenza in salute mentale richiede al DSM di garantire una pronta e completa risposta alle situazioni di crisi, riconoscendo precocemente i segnali del disagio, in particolare nell'età evolutiva, evitando le recidive e i ricoveri obbligatori. A tali fini sono garantiti:

- l'intervento urgente per grave scompenso psichico con incapacità della persona di gestire la crisi;
- l'intervento urgente per scompenso psichico, in ambiente favorevole;
- l'intervento urgente per disturbi di competenza medica o sociale;
- l'intervento urgente per disagio esistenziale o sociale a prevalente espressività sanitaria.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve organizzare a livello aziendale i servizi sulle 24 ore e costruire una rete integrata di pronta risposta con la medicina e pediatria di base, la guardia medica e il 118, la medicina d'urgenza, il pronto soccorso, e gli altri servizi sanitari e sociali di competenza.

e) la riabilitazione e il reinserimento sociale rappresentano una delle attività centrali del DSM, orientata a valorizzare le abilità delle persone in cura riducendone il più possibile le disabilità e

favorendo percorsi per il loro concreto reinserimento sociale tramite alloggi, formazione, borse-lavoro e attività produttive

A tali fini sono garantiti:

- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologia elevata e bassa disabilità;
- gli interventi riabilitativi rivolti a persone con disabilità elevata e disturbi mentali non prevalenti;
- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologie di grado variabile e con disabilità relative a fattori ambientali;
- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologia stabilizzata e disabilità elevata.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve prevedere la responsabilità del medico o di un referente del caso su un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, organizzando percorsi integrati con gli altri servizi sanitari e sociali che vanno differenziati e modulati sulla variabilità clinica della persona in trattamento. Le prestazioni sanitarie vanno finalizzate al recupero della autonomia della persona e per quanto possibile al suo reinserimento sociale anche tramite l'assistenza socio-sanitaria (comunità alloggio e gruppi appartamento).

4 – Le **linee organizzative** sono:

- a) la promozione e la prevenzione sono funzioni del Centro di Salute Mentale della UO di Psichiatria e del Servizio di Neuropsichiatria della UO di NPEE. I prodotti sono: proposte e consulenze per l'attivazione delle politiche per la salute mentale all'interno dei Piani per la salute (lotta allo stigma e sostegno alla famiglia); Programmi di prevenzione primaria (famiglia e scuola), secondaria (gruppi ad alto rischio), terziaria (riduzione delle disabilità).
- b) La presa in cura è un compito del CSM e del SNEE che assicura l'accesso ai servizi, l'analisi dei bisogni, il programma terapeutico personalizzato, il trattamento globale, la continuità terapeutica e la dimissione. Il CSM e il SNEE sono centri regolatori che coordinano la rete dei servizi, in particolare del percorso consulenza (pediatria, medicina generale, ospedale)-assistenza domiciliare e ambulatoriale-day hospital e centro diurno-residenza o servizio ospedaliero per trattamenti intensivi pubblici e privati. I prodotti sono: visita domiciliare, visita ambulatoriale, consulenza, programma personalizzato, trattamento intensivo domiciliare, trattamento semiresidenziale (DH e CD); assistenza al ricovero residenziale o ospedaliero.
- c) L'emergenza-urgenza è un compito del CSM e del SNEE, le cui funzioni dovrebbero prevedere l'attivazione di almeno un servizio aziendale sulle 24 ore con funzioni di day/night hospital per l'osservazione e il trattamento delle situazioni di crisi. Il CSM e il SNEE coordinano il percorso ricovero del Servizio ospedaliero di psichiatria (SPDC) e di neuropsichiatria infantile (servizio specialistico specifico o all'interno della pediatria) per l'emergenza-urgenza (ricovero immediato) e degli Ospedali privati con funzioni residenziali di trattamenti intensivi per l'urgenza (nelle 24 ore se possibile), e regola la integrazione con i servizi sanitari (la medicina generale, di pediatria, di guardia medica, con il Servizio 118 e il pronto soccorso ospedaliero) e i servizi sociali. I prodotti sono: consulenza urgente, visita ambulatoriale urgente, visita domiciliare urgente, assistenza all'accertamento sanitario, assistenza al ricovero volontario e obbligatorio.
- d) la riabilitazione e il reinserimento sociale sono compiti del CSM e del SNEE che sul programma personalizzato per trattamenti prolungati individuano il medico responsabile o il referente del caso (case manager) e coordinano il percorso assistenziale che può interessare le diverse strutture del DSM o gli altri servizi sanitari e sociali. In particolare le strutture

