

# **SALUTE MENTALE REGIONE TOSCANA**

La **D.C.R. 21-12-1995 n. 527: "Piano sanitario regionale 1996-98"** definisce il *Dipartimento della Salute Mentale*

## **COMPETENZE**

Il Dipartimento della Salute Mentale assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui al livello assistenziale "Salute Mentale" nel territorio dell'Azienda U.S.L.; collabora con il Dipartimento di Assistenza Sociale per l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie di cui al medesimo livello.

## **ORGANIZZAZIONE**

Nell'ambito di ciascuna area funzionale le attività di tutela della salute mentale per utenti adulti, nell'infanzia e l'adolescenza, per il superamento dell'Ospedale psichiatrico sono svolte da distinte articolazioni operative, corrispondenti ai gruppi stabili interdisciplinari di cui alla Deliberazione Cons. Reg. 160/92.

Il gruppo stabile interdisciplinare per la tutela della salute mentale in età adulta è organizzato ed opera secondo gli indirizzi del DPR 7 aprile 1994 e del Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" di cui alla parte quarta, punto 10.4.3 del piano.

Come previsto dal DPR 7 aprile 1994, nelle zone con popolazione superiore a 150.000 abitanti, sono costituiti più gruppi stabili interdisciplinari, ciascuno riferito ad un bacino di utenza definito, con popolazione non superiore a 150.000 abitanti, comprendente per intero uno o più distretti. Per il proprio bacino di utenza, ciascun gruppo assicura tutte le prestazioni di cui al livello assistenziale "salute mentale".

In particolare, ciascun gruppo assicura il trattamento in condizioni di degenza ospedaliera in specifici posti letto funzionali, collocati nell'area medica del presidio ospedaliero zonale ovvero del presidio di altra zona o di Azienda ospedaliera, presso cui siano collocati i letti di medicina generale riferiti al medesimo bacino di utenza.

L'utilizzo di spazi delle Aziende ospedaliere per il SPDC è disciplinato da specifici accordi convenzionali stipulati fra le due aziende.

I gruppi stabili interdisciplinari per la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza e per il superamento dell'ospedale psichiatrico, sono organizzati ed operano secondo le direttive della deliberazione Consiglio regionale 160/92.

In ciascuna zona, il responsabile dell'area funzionale si avvale della collaborazione dei responsabili dei gruppi stabili interdisciplinari, anche in forma collegiale, secondo modalità definite dal regolamento.

## **LA PSICOLOGIA**

La funzione operativa di psicologia, propria del dipartimento della salute mentale, si caratterizza per la forte diffusione nelle diverse strutture funzionali, territoriali ed ospedaliere. Tale diffusione richiede un attento coordinamento tra i diversi dipartimenti, in particolare in relazione all'utilizzo e alla distribuzione del personale.

Sedi proprie di tale coordinamento sono il comitato direttivo del dipartimento della salute mentale, con la partecipazione dei responsabili dei direttivi degli altri dipartimenti nonché dei direttori delle UU.OO. di Psicologia, ed il centro direzionale aziendale, in relazione a quanto previsto dall'art. 3, comma 3, della LR n. 1/1995 L.R. n. 1 del 1995.

Il programma operativo del dipartimento della salute mentale definisce esplicitamente l'impegno delle UU.OO. di Psicologia negli altri dipartimenti, nelle sezioni o nelle proiezioni previste dal Regolamento generale in relazione a specifici programmi di attività.

L'art. 10 della **D.C.R. 21-12-1995 n. 527: "Piano sanitario regionale 1996-98"** contiene il Progetto obiettivo Regione "Tutela della salute Mentale", che conferma il modello organizzativo ed operativo dei Dipartimenti di Salute Mentale adottato dalla Regione.

Il progetto-obiettivo aggiorna e precisa, in relazione alla riorganizzazione del sistema sanitario regionale, gli obiettivi della programmazione regionale nel settore, le modalità organizzative, gli interventi prioritari per il triennio.

### *Obiettivi*

Obiettivo del progetto è quello di assicurare, in ogni zona sanitaria, il complesso delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla tutela della salute mentale, con modalità che favoriscano:

- lo sviluppo delle attività territoriali;
- il contenimento del ricorso al ricovero ospedaliero alle sole situazioni di effettive necessità ed urgenza;
- la prevenzione ed il contenimento delle condizioni di cronicizzazione;
- l'integrazione sociale ed il reinserimento dei soggetti portatori di disagio psichico, da realizzarsi attraverso la collaborazione del Dipartimento Salute Mentale e del Dipartimento per l'Assistenza Sociale.

Particolare attenzione richiede, in relazione alla specificità della condizione dei minori, lo sviluppo degli interventi di tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza.

In relazione alle disposizioni della L. 724/1994, gli Ospedali psichiatrici debbono essere definitivamente chiusi entro il 31 dicembre 1996. I Direttori generali delle Aziende U.S.L. sono responsabili dell'attuazione di quanto dalla legge disposto.

### *Organizzazione*

I principi fondamentali in relazione ai quali è definito l'assetto organizzativo interno del DSM sono:

- la territorialità degli interventi;
- la continuità dell'intervento terapeutico, intesa come continuità del rapporto fra paziente e curante, sia questi un singolo operatore od un gruppo;
- la globalità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Per l'attuazione del progetto, il piano prevede la strutturazione di gruppi stabili interdisciplinari distinti per la tutela della salute mentale degli adulti, la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, e per il superamento dell'ospedale psichiatrico, già individuati dalla deliberazione del Consiglio regionale n. 160/92.

### *Tutela della salute mentale degli adulti*

Ciascun gruppo stabile per la tutela della salute mentale degli adulti assicura per il territorio di competenza tutte le prestazioni di cui al livello assistenziale "tutela della salute mentale".

Se, in relazione ai criteri per la costituzione di UU.OO. aggiuntive (repertorio delle funzioni operative, allegato 2), sono costituite nell'area più UU.OO. di psichiatria, in relazione a ciascuna U.O. è costituito un gruppo stabile interdisciplinare, responsabile dell'erogazione di tutte le prestazioni di cui al livello assistenziale per la popolazione del bacino di utenza (comprendente per intero uno o più distretti socio sanitari).

Nelle zone in cui le soglie operative non consentono la costituzione della U.O. di psichiatria, le attività sono assicurate dall'area funzionale di una zona limitrofa, con la costituzione di un gruppo

stabile interdisciplinare; devono comunque essere assicurate in zona l'accoglienza della domanda e le prestazioni ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali.

In ciascun gruppo stabile, ove costituito, sono presenti tutte le funzioni operative afferenti al DSM, salvo quelle specificamente rivolte alla tutela della salute mentale nell'infanzia.

