

SALUTE MENTALE REGIONE LOMBARDIA

La **L.R. 31-12-1984 n. 67: “Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici”** prevedeva i seguenti obiettivi di salute da perseguire prioritariamente:

- a) la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, da conseguirsi mediante il collegamento dipartimentale delle unità operative in materia psichiatrica con le altre unità operative socio-sanitarie cointeressate;
- b) la prevenzione delle conseguenze familiari, sociali e lavorative delle malattie mentali, fondando gli interventi di cura e di riabilitazione sull'articolazione territoriale dei servizi;
- c) il reinserimento sociale, di rilevanza terapeutica o finalizzato alla prevenzione terziaria, di tutti i malati di mente compresi quelli tuttora degenti negli ex ospedali psichiatrici e negli istituti per lungodegenti, facendo ricorso anche all'affido familiare o al sussidio sostitutivo di ricovero;
- d) per quanto attiene ai progetti terapeutici e alla prevenzione terziaria, l'inserimento e il mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attuando interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperativistiche e sindacali;
- e) la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare di quello coatto, attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio del paziente o presso istituti e case di riposo.

Per quanto riguarda, invece, l'*organizzazione dei servizi psichiatrici*, I termini e le modalità per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi sono definiti nel progetto-obiettivo regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente» approvato dal Consiglio Regionale il 25 luglio 1984.

La tutela socio-sanitaria dei malati di mente si attua mediante l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale, con bacini di utenza costituiti da una o più delle zone previste dalle leggi di ordinamento del servizio sanitario.

Il dipartimento di salute mentale, struttura di coordinamento integrata, interdisciplinare e collegiale, comprende tutte le unità operative preposte alla prevenzione cura e riabilitazione in materia, ed opera in stretto collegamento con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali delle U.S.S.L. e dei comuni.

Prevede inoltre che il dipartimento di salute mentale colleghi funzionalmente:

- a) le unità operative di psichiatria del territorio;
- b) l'unità operativa dell'ex ospedale psichiatrico, laddove esistente;
- c) altre unità operative di rilevanza sanitaria e sociale nel campo della salute mentale, da individuarsi con la legge di cui al successivo articolo 4, primo comma.

Ogni unità operativa di psichiatria del territorio si articola in tanti nuclei operativi quante sono le U.S.S.L. di competenza ed è diretta da un solo primario medico psichiatra responsabile, da cui dipendono funzionalmente gli operatori psichiatrici appartenenti all'organico di ciascun Ente responsabile dei servizi di zona; tali operatori possono essere chiamati a prestare la loro attività in tutti i presidi e su tutto il territorio di competenza.

L'unità operativa di psichiatria del territorio dispone dei seguenti presidi:

- a) centri psico-sociali per le attività ambulatoriali terapeutiche e riabilitative, nella misura di almeno uno per ogni U.S.S.L.;
- b) un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, ubicato in un ospedale generale del territorio di competenza; l'indice dei posti letto per la degenza ospedaliera viene stabilito in 0,085 per mille abitanti, ed il numero di posti letto non può comunque essere inferiore a 7 e superiore a quanto previsto dalla normativa vigente;

- c) uno o in via eccezionale due centri residenziali di terapie psichiatriche e di risocializzazione, con caratteristiche di comunità terapeutica socio-sanitaria per un minimo di 12 ed un massimo di 20 ospiti;
- d) comunità protette per la lungo-assistenza socio-sanitaria, secondo necessità.

L'unità operativa ex ospedale psichiatrico, a seguito della riconversione dello stesso, dispone di:

- a) comunità terapeutiche psichiatriche con finalità riabilitative, destinate ad ospitare ciascuna da un minimo di 25 ad un massimo di 35 soggetti già degenti;
- b) comunità-alloggio socio-sanitarie sperimentali, secondo necessità.

La **L.R. 7 giugno 1985, n. 72** disciplinava la “**Aggregazione funzionale delle U.S.S.L. al fine di costituire i Dipartimenti di salute mentale e le Unità operative di psichiatria e di individuare i Presidi psichiatrici**”. Tale legge è stata abrogata dalla L.R. 22-7-2002 n. 15: “Legge di semplificazione 2001. Semplificazione legislativa mediante abrogazione di leggi regionali. Interventi di semplificazione amministrativa e delegificazione”.

La **L.R. 16-9-1988 n. 47 “Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale”** disciplina il dipartimento di salute mentale, in attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 67/1984: “Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici².”

Il dipartimento di salute mentale è la struttura organizzativa integrata ed interdisciplinare, che programma e coordina, nel rispetto della normativa regionale e degli atti deliberativi degli enti responsabili dei servizi di zona, gli interventi inerenti alla tutela della salute mentale che richiedono il concorso di più e diversi servizi e unità operative.

Il dipartimento di salute mentale esercita le seguenti funzioni:

- a) individua nel territorio di competenza, anche attraverso rilevazioni epidemiologiche, le aree di bisogno che necessitano di interventi congiunti dei servizi e delle unità operative afferenti al dipartimento;
- b) esprime motivate valutazioni sulla compatibilità dei programmi dei singoli servizi, limitatamente agli aspetti inerenti alla salute mentale, e delle unità operative in rapporto alle indicazioni della Regione delle U.S.S.L. che fanno capo al dipartimento stesso;
- c) promuove, nell'ambito degli obiettivi della salute mentale della LR n. 67/1984, gli interventi integrati dei servizi e delle unità operative e indica alle U.S.S.L. gli strumenti e le modalità di lavoro occorrenti;
- d) verifica periodicamente lo stato di attuazione dei programmi e procede alla loro eventuale ridefinizione.

Il dipartimento di salute mentale opera, come struttura zonale o sovrazonale, in riferimento alle U.S.S.L. funzionalmente aggregate secondo la LR n. 72/1985 «Aggregazione funzionale delle U.S.S.L. al fine di costituire i dipartimenti di salute mentale e le unità operative di psichiatria e di individuare i presidi psichiatrici» e sue successive modifiche ed integrazioni, e nel rispetto delle prescrizioni del piano sanitario nazionale.

Il dipartimento di salute mentale comprende e collega:

- a) le unità operative di psichiatria del territorio;
- b) l'unità operativa dell'ex ospedale psichiatrico, in quanto esistente sul territorio di competenza;
- c) l'unità operativa di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza;
- d) i servizi di assistenza sanitaria di base ed i servizi di assistenza sociale delle U.S.S.L. funzionalmente aggregate ai sensi della LR n. 72/1985 e successive modificazioni ed integrazioni, limitatamente agli aspetti inerenti alla salute mentale.