pubbliche e private di riferimento per le attività semiresidenziali è il CD e per l'ospitalità sono la residenza per trattamenti prolungati (Rti) e la residenza socioriabilitativa (Rs). Coordinano inoltre il percorso di reinserimento sociale che può prevedere, nei casi di dimissione dai servizi del DSM, la consulenza o la supervisione a livello delle strutture (comunità alloggio e gruppi appartamento) del Servizio sociale. I prodotti sono: visita domiciliare, visita ambulatoriale, consulenza, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale, supervisione.

- e) Il personale delle strutture per svolgere i compiti e le funzioni attribuite ad ogni servizio deve essere multiprofessionale (medici, infermieri, psicologi, tecnici di riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, educatori professionali, tecnici di riabilitazione psicosociale ed altre figure tecniche e di base), deve fornire prestazioni integrate e multimodali (psicofarmacologia, psicoterapia, psicoeducazione e socioriabilitazione, ed altre). La parametrizzazione del personale e delle diverse figure professionali va fatta sulla specificità delle attività previste. La dotazione dei servizi di personale già raggiunta rispetto agli standard nazionali, richiede una redistribuzione e riqualificazione delle diverse figure professionali rispetto alle attività previste nelle specifiche strutture, dei livelli essenziali di assistenza e dei programmi personalizzati.
- f) Il concorrere alle eccellenze è una raccomandazione che viene rivolta ai DSM, perché avanzino la loro candidatura ad essere un punto di sperimentazione su una delle linee o sui punti di una linea, rafforzando la collaborazione con altre istituzioni (Università, Centri o Istituti di ricerca e formazione ed altri). I punti di eccellenza potrebbero facilitare l'audit clinico o altre attività di verifica professionale con gli altri DSM ed essere veicolo di trasmissione dell'innovazione prodotta e validata all'intero sistema regionale dei servizi di salute mentale. In questo ambito va inserita la costituzione - presso il Servizio Salute Mentale della Regione - dell'Osservatorio Internazionale per la Salute Mentale che la OPS/OMS ha riconosciuto con il rinnovo del Progetto di cooperazione internazionale 2001-2003 per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica nei Paesi dell'America Latina.

Come previsto dalla **L.R. n. 29 del 23 dicembre 2004: "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale"**, l'atto aziendale (DGR n. 1882 del 31/10/2000: Direttiva alle aziende sanitarie della Regione per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art. 3 - D. Lgs. 229/99) stabilisce le forme e le modalità d'integrazione fra l'attività distrettuale ed i dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale.

La **D.G.R. 28 giugno 2004, n. 1280**, nell'ambito delle **"Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2004."** affronta il tema della salute mentale.

- **Il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella medicina generale**

Nel triennio 2000-2002, la Regione Emilia-Romagna, ha promosso un Progetto rivolto alla integrazione fra i Medici di Medicina Generale ed i Dipartimenti di Salute Mentale, con lo scopo di migliorare i percorsi di cura rivolti ai pazienti con disturbi mentali e favorire interventi più tempestivi ed appropriati, attraverso lo sviluppo di servizi di consultazione dei DSM dedicati ai MMG.

I Nuclei delle Cure primarie rappresentano la sede naturale per l'ulteriore sviluppo di questa collaborazione interdisciplinare; è infatti a tale livello organizzativo che vanno diffusamente creati stabili e strutturati rapporti fra MMG e articolazioni distrettuali del DSM.