Ciascun gruppo stabile mantiene la responsabilità della conduzione terapeutica degli interventi, qualunque ne sia la modalità o la sede.

Per l'erogazione delle prestazioni di competenza, ciascun gruppo stabile dispone di norma:

- di una struttura, collocata in ambito extraospedaliero, presso la quale sono garantite l'accoglienza della domanda, con presenza degli operatori nelle ore diurne dei giorni feriali, e le funzioni proprie del centro di salute mentale di cui al progetto-obiettivo nazionale;
- di strutture semiresidenziali e residenziali per: il trattamento di situazioni di acuzie e/o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero presso il SPDC; per fasi di assistenza protratta successive alla dimissione dal SPDC; per l'attuazione di programmi terapeutici e riabilitativi di medio e lungo periodo; per l'assistenza a dimessi dagli OO.PP. che, in ragione di una patologia psichiatrica in atto e/o del livello di istituzionalizzazione, continuano a necessitare di uno specifico intervento terapeutico e riabilitativo;
- di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura presso il presidio ospedaliero di zona o comunque presso il presidio che assicura per la zona le prestazioni di ricovero dell'area medica, come indicato al punto 2.2.5.

All'interno del presidio ospedaliero, oltre alle attività di consulenza, si colloca solo il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, per il ricovero a ciclo continuo, volontario od obbligatorio, per situazioni di gravità e di acuzie rispetto alle quali il ricovero costituisca l'unico intervento utile ed appropriato.

Le attività ambulatoriali relative alle fasi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, le attività di ricovero a ciclo diurno, gli interventi di riabilitazione, anche in condizioni di degenza, sono svolte presso le sedi e le strutture territoriali del DSM.

Di conseguenza, gli standard minimali indicati dal progetto obiettivo nazionale risultano così modificati:

- per le strutture semiresidenziali, presso le quali sono collocati i letti di day hospital, 1,5 posti/10.000 abitanti;
- per gli SPDC, 0,6 posti-letto/10.000 abitanti.

Lo standard per le strutture residenziali [1/10.000 abitanti] comprende la funzione di ricovero ospedaliero di riabilitazione; non comprende le strutture per dimessi dagli ospedali psichiatrici.

Per le strutture residenziali e semiresidenziali gestite dal DSM, sono confermate le caratteristiche funzionali già definite nella risoluzione approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 15 marzo 1988 sull'edilizia socio-sanitaria territoriale.

Ciascun gruppo stabile assicura l'intervento in condizioni di emergenza-urgenza con la presenza degli operatori nelle ore diurne feriali.

L'intervento in condizioni di emergenza-urgenza nelle ore notturne e festive è assicurato mediante la pronta disponibilità medica ed infermieristica, organizzata di norma con riferimento alla zona.

Nella U.S.L. 10, in relazione alle interconnessioni presenti fra aree funzionali diverse afferenti al medesimo SPDC, potranno essere previste modalità di integrazione dell'intervento urgente notturno e festivo fra gruppi stabili costituiti all'interno di più aree funzionali.

Viene comunque privilegiato il ricorso alla pronta disponibilità anche in considerazione della necessità di investire prioritariamente le risorse disponibili nel completamento della rete dei servizi territoriali.

In caso di TSO, la convalida prevista dall'articolo 34, comma 4, della L. n. 833/1978 viene effettuata da un medico della U.O. di Psichiatria.

#### *Tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza*

È confermato il punto 6. della deliberazione del Consiglio Regionale 160/92.

Il gruppo stabile interdisciplinare per la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza è costituito in ciascuna area funzionale. In relazione alla vastità della zona, la U.S.L. può prevedere la costituzione di più gruppi stabili interdisciplinari, per bacini di utenza definiti comprendenti per intero uno o più distretti socio-sanitari.

Per il proprio bacino di utenza, ciascun gruppo stabile interdisciplinare assicura tutte le prestazioni previste dal livello assistenziale.

### *Superamento degli Ospedali Psichiatrici*

Solo nella provincia di Arezzo il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico, avviato in quella realtà a partire dai primi anni '70, è ormai giunto a conclusione, con la chiusura dell'ospedale nei primi mesi del 1994.

Per le altre realtà, la scadenza del 31 dicembre 1996, indicata nella legge finanziaria per la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, impone una accelerazione dei programmi già avviati dalle UU.SS.LL., sia per la dimissione dei degenti provenienti dal territorio di competenza, sia per la ristrutturazione degli OO.PP. e la loro riconversione.

Ciascuna zona è impegnata a programmare e realizzare la dimissione dei degenti provenienti dalla zona stessa.

L'Azienda U.S.L. in cui ha sede l'O.P. definisce specifiche modalità organizzative per la gestione dell'ospedale psichiatrico e ne individua il responsabile fra i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento.

A livello di U.S.L. è garantito il coordinamento dei programmi zonali.

Ciascuna U.S.L. definisce modalità certe per la collaborazione fra i gruppi stabili interdisciplinari per il superamento dell'O.P. e le altre strutture funzionali e professionali che debbono partecipare alla realizzazione del progetto (Dipartimento di Assistenza Sociale, strutture amministrative e tecniche).

È confermato il divieto di utilizzare l'O.P. per collocarvi sedi e presidi del DSM.

L'utilizzo dell'area e delle strutture dell'O.P. per la realizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali a carattere assistenziale è limitato alle strutture di assistenza sociale. Le residenze o i centri diurni eventualmente realizzati nell'area sono rivolte all'utenza dei servizi sociali e da questi gestite con il proprio personale secondo le proprie metodologie di intervento.

Per queste strutture può essere prevista una fase iniziale di esclusivo utilizzo per le dimissioni dall'O.P.; in tal caso, le strutture possono essere transitoriamente gestite dal DSM.

Fino a quando sono gestite dal DSM, tali strutture a carattere socio-sanitario e socio-assistenziale possono ospitare esclusivamente persone che vengano dimesse dall'O.P. ed è fatto divieto di qualunque altra ammissione.

La U.S.L. definisce i modi ed i tempi per il passaggio ai servizi sociali della gestione della struttura. In quanto coerente e compatibile con il presente progetto-obiettivo è confermato il punto 7 della deliberazione del Consiglio regionale n. 160/92.