I servizi e le unità operative sono individuati, anche in variante di quanto disposto dal precedente comma, dal piano sanitario regionale.

Sono organi del dipartimento di salute mentale il *comitato tecnico* ed il suo *coordinatore*.

Il *Comitato tecnico* del dipartimento di salute mentale è composto dai responsabili delle unità operative e, per ogni U.S.S.L. componente l'ambito territoriale del dipartimento, dai responsabili dei servizi di assistenza sanitaria di base e di assistenza sociale, dal medico aiuto di neuropsichiatria infantile e dal medico aiuto di psichiatria in quanto corresponsabile con funzioni di coordinamento dell'attività territoriale nella U.S.S.L..

Il comitato tecnico definisce le modalità di esercizio delle attività e ne verifica l'attuazione. Designa, a seguito di elezione al proprio interno, un coordinatore, disciplina autonomamente le modalità delle proprie riunioni e promuove le consultazioni con operatori pubblici di settore, medici e pediatri di base, amministrazioni e associazioni rappresentative degli utenti.

Si riunisce nella sede del dipartimento di salute mentale, con periodicità almeno semestrale, per l'espletamento delle sue funzioni. Predispone la relazione annuale sulle attività svolte dal dipartimento di salute mentale e la trasmette agli uffici di direzione delle U.S.S.L. per il successivo inoltro alla Giunta Regionale.

Il comitato tecnico del dipartimento di salute mentale dispone di un Segretario, assegnato dalla U.S.S.L., sede del dipartimento stesso, nell'ambito del proprio personale amministrativo. Può costituire commissioni per lo studio di particolari problematiche attinenti alla salute mentale.

Il *Coordinatore* è un membro di livello apicale del comitato tecnico, designato a seguito di elezione dallo stesso e formalmente nominato dal comitato di gestione della U.S.S.L. presso la quale è assegnato in servizio; dura in carica 3 anni ed è rinnovabile. Il coordinatore è responsabile del corretto funzionamento del comitato tecnico e riferisce all'ufficio di direzione della U.S.S.L., sede del dipartimento di salute mentale. Il coordinatore partecipa alle sedute dell'ufficio di direzione delle U.S.S.L. funzionalmente aggregate ai sensi della LR n. 72/1985 e sue successive modificazioni e integrazioni, per la trattazione degli argomenti inerenti alle attività del dipartimento di salute mentale. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente Legge tutti i comitati di gestione delle U.S.S.L. funzionalmente aggregate ai sensi della LR n. 72/1985, adottano il provvedimento istitutivo del dipartimento di salute mentale. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente Legge il Presidente dell'U.S.S.L., sede del dipartimento di salute mentale, convoca il comitato tecnico per la designazione del coordinatore, che viene formalmente nominato dal comitato di gestione dell'U.S.S.L. di appartenenza nei 15 giorni successivi alla designazione. Il coordinatore non dismette le funzioni precedentemente svolte.

La **D.C.R. 23-12-1987 n. IV/871: "Piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988-1990"**, nell'ambito del tema della Integrazione socio-sanitaria, definisce le funzioni e prestazioni più

È, al contrario, propriamente assistenziali, complementari e successive a quelle sanitarie e terapeutiche.

Le linee generali del Progetto obiettivo «tutela della salute mentale» già vigente definiscono le indicazioni fondamentali, il modello organizzativo di riferimento, la tipologia degli interventi e la rete delle unità di offerta presenti e/o da attivare sul territorio regionale nel corso del triennio. Le finalità generali indicate in detto progetto, le fasi degli interventi previsti, sono quelle afferenti alla prevenzione, alla cura e al reinserimento e/o mantenimento nel loro ambiente di vita degli utenti interessati.

Per quanto attiene al modello organizzativo prefigurato dal Progetto Obiettivo e ai suoi necessari raccordi con il modello organizzativo indicato nel presente P.S.A., all'unità operativa dell'handicap e

della malattia mentale sono affidate funzioni e prestazioni in materia di prevenzione e di trattamento degli handicappati gravi e gravissimi, nonché la gestione dei relativi presidi e servizi, diretta o in convenzione; interventi di prevenzione, di risocializzazione e reinserimento nell'area della malattia mentale;

La predetta articolazione organizzativa, che vede le unità operative zonali e distrettuali affidate al Responsabile/coordinatore del servizio, deve consentire l'individuazione delle unità operative che in tutto o in parte sono inserite in altre articolazioni del modello organizzativo complessivo dell'USSL (dipartimenti e nuclei operativi; nuclei di unità operative). Tale individuazione troverà completa e corretta attuazione nel momento in cui verrà compiutamente definita l'organizzazione dei servizi sanitari; tuttavia è già possibile definire che, una volta concordata da parte del Responsabile del servizio con i coordinatori e/o Responsabili di detti nuclei la programmazione generale delle funzioni socio-assistenziali da assicurare nell'area della tossicodipendenza e della salute mentale, il personale necessario per l'assolvimento delle funzioni gestionali concordate deve essere funzionalmente assegnato ai predetti nuclei e unità operative. La funzione di raccordo e di coordinamento operativo con gli altri servizi della USSL, che il presente PSA individua a livello di ufficio di direzione e per esso anche al responsabile/coordinatore socio-assistenziale è l'indispensabile per garantire unicità di intervento a livello zonale, evitando che si perpetuino vecchie logiche settoriali legate all'operatività di équipes specialistiche monofunzionali.

L'appartenenza del predetto personale alle unità operative zonali socio-assistenziali prima individuate ha il significato anche di garantire, oltre l'ovvia unicità di programmazione e di coordinamento, la possibilità di aggiornamento del personale e di analisi e confronti sulla situazione sociale della zona, al fine di partecipare alla rilevazione delle mappe di rischio e al processo programmatico generale.

All'interno delle Unità Operative zonali può essere individuato un responsabile scelto tra il personale assegnato alle medesime.

Il programmatore zonale, nell'ambito dei contenuti del programma di zona volti a indicare la dotazione e le modalità di utilizzo del personale secondo le specifiche qualifiche e figure professionali, può prevedere aggregazioni del personale esistente per aree professionali di riferimento, anche ai fini di favorire possibilità di confronto, aggiornamento e approfondimenti in relazione alle competenze specifiche della professione svolta e delle funzioni da assicurare.