Al fine di sviluppare ulteriormente la diffusione ed il consolidamento a livello distrettuale di tale Progetto, è necessario strutturare i rapporti di collaborazione tra i Dipartimenti di cure primarie ed i

Centri di salute mentale, che rappresentano l'articolazione, a livello distrettuale, del Dipartimento di Salute mentale.

Nel corso dell'anno è necessario definire, a livello distrettuale e/o aziendale, protocolli/accordi che prevedano l'istituzione di percorsi condivisi fra cure primarie e psichiatria per migliorare la qualità della cura dei disturbi psichiatrici minori direttamente affrontati dal MMG, il corretto e tempestivo invio di pazienti con diagnosi severe ai Centri di Salute Mentale, appositi servizi e funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per tutti i casi che richiedano una più stretta e diretta collaborazione fra professionisti.

- L'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale

Nel corso del 2001 è stata ridefinita l'organizzazione del Dipartimento di Salute mentale (DSM) quale macrostruttura aziendale deputata alla organizzazione, gestione e produzione dei servizi per la salute mentale, come previsto dalla D.G.R. n. 759/1998, dal progetto Obiettivo Tutela Salute mentale di cui al DPR 10 novembre 1999 e dalle linee-guida del 2000 "Linee per l'attuazione del Dipartimento di Salute Mentale". Con l'atto aziendale sono inoltre state individuate le strutture organizzative del DSM (Unità Operative), in relazione al processo di integrazione delle discipline e aree affini (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, SERT, Psicologia Clinica).

Gli assetti organizzativi interni al DSM e soprattutto il sistema di relazioni organizzativo-funzionali con i SERT sono difforni tra le varie Aziende Sanitarie. Va inoltre definita più chiaramente l'integrazione delle attività con i Dipartimenti di Cure Primarie. Le nuove prospettive aperte dall'introduzione formale dei LEA, dall'approvazione della L.R. n. 2/2003 di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, dal prossimo avvio del processo di accreditamento delle strutture sanitarie incluse quelle del DSM, dalla predisposizione del nuovo strumento di programmazione integrata tra il settore sanitario e quello delle politiche sociali (Piano Sociale e Sanitario), richiedono di approfondire, individuare e definire più chiaramente i principali aspetti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dei servizi di salute mentale al fine di migliorarne l'integrazione sia con gli altri servizi sanitari, sia con quelli sociali.

Tale lavoro sarà condotto nell'ambito delle attività di predisposizione del prossimo Piano Sociale e Sanitario e nella messa a punto dei relativi provvedimenti di attuazione.

- Sistema informativo e costi del Dipartimento di salute mentale

Per il 2004 le Aziende Sanitarie devono impegnarsi ad avviare un flusso informativo su base individuale, atto a consentire un monitoraggio stabile dell'attività assistenziale garantita dai servizi del Dipartimento di Salute Mentale. L'attivazione di questo nuovo flusso informativo, le cui specifiche saranno fornite alle Aziende con successive indicazioni, previa condivisione delle stesse con le Aziende medesime, consentirà tra l'altro di ottemperare al debito informativo che il nuovo Sistema Informativo Sanitario stabilirà fra non molto nei confronti di tutte le Regioni. Nell'ambito di questo programma uno degli aspetti prioritari è rappresentato dall'attività erogata a favore dei pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Nei confronti di questa particolare tipologia di pazienti verranno fornite a breve specifiche indicazioni.

Sotto il profilo dei costi, si sta attivando uno specifico gruppo di lavoro volto a valutare l'adeguatezza delle informazioni raccolte attraverso i sistemi di contabilità analitica delle Aziende Sanitarie. I Responsabili dei DSM saranno coinvolti in questo processo di valutazione.