### *Interventi prioritari*

Gli interventi prioritari da compiere sono:

- la riorganizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, con l'attivazione delle aree funzionali e dei moduli dipartimentali, e la costituzione delle Unità Operative proprie in ogni zona, in relazione alle soglie ed agli indirizzi di cui al repertorio delle funzioni operative;
- lo sviluppo degli interventi specificamente rivolti alla tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza;
- la definizione e la realizzazione dei programmi per la chiusura degli ospedali psichiatrici, nel rispetto della scadenza del 31 dicembre 1996 individuata dalla L. n. 724/1994;
- lo sviluppo della collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari e nell'ospedale Giudiziario di Montelupo Fiorentino;

- la piena e omogenea attivazione di strumenti di rilevazione dei dati relativi sia all'attività dei DSM che alla domanda di salute mentale;
- la definizione e l'attivazione di strumenti di verifica dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi;
- la partecipazione dell'Università, nell'ambito dei protocolli di intesa di cui all'articolo 6, comma 1, del d. Lgs. n. 502/92, alle attività di tutela della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del piano;
- la valorizzazione e lo sviluppo, anche nell'ambito delle intese di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto n. 502 del 1992, delle capacità formative, di ricerca, di elaborazione scientifica presenti nei DSM;
- lo sviluppo della collaborazione con il "privato sociale", con particolare riferimento alle cooperative di tipo "B" per l'inserimento lavorativo degli utenti del dipartimento.

La Regione Toscana, in recepimento del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000", con il **Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (DGR n. 41/1999)** ha approvato il **Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale"**.

Tra i vari obiettivi, il Progetto prevedeva il finanziamento annuale di progetti delle Aziende USL orientati a sperimentare modalità assistenziali innovative e mirate per specifiche tipologie di utenti.

Il PSR 1999-2001 affronta in maniera estesa il tema della salute mentale. Nei tre anni di operatività del Piano sanitario, l'organizzazione dei servizi per la salute mentale si è consolidata in tutte le Aziende U.S.L. Particolare attenzione è stata dedicata alla realizzazione delle aree funzionali zonali e dei gruppi stabili interdisciplinari in esse previste. Risultano sufficientemente diffusi ed attivi su tutto il territorio regionale i gruppi stabili rivolti all'utenza adulta, mentre è ancora in crescita la costituzione dei gruppi infanzia e adolescenza.

I risultati ottenuti confermano la necessità di assicurare a livello zonale la presenza di strutture organizzative funzionali multiprofessionali che dovranno operare secondo il modello previsto dalla L.R. 30 settembre 1998, Norme sulle procedure e gli strumenti della programmazione sanitaria e sull'organizzazione del servizio sanitario regionale, n. 72 (pubblicata sul B.U.R.T. n. 34 dell'8 ottobre 1998) di seguito per brevità indicata con «legge regionale n. 72 del 1998».

Nel corso del triennio, a fronte di una sostanziale stabilità di risorse di personale impiegate, si è registrato un progressivo aumento del numero di utenti accompagnato dall'emergere di nuovi bisogni ai quali i servizi dovranno dare una rapida risposta ampliando la gamma di prestazioni assistenziali. L'impegno politico deve essere quello di favorire l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, dando piena attuazione alla legge regionale n. 72 del 1997.

Dal protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena per le attività assistenziali, formalizzato dal Consiglio regionale nell'aprile 1997, è scaturita anche l'iniziativa, attualmente in via di realizzazione presso il dipartimento salute mentale di Firenze, finalizzata ad assicurare l'apporto universitario ai servizi assistenziali del dipartimento e ad offrire agli specializzandi l'opportunità di un'esperienza formativa nell'ambito dei servizi territoriali.

Sul fronte del superamento degli ospedali psichiatrici, sono da registrarsi i seguenti risultati:

- le 6 Aziende U.S.L. sede di O.P. hanno provveduto a deliberarne la chiusura ed a definire il programma di intervento per la gestione della fase transitoria;
- i programmi aziendali sono stati oggetto di verifica e di approvazione da parte della Giunta regionale;
- è stato attivato un costante monitoraggio regionale sull'attuazione dei piani aziendali attraverso la sorveglianza svolta con l'apposita Commissione mista nominata dalla Giunta regionale.

L'evoluzione della presenza di utenti negli O.P. è rappresentata dai seguenti dati:

Sedi	al 13 maggio 1978	al 31 dicembre 1995	al 31 dicembre 1996	al 30 settembre 1997	al 31 marzo 1998
Lucca	651	133	120	98	90
Pistoia	308	111	89	76	35
Firenze	989	173	158	142	67
Volterra	749	174	162	150	126
Arezzo	354	53	52	52	48
Siena	879	283	245	169	134
Totale	3.930	927	826	687	[*] 500

[\*] di cui 103 provenienti da altra Regione.

La Regione Toscana, d'intesa con la Regione Emilia Romagna, nel corso del 1997, ha presentato al Parlamento la proposta di legge avente titolo «Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e delle case di cura e custodia. Nuova disciplina dell'imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica, dell'ammissibilità della revisione della sentenza di assoluzione». L'obiettivo è quello di affrontare il problema degli ospedali psichiatrici giudiziari, colmando una lacuna della legge n. 180 del 1978. Parallelamente, l'Azienda U.S.L. 10 Firenze ha attivato, assieme all'Azienda U.S.L. 11 Empoli, un protocollo d'intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia per la presa in carico assistenziale dei degenti presso l'O.P.G. di Montelupo Fiorentino

La **D.C.R. 26-7-1999 n. 221: “Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie”** definisce i requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie preposte all'assistenza a malati con disturbi mentale.

#### CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal DPR 7 aprile 1994.

Alle prestazioni specialistiche, eventualmente erogate, si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1.1 a B1.10.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2 e B, sono i seguenti.

#### REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita e tale da garantire la compresenza delle diverse figure professionali operanti.

Ciascun centro di salute mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

#### REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il CSM costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela della Salute Mentale per il territorio di competenza.

Per ciascun utente devono essere formulati e documentati una valutazione globale della patologia e dei bisogni e un progetto terapeutico individualizzato (obiettivi, interventi, modalità di verifica e di adeguamento); devono essere definite le modalità di rapporto con i familiari e con il medico di base. Presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura.

Presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994, in relazione alla popolazione del territorio servito.

Apertura 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza della domanda, organizzazione della attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza.

Collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994.

#### PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal DPR 7 aprile 1994.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali e sono i seguenti:

##### CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

###### REQUISITI STRUTTURALI

Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;

Locale per colloqui/visite psichiatriche;

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

Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.

###### REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie;

Presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

Apertura ore 8 al giorno, per 6 giorni la settimana;

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;

Per ciascun utente deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo (obiettivi, interventi, modalità di verifica) concordato con il medico responsabile del progetto terapeutico individualizzato, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.

##### DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO

L'attività di day-hospital è condizionata dall'esistenza della relativa struttura organizzativa che svolge anche attività in regime di ricovero ordinario.

###### REQUISITI STRUTTURALI

La tipologia del Day-Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7 aprile 1994;

Locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

###### REQUISITI ORGANIZZATIVI

Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana.

Di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di Salute Mentale o Centri Diurni), garantendo comunque: il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;

Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;

Presenza di personale medico ed infermieristico;

Presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

Per le strutture pubbliche: i tempi di apertura possono essere assicurati, complessivamente per le funzioni di assistenza semiresidenziale (CD e DH), anche presso sedi diverse nell'ambito del bacino di utenza servito.

#### PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Espluca le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7 aprile 1994 per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

I requisiti specifici che completano i requisiti generali già definiti in A1 e A2, e per quanto di competenza in B, sono i seguenti:

#### REQUISITI STRUTTURALI

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

Numero massimo dei posti 20;

Per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per il colloquio e per le riunioni;

Per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22 dicembre 1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10;

Collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

#### REQUISITI ORGANIZZATIVI

Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994, programmata o per fasce orarie, secondo orari definiti, adeguati ai bisogni assistenziali degli ospiti.

Devono comunque essere garantite tutte le figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994.

Per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;

Per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale:

presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;

Per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994

Per ciascun ospite deve essere documentato un programma terapeutico-riabilitativo (obiettivi, interventi, modalità di verifica) concordato con il medico responsabile del progetto terapeutico individualizzato, che ha effettuato l'invio alla struttura.

Devono essere indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica e gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza.

Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali Psichiatrici, dismessi ai sensi della L. n. 724/1994, art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata, da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in RSA.

Il “**Piano Sanitario Regionale 2002-2004**”, approvato con **Deliberazione del Consiglio regionale 9 aprile 2002, n. 60**, si sofferma sul tema della “Salute mentale”. Il triennio del Piano sanitario regionale 1999-2001 si è caratterizzato per il consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale, in particolare per gli adulti e per la conclusione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici.

La rete dei servizi è stata orientata ad assicurare assistenza soprattutto ai malati più gravi, a sviluppare interventi di tipo terapeutico-riabilitativo, con particolare attenzione all'area lavoro, ad avviare un rapporto d'integrazione con i servizi sociali dei comuni, a sperimentare una nuova forma organizzativa più idonea a garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'apporto integrato delle professionalità.

Le esperienze più significative hanno evidenziato l'importanza di una collaborazione attiva con le associazioni dei familiari e con i gruppi di auto-aiuto degli utenti, cui va riconosciuto il valore fondamentale di risorsa della comunità sociale a fianco dei servizi.

A fronte di una generalizzata crescita della domanda di interventi per la salute mentale, che evidenzia il diffondersi di situazioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta, si rende necessaria un'azione di verifica sulla situazione epidemiologica e una riflessione sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati, avendo come orientamento la scelta di sostenere il processo di cambiamento avviato e la volontà di consolidare le azioni dirette a promuovere particolarmente:

- la prevenzione dei disturbi e la cura dei gruppi a rischio, in un'ottica di promozione della salute della popolazione;
- la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali, comprese quelle che soffrono in solitudine (i non collaboranti), attraverso interventi nel territorio in collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
- il diffondersi di atteggiamenti di maggiore solidarietà verso le persone che soffrono di disturbi mentali e il superamento dei pregiudizi verso questo tipo di disagio.

In tal senso si confermano le strategie complessive per la tutela della salute mentale, definite con il **progetto obiettivo** contenuto nel Piano sanitario regionale 1999–2001 e gli impegni delle aziende unità sanitarie locali di dare piena attuazione alle indicazioni programmatiche contenute nel predetto progetto obiettivo.

**a) Linee di sviluppo nel triennio:**

- 1) assicurare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la finalizzazione sinergica delle risorse in un'azione coordinata e condivisa tra aziende unità sanitarie locali e comuni, con il contributo di volontariato, auto-aiuto e terzo settore;
- 2) proporre un nuovo rapporto con la comunità civile nelle sue componenti fondamentali, mirato a promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di inclusione, anche attraverso l'esperienza di specifiche progettualità (specifiche azioni nei piani sociali di zona, progetti sperimentali di prevenzione primaria, patti territoriali per la salute mentale, affidi etero familiari);
- 3) favorire la partecipazione degli utenti e dei familiari, degli operatori e delle associazioni, che operano nel campo del diritto alla salute, attraverso il riconoscimento di un Comitato di salute mentale;

- 4) potenziare l'azione di sostegno alle famiglie attraverso l'istituzione di servizi d'ascolto e d'informazione con linee telefoniche dedicate in ogni centro di salute mentale. Rilevata troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente, che soffre di patologie psichiatriche, sarà attivata un'azione specifica, particolarmente nei casi più gravi, per sostenere il carico che la famiglia gestisce, orientandola nel suo ruolo ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente ed evitando la compromissione dello stato di salute degli altri componenti della famiglia stessa;
- 5) affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo, ma anche attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), sviluppando nuove metodologie di lavoro integrato con le strutture organizzative, che operano per l'educazione sanitaria e in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; in questa ottica assumono particolare rilevanza i servizi per l'età evolutiva, che, attraverso il loro consolidato rapporto con le strutture educative per l'infanzia e con la loro capacità di presa in carico precoce, globale ed unitaria dei pazienti con patologia neurologica, psichiatrica, psicologica e neuropsicologica, costituiscono il principale strumento di prevenzione primaria e secondaria.
- 6) riqualificare il sistema dei servizi di residenzialità, con orientamento a:
  - sviluppare l'articolazione in strutture residenziali di differente intensità assistenziale e con varia caratterizzazione dell'intervento per specificità di tipologia degli utenti, anche nell'ambito della definizione e valorizzazione delle attività assistenziali territoriali, di cui al paragrafo 2.2.4., sulla base di principi d'appropriatezza dell'offerta rispetto ai bisogni;
  - ampliare la gamma delle soluzioni di residenzialità con utilizzo anche di forme abitative protette, case famiglia, in un rapporto di cooperazione con le potenzialità offerte dal privato sociale, come previsto al paragrafo 2.2.;
  - stimolare la "mobilità" degli utenti all'interno delle strutture secondo le esigenze del percorso terapeutico riabilitativo fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, contrastando ogni forma di "nuova istituzionalizzazione";
  - sviluppare progetti sperimentali di costituzione in ogni azienda di strutture anche sovrazionali sul modello della comunità terapeutica ad alta intensità assistenziale ed ad alto turn over, per piccoli numeri di utenti con disturbi gravi distinte per giovani adulti e per minori adolescenti;
7. ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, in termini di quantità e di durata, con utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative;
8. rafforzare gli interventi volti all'infanzia e adolescenza, con particolare attenzione alle patologie emergenti (disturbi alimentari psicogeni, "doppia diagnosi"), anche attraverso forme di coordinamento tra i servizi esistenti, e ricercare specifiche soluzioni residenziali e terapeutiche per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti in alternativa al ricovero;
9. rafforzare il ruolo e la consapevolezza dei servizi per un'azione responsabile a tutela della salute mentale mediante:
  - la definizione dell'assetto organizzativo secondo i criteri enunciati dalla l.r. 22/2000 e dal progetto obiettivo richiamato, con particolare riferimento alla:
    - conferma del dipartimento di coordinamento tecnico per la salute mentale (DSM), quale supporto alla direzione aziendale e strumento di governo per un'azione strategica dell'azienda sulla salute mentale;
    - costituzione, con effettiva attribuzione del personale con profilo professionale adeguato, delle unità funzionali, sia per gli adulti che per l'infanzia/adolescenza, che vengono integrate nell'ambito della zona-distretto di cui al paragrafo 2.2.;
  - lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione professionale degli operatori;

- il rafforzamento della collaborazione, per quanto riguarda l'infanzia, con la rete pediatrica regionale, anche attraverso specifici protocolli per la gestione dei casi neurologici e psichiatrici, che necessitano di opportuni approfondimenti diagnostici presso le strutture ospedaliere;
- la diffusione della collaborazione con le cliniche universitarie per la gestione dei servizi, secondo gli indirizzi già forniti nel progetto obiettivo e nel rispetto del protocollo con l'Università, con l'assunzione, da parte delle cliniche universitarie, di un ruolo attivo con responsabilità assistenziale nei confronti di ambiti territoriali definiti, anche al fine d'assolvere alla funzione didattica e formativa.

**b) Gli impegni della Giunta regionale:**

- attivare, avvalendosi della collaborazione dell'ARS, e del supporto del coordinamento dei Dipartimenti di salute mentale e dell'Università, la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione dell'appropriatezza e della dotazione di servizi e delle risorse necessarie;
- ridefinire i criteri per la classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale in riferimento ai livelli d'intensità assistenziale e alla caratterizzazione sanitaria o sociosanitaria della struttura, in coerenza con i processi autorizzativi e d'accreditamento delle strutture e dei servizi che operano nelle materie dell'alta integrazione di cui al paragrafo 3.2.4;
- definire standard di riferimento per i servizi della salute mentale per l'infanzia e adolescenza anche tenuto conto delle esperienze realizzate nel triennio di vigenza del precedente Piano sanitario regionale;
- promuovere l'omogeneo raggiungimento su tutto il territorio regionale dei parametri strutturali e di personale previsti dal precedente Piano sanitario regionale.
- emanare apposite direttive sull'organizzazione e sui parametri di riferimento per i servizi di ricovero ospedaliero;
- fornire specifici indirizzi alle aziende unità sanitarie locali in ordine all'assetto organizzativo dei servizi per la salute mentale, anche in riferimento al paragrafo 2.2.7., al fine di individuare le modalità più idonee per assicurare una omogenea ed incisiva strategia aziendale per la salute mentale.

Con la **D.C.R. 24-7-2002 n. 122**, la Regione Toscana ha approvato il “**Piano integrato sociale regionale 2002-2004**” che prevede, tra gli obiettivi di settore, azioni di sostegno per la tutela della salute mentale.

**LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

◆ Programmi di inserimento al lavoro per persone affette da malattia mentale e per pazienti internati in O.P.G.	dicembre 2003
◆ Sostegno alle soluzioni residenziali abitative dirette a sostenere i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale degli utenti	dicembre 2004
◆ Sperimentazione di modalità assistenziali per pazienti affetti da malattia mentale che prevedano un ruolo attivo da parte degli stessi utenti	dicembre 2004

L'aumento del numero di persone con disturbi mentali e la complessità del fenomeno richiede un'alta capacità dei soggetti istituzionali di farsi carico in maniera adeguata delle problematiche della salute mentale. L'adeguatezza e la qualità delle risposte è strettamente connessa alla capacità di elaborare programmi comuni pienamente condivisi e di promuovere azioni nelle quali

convergono risorse diverse e si armonizzano competenze e professionalità. In linea con gli indirizzi del PSR 2002-2004 è necessario sviluppare nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato, proponendo un nuovo rapporto con la comunità civile, che consenta di promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di inclusione. Di fondamentale importanza in questo processo è il ruolo degli utenti e delle famiglie che diventano vera e propria risorsa a fianco degli operatori pubblici. L'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato che il lavoro di costruzione di una forte rete tra sanitario e sociale, con la partecipazione delle associazioni del volontariato locale, consente di dare risposte innovative e di qualità, rinnova la motivazione e l'attenzione ai risultati ed ha effetti terapeutici e riabilitativi per gli stessi utenti.

L'apporto sinergico delle varie componenti sociali dovrà favorire, in particolare, la realizzazione di azioni dirette ad ampliare le possibilità abitative e di lavoro e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali comprese quelle che soffrono in solitudine rifiutando ogni tipo di assistenza.

La crescita dell'auto aiuto nella salute mentale e la creazione di una rete toscana degli utenti rappresenta un importante punto di forza per la realizzazione degli obiettivi di emancipazione e di autonomia delle persone con disturbi mentali. Occorre pertanto potenziare tale attività garantendo, ai vari livelli, il sostegno e le risorse necessarie.

Le politiche regionali sull'integrazione devono inoltre mirare alla prevenzione dei disturbi attraverso l'informazione e la promozione di iniziative socio culturali e di gruppo. La prevenzione del disagio psichico deve essere affrontata in modo sistematico attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), mettendo in atto iniziative che incidano sui processi culturali relativi alle relazioni emotivo-affettive e alle reazioni agli eventi stressanti ed alle malattie.

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni a tutela della salute mentale e delle strategie indicate nello specifico Progetto obiettivo del PSR 2002/2004 , obiettivi prioritari sono:

- assicurare l'integrazione dei servizi e la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti e dei familiari nella definizione dei programmi e nella realizzazione di azioni per la salute mentale;
- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e del mutuo aiuto;
- sostenere le azioni di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio psichico a partire dall'infanzia e dall'adolescenza;
- potenziare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone affette da malattia mentale con particolare attenzione alla valorizzazione delle loro capacità e dei loro punti di forza.

Le azioni:

- programmi di inserimento al lavoro per persone affette da malattia mentale e per pazienti internati in Ospedale psichiatrico giudiziario (O.P.G.);
- sviluppo dei percorsi socio-assistenziali delle persone affette da turbe psichiche detenute o internate in OPG;
- potenziamento della cultura dell'auto aiuto e sostegno alla rete regionale degli utenti della salute mentale;
- sostegno alle soluzioni residenziali abitative dirette a sostenere i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale degli utenti;
- interventi sperimentali volti a sostenere le famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di patologie psichiatriche;
- sostegno alle esperienze di lavoro nel campo del turismo sociale, della ricerca e della comunicazione e di ogni altra forma di impresa sociale;
- sperimentazione di modalità assistenziali per pazienti affetti da malattia mentale che prevedano un ruolo attivo da parte degli stessi utenti;
- sviluppo delle azioni dirette alla prevenzione del disturbo mentale con particolare riferimento alla prevenzione primaria attraverso interventi nelle scuole e nei luoghi

- di aggregazione dei giovani, anche attraverso la pratica motoria diffusa e lo sport per tutti, come momento di socializzazione e benessere personale;
- interventi sperimentali volti a sostenere pazienti stranieri affetti da patologie psichiatriche con attenzione ad una formazione specifica degli operatori sanitari.

All'interno del P.I.S.R. sono promosse dalla Regione Toscana azioni relative alla attuazione di strategie innovative di buone pratiche in settori prioritari, che contribuiscono a prefigurare un quadro complessivo di progetti denominato Toscanasociale.

La Giunta regionale utilizza le risorse disponibili quantificate in Euro 5.376.082,00, che assumono carattere aggiuntivo rispetto al complesso dei trasferimenti in forma indistinta e a budget e sono destinati ai progetti individuati in forma concertata con gli Enti locali, per finalità tra cui:

◆ *Alta integrazione (salute mentale - dipendenze)*

In ordine a tale iniziativa saranno individuati percorsi progettuali che rafforzino la rete dei servizi sociosanitari in riferimento alla prevenzione delle dipendenze e dal recupero di soggetti con disagio psichico

Con **D.G.R. 28-10-2002 n. 1181** la Regione Toscana ha emanato un documento di : **“Approvazione progetto Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale”**. La realizzazione del sistema informativo regionale sulla salute mentale rappresenta la sintesi di uno sforzo collettivo da parte dei responsabili regionali ed aziendali del settore, volto a rendere patrimonio comune la conoscenza delle modalità di erogazione del servizio e della sua utenza per ciò che concerne tutto il territorio toscano. Tale conoscenza consentirà nel tempo di ricostruire, pur con i limiti imposti dalla complessità organizzativa di tale settore, i percorsi terapeutico-assistenziali, le tipologie di utenza, i modelli organizzativi adottati e le risorse utilizzate. Il tutto sfruttando metodologie e strumenti che consentano di valutare il livello di qualità del dato e la sua attendibilità. La programmazione regionale e quella aziendale potranno contare su analisi adeguate in termini di tempestività e grado di approfondimento, ai vari livelli di sintesi necessari.

Un altro obiettivo di questo progetto è quello poi di rendere disponibile alla comunità degli operatori del settore i dati sia in forma aggregata che al livello massimo di analiticità possibile, nel rispetto ovviamente delle regole sulla privacy degli utenti.

La **D.G.R. 16 giugno 2003, n. 596** contiene **“La tutela della salute mentale: linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi”**. In particolare, di fronte all'incremento di richieste di intervento e drammatico aumento epidemiologico ed alle nuove declinazioni del disagio psichico, la Regione Toscana, sostenendo un sistema sanitario universalistico, ritiene necessario andare verso politiche di integrazione sociale e di solidarietà per gli strati deboli della popolazione.

Ciò implica la scelta che i Dipartimenti della Salute Mentale si connotino come servizi di Comunità e che si delinei quindi un rafforzamento della rete di servizi per la salute mentale allo scopo di affermare con forza il "modello toscano".

Le linee di tendenza indicate dal PSR 2002/2004 esprimono una nuova fase che sembra caratterizzarsi per un avvicinamento concreto alla realizzazione di servizi dedicati alla salute mentale piuttosto che semplicemente alla "malattia mentale", laddove la cultura dei servizi specialistici tende a spostarsi dalla riparazione del danno alla prevenzione ed alla gestione precoce dei disturbi, attraverso e soprattutto l'integrazione con la Medicina Generale, la Pediatria e le altre competenze intersettoriali.

In questo contesto i D.S.M. devono pertanto riorganizzarsi rispetto alle incalzanti richieste di intervento in tema di salute mentale espresse dalla società contemporanea (che peraltro esprimono la fiducia da parte dei cittadini nei confronti dei servizi), con la consapevolezza che l'incremento

quantitativo dei disturbi psichici esige un adeguamento e una razionalizzazione delle risorse destinate.

Uno dei punti focali della strategia dei servizi deve essere quello di riproporre un nuovo rapporto con la società nelle sue diverse articolazioni, per sviluppare, ai diversi livelli, una relazione di mutuo aiuto, di crescita della solidarietà e dell'inclusione.

I Servizi per la Salute Mentale sono chiamati pertanto a mettere al centro del loro funzionamento la domanda di salute e il bisogno di cura delle persone, la richiesta di sostegno da parte dei familiari degli utenti, le sollecitazioni degli enti e degli organismi locali, in un rapporto di dialogo con la comunità locale e con le risorse in essa presenti.

Il D.S.M. aziendale deve operare per rafforzare i fattori che costituiscono la salute mentale e superare ogni forma di stigmatizzazione delle persone con disturbo mentale.

Al D.S.M. aziendale è affidato in particolare il compito di promuovere:

- lo sviluppo di una rete di servizi integrati, sia con gli altri servizi sanitari che sociali, attraverso un attivo inserimento nell'organizzazione aziendale territoriale;
- la continuità terapeutica e del lavoro di équipe integrata in tutti i momenti assistenziali nei percorsi di cura e riabilitativi, con particolare attenzione alla continuità del percorso terapeutico tra le U.F. Infanzia Adolescenza e Adulti;
- il collegamento funzionale/operativo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- la realizzazione di azioni che garantiscano il ruolo e la partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati (reti informali e familiari, organizzazioni del terzo settore) in modo da rafforzare i meccanismi di solidarietà, relazionalità e socialità in un progetto complessivo di azioni per le persone con disagio mentale;
- l'accessibilità ai servizi su tutto il territorio aziendale secondo le modalità dei livelli uniformi di assistenza;
- il miglioramento continuo della qualità e l'utilizzo degli strumenti di verifica sull'efficacia delle cure e sulla soddisfazione degli utenti e dei loro familiari.

### **Il D.S.M. e le UF: strumenti per l'organizzazione del sistema di servizi**

Sulla base degli elementi sopra illustrati, con riferimento alle indicazioni del PSR 2002/2004 e della L.R. n. 22/2000, si forniscono gli indirizzi per una omogenea impostazione su tutto il territorio regionale dell'assetto organizzativo dei servizi per la salute mentale:

#### **Il Dipartimento di salute mentale (D.S.M.)**

- Il Dipartimento Salute Mentale è il garante, all'interno del Servizio Sanitario regionale, della risposta globale ai bisogni di salute mentale dei cittadini. Esso assicura l'unitarietà dei percorsi assistenziali e degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
- Il Dipartimento Salute Mentale è struttura obbligatoria in tutte le Aziende. Entro 3 mesi dall'emanazione del presente atto di indirizzo e prima dell'avvio della sperimentazione delle Società della Salute, i Direttori Generali delle Aziende USL hanno il compito di deliberare l'istituzione del Dipartimento Salute Mentale, ove ancora non presente, o confermarne la funzione, come struttura di coordinamento delle Unità Funzionali Salute Mentale zonali, di supporto alla direzione aziendale e strumento di governo per un'azione strategica sulla salute mentale sia nell'ambito dell'Area Vasta che in quello della sperimentazione delle Società della Salute. Con lo stesso atto, i Direttori Generali istituiscono le Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza zonali e ne deliberano l'organizzazione e la nomina dei responsabili. Tale organizzazione deve essere coerentemente recepita nello statuto aziendale.
- Il Coordinatore del D.S.M. è nominato dal Direttore Generale, scegliendolo tra i responsabili delle UU.FF. o delle U.O. Il coordinatore del D.S.M. partecipa all'Ufficio di direzione aziendale, agli organismi di coordinamento di Area Vasta e con le strutture Universitarie.

- La funzione di governo del D.S.M. si esprime nella fase di definizione a livello aziendale del budget destinato alla salute mentale (previsto dal vigente PSR nella misura del 4,5% del bilancio ASL). A tal fine il Coordinatore del D.S.M., con il coinvolgimento dei Responsabili delle Zone/Distretto e dei Responsabili delle Unità Funzionali zonali, individua con la Direzione aziendale l'entità delle risorse complessive per la salute mentale e la loro ripartizione, come budget finalizzato, alle Zone, sulla base di parametri definiti per il riequilibrio delle risorse, in modo da garantire l'equità dell'accesso e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali. La gestione del budget è affidata alle Unità Funzionali zonali tra loro coordinate.
- Il D.S.M. è dotato di un unico sottosistema informativo, integrato con quello aziendale e comunque in grado di rispondere alle caratteristiche indicate dalla Regione Toscana con la Delib.G.R. 28 ottobre 2002, n. 1181. Il sottosistema informativo deve supportare le politiche di miglioramento continuo della qualità.
- Il D.S.M. predispone il programma di formazione annuale, integrato con il piano della formazione definito a livello aziendale, all'interno delle finalità e delle risorse individuate nelle strategie aziendali per la salute mentale.

### **Le Unità Funzionali zonali adulti e infanzia/adolescenza (UFSMA e UFSMIA)**

- Con apposito atto deliberativo il Direttore Generale, contemporaneamente all'istituzione delle Unità Funzionali, assegna le risorse umane alle stesse destinate, con riferimento alle figure professionali previste, garantendone in via prioritaria l'assegnazione a tempo pieno, per assicurare la multidisciplinarietà degli interventi. L'assegnazione del personale alle UUFF, anche se disposta in via provvisoria, deve prevedere precise scadenze di verifica e assicurare la presenza delle seguenti professionalità:
  - UFSMA: psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, personale delle professioni sanitarie infermieristiche, Operatori socio sanitari (O.S.S.), Operatori tecnici addetti all'assistenza (O.T.A.), personale amministrativo;
  - UFSMIA: neuropsichiatri infantili, psicologi, personale delle professioni sanitarie riabilitative, assistenti sociali, personale delle professioni sanitarie infermieristiche, Operatori socio sanitari (O.S.S.), Operatori tecnici addetti all'assistenza (O.T.A.), personale amministrativo;
- nel caso in cui la zona distretto di riferimento dell'U.F. abbia un bacino che supera i 150.000 abitanti, l'U.F. può essere organizzata con Moduli Organizzativi Multidisciplinari, i cui responsabili sono nominati con atto proprio dal responsabile dell'U.F.

### **Criteri per la definizione della complessità delle strutture funzionali**

I Direttori Generali sono tenuti ad attivare le strutture funzionali semplici e complesse della salute mentale nell'ambito di quanto previsto dagli statuti e dai regolamenti aziendali. A tal fine, in relazione a quanto previsto dal vigente PSR (allegato 2, punto 4), si forniscono i criteri per individuare le strutture funzionali complesse riferite ai servizi per la salute mentale:

- Sono strutture complesse i Dipartimenti, anche ai sensi dell'art. 27 del vigente contratto di lavoro.
- Sono complesse le Unità Operative con compiti di direzione in materia professionale (linee-guida, procedure, protocolli operativi ecc.).
- Sono complesse le UUFF Adulti dotate di tutti e 4 i livelli minimi di assistenza previsti negli ultimi Progetti Obiettivi regionale e Nazionale (C.S.M., C.D., S.P.D.C., residenze) e con parametro d'accesso dell'utenza pari ad almeno all'attuale media regionale (2,2% della popolazione adulta residente), dedotta dal Sistema Informativo della Regione Toscana (Delib.G.R. 28 ottobre 2002, n. 181).
- Sono complesse le UUFF Infanzia Adolescenza che garantiscono tutti i livelli di assistenza (attività organizzate preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, compresa l'integrazione sociale e scolastica, attività semiresidenziali e/o di ricovero nelle strutture aziendale e/o con rapporti strutturati e formalizzati con le strutture educative per l'infanzia per la

diagnosi e la presa in carico precoce globale e unitaria) e con parametro d'accesso dell'utenza pari ad almeno all'attuale media regionale (4% della popolazione residente in età minorile), dedotta dal Sistema Informativo della Regione Toscana (Delib.G.R. 28 ottobre 2002, n. 181).

- In ogni caso non può essere definita complessa l'U.F. prevista in zone con popolazione generale inferiore ai 55.000 abitanti.

L'attribuzione delle responsabilità delle strutture funzionali individuate come complesse avviene secondo le modalità e le procedure di affidamento degli incarichi di cui all'art.29 del CCNL quadriennio 1998/01 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del SSN dell'8 giugno 2000.

### **L'operatività delle Unità Funzionali nella Zona/Distretto**

Le UU.FF Adulti e Infanzia/Adolescenza si collocano nel contesto della Zona /Distretto così come definita dal PSR al punto 3.2.1 ed esplicano le proprie funzioni per il raggiungimento degli obiettivi complessivi di governo della domanda e di gestione e di coordinamento dell'offerta di servizi.

All'interno della Zona /Distretto le UU.FF perseguono l'integrazione degli interventi sanitari e sociali, nell'ambito della programmazione integrata espressa nei Piani integrati di salute.

### **Il raccordo ospedale/servizi territoriali**

- Deve essere salvaguardata e riqualficata la delicata funzione ospedaliera del D.S.M. e delle Unità Funzionali della Salute Mentale Adulti, garantendo la continuità terapeutica del percorso assistenziale ospedale-territorio. Si ribadisce il parametro di popolazione già stabilito dal PSR (0.6- 1 pl ogni 10.000 abitanti) per la dotazione di posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, che ai sensi della normativa vigente rimangono titolari di ogni tipologia di ricovero.
- In ogni Azienda deve essere individuato almeno un "S.P.D.C. strutturato", eventualmente con servizio di guardia psichiatrica, e devono essere mantenuti o attivati gli "S.P.D.C. a bassa strutturazione" nelle zone più decentrate collocati nell'area medica con reperibilità psichiatrica.
- Nell'atto di indirizzo che sarà appositamente emanato sull'organizzazione dei S.P.D.C. (come richiamato nel precedente punto "La funzionalità dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura") saranno fornite le necessarie indicazioni per regolamentare i rapporti tra D.S.M. ed U.O. di Medicina.
- L'U.F.S.M. Adulti garantisce l'unitarietà del percorso assistenziale ospedale-territorio e quindi esplica la responsabilità anche di questa parte del percorso.
- L'S.P.D.C. rimane la funzione ospedaliera del D.S.M. sia rispetto al Presidio Ospedaliero di competenza, sia rispetto all'area vasta sia rispetto alla società della salute. È fatto pertanto divieto di scorporo dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dai DDSSMM sia in direzione dell'area vasta sia in direzione delle Società della Salute. È altresì fatto divieto di scorporo dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dai Presidi Ospedalieri.

### **Le funzioni di ricovero per i minori**

- Per quanto riguarda il ricovero dei minori con problemi di salute mentale occorre stabilire una riserva di posti letto nelle UU.OO. di Pediatria. L'U.F.S.M. Infanzia-Adolescenza mantiene la responsabilità anche in questa parte del percorso.
- È compito delle Aziende USL promuovere, ai sensi del PSR, la ricerca di specifiche soluzioni residenziali e terapeutiche per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti in alternativa al ricovero. In tal senso i Direttori Generali provvederanno a definire le soluzioni più idonee in sede di Comitato di area vasta.

### **I rapporti di collaborazione con l'Università**

- I Direttori Generali promuovono accordi di collaborazione con le Cliniche Universitarie, per la gestione dei servizi per la salute mentale per gli adulti e per l'infanzia, con l'assunzione da parte delle cliniche universitarie di un ruolo attivo con responsabilità nei confronti di ambiti

territoriali definiti. Gli accordi, che dovranno essere definiti entro 6 mesi dall'adozione del presente atto di indirizzo, devono essere finalizzati a promuovere, nei confronti delle Cliniche Universitarie, lo sviluppo, attraverso l'acquisizione di una esperienza diretta, di un'azione didattica e formativa coerente con l'assetto territoriale dei servizi per la salute mentale e a fornire ai servizi territoriali l'apporto di competenze e la possibilità di un'azione sinergica, tra servizi territoriali e Università, nella ricerca applicata e nella formazione permanente del personale operante nei D.S.M.

Contestualmente i Direttori Generali favoriscono tutti i rapporti con le università e tutte le scuole di specializzazione riconosciute dal MURST, atti a ottenere una formazione sul campo di tutte le professionalità riguardanti l'area della salute mentale.

**Il PSR 2005-2007**, approvato con **DGR n. 22 del 16 febbraio 2005**, conferma inoltre le strategie per la tutela della salute mentale contenute nei precedenti piani sanitari e in particolare sottolinea di:

- assicurare una costante azione di verifica sulla situazione epidemiologica e sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati;
- orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale con ampia attenzione ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza come "luoghi di primo accoglimento" e cura della diffusa e variegata domanda dei minori riguardo al malessere, al disagio psicologico e al disturbo psichico, che inizia a manifestarsi o è già conclamato;
- sviluppare in ogni azienda unità sanitaria locale una efficiente/efficace rete dei servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali.

Considerato inoltre che all'interno delle linee di sviluppo del P.S.R. 2005-2007 vi è l'impegno tra l'altro a rafforzare e adeguare gli interventi volti all'infanzia e adolescenza tenendo conto anche delle seguenti esigenze:

- rispondere ai "bisogni emergenti" cioè ai nuovi disagi ed ai nuovi disturbi in particolare i disturbi alimentari psicogeni ed i disturbi connessi alla nuova marginalità degli immigrati;
- affrontare i bisogni e le richieste emergenti attraverso un'azione comune, con la rete pediatrica regionale, la scuola e le Associazioni di volontariato.

**La DGR n. 687 del 27/06/2005 prevede la: “Messa a regime Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale e inserimento nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari.”**

Con la **DGR n. 948 del 26 settembre 2005**: **“Adesione al progetto interregionale “La valutazione dei Centri di Salute Mentale Italiani: il progetto Prog- CSM”**. La Regione partecipa quindi al Progetto, avvalendosi della collaborazione della Azienda USL 9 di Grosseto;

**La Delib.G.R. 28 novembre 2005, n. 1148: “P.S.R. 2005-2007. Approvazione azioni progettuali della Salute Mentale”** individua e approva una serie di azioni progettuali, l'importo finanziato e le modalità di erogazione.

Con **DGR n. 1210 del 12/12/2005**: **“Istituzione commissione regionale per il governo clinico della salute mentale”** viene istituita la Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale, costituita da 3 rappresentanti delle Università di medicina di Firenze, Pisa e Siena indicati dalle rispettive facoltà; 3 rappresentanti dei Dipartimenti di Salute Mentale indicati dai Comitati di Area Vasta; 1 dirigente della competente struttura regionale; 1 rappresentante degli psicologi; 1 rappresentante dei neuropsichiatri infantili; 3 rappresentanti degli psichiatri; 1 rappresentante degli infermieri professionali; 1 rappresentante degli educatori professionali; 1 rappresentante dei medici

di medicina generale; 1 rappresentante dei pediatri di libera scelta nominati dal Consiglio Sanitario Regionale.

Demanda inoltre alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà la costituzione della Commissione stessa previa acquisizione delle designazioni come indicato al precedente capoverso del dispositivo del presente atto.

Con **DGR n. 1286** del 27 dicembre 2005, la Regione Toscana ha regolamentato il “**Trattamento farmacologico dei disturbi psicotici in pazienti affetti da demenza. Direttive**”. In particolare ha deliberato di approvare le seguenti direttive alle quali devono attenersi le Aziende Sanitarie Toscane per il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici in pazienti affetti da demenza:

1. in deroga alla D.G.R. n. 1176/2005, qualora un medico delle Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.), sotto la propria e diretta responsabilità, di fronte a disturbi comportamentali gravi che non rispondano ad altri interventi, ritenga imprescindibile un trattamento con antipsicotici di prima o seconda generazione, dovrà compilare la scheda di inizio trattamento e, ai successivi controlli, la scheda di monitoraggio, di cui al Comunicato dell