Infine l'articolazione organizzativa suggerita deve comunque garantire, nei fatti, l'unicità di indirizzo e il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori del servizio, attraverso modalità che consentano la mobilità e la rotazione periodica interna del personale.

Il criterio della rotazione periodica all'interno delle singole figure professionali di appartenenza si presenta quanto mai opportuno per contrastare innanzitutto la tendenza a considerare le prestazioni di livello zonale superiori e più qualificate rispetto a quelle di base, e per consentire il necessario «turn-over» degli operatori addetti, anche in ragione di valutazioni di ordine psicologico legate alla ripetitività di mansioni, alla particolare tipologia di utenza ecc.

Per altro, le ipotesi di turn-over fra gli operatori appartenenti alle diverse unità operative indicate non possono che essere attentamente programmate e puntualmente regolamentate, non sembrando opportuno un turn-over rapido anche in ragione della necessaria approfondita conoscenza delle condizioni di bisogno espresse dalla popolazione. opportuno che vengano previste per tempo le variazioni di compiti e di ruoli necessari in modo che per unità operative o per i singoli operatori soggetti a turn-over si organizzi un periodo formativo propedeutico all'interscambio.

La legge di Piano sanitario definisce altresì le aree di bisogno che sviluppano i progetti obiettivi, da realizzarsi mediante la integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e socio-assistenziali, tra cui la tutela della salute mentale e la risocializzazione dei disabili psichici.

In relazione agli interventi previsti, la rete delle unità di offerta esistente e/o da attivare consiste in:
- n. 43 unità operative di psichiatria

- n. 39 servizi psichiatrici di diagnosi e cura
- Centri territoriali di terapie psichiatriche e di risocializzazione
- n. 81 centri psico sociali zonali.

Tali interventi attengono evidentemente all'area sanitaria.

Esistono poi altre unità di offerta quali le comunità terapeutiche, le strutture intermedie residenziali e non residenziali ecc.; in questo gruppo sono state provvisoriamente ricomprese tutte le strutture e i servizi esistenti destinati a persone che necessitano di terapie e di interventi socializzanti e assistenziali. Allo stato attuale pare di poter affermare che queste ultime tipologie siano quelle connotate da forti caratteristiche di integrazione socio-sanitaria.

Anche sulla base della recente deliberazione consiliare di recepimento del D.P.C.M. dell'8 agosto 1985, deve essere operata una preliminare riclassificazione dei presidi esistenti che li riconduca alle tipologie individuate nel P.O. regionale. Analoga riclassificazione va operata per quanto attiene la riconversione degli ex O.P. e delle strutture private di lungo degenza psichiatrica attualmente convenzionate con il comparto sanitario, al fine di individuare la quota di ospiti di preminente interesse psichiatrico (per i quali si prevede la riconversione parziale dei presidi attuali in Comunità terapeutiche), la quota di ospiti di interesse medico-riabilitativo, e la quota di ospiti in fascia assistenziale, da porre a carico del comparto socio-assistenziale.

Una volta operata la preliminare riclassificazione della rete delle unità di offerta, è obiettivo del P.S.A. procedere ad una progressiva integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali.

A tal fine il piano ha individuato gli strumenti e le azioni da porre in essere, sia per quanto attiene alla individuazione degli obiettivi comuni, sia per il modello organizzativo zonale e le funzioni sociali e psicologiche da assicurare all'area, in modo funzionalmente integrato, sia per quanto attiene al potenziamento della rete degli interventi di sostegno da prevedersi (Comunità alloggio, Strutture Protette per non autosufficienti).

In relazione alle modalità di appostazione degli oneri all'uno o all'altro comparto, si fa rimando alle indicazioni puntuali della deliberazione consiliare di recepimento del [D.P.C.M. 8 agosto 1985](#), segnalando che il criterio prioritario da utilizzare consiste nel riconoscimento della valenza terapeutica degli interventi attuati, da parte della competente U.O. di psichiatria; va tuttavia sottolineato, per quanto attiene la suddivisione degli oneri, che nel fondo sanitario regionale sono confluite da parte delle Amministrazioni Provinciali le quote che le stesse Amministrazioni utilizzavano per interventi non squisitamente sanitari e che di tale realtà si dovrà tener conto in sede di bilancio per la valutazione complessiva dei finanziamenti regionali da attribuirsi al fondo regionale socio-assistenziale a sostegno di detti interventi.

Interessanti sono anche le seguenti deliberazioni:

D.C.R. 21-3-1990 n. IV/1953: “Programma di iniziative sperimentali per la tutela della salute mentale in attuazione della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 67, «Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici». III provvedimento”

D.C.R. 15-12-1993 n. V/990: “Finanziamento per la prosecuzione delle iniziative sperimentali per la tutela della salute mentale, in attuazione della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 67”.

D.C.R. 15-12-1993 n. V/991: Autorizzazione alle U.S.S.L. all'istituzione e contestuale copertura di posti d'organico, per le unità operative di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, ai sensi dell'art. 1, quinto comma, della legge 26 gennaio 1982, n. 12.

Riguardo al Dipartimento di Salute Mentale, la Regione recepisce il Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della salute mentale 1998-2000”. In particolare, per quanto riguarda il DSM, il Progetto Obiettivo Regionale 1995-1997 *“Tutela socio-sanitaria dei malati di mente”*, approvato con DCR

n. VI/1329/1995, afferma che il direttore del DSM è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo, nei limiti delle risorse destinate dall'azienda.

La normativa regionale relativa ai requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (**DGR 6 agosto 1998 n. 38133**) definisce gli standard organizzativi e funzionali delle strutture sanitarie, che, riguardo alla psichiatria, fa riferimento al **Progetto Obiettivo Regionale 1995/1997 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente"**.

Inoltre, la **DGR 6 agosto 1998 n. 38114** relativa alle **"Linee guida per la regolamentazione del Dipartimento di Salute Mentale"** indica il DSM come struttura organizzativa interdisciplinare e come organo di coordinamento e di governo atto a garantire unitarietà ed integrazione ai servizi per la salute mentale. Nell'ambito del Comitato Tecnico di gestione del DSM trovano posto i responsabili di tutte le UO del DSM compreso il responsabile della UO di Psicologia, qualora esistente.