Nel frattempo verrà chiesto alle Aziende di fornire informazioni analitiche riguardanti i costi 2004 delle singole strutture residenziali e semiresidenziali e le modalità della loro copertura, con particolare riferimento alle strutture ospitanti pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici e dagli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Nel 2005 nella Regione Emilia-Romagna è stato attivato il Sistema informativo regionale Salute Mentale (SISM), per consentire un monitoraggio stabile dell'attività assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del territorio regionale. L'attivazione di questo nuovo flusso informativo ha lo scopo di rispondere a quanto previsto dal Sistema informativo nazionale per la salute mentale, di cui all'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 11 ottobre 2001.

Concepito per costituire una base dati integrata, il Sistema informativo regionale della salute mentale comprende l'attività dei Centri di Salute Mentale a cui si aggiungono le prestazioni degli SPDC e delle Case di cura psichiatriche. La rilevazione, attiva dal gennaio 2005 con periodicità semestrale, è incentrata sul paziente, sulle prestazioni erogate e sui prodotti, di cui al progetto regionale svolto tra il 1998 e 2001 "Lo standard di prodotto nei Dipartimenti di Salute mentale della Regione Emilia-Romagna tra garanzie per i cittadini e strumento di pianificazione". Le informazioni minime, le modalità di invio e il tracciato record sono specificati nel documento tecnico di cui alla **circolare n. 4 del 16/2/2005: "Specifiche tecniche per l'attivazione del Sistema Informativo Salute Mentale – SISM"**

Il rispetto della normativa sulla privacy e sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali è previsto mediante la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie.

Dal 2004, il flusso per il monitoraggio e rendicontazione dell'utenza ex O.P. e ex O.P.G. , rileva dati individuali, nel rispetto della legislazione sulla privacy".

La **D.G.R. 29-12-2005 n. 2313: Approvazione dei progetti e assegnazione dei finanziamenti finalizzati ai programmi per lo sviluppo di esperienze mediante l'impiego di attività e pratiche innovative** ai sensi della D.C.R. n. 615/2004, della D.G.R. n. 2715/2004 e della D.G.R. n. 740/2005" prevede che, in relazione ai finanziamenti di cui alla D.G.R. n. 2715/2004 , due dei 28 progetti di tipo ammissibili e finanziabili sono dedicati all'area della salute mentale.

La Regione Emilia- Romagna il 24/7/2006 ha approvato la **DGR n. 1051: Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006.**

La DGR n. 1051/2006, nell'Allegato A ed in particolare nell'ambito dei **Criteria di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna Anno 2006**, ricorda che l'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Usl del Sistema sanitario regionale, secondo quanto ribadito anche dalla LR n. 29/2004 all'art. 3, comma 2, viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche. Obiettivo del modello è l'equità distributiva; il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna Usl.

Per l'assegnazione 2006, si evidenzia in particolare, che al 2° Livello: Assistenza Distrettuale (51,5%) sono state assegnate il 51,5% delle risorse disponibili per l'attribuzione con quota capitaria pesata, un punto percentuale in più rispetto al 2005.

Alla *Salute mentale* è stato dedicato il 3,6%, come per il 2005. Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. La assistenza psichiatrica per adulti che assorbe il 3% delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Assistenza ai dimessi ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.

La DGR n. 1051/2006, nell'Allegato B ed in particolare nell'ambito delle *Linee di programmazione e obiettivi alle aziende sanitarie*, la DGR n. 1051/2006 prevede:

- *Linea III: Sviluppo del ruolo dei medici di medicina generale*

In particolare prevede, l'implementazione dei Nuclei di Cure Primarie, tenuto conto delle caratteristiche dei territori, di progressiva caratterizzazione dei NCP come sede di riferimento, che favorisca l'integrazione tra MMG, PLS, servizio infermieristico, assistenza ostetrica, servizi di base dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute mentale;

- *Linea VII. Salute mentale*

Le innovazioni richieste dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, i successivi atti di indirizzo per la organizzazione del Servizio Sanitario Regionale e la costruzione del Piano Sociale e Sanitario costituiscono una grande opportunità per i Dipartimenti di Salute Mentale che nel corso del 2006 saranno chiamati a ridefinire la loro missione e la loro organizzazione complessiva. Più in generale si deve avviare una fase di programmazione che nel giro di un anno porti le varie componenti del processo di salute mentale (professionisti, direzioni aziendali, associazioni di utenti e familiari, università, privato sociale ed imprenditoriale) a condividere una proposta di modello e di contenuti che abbia respiro strategico e che garantisca un consolidamento delle pratiche psichiatriche sulla utenza tradizionale ed una maggiore apertura alle nuove fasce di popolazione che presentano bisogni di salute mentale. Questo sforzo prenderà forma nella preparazione e realizzazione della II Conferenza di Organizzazione sulla Salute Mentale alla quale tutte le Aziende nelle varie articolazioni interessate sono chiamate a dare il loro importante contributo. Gli obiettivi qui posti sono tasselli di una costruzione più ampia che nell'anno in corso troverà la sua completa declinazione.

Obiettivi comuni a tutte le Aziende USL

1. Partecipare al percorso regionale di riconversione dei posti letto dell'ospedalità privata (attuazione della Delib.G.R. n. 327/2004). In particolare ogni Azienda USL dovrà definire il proprio fabbisogno di posti letto residenziali da commissionare conseguentemente ai soggetti privati.
2. Revisione completa a livello aziendale e di Area Vasta del fabbisogno dei posti letto in strutture residenziali psichiatriche (pubblici e privati) di tipo sanitario e socio-assistenziale. In particolare vanno definiti fabbisogni complessivi e per tipologia di struttura, fornitori privati che garantiscano qualità ed appropriatezza, perseguendo la massima integrazione nell'offerta del servizio pubblico.
3. Realizzazione del Programma regionale "Giuseppe Leggieri", riguardante il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella Medicina Generale. In particolare vanno previste iniziative di formazione sul campo volte a consolidare la collaborazione in piccoli gruppi (ad es. MMG operanti in uno o due NCP con il personale del DSM [psichiatri ed infermieri] di riferimento territoriale).
4. Applicazione delle linee-guida regionali in tema di collaborazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatria di Base, secondo quanto previsto dall'elaborato dell'apposito progetto regionale.
5. Completamento della messa a regime della raccolta dati del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale.
6. Partecipazione dei professionisti delle UO di Psichiatria e NPIA alla preparazione ed alla realizzazione della II Conferenza di Organizzazione sulla Salute Mentale.

Per le Aziende USL di Parma, Modena e Ravenna

1. Codificare le attività di Day Hospital Psichiatrico come attività territoriali, in analogia ed omogeneità con quanto già fatto dalle restanti Aziende.

Per l'Azienda USL di Forlì

1. Avviare la residenza Sanitaria per pazienti in carico ai DSM dell'Area Vasta Romagna e delle AUSL Bologna ed Imola, provenienti dagli OPG, secondo il progetto presentato dalla stessa Azienda.

• *Linea XII. I programmi di assistenza integrata: **Il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella medicina generale***

Il miglioramento dell'integrazione tra i sistemi delle cure primarie e della salute mentale continua a rappresentare uno degli obiettivi strategici di questa regione, che vede nel Programma regionale "Giuseppe Leggieri" la sua concreta realizzazione.

Quale pre-condizione, è stata creata una rete che, in ambito aziendale, promuova l'applicazione degli strumenti e delle modalità d'integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimenti di cure primarie, attraverso l'individuazione di referenti di gruppi aziendali e distrettuali, formati dai professionisti coinvolti.

Nel corso del 2005 è stato realizzato, un Corso di formazione regionale rivolto ai professionisti delle Aziende USL, per assumere un ruolo di facilitatori e di promotori dell'implementazione, in ambito locale, del Programma regionale "Giuseppe Leggieri". Al fine di diffondere la cultura dell'integrazione su tale tematica, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

realizzare iniziative formative rivolte a: medici di medicina generale, con riferimento ai Nuclei di cure primarie; psichiatri e infermieri dei che operano nei Dipartimenti di Salute Mentale; medici ed infermieri che operano nei Dipartimenti delle cure primarie.