

## **SALUTE MENTALE REGIONE LIGURIA**

Un primo tentativo di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari per pazienti con disturbi mentali si è avuto con la **L.R. 4-8-1988 n. 39: "Organizzazione dei Servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali"**, modificata dalle L.R. 7 agosto 2003 n. 22 e 8 agosto 1994 n. 42.

La L.R. n. 39/1988 prevedeva il *Servizio di salute mentale*, con il compito di svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative per le patologie psichiatriche in collaborazione con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e con il complesso dei servizi sanitari e sociali esistenti nell'ambito territoriale della U.S.L..

In base a tale LR, il Servizio provvede:

- a) all'assistenza specialistica in ogni fase della malattia; al trattamento terapeutico a medio e lungo termine di individui e gruppi a livello ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- b) all'organizzazione, direzione e gestione delle strutture intermedie di cui all'articolo 9 nonché per le UU.SS.LL. nn. 8 e 16 alla direzione dei Presidi socio-sanitari tenuto conto di quanto stabilito dal tredicesimo comma dell'articolo 8;
- c) alla consulenza psichiatrica per gli altri servizi sanitari dell'U.S.L. ivi compreso il Servizio ospedaliero nelle UU.SS.LL. in cui non sia previsto il servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- d) alla riabilitazione in collegamento con altri servizi e istituzioni degli Enti locali;
- e) al trattamento psichiatrico in favore di persone detenute secondo quanto previsto dall'articolo 14;
- f) alle attività di prevenzione, con interventi anche in materia di educazione sanitaria, negli ambienti di vita e di lavoro per la tutela della salute mentale, secondo i piani concordati a livello di singolo U.S.L.;
- g) all'attivazione di forme di collaborazione con il Servizio regionale della formazione professionale per l'inserimento lavorativo degli utenti del Servizio di salute mentale;
- h) alla predisposizione, alla raccolta e all'elaborazione di dati epidemiologici e statistici relativi agli utenti psichiatrici, alle attività svolte, nonché all'andamento generale delle patologie psichiatriche, in coordinamento con l'osservatorio epidemiologico regionale per il tramite della Commissione tecnica regionale di cui all'articolo 15;
- i) alla definizione delle modalità, d'intesa con il Servizio gestione, formazione e aggiornamento del personale, per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori del Servizio, secondo quanto previsto dall'articolo 13;
- j) alle attività in materia di assistenza ai tossicodipendenti previste all'articolo 19 della LR n. 14/1984;
- k) alla formulazione di programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti nelle attività del Servizio di salute mentale mediante il sostegno e la valorizzazione di gruppi di aiuto reciproco prevedendo anche finanziamenti finalizzati.

In materia di assistenza psichiatrica ai minori, agli anziani ed agli handicappati il servizio garantisce la propria consulenza e collaborazione al Servizio materno infantile e dell'età evolutiva ed al Servizio tutela della salute degli anziani e handicappati con modalità operative finalizzate all'unitarietà ed alla continuità terapeutica degli interventi.

Il Servizio deve essere dotato di una sede centrale con spazi ed aree adeguati alle effettive esigenze e deve usufruire a livello distrettuale e sovradistrettuale di spazi ambulatoriali e di mezzi di trasporto sufficienti in rapporto alla conformazione territoriale, alla concentrazione della popolazione e all'agibilità dei mezzi pubblici di trasporto.

Il Servizio svolge la propria attività nell'arco diurno garantendo le proprie prestazioni, che includono gli interventi domiciliari di urgenza, per la durata di 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e per la durata di 5 ore al sabato.

L'organizzazione del lavoro, dei turni di presenza e la reperibilità degli operatori, nel rispetto della vigente normativa nazionale e degli accordi nazionali unici di lavoro, debbono essere articolate ed integrate in modo da garantire l'espletamento dell'attività del Servizio nell'intero arco di apertura.

Il collegamento con gli aspetti sociali connessi alle attività del Servizio di salute mentale e delle strutture intermedie è attuato ai sensi delle norme vigenti in materia.

Per la sua natura specifica di servizio specialistico, il personale medico del Servizio appartiene all'area funzionale medicina-disciplina psichiatrica..

### *Centri di salute mentale*

I locali destinati ai *centri di salute mentale* dovranno essere strutturati in modo da soddisfare sia i requisiti di sicurezza per il personale sanitario che vi opera, sia un adeguato confort per i pazienti che tenga conto della loro particolare patologia. I suddetti locali devono, di conseguenza, essere dotati di una via di fuga per gli operatori sanitari e di un sistema di allarme per le emergenze.

### *Presidi sociali e sanitari per la tutela della salute mentale<sup>2</sup>.*

1. Gli ex ospedali psichiatrici di Cogoleto e di Genova-Quarto trasformati nell'ambito del processo di superamento degli ospedali psichiatrici, in Presidi sociali e sanitari non ospedalieri per la tutela della salute mentale, faranno rispettivamente parte del Servizio di salute mentale della U.S.L. n. 8 - Genova Ponente e n. 16 Genova Levante,.

I Presidi sociali e sanitari per la tutela della salute mentale forniscono le prestazioni curative e riabilitative più idonee alle esigenze dei soggetti di cui al quinto comma assicurando in particolare i rapporti con le famiglie e lo sviluppo delle relazioni interpersonali e comunitarie, nel pieno rispetto delle disposizioni di cui alla legge regionale 26 aprile 1980, n. 27.

Le prestazioni dei presidi debbono tendere alla riabilitazione e al reinserimento sociale attraverso iniziative terapeutiche che corrispondono ai bisogni individuali, con particolare riferimento:

- a) alla risocializzazione degli ospiti mediante l'inserimento in gruppi protetti o autonomi ed in attività occupazionali o lavorative;
- b) al trattamento terapeutico riabilitativo per situazioni psichiatriche gravi e cronicizzate, ricercando l'inserimento degli ospiti in gruppi terapeutici residenziali, con programmi di progressivo inserimento sociale;
- c) all'assistenza per grave invalidità o forma patologica mediante l'inserimento degli ospiti in strutture con adeguate possibilità di assistenza specifica;
- d) alla riabilitazione e al reinserimento sociale attraverso iniziative terapeutiche che corrispondano ai bisogni individuali con particolare attenzione agli aspetti internistici e geriatrici.

Gli interventi sono prestati in stretto collegamento con il Servizio di salute mentale dell'U.S.L. di provenienza dell'ospite.

I Presidi, in relazione al carattere transitorio ed ad esaurimento della relativa attività, e tenuto altresì conto che le prestazioni dagli stessi erogate sono intese a garantire una continuità terapeutica non altrimenti assicurabile ai soggetti che abbiano già usufruito di trattamento psichiatrico negli ospedali psichiatrici, erogano le prestazioni nei confronti delle persone che alla data d'entrata in vigore della presente legge usufruiscono di assistenza nelle strutture psichiatriche di Cogoleto e di Genova Quarto. Possono inoltre fruire delle prestazioni dei Presidi, purché non presentino problemi di malattia in fase acuta, coloro che ne facciano richiesta, e che risultino essere stati ricoverati almeno una volta in ospedali psichiatrici pubblici.

I soggetti indicati al quinto comma sono ammessi ad usufruire delle prestazioni su proposta del responsabile del Servizio di salute mentale dell'U.S.L. di provenienza e su autorizzazione dei responsabili dei Presidi, d'intesa con i responsabili delle unità operative interessate, sentiti i

responsabili dei Servizi di salute mentale dai quali i Presidi dipendono. L'ammissione è comunque subordinata alla disponibilità ricettiva delle strutture, che è individuata, alla data di entrata in vigore della presente legge, in 700 ospiti per il Presidio di Cogoleto e in 550 ospiti per il Presidio di Genova-Quarto. Il piano sanitario regionale contiene indicazioni per:

- a) una revisione periodica della ricettività dei presidi al fine di pervenire ad un esaurimento della relativi attività;
- b) il riutilizzo delle aree e delle strutture che si rendano disponibili in relazione al graduale esaurimento dell'attività dei Presidi o allo svincolo degli stessi per altra destinazione di natura non sanitaria.

Nel primo programma triennale dei dipartimenti in cui sono comprese le UU.SS.LL. nn. 8 e 16, saranno contenuti i progetti tendenti al superamento dei Presidi socio sanitari secondo:

- a) programmi individualizzati di riabilitazione e dimissione degli ospiti;
- b) piani di riqualificazione e trasferimento del personale ai servizi territoriali.

L'organizzazione dei Presidi è articolata nelle unità operative di cui all'articolo 12 della LR n. 45/1979 e successive modificazioni.

Salvo quanto previsto dal piano sanitario regionale, per un periodo di tre anni dall'entrata in vigore della presente LR n. 39/1988, l'organizzazione di ciascun Presidio deve prevedere una unità operativa per un numero di ospiti non superiore a 150 e non inferiore a 100.

Le unità operative sono organizzate, di norma, a seconda della provenienza degli ospiti, salvo la necessità di diverse articolazioni in relazione a specifiche esigenze terapeutiche e assistenziali, ed al numero di ospiti. Inoltre almeno una di esse deve prevedere, in locali distinti:

- a) servizi adeguatamente attrezzati ed organizzati per ospiti che usufruiscono prevalentemente delle sole funzioni alberghiere e del sostegno terapeutico inteso a promuovere e a mantenere l'autonomia della convivenza;
- b) servizi per l'assistenza intensiva e la riabilitazione degli handicappati psichici gravi;
- c) servizi per l'assistenza intensiva e la convivenza degli ospiti anziani non autosufficienti.

Le unità operative sono dirette da dipendenti iscritti nel ruolo sanitario, profilo professionale medico, del personale delle UU.SS.LL. in posizione funzionale di primario. L'organico dei Presidi è indicato nell'allegata tabella A.

In ogni Presidio, nel rispetto della vigente normativa nazionale e degli accordi nazionali unici di lavoro, deve essere assicurata la guardia del personale medico anche nelle ore notturne e festive. Ai turni di guardia partecipano i medici dipendenti operanti nei Presidi e i medici dipendenti operanti nel dipartimento.

Il responsabile di ciascun Presidio è nominato dal Comitato di gestione, su proposta dell'Ufficio di Direzione, fra i medici psichiatri nella posizione funzionale di primario. Qualora per il conferimento dell'incarico esistano più aventi titolo, lo stesso deve essere motivato con specifico riferimento ai maggiori titoli di esperienza e professionalità presentati dai dipendenti in relazione all'incarico da conferire. Il responsabile del Presidio assicura il coordinamento delle attività delle diverse unità operative del Presidio stesso; sovrintende sotto il profilo organizzativo alla gestione del Presidio vigilando sulle prestazioni dallo stesso erogate; dà esecuzione alle direttive e indirizzi generali emanati dal responsabile del Servizio di salute mentale e dall'Ufficio di Direzione.

#### *Strutture intermedie.*

Le strutture intermedie sono comprese nel Servizio di salute mentale e costituiscono un insieme di risorse e strutture residenziali decentrate sul territorio al fine di garantire in maniera articolata e flessibile le esigenze terapeutiche, riabilitative ed assistenziali degli utenti psichiatrici.

Sono strutture intermedie:

- a) la comunità terapeutica;
- b) il centro diurno;
- c) la comunità alloggio di utenza psichiatrica.

La *comunità terapeutica* è una struttura residenziale destinata ad ospitare soggetti affetti da grave patologia psichica, per la quale si richiedono complessi interventi terapeutico-riabilitativi con conseguente necessità di assistenza continua non garantibile a livello domiciliare. L'attività svolta da tale struttura deve avere carattere continuativo nelle ore diurne e notturne ad essere assicurata dal personale indicato nell'allegata tabella A. Per ogni paziente inserito nella comunità terapeutica andrà formulato un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato che evidenzii gli obiettivi sanitari dell'inserimento ed il tempo necessario al loro raggiungimento.

Il numero degli ospiti di una comunità terapeutica non deve superare le venti unità.

Per ogni unità sanitaria locale è prevista l'istituzione di almeno una Comunità terapeutica.

Nel termine di tre anni, a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere attivate comunità terapeutiche nelle UU.SS.LL. nn. 2, 5, 7, 8, 10, 12, 15, 16, 18 e 20. Ciascuna di tali comunità opera con riferimento anche alle UU.SS.LL. comprese nel medesimo dipartimento della U.S.L. in cui la comunità stessa risulta ubicata. Le modalità di collegamento operativo tra la comunità terapeutica e le altre strutture del Servizio di salute mentale delle UU.SS.LL. del relativo bacino di utenza, sono fissate dal Comitato di gestione dell'U.S.L. in cui la comunità risulta ubicata sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale e sentito il Comitato direttivo di dipartimento.

Il *Centro diurno* è una struttura destinata ad ospitare soggetti che pur conservando una propria autonomia residenziale necessitano durante il giorno di interventi terapeutici riabilitativi e di socializzazione.

Il Centro diurno assicura in particolare un'organizzazione delle giornate mirate da un lato all'animazione dei singoli o dei gruppi, dall'altro ad attività terapeutica più specifica consistente in terapie individuali o di gruppo, variamente articolate, in interventi di gruppo con le famiglie ed in attività occupazionali.

Il Centro diurno non può ospitare un numero di utenti superiore a quindici.

La *Comunità alloggio* di utenza psichiatrica è una struttura terapeutico-riabilitativa residenziale destinata ad ospitare i seguenti pazienti:

a) soggetti con deficit psico-fisici che presentano non completa autonomia personale e relazionale;  
b) soggetti per i quali sia necessaria una presa in carico continuativa e residenziale in alternativa al ricovero ospedaliero. La Comunità alloggio di utenza psichiatrica è destinata altresì, nei casi ritenuti necessari, ad ospitare utenti psichiatrici nella fase immediatamente successiva al ricovero ospedaliero, al fine di realizzare gli interventi terapeutico-riabilitativi atti al reinserimento familiare e sociale del paziente. Per ogni paziente inserito nella Comunità alloggio di utenza psichiatrica andrà formulato un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato che evidenzii gli obiettivi sanitari dell'inserimento ed il tempo necessario al loro raggiungimento.

La Comunità alloggio di utenza psichiatrica è costituita da un appartamento articolato in stanze da uno a due letti con spazi comuni di soggiorno e pranzo.

I Centri diurni e le Comunità alloggio di utenza psichiatrica sono istituiti in ciascuna U.S.L. nel numero indicato dal piano sanitario regionale. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, devono comunque essere attivati in ogni U.S.L. almeno un Centro diurno ed una Comunità alloggio di utenza psichiatrica.

In relazione alle finalità della struttura, il numero degli ospiti della Comunità alloggio di utenza psichiatrica deve essere contenuto entro i limiti di quattro-otto pazienti.

In considerazione della particolare natura degli interventi terapeutico-riabilitativi svolti nelle strutture intermedie può farsi ricorso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, anche a tecnici specificatamente qualificati in particolari attività non sanitarie ma costituenti parte integrante del programma di trattamento terapeutico.

La **L.R. 3-4-1989 n. 8: “Piano Sanitario Regionale 1989-1991.”** prevedeva, all’art. 3, la realizzazione di un progetto obiettivo sul tema della “tutela della salute mentale”

La LR n. 8/1989 prevedeva inoltre che il *Servizio salute mentale* svolgesse le funzioni preventive, curative e riabilitative delle patologie psichiatriche ai sensi della legge regionale 4 agosto 1988, n. 39; interventi per la prevenzione sanitaria, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza quali risultano in particolare all'articolo 19 della legge regionale 12 marzo 1984, n. 14;

Importante è la **L.R. 8-8-1994 n. 42: “Disciplina delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale in attuazione dei D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517”**, che nell’ambito dell’*“Area dipartimentale attività di assistenza sanitaria, socio sanitaria e di riabilitazione”* prevede *Dipartimento di assistenza socio-sanitaria e di riabilitazione*. Al dipartimento è assicurata una adeguata presenza di personale amministrativo di supporto *Unità operative*, tra le quali vi è quella dedicata all’*“Assistenza psichiatrica”*. Questa ha in particolare competenze in materia di attività di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie mentali in regime ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare; garantisce al nucleo familiare del paziente un servizio specifico di informazione e di assistenza; svolge in generale tutte le attività previste dalla vigente normativa anche attraverso il collegamento a livello dipartimentale con il S.P.D.C. L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica è disciplinata dal Consiglio regionale attraverso specifici Progetti Obiettivo approvati entro il 31 gennaio 1997 sulla base delle indicazioni nazionali in materia e nel rispetto dei termini dalle stesse previsti.

L’art. 31 della **L.R. 20-1-1997 n. 2: “Modifiche ed integrazioni alle norme di organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali”** è dedicato al tema dei Presidi sociali e sanitari per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 39 del 1988.

I Presidi sociali e sanitari non ospedalieri per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 8 della legge regionale 4 agosto 1988, n. 39 (organizzazione dei Servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali) possono erogare prestazioni curative e riabilitative esclusivamente nei confronti delle persone che sono ospitate nelle predette strutture alla data di entrata in vigore della L.R. n. 2/1997 fino alla completa realizzazione del Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994.

Le persone diverse da quelle di cui al comma 1 che necessitano di trattamenti psichiatrici sono assistite ed usufruiscono delle prestazioni rese dalle restanti strutture e unità operative delle Aziende sanitarie preposte alla tutela della salute mentale.

La **D.G.R. 22 dicembre 2000, n. 1476: “Approvazione del progetto obiettivo regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario”** ribadisce che la psichiatria rappresenta un nodo centrale, all'interno degli Istituti penitenziari, per la frequenza di problemi di salute mentale e per il riconoscimento della detenzione come fattore di rischio per il suicidio.

I medici psichiatri che operano negli istituti penitenziari evidenziano il problema sollecitando interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali. È pertanto opportuno effettuare una sperimentazione che consenta di poter disporre di elementi utili per migliorare il servizio nel settore della salute mentale.

La sperimentazione prevede quindi che l’Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese", tramite il Dipartimento di Salute Mentale garantisca concretamente alla popolazione penitenziaria la stessa tutela della salute garantita al libero cittadino come previsto dal D. Lgs. n. 230/1999.

La sperimentazione, a fronte della complessità dei problemi implica, da parte del Dipartimento di Salute mentale, scelte organizzative graduali che prevedono il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Consolidamento del servizio di II livello per la consulenza psichiatrica, che tenga presente in particolare la necessità di integrazione e differenziazione dei ruoli e dei compiti con altri

operatori a diverso titolo presenti nel carcere (operatori SERT, psichiatri, educatori ed esperti impegnati nel trattamento);

- Rapporti stabili con gli SPDC per la gestione dei problemi più gravi, con i servizi psichiatrici territoriali, con i Ser.T di riferimento e con gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, al fine di una integrazione interno-esterno e per la definizione di progetti di trattamento che diano senso e continuità all'intervento psichiatrico dopo l'uscita dall'Istituto penitenziario.
- Eventuale gestione di un'area identificata per le problematiche psichiatriche emergenti con presenza di personale sanitario, integrato da educatori e animatori, assistente sociale e psicologo;
- Formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti, tenendo conto del contesto in cui si opera, con organizzazione di eventuali iniziative di supporto psicologico per le conseguenze derivanti dalle stesse condizioni operative.

La predetta sperimentazione costituisce un presupposto per un progressivo intervento anche nelle altre sedi penitenziarie della Regione.

Le indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo hanno durata triennale e sono suscettibili di modificazioni e integrazioni. Hanno l'obiettivo di garantire la salute ai detenuti e agli internati tossicodipendenti secondo i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale. Sarà la fase sperimentale ad indicare l'opportunità di intervenire sulle misure previste nel Progetto.

La **D.G.R. 16-11-2001 n. 1335:" Approvazione "Manuale per l'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie"** è relativa ai requisiti richiesti per l'accreditamento istituzionale dei presidi sanitari e socio-sanitari (artt. 11 e seguenti della L.R. 30 luglio 1999, n. 20)." Per quanto riguarda la Salute Mentale:

#### ***B.6 - CENTRI DI SALUTE MENTALE***

Sono centri di coordinamento delle attività sul territorio; dove si attua il primo contatto tra il malato mentale e il servizio psichiatrico evidenziandone così i bisogni.

Le risposte previste sono di tipo ambulatoriale, domiciliare, formazione professionale, inserimento lavorativo attraverso anche la collaborazione con strutture esterne quali le cooperative, gli enti non-profit.

Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alla attività svolta.

#### **Criterio B.6.**

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

<b>N°R</b>	<b>Requisiti</b>	<b>Indicatori</b>
<b>1</b>	L'organigramma del Centro è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
<b>2</b>	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli Organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
<b>3</b>	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la direzione del dipartimento di salute mentale e del Distretto
<b>4</b>	Il personale sanitario laureato e/o	L'organico minimo è valutato sulla base

	tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	del carico di lavoro e della normativa specifica e deve garantire a) presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura; b) presenza programmata di psicologi- psicoterapeuti e delle altre figure professionali di cui al D.P.R. 10 novembre 1999, in relazione alla attività e/o alla popolazione del territorio servito.
5	Per ciascun utente è sviluppato un progetto terapeutico individuale in base ad una valutazione globale della patologia e dei bisogni.	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo sono definite le modalità di rapporto con i familiari e con il medico di base.
6	Il Centro è collegato con il PS/DEA di riferimento e le altre strutture per la tutela della salute mentale, in particolare il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) di riferimento territoriale.	Evidenza di protocolli organizzativi e di accordi per il collegamento con il PS/DEA e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 10 novembre 1999 e successive integrazioni e/o modifiche.

### Degenze pediatriche e psichiatriche - C.3.1.2

#### Criterio - C.3.1.2

Le particolari necessità strutturali delle degenze psichiatriche e pediatriche sono state considerate

N°R	Requisiti	Indicatori
1	La dotazione di spazi-ambienti per le particolari necessità delle degenze psichiatriche è idonea	Oltre ai locali/spazi previsti dai requisiti minimi per tutte le degenze, sono presenti e disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un locale specifico per, colloqui/visite specialistiche</li> <li>• un locale soggiorno dimensionato in relazione al numero dei posti letto</li> <li>• è presente e disponibile un locale distinto da quello di soggiorno per la consumazione dei pasti e per le attività terapeutiche di gruppo</li> </ul>
2	Le particolari necessità strutturali delle degenze pediatriche sono state considerate	Oltre ai locali/spazi previsti dai requisiti minimi per tutte le degenze, sono presenti e disponibili <ul style="list-style-type: none"> <li>• spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, dimensionati in</li> </ul>

**3** Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti

rapporto al numero.

- spazio per l'accompagnatore

Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, di ogni dipartimento ed U.O.

Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti.

### Requisiti impiantistici e tecnologici C.3.2

#### Criterio C.3.2

I requisiti minimi impiantistici e tecnologici sono già presenti e attivi

N°R	Requisiti	Indicatori
<b>1</b>	La dotazione minima tecnologica è presente almeno ad ogni piano ove vi siano delle degenze.	Evidenza della presenza e disponibilità almeno ad ogni piano ove sono presenti delle degenze della dotazione minima tecnologia
<b>2</b>	Se non è ancora presente e disponibile la dotazione impiantistica e tecnologica minima richiesta, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo il rischio ed i disagi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione impiantistica e di quella tecnologica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo del rischio per il personale e gli utenti.
<b>3</b>	È presente e attivo in ogni U.O l'impianto antincendio	Evidenza della presenza e funzionalità dell'impianto
<b>4</b>	È presente almeno ad ogni piano di degenze un carrello per la gestione dell'emergenza completa di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale per piano	Evidenza della presenza e funzionalità

### Requisiti organizzativi - C.3.3

#### Criterio - C.3.3.1

La dotazione organica del personale medico e infermieristico è in grado di garantire una adeguata assistenza

N°R	Requisiti	Indicatori
-----	-----------	------------

<b>1</b>	È definito l'organigramma del personale del dipartimento e delle U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
<b>2</b>	L'organigramma è affisso e visibile agli utenti	Evidenza di visibilità agli utenti
<b>3</b>	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria se presente
<b>4</b>	La dotazione organica del personale medico é rapportata al volume delle attività ed alle specifiche attività di ogni U.O. Organico medico:	In ogni U.O. è garantita la presenza di un medico nell'orario 8-18 nei giorni feriali. Organico minimo: in linea generale: in ogni U.O. sono presenti; un dirigente medico di struttura complessa; calcolati sul valore medio dei ricoverati di 90 giorni nelle specialità mediche e riabilitative vi è almeno un dirigente medico/10, ricoverati; nelle specialità chirurgiche vi sono almeno due dirigenti Medici/15 ricoverati.
<b>5</b>	La dotazione organica del personale infermieristico é rapportata al volume delle attività	La dotazione organica minima di base deve prevedere la presenza di 1 Infermiere/15 PL calcolati sul valore medio di 90 giorni. Deve essere inoltre previsto, in accordo con la DMPO e la Direzione Infermieristica, in base alle caratteristiche organizzative ed alla complessità assistenziale, un organico integrativo di U.O. e di Dipartimento o Azienda
<b>6</b>	Per ogni dipartimento e/o U.O. sono individuati uno o più medici responsabili delle attività inerenti i singoli protocolli	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità

### **Criterio C.3.3.2**

Ogni Dipartimento ed U.O. utilizza regolarmente linee guida e regolamenti interni

<b>N°R</b>	<b>Requisiti</b>	<b>Indicatori</b>
<b>1</b>	La privacy e la dignità del paziente sono protette	Evidenza di accordi con le varie UO e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria Presenza di protocolli con le indicazioni comportamentali per il personale
<b>2</b>	Gli orari in cui i medici del dipartimento	Evidenza di accordi con la DMPO e/o la

	e/o della U.O. sono a disposizione dei parenti per colloqui ed informazioni sono indicati, e sono chiaramente visibili al pubblico	Direzione sanitaria ed evidenza di visibilità
<b>3</b>	Esistono protocolli operativi che regolano le procedure di dimissione, la compilazione della scheda di dimissioni con la sintesi delle attività svolte durante il ricovero, la comunicazione al medico curante e le informazioni necessarie al paziente	Esiste evidenza di accordi tra le varie UO e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria Evidenza della documentazione
<b>4</b>	È presente un piano specifico di formazione ed aggiornamento continuo per tutto il personale del dipartimento e/o della U.O.	Evidenza della documentazione relativa alla formazione, alle riunioni dedicate, agli incontri di gruppo ed alle sessioni di "peer review ed ai corsi di aggiornamento seguiti.
<b>5</b>	Esistono protocolli operativi che regolano per il dipartimento e/o le, U.O.: A) I criteri di accesso e trasferimento del paziente (programmazione liste di attesa, accoglienza e registrazione, informazioni generali sul funzionamento della struttura) B) Le modalità di compilazione della cartella clinica C) Le modalità di compilazione della documentazione infermieristica D) La degenza dei pazienti pediatrici nelle U.O. non pediatriche E) La gestione igienico-sanitaria degli ambienti e degli strumenti F) Collegamenti funzionali con le altre U.O.	Evidenza di documenti e della loro conoscenza da parte del personale Evidenza di presenza ed aggiornamento dei vari protocolli
<b>6</b>	Ciascuna U.O. predispone annualmente almeno un protocollo diagnostico basato su linee guida che identificano il miglior percorso assistenziale per il singolo paziente	Documenti ed evidenza del loro aggiornamento

***D.3 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO***

### D.3.1 - CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

Il Centro diurno è una struttura destinata a trattare soggetti che pur conservando una propria autonomia residenziale necessitano durante il giorno di interventi terapeutici riabilitativi e di socializzazione. Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alla tipologia dell'unità operativa considerata

#### Criterio - D.3.1

Il Centro diurno assicura in particolare un'organizzazione delle giornate mirate da un lato all'animazione dei singoli o dei gruppi dall'altro ad attività terapeutica più specifica consistente in terapie individuali o di gruppo variamente articolate in interventi di gruppo con le famiglie ed in attività occupazionali.

N°R	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturate, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo, i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali tecnologiche ed organizzative.
2	È definito l'organigramma del personale del Centro Diurno.	Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
3	L'assistenza psichiatrica psicologica riabilitativa ed infermieristica è garantita	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e della responsabilità:
4	Il centro garantisce l'erogazione del servizio per almeno 5 giorni/settimana e per un minimo di 6h/die	L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente e deve garantire almeno per fasce orarie e programmate la presenza di psicologi-psicoterapeuti, di personale infermieristico e della riabilitazione.
5	È garantito il supporto educativo	Evidenza e documenti organizzativi
6	Le caratteristiche gestionali sono coerenti con le necessità del Centro	Documenti organizzativi ed evidenza della possibilità per gli utenti di fruizione delle attività programmate interne ed esterne al Centro; del loro trasporto.
7	È garantito il collegamento funzionale con le altre strutture per la tutela della salute mentale ( <a href="#"><i>D.P.R. 10 novembre 1999</i></a> )	Evidenza e documento organizzativo concordato con la direzione della U.O. a cui il centro afferisce e con quella del Dipartimento di Salute Mentale.

### D.3.2 - DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per il Day Hospital delle degenze per acuti. Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alle caratteristiche organizzative-gestionali specifiche dell'unità operativa considerata anche in relazione al [D.P.R. 10 novembre 1999](#) e successive integrazioni o modifiche.

### **Criterio - D.3.2.**

La struttura è organizzata per mantenere la sicurezza dei ricoverati anche attraverso il collegamento con le strutture di ricovero.

<b>N°R</b>	<b>Requisiti</b>	<b>Indicatori</b>
<b>1</b>	Gli aspetti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi sono adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Il DH psichiatrico intraospedaliero possiede i requisiti minimi ex D.P.R. 14 gennaio 1997 e gli ulteriori requisiti richiesti per l'accreditamento del DH ospedaliero
<b>2</b>	L'organico e la formazione del personale è adeguato alle necessità diagnostiche terapeutiche e riabilitative specifiche.	Organigramma e documento organizzativo in cui sono individuati compiti e responsabilità degli operatori. L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente (D.P.R. 10 novembre 1999 e successive integrazioni o modifiche).
<b>3</b>	È organizzato l'aggiornamento e la formazione degli operatori.	Evidenza e documento organizzativo sulla formazione continua del personale.
<b>4</b>	Per le strutture extraospedaliere è garantito il collegamento funzionale con il pronto soccorso e con le altre strutture della Salute Mentale, in particolare con la SPDC di riferimento territoriale	Documenti organizzativi concordati con la direzione della U.O. cui il DH fa parte e con la direzione del dipartimento di salute mentale

## ***D.4 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE***

### **D.4.1 Comunità terapeutiche riabilitative di tipo intensivo**

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alla tipologia dell'unità operativa considerata.

#### **Criterio D.4.1**

Restituire e mantenere il maggiore livello di autonomia acquisibile limitando al massimo il rischio di involuzione.

N°R	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche ed organizzative. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	L'organico medico e tecnico è adeguato al volume ed alla tipologia dell'attività svolta	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità. L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente
3	La dotazione organica del personale di assistenza infermieristica é rapportata al volume delle attività	La dotazione organica minima di base deve prevedere la presenza di 2 infermieri/15 PL calcolati sul valore medio di 90 giorni. Deve essere inoltre previsto, in accordo con la DMPO e la Direzione infermieristica, in base alle caratteristiche organizzative ed alla complessità assistenziale, un organico integrativo di U.O. e di Dipartimento o Azienda
4	La formazione e l'aggiornamento del personale è adeguata	Evidenza e protocolli organizzativi su training formativo prima dell'immissione in servizio e sui corsi di aggiornamento.
5	È assicurato il supporto psico-educativo	Evidenza e documenti organizzativi
6	È presente un collegamento funzionale col pronto soccorso ed U.O. dei centri di salute mentale di riferimento e le altre strutture per la tutela della salute mentale, in particolare con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con le U.O. cui afferisce e la direzione del dipartimento di salute mentale

#### **D.4.2 - Comunità terapeutiche riabilitative di tipo estensivo**

Sono strutture residenziali socioriabilitative a minore intensità assistenziale hanno il compito di realizzare programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, di esclusiva competenza psichiatrica, per pazienti che necessitano di residenzialità per tempi definibili nel corso dei programmi terapeutico - riabilitativi dove sotto la guida di un operatore, gli utenti si gestiscono autonomamente.

## Criterio - D.4.2

Queste strutture si rivolgono ad un utenza in fase di avanzato reinserimento sociale e dotata di maggiore autonomia che viene ulteriormente aiutata a riacquistare attraverso un programma terapeutico specifico.

N°R	Requisiti	Indicatori
1	La struttura è organizzata per interventi su un utenza in fase avanzata di reinserimento sociale e dotata di adeguata autonomia	Evidenza di protocolli organizzativi del dipartimento di salute mentale sulle caratteristiche cliniche e sulla tipologia di ospiti che possono essere ammessi
2	Le caratteristiche strutturali sono adeguate	Sono presenti le caratteristiche delle civili abitazioni con un numero di locali ed una loro dimensione tali da garantire gli spazi e i ritmi della vita normale. Sono inoltre presenti locali e spazi per le attività sanitarie, i colloqui, le riunioni e per il personale.
	Le caratteristiche organizzative sono compatibili con la tipologia di intervento	Le caratteristiche organizzative consentono un numero massimo di ospiti minore di 10
3	La dotazione organica del personale di assistenza è adeguato al volume ad alle caratteristiche del servizio erogato	Il personale è composto da infermieri, educatori professionali, OTA, e/o ausiliari socio-sanitari e/o assistenti domiciliari, secondo le indicazioni della normativa vigente ed è presente, in accordo con la DMP per fasce orarie e programmate
4	La formazione e l'aggiornamento del personale è adeguata	Evidenza e protocolli organizzativi su training formativo prima dell'immissione in servizio e sui corsi di aggiornamento
5	È presente un collegamento funzionale con i centri di salute mentale di riferimento e le altre strutture per la tutela della salute mentale, in particolare con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la direzione del dipartimento di salute mentale.

La **L.R. 7 agosto 2003, n. 22: "Integrazione alla L.R. 4 agosto 1988, n. 39 (Organizzazione dei servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali)."** aggiunge l'art. 6-bis che, in particolare riguarda i "*Locali dei centri di salute mentale*". Questi locali destinati ai centri di salute mentale dovranno essere strutturati in modo da soddisfare sia i requisiti di sicurezza per il personale sanitario che vi opera, sia un adeguato confort per i pazienti che tenga conto della loro particolare

patologia. I suddetti locali devono, di conseguenza, essere dotati di una via di fuga per gli operatori sanitari e di un sistema di allarme per le emergenze.

Obiettivi del **Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005**, approvato con **LR n. 9/2004**, sono:

- migliorare la qualità di vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattia mentale cronica e delle loro famiglie;
- evitare la cronicizzazione nei casi in cui è possibile, rendendo disponibili trattamenti appropriati;
- ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio di problemi di salute mentale;
- ottimizzare e razionalizzare l'assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, favorendo la riabilitazione precoce.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- promuovere la salute mentale e il miglioramento della qualità della vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- promuovere la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle condizioni a rischio e all'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, nelle situazioni di disagio, non che all'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
- promuovere la prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti delle patologie più gravi, attraverso il recupero relazionale, sociale e il miglioramento della qualità della vita dei sofferenti psichiatrici e del nucleo familiare di appartenenza;
- porre particolare attenzione ai percorsi diagnostico-terapeutici che risolvono le emergenze consentendo ai malati il recupero psichico, familiare, sociale;
- promuovere l'attuazione dei servizi residenziali e semi residenziali secondo le indicazioni previsti dalla DGR n. 842 del 26/7/2002. L'offerta di tipo residenziale è articolata su tre tipologie:
  - a) ad alta intensità terapeutico riabilitativa (comunità terapeutico riabilitativa);
  - b) a media intensità terapeutico riabilitativa (RSA psichiatrica);
  - c) a bassa intensità terapeutico riabilitativa (comunità alloggio utenza psichiatrica).
- Attivare posti letto di day hospital prevedendoli in ogni SPDC;
- realizzare strutture riabilitative per i post acuti.

L'art. 36 della **L.R. n. 12 del 24-5-2006**: **“Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari”** riguarda le *“Politiche sociali a favore della salute mentale”*. In particolare prevede quanto segue:

1. Le ASL adottano iniziative affinché i Dipartimenti di Salute Mentale assicurino sul proprio territorio un raccordo tecnico operativo con i Distretti Sociosanitari, promuovendo altresì all'interno dei Distretti, l'integrazione tra interventi sanitari e socio-sanitari con le prestazioni sociali, ai fini di realizzare programmi di inclusione sociale, con particolare riferimento alla lotta allo "stigma" della malattia mentale.
2. Il Distretto Sociosanitario, nei programmi integrati socio-sanitari di cui all'articolo 10, comma 2, in coerenza con gli indirizzi del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" e le linee di indirizzo regionali, collabora con il Dipartimento Salute Mentale, responsabile del governo clinico, alle attività per:
  - a) migliorare la qualità della vita dei pazienti psichiatrici e delle famiglie;
  - b) sostenere e potenziare l'assistenza domiciliare e i progetti di auto aiuto in collaborazione con le associazioni dei familiari dei pazienti;

- c) favorire l'«identità personale» del paziente psichiatrico attraverso l'inserimento o il reinserimento in attività di qualificazione professionale e di avvio al lavoro, utilizzando anche strumenti facilitanti quali borse di lavoro, inserimenti protetti in piccole aziende artigianali e cooperative sociali;
- d) potenziare l'utilizzo dei centri diurni e promuovere progetti di residenzialità assistita;
- e) diminuire le liste di attesa per la residenzialità;
- f) sostenere, anche con la collaborazione dei giudici tutelari, lo sviluppo dell'istituto degli amministratori di sostegno.

3. Per favorire l'operatività di cui al comma 2, il Dipartimento di Salute Mentale e l'Unità Distrettuale di cui all'articolo 10, comma 6, adottano la metodologia dell'approccio e della valutazione multidimensionale socio-sanitaria, collaborando con i Medici di Medicina Generale e utilizzando, per i casi di comorbilità, anche l'apporto di altri servizi del Distretto Sociosanitario.

La recente **LR n. 41/2006: Riordino del Servizio Sanitario Regionale**, per quanto riguarda il tema della salute mentale, precisa solo, all'art. 33 dedicato al *Distretto sanitario*, che vi trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di prevenzione.