La **legge Regionale n. 31 del 11 luglio 1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"** ha introdotto nel sistema sanitario regionale lombardo principi regolatori nuovi. Riguardo specificamente alla **salute mentale**, l'ASL deve necessariamente assumere un ruolo di cerniera e promozione, in quanto la sua mission istituzionale è la tutela del diritto alla salute nella sua accezione più completa di benessere fisico, psichico e sociale.

La **D.G.R. 6 agosto 1998, n. 6/38133: "Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della LR n. 31/1997. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (a seguito di parere della Commissione Consiliare competente)"** disciplina le strutture preposte all'assistenza a pazienti con disturbi mentali.

PSICHIATRIA

Le Unità Operative di Psichiatria articolano l'offerta assistenziale garantendo attività di degenza, ambulatoriali, di day hospital, residenziali e semiresidenziali, secondo quanto previsto dal progetto obiettivo "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente - triennio 1995/1997".

Accanto alle Unità Operative di Psichiatria, l'erogazione di prestazioni in strutture residenziali e semiresidenziali, è possibile sotto il coordinamento e la supervisione del Dipartimento di Salute Mentale.

AREA DEGENZA

Tipologia di intervento:

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Collegamento funzionale con il pronto soccorso e le unità operative di terapia intensiva e neurologia, ove presenti.

Collegamento con il medico di medicina generale:

Esistenza di protocolli organizzativi per il coordinamento con le altre unità operative, in particolare pronto soccorso, terapia intensiva e neurologia, ove presenti. Devono essere previsti spazi e orari

per i consulti del medico di medicina generale con i medici della U.O. di Psichiatria. Deve essere predisposta una linea telefonica dedicata.

Al momento della dimissione, deve essere consegnata al paziente una lettera di dimissione per il medico di medicina generale.

L'organico medico deve essere rapportato al volume e alla tipologia:

Nel SPDC operano almeno 3 medici di I dell'attività svolta livello fino a 10 posti letto. È da prevedersi l'incremento di 1 unità medica ogni 5 posti letto successivi.

Nell'ambito orario 8.00-20.00 è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale, dal lunedì al venerdì, il numero di medici presenti non può essere inferiore al rapporto un medico ogni 10 pazienti.

La verifica deve essere condotta in riferimento al mese precedente, sulla base di idonea documentazione inerente i turni di servizio.

I medici in guardia attiva non possono protrarre la loro presenza per più di 12 ore consecutive.

L'assistenza deve essere rapportata all'intensità della cura :

Negli SPDC vanno garantiti almeno 240 minuti di assistenza infermieristica per posto letto e, comunque, deve essere garantita la presenza in servizio di almeno 3 unità per turno, di cui almeno 2 infermieri professionali.

Devono essere garantite specifiche competenze nell'assistenza infermieristica:

Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona, il personale di assistenza deve frequentare un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica.

Supporto psico-sociale educativo:

In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e risocializzazione deve essere assicurato il contributo di professionalità psico-socio educative con approccio multiprofessionale d'équipe.

Spazi adeguati per la vita di relazione:

Predisposizione di un documento nel quale sono esplicitate le attività volte al recupero della vita di relazione. Tali attività, devono essere svolte in appositi spazi dedicati.

Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa:

Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni SPDC viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi.

AREA DELLA RESIDENZIALITÀ PROTETTA

Tipologia di intervento

Strutture terapeutico-riabilitative (CRT e Comunità protette), inserite in contesti abitativi, che assicurano un'assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti

CRT: assistenza nell'arco delle 24 ore

Nel CRT è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello nelle 12 ore diurne.

Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.

Deve essere garantita la presenza di almeno 2 operatori per turno nelle ore notturne.

Comunità Protette ad elevata intensità assistenziale: assistenza nell'arco delle 24 Ore

Nelle CP ad elevata intensità assistenziale è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore.

Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.

Comunità Protette di media intensità assistenziale: assistenza nelle 12 ore diurne

Nelle CP di media intensità assistenziale è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore.

Il personale di assistenza garantisce, nelle 12 ore diurne, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.

Case-alloggio: assistenza per almeno 2 ore al giorno

Nelle case-alloggio deve essere garantita la presenza di personale psico-socio-educativo per almeno due ore al giorno e, comunque, deve essere assicurata secondo necessità l'assistenza psichiatrica.

Supporto psico-sociale educativo

In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e risocializzazione deve essere assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi-professionale di équipe.

Deve essere prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti.

Devono essere garantite specifiche competenze nell'assistenza

Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona, il personale di assistenza deve frequentare un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica.

Spazi adeguati per la vita di relazione

Predisposizione di un documento nel quale sono esplicitate le attività volte al recupero della vita di relazione. Tali attività, devono essere svolte in appositi spazi dedicati.

Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa

Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni presidio viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi.

CENTRO PSICO-SOCIALE

Tipologia di intervento

Tali strutture, collocate in contesto urbano e accessibili mediante trasporti pubblici o comunque garantiti, assicurano la presa in carico del paziente e le attività ambulatoriali.

Assistenza medico e infermieristica

Presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura.

In relazione alle attività di accoglienza, deve essere garantita, con approccio multiprofessionale, l'assistenza psicologica, sociale, educativa e riabilitativa

L'équipe dovrà prevedere la presenza, programmata per fasce orarie, di psicologi, educatori, assistenti sociali.

Assistenza domiciliare programmata e in condizione di urgenza

Il personale medico-psicologico-infermieristico e di assistenza sociale assicura gli interventi programmati o di urgenza-emergenza a domicilio del paziente.

Gli operatori vengono dotati di automezzi per le attività di assistenza domiciliare.

Questo servizio va integrato con i servizi di assistenza domiciliare delle ASL e dei Comuni mediante apposita convenzione.

Collegamento funzionale con le altre strutture che intervengono per la tutela della salute mentale

Esistenza di protocolli organizzativi per il coordinamento con le strutture che intervengono per la tutela della salute mentale.

Collegamento con il medico di medicina generale

Devono essere previsti spazi e orari per i consulti del medico di medicina generale con i medici della U.O. di Psichiatria.

Sono previste iniziative per il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato

Sono organizzati incontri periodici con i familiari e i volontari

CENTRO DIURNO

Tipologia di intervento

Strutture che svolgono funzioni terapeutico-riabilitative e risocializzanti per 8 ore al giorno e 6 giorni la settimana, attraverso attività in piccoli gruppi (4-5 pazienti).

Assistenza socio-educativa e riabilitativa in relazione alle attività previste

Deve essere garantita la presenza di almeno 1 operatore ogni 5 pazienti (fino a 15 pazienti) e almeno 1 operatore ogni 4 pazienti (da 16 a 20 pazienti).

Assistenza psichiatrica e psicologica

Presenza per fasce orarie e programmate di 1 medico psichiatra e di uno psicologo.

Supporto educativo

Nel Centro Diurno deve essere prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti.

Supporto adeguato per l'attività

Deve essere garantita la fornitura di pasti e il trasporto dei pazienti per la fruizione delle attività programmate dentro e fuori il centro diurno.

Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa

Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni Centro Diurno viene dotato di un fondo cassa economica regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi.

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELLA ADOLESCENZA

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) articolano l'offerta assistenziale garantendo attività ambulatoriali di day hospital e di degenza.

POLO TERRITORIALE

Le strutture devono essere adeguate all'attività

In ordine alla dotazione di locali devono essere garantiti gli spazi per l'attesa dei pazienti e dei familiari, per le riunioni del personale, numero di studi adeguati alla presenza di medici, psicologi e terapisti della riabilitazione.

Le strutture devono essere collocate in un contesto urbano e accessibili mediante trasporti pubblici o comunque garantiti.

Assistenza medico-specialistica, psicologica e riabilitativa

Apertura della struttura per almeno 40 ore settimanali, con presenza di medico, psicologo clinico e personale di riabilitazione (logopedista, fisioterapista/terapista della riabilitazione, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva/psicomotricista) per tutto l'orario di attività deve essere previsto anche personale dedicato alla funzione di accoglienza.

Collegamento con altre strutture per la tutela della salute mentale e per la tutela materno-infantile

Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile.

Collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta

Deve essere previsto un collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta.

Spazi adeguati per la vita di relazione

In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.

Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.

POLO OSPEDALIERO

Le strutture devono essere adeguate all'attività di diagnosi e cura.

Devono essere garantiti locali adibiti a studio

I poli ospedalieri devono garantire la completezza dell'iter diagnostico

medico, ambulatorio e day hospital

Assistenza medico-specialistica, infermieristica e psicologica

Assistenza neuropsichiatrica garantita per 40 ore settimanali.

Assistenza con psicologo clinico e infermieri per tutto l'arco di attività.

Collegamento con altre strutture per la tutela della salute mentale e per la tutela materno-infantile

Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile.

Collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta

Deve essere previsto un collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta.

Spazi adeguati per la vita di relazione

In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.

Supporto adeguato per l'attività

Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.

CENTRO DIURNO

Tipologie d'intervento

Centro terapeutico e riabilitativo semiresidenziale per bambini e adolescenti ad interventi multipli differenziati.

Le strutture devono essere adeguate all'attività terapeutico-riabilitativa

Apertura 40 ore settimanali.

Assistenza medica neuropsichiatrica, psicologica, riabilitativa ed educativa

Deve essere integrata con il polo territoriale, di cui utilizza il personale.

Assistenza educativa in misura da garantire un educatore per ogni gruppo di intervento di 10 utenti.

Gli interventi devono essere attuati su progetti individualizzati.

Spazi adeguati per la vita di relazione

In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.

Supporto adeguato per attività

Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.

STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA

Tipologie di intervento

Centro terapeutico per le psicosi dell'infanzia.

Centro terapeutico per adolescenti in gravi difficoltà psicopatologiche, Comunità terapeutica psico-educativa.

Assistenza continuativa a carattere comunitario extraospedaliero.

Costituzione di almeno 1 presidio ogni UONPIA.

Numero complessivo di locali e spazi, in relazione alla popolazione servita

Numero di spazi adeguati al personale presente; spazi di soggiorno adeguati al numero degli ospiti; spazi da adibire ad atelier o laboratorio per arti espressive.

Numero massimo dei posti 20: in moduli funzionali composti da un numero di ospiti non superiore a 8.

Assistenza medica neuropsichiatrica, infermieristica, educativa, psicologica

Medico, psicologo clinico, infermieri professionali, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva presenti durante l'arco delle attività nelle ore diurne nella struttura;

presenza di educatori professionali in misura tale da garantire un educatore per turno ogni modulo funzionale.

Spazi adeguati per la vita di relazione

In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.

Supporto adeguato per attività

Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.

DEGENZA OSPEDALIERA

Il reparto NPI deve rispondere ad esigenze assistenziali e diagnostico-terapeutiche per patologie complesse neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva

Il numero di pazienti previsto per ogni struttura è compreso tra 10 e 20.

Deve essere prevista la suddivisione tra bambini ed adolescenti e locali adeguati per pazienti gravi.

Gli spazi e le strutture per i soggetti in età evolutiva devono essere adatti a tale fascia e devono garantire la continuità del rapporto affettivo con la famiglia durante l'ospedalizzazione

Per quanto riguarda gli spazi di degenza occorre prevedere due posti letto per camera, tenendo conto della necessità di ospitare un genitore accanto al bambino.

Locali di soggiorno, adeguati alle diverse fasce d'età.

Assistenza medica NPI e infermieristica in rapporto al volume di attività

Nel reparto operano, oltre ad un dirigente medico di II livello, almeno due medici di I livello ogni 10 posti.

Nell'ambito orario 8.00-20.00 è definita una fascia di cinque ore consecutive nella quale, dal lunedì al venerdì, il numero di medici presenti in ogni unità operativa non può essere inferiore al rapporto un medico ogni 10 pazienti.

Numero di infermieri professionali per garantire 180' di assistenza infermieristica per paziente/giorno.

Collegamento funzionale con le U.O. di pediatria, patologia neonatale, servizio di anestesia e rianimazione, pronto soccorso, terapia intensiva e neurologia

Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile.

Devono essere garantiti spazi e orari dedicati ai consulti.

Deve essere predisposta una linea telefonica dedicata.

Collegamento con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta

Deve essere predisposta la lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta.

Spazi adeguati per la vita di relazione

In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.

Supporto adeguato per attività

Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004, approvato con **DGR VII/0462 del 13 marzo 2002**, indica l'area della salute mentale come un campo in cui operano tre discipline: psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia.

In accordo con gli orientamenti espressi dal PSSR 2002-2004, inoltre, i Comuni hanno dato attuazione al dettato legislativo della legge 328/00, definendo, secondo il principio di sussidiarietà, i **piani di zona** su base distrettuale, con il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e in sinergia con il sistema dei servizi sociosanitari, governato dalle ASL.

Nell'ambito della salute mentale un ruolo significativo è quello della **Provincia**, in particolare nell'ambito dei programmi di inserimento lavorativo e dei processi di formazione lavoro.

Il PSSR 2002-2004 conferma le principali scelte del modello individuato dalla legge regionale 31/1997 e ad esso si rimanda per una esaustiva trattazione. Il PSSR propone una visione centrata sulle Aziende Ospedaliere come insieme di soggetti che in virtù del proprio spazio di autonomia devono dare risposte adeguate ai bisogni di salute in ambito diagnostico e terapeutico. Il modello ordinario di gestione operativa di tutte le Aziende Ospedaliere è identificato nell'organizzazione dipartimentale.

Secondo quanto emerge nelle **“Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia - POFA” (DGR 14049 del 8 agosto 2003)**, il Dipartimento è una modalità di organizzazione di più strutture complesse e di quelle semplici di particolare specificità. Esso è un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria, avente quale compito specifico lo svolgimento, in maniera coordinata, di attività complesse al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. In coerenza con il PSSR 2002-2004, il modello dipartimentale è incentrato sulla flessibilità organizzativa delle Aziende Sanitarie. Nell'ambito delle tipologie di Dipartimento presentate nel POFA, il Dipartimento di Salute Mentale trova idonea collocazione tra i **dipartimenti di tipo gestionale**:

- è costituito da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità (anche appartenenti a Presidi/Stabilimenti diversi) affini o complementari, comunque omogenee; in esso si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget;
- caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

La **D.G.R. n. 7/9491 del 21 giugno 2002** ad oggetto «**Definizione dei rapporti contrattuali di cui alla Delib.G.R. n. 7/47508 del 1999 in applicazione degli indici programmatori espressi dal PSSR 2002/2004**» prevede, inoltre, il blocco dei posti delle strutture residenziali psichiatriche accreditate e oggetto di contratto fino al raggiungimento dell'indice del progetto obiettivo regionale e, comunque, fino all'emanazione del piano regionale per la salute mentale previsto dal PSSR, ad eccezione delle strutture realizzate con fondi pubblici.

La regione Lombardia, in attuazione del “Piano socio-sanitario 2002-2004”, ha approvato con **DGR VII/17513 del 17 maggio 2004** il “**Piano regionale triennale per la salute mentale**” (*PRTS*), con i seguenti OBIETTIVI STRATEGICI:

- promuovere la salute mentale del soggetto adulto attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale o imprenditoriale, con particolare riferimento ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi e con bisogni complessi (*piano di trattamento individuale per gli utenti con disturbi psichici gravi*);
- investire in termini organizzativi e gestionali sui percorsi territoriali per promuovere una psichiatria di comunità che operi in un territorio funzionale ampio integrando i diversi servizi e soggetti presenti e garantendo la libertà di scelta da parte degli utenti;
- dare maggiore forza al DSM attraverso le sinergie necessarie ad attivare i percorsi di integrazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale nell'ambito di macroaree territoriali;
- individuare il ruolo di ASL, Enti locali, e di tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale in un'area territoriale e attivare un Organismo di coordinamento che assicuri le sinergie con le AO e i DSM promuovendo interventi a tutela dei diritti dei cittadini affetti da disturbi psichici relativamente a: l'analisi dei bisogni (anche di rilievo sociale), l'integrazione della rete socio-sanitaria, l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse del territorio, le iniziative di prevenzione e lotta allo stigma;
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di collaborazione con soggetti non istituzionali (convenzioni con associazione di utenti e di familiari, volontariato, cooperative sociali, associazioni di advocacy e più in generale terzo settore) e con la rete informale;
- ridefinire i modelli clinico-organizzativi e i percorsi di cura della residenzialità psichiatrica (*progetto terapeutico riabilitativo per gli utenti in strutture residenziali*);
- proporre modelli gestionali e organizzativi innovativi per l'assistenza psichiatrica nel contesto attuale della sanità lombarda che favoriscano la continuità terapeutica e il processo unitario di cura utilizzando i contributi del privato sociale;
- elaborare percorsi diagnostico-terapeutici integrati (multi-disciplinari e multi-professionali) in risposta ai diversi bisogni dei soggetti con disturbi psichici con particolare attenzione a programmi specifici di trattamento, anche con riferimento a patologie emergenti nelle quali le manifestazioni psichiche acute si accompagnano a disturbi di tipo comportamentale;
- promuovere modelli organizzativi di assistenza che consentano la sperimentazione di nuove forme di finanziamento per i percorsi di cura;
- favorire e rafforzare il lavoro di equipe nei DSM attraverso la valorizzazione delle diverse figure professionali ponendo particolare attenzione ai bisogni formativi specifici;
- introdurre nell'operatività dei DSM strumenti per promuovere la qualità dell'assistenza e per monitorare le attività e i risultati;
- valorizzare e incentivare il metodo progettuale e sperimentale per introdurre cambiamenti strutturali e gestionali nella rete di offerta;

Nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), la prospettiva è quella di integrare realmente i soggetti erogatori privati nella rete e nel sistema dei DSM regionali in modo che essi assumano una configurazione più ampia e comprensiva delle diverse risorse presenti sul territorio.

L'ambito territoriale individuato per rispondere contemporaneamente alle molteplici esigenze di ampliare l'offerta e di definire un'area di riferimento, di offrire ai cittadini un sistema più libero ma insieme più garantito, viene indicato in una dimensione di **macroarea**, coincidente di norma con il **territorio delle ASL**.

Tali macroaree si intendono come riferimenti funzionali e di buona accessibilità. La coincidenza con la ASL consente di agevolare sia i meccanismi amministrativi, sia le azioni relative all'offerta, valutazione, programmazione dei servizi. Ne risulta l'ambito più appropriato, se pur non esclusivo, entro il quale attuare i vari percorsi di cura, compresi i **piani terapeutici individualizzati (PTI)** di presa in carico e i **progetti terapeutici riabilitativi (PTR)** personalizzati per utenti in strutture residenziali.

Tuttavia, l'ambito di maggiore prossimità va visto nel territorio del **distretto sociosanitario**, ove diventa più immediato il coinvolgimento della rete naturale, dei Comuni (Piani di zona), dei medici di famiglia e la realizzazione delle idonee integrazioni con il lavoro delle UOP, attraverso i CPS, le strutture residenziali e semiresidenziali. L'accessibilità al servizio sarà favorita da una appropriata modalità dell'offerta, dalla sensibilizzazione della comunità, dai servizi di supporto sociale anche utilizzando idonei strumenti formalizzati. La collaborazione del DSM con soggetti non istituzionali (associazioni dei familiari, degli utenti, volontariato, associazioni di advocacy) e con il privato sociale, può dar luogo all'organizzazione di punti di ascolto il più possibile prossimi ai luoghi di vita abituale del cittadino. In questo modo viene naturalmente favorito il riferimento al CPS locale, specie riguardo alla definizione ed attuazione dei **piani terapeutici individualizzati (PTI)** relativi alla presa in carico del paziente complesso con disturbi gravi e persistenti. Per i **casi nuovi**, in situazione di emergenza, deve comunque essere considerato come riferimento la UOP locale.

Un aspetto critico è il problema della competenza territoriale, come elemento inscindibilmente connesso alla pratica della psichiatria di comunità e al lavoro di rete, rispetto ai casi gravi bisognosi di percorsi di trattamento integrato (**presa in carico**). Il criterio di prossimità dei servizi deve tuttavia essere funzionale all'instaurarsi di relazioni di collaborazione con il paziente e la sua famiglia, e la competenza territoriale non può contraddire la competenza (capacità di scelta) del paziente, anche grave, la cui fiducia va sempre conquistata. Il "naturale" riferimento del cittadino che necessita della proposta di un percorso di **presa in carico** resta il CPS locale, ma non può essere obbligatorio. In questo senso, la rigida attribuzione burocratica deve essere sostituita da regole di buona pratica clinica, dalla chiara definizione della **titolarità** del percorso di cura e dalla prassi di definire protocolli clinici e organizzativi al fine di fissare le diverse reciproche responsabilità nel rapporto sia tra enti che tra persone (operatori e utenti).

La realizzazione della **presa in carico** del paziente grave, in una prassi costantemente orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro, rappresenta una *mission* specifica del DSM. Ciò comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. La continuità terapeutica si configura come "costanza" della presa in carico: il DSM se ne assume l'impegno, garantendo l'articolazione di interventi diversi, ma al tempo stesso salvaguardando l'unitarietà del progetto terapeutico necessaria per garantire al soggetto in trattamento un sostegno ed un punto di riferimento stabili, contrastando in tal modo, attraverso una coerenza di rapporto, la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l'evoluzione del suo disturbo.

Appare centrale in tal senso la funzione attribuita al servizio territoriale di **titolare e garante** della presa in carico e della continuità terapeutica, a cui devono attivamente concorrere tutte le strutture delle UOP e DSM coinvolte nel processo di cura. In questa prospettiva deve essere assicurata la funzione di un **referente** del percorso di cura per i pazienti gravi (**case manager**).

Organismo di coordinamento per la salute mentale

Il PRTS prevede l'istituzione di un **organismo di coordinamento** che si articoli in diversi livelli nell'ambito di una **macroarea territoriale (territorio dell'ASL)**.

L' **organismo di coordinamento** è istituito dall'ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere che insistono sul suo territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati, Comuni e terzo settore. Esso si dota di una **struttura organizzativa** propria, definisce un **regolamento** relativo sia alla composizione e rappresentanza delle diverse articolazioni, sia all'organizzazione delle attività e al calendario delle riunioni.

A livello del territorio dell'ASL, l'organismo di coordinamento assolve a **funzioni** quali l'analisi dei bisogni del territorio, il controllo e la verifica delle attività erogate, la definizione di previsioni di spesa (budget), gli inserimenti in strutture residenziali, l'organizzazione di programmi innovativi che favoriscano la buona pratica utilizzando razionalmente le risorse, la promozione di programmi di prevenzione e di educazione e gli interventi di rilievo sociale.

Riguardo alla **composizione**, deve essere garantita la partecipazione del direttore dei DSM che può avvalersi dei responsabili delle strutture complesse che operano nel DSM, garantendo la rappresentanza della NPI. Inoltre, deve essere garantita la partecipazione del direttore del dipartimento ASSI e del direttore del dipartimento Servizi Sanitari di Base dell'ASL, di rappresentanti delle strutture private accreditate, di rappresentanti delle associazioni di tutela dei malati, dei familiari e del terzo settore, di dirigenti comunali designati dalla conferenza dei sindaci.

Obiettivi dell'organismo di coordinamento sono:

- analizzare i bisogni e le risorse dell'intero territorio
- verificare e controllare le attività erogate
- proporre linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione di servizi e unità d'offerta anche nell'ambito di progetti innovativi
- promuovere iniziative di integrazione della rete socio-sanitaria, di prevenzione, di lotta allo stigma
- coordinare i protocolli attuativi proposti a livello distrettuale
- valutare attività e risultati con studi di benchmarking e analisi critica di indicatori

Compiti e strumenti:

- predisporre un **Patto territoriale per la salute mentale**, coerente con il Piano regionale per la Salute Mentale, da rinnovare ogni 3 anni e aggiornato annualmente
- organizzare annualmente una **Conferenza territoriale per la salute mentale** coinvolgendo i diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale nell'ambito della macroarea territoriale

L'organismo di coordinamento per la salute mentale deve inoltre garantire l'attivazione di **Tavoli a livello di distretto socio-sanitario** (per singolo distretto o con aggregazione di due o più distretti) per affrontare problemi tecnici quali la tutela giuridica ed economica delle persone con ridotta capacità e/o a lungo istituzionalizzate, l'eventuale concorso degli utenti alle spese sociali, le integrazioni relative ai programmi territoriali e residenziali, le situazioni miste e di confine o pluri-problematiche, nonché ogni altro aspetto inerente la salute mentale che sia giudicato rilevante nell'ambito di una comunità locale specie riguardo alla casa, al lavoro, al tempo libero.

L'obiettivo dei Tavoli tecnici è far interagire i diversi soggetti circa le problematiche individuali delle persone ed elaborare **intese distrettuali di programma** (vedi appendice) fra ASL, Aziende ospedaliere, Comuni, Associazioni e Terzo settore, Enti riconosciuti (ad es. il giudice tutelare competente per territorio, i rappresentanti dei tutori dell'ordine pubblico e della polizia locale, i rappresentanti degli Istituti Scolastici per le problematiche relative alle fasce di età giovanile), finalizzate anche a favorire la partecipazione agli ambiti di programmazione dei Piani di Zona.

Il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Il DSM, in sintonia con il **Patto territoriale per la salute mentale** elaborato dall' **organismo di coordinamento per la salute mentale** a livello di ASL, realizza le azioni connesse agli obiettivi di salute mentale e, con l'apporto delle varie risorse e servizi afferenti, i compiti relativi all'assistenza psichiatrica.

Inoltre, assicura il collegamento delle strutture e l'integrazione delle attività per la tutela della salute mentale nell'ambito di un determinato contesto territoriale.

Secondo quanto definito nel PSSR 2002-2004, è parte integrante delle funzioni dipartimentali costruire rapporti di collaborazione con i soggetti che costituiscono le rete formale (Comuni, MMG, servizi ASL) e informale (associazioni di volontari, utenti, famiglie) presente nel territorio di riferimento, avendo cura di trasferire i rapporti di partecipazione e collaborazione, laddove utile o richiesto, in forme organizzate e atti convenzionali.

Tutti i soggetti erogatori accreditati concorrono alla migliore offerta di servizi ed interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, al soggetto con disturbi mentali e si articolano con le agenzie del privato sociale, della rete e degli enti locali per la necessaria integrazione socio-assistenziale degli interventi in un ampio bacino d'utenza. Per questo occorre che il regolamento dei DSM preveda organicamente oltre che la rappresentanza dei soggetti erogatori privati anche la modalità di organizzazione dell'integrazione pubblico-privato. L'integrazione tra strutture pubbliche e private accreditate, e l'articolazione dei relativi percorsi di cura, è raccomandata nell'ambito di una macroarea territoriale a condizione che sia individuato per il percorso territoriale della presa in carico realizzata da un DSM un **referente** quale prescrittore / responsabile del **piano di trattamento individuale** (PTI).

La configurazione minima di un DSM deve essere comunque tale da fornire adeguati interventi ospedalieri per la acuzie, interventi territoriali garantendo anche l'assistenza domiciliare, e interventi riabilitativi (semiresidenziali e residenziali) secondo gli standard fissati dalla normativa regionale. La modalità di organizzazione del DSM potrà considerare diverse articolazioni dei servizi e forme giuridiche di collaborazione.

Si danno comunque le seguenti possibilità:

- DSM interamente "pubblici";
- DSM "misti", che prevedono la partecipazione di più erogatori, pubblici e privati, per garantire il percorso di cura, tra loro integrati con varie forme di convenzione;
- DSM "privati" attraverso la costituzione di UOP private come insieme di servizi psichiatrici organizzati in rete.

Il privato, profit o non-profit, che gestisce singole strutture o attività garantisce i necessari collegamenti con i DSM per rispettare il percorso di cura dei soggetti affidati anche con forme specifiche di convenzionamento con una o più UOP/DSM. Riguardo ai soggetti erogatori privati, è auspicabile che si organizzino in "Unità Operative" che forniscano offerte articolate di più servizi, piuttosto che singole strutture. Tali "Unità Operative" possono (non necessariamente devono) afferire ad un DSM misto.

Entro otto mesi dall'approvazione di questo Piano saranno emanate delle linee guida per la definizione giuridica e la definizione dei regolamenti dei DSM misti e privati.

La **DGR. 3-12-2004 n. 7/19688: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005"** nell'allegato n. 6 affronta il tema della "*Psichiatria e neuropsichiatria infantile*"

All'interno delle indicazioni generali del Piano Regionale per la Salute Mentale e delle precedenti determinazioni, conferma anche per l'anno 2005, per l'assistenza territoriale psichiatrica e di neuropsichiatria infantile, fermo restando quanto già definito per le prestazioni di ricovero e ambulatoriali, la contrattazione tra le ASL e i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati relativamente ai volumi di attività, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità,

In particolare diventa prioritaria la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base del principio che la residenzialità psichiatrica deve essere intesa come processo e la risposta terapeutico assistenziale può essere modulata attraverso una pluralità di possibili risposte con caratteristiche di flessibilità e integrazione. La riclassificazione delle strutture residenziali, pur coerente a quanto attualmente previsto in materia di autorizzazione e di accreditamento, vedrà una ridefinizione delle tariffe in base all'impegno riabilitativo e assistenziale assolto in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale per la Salute mentale.

La progressione temporale degli interventi di riqualificazione terrà conto dei riassetti funzionali conseguenti all'interno della rete di offerta dei soggetti erogatori.

I criteri di sviluppo del Piano sono di norma collegati ai programmi innovativi in coerenza con le disponibilità finanziarie di sistema.

La **D.G.R. 14-12-2005 n. 8/1375: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2006"** definisce che il 2006 è l'anno di attuazione dei progetti innovativi previsti dal "Piano regionale triennale per la salute mentale" del Piano approvati nel 2005.

Nell'ambito della sezione relativa alla "*Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari*", approvata con **DGR n. 8/328** del 20 luglio 2005: "**Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2006-2008: approvazione della proposta da inviare al Consiglio Regionale.**", la riqualificazione della rete è considerata uno degli elementi strategici per adeguare il sistema sanitario alle esigenze dei cittadini. In particolare, per l'implementazione del modello a rete delle unità di offerta, si prevede di sviluppare:

- i piani della riabilitazione e salute mentale, della neuropsichiatria infantile e cure terminali.

La **DGR n. 8/2786 del 27 giugno 2006: "Documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale 2007-2009 - Approvazione della proposta da inviare al Consiglio Regionale"**, prevede, per l'implementazione del modello a rete delle unità di offerta nell'ambito della *Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari dell'Area 5 - Sanità, famiglia e casa*, di sviluppare:

- i piani della riabilitazione e *salute mentale*, della neuropsichiatria infantile e cure terminali. In particolare già l'attuale Piano Socio Sanitario prevede l'implementazione dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile su tutto il territorio regionale, sia in termini di team multiprofessionali (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori ecc) sia in termini di integrazione fra diverse tipologie di strutture, attraverso lo sviluppo della funzione di coordinamento e raccordo da parte del Dipartimento cui afferiscono e dell'attività di programmazione dell'ASL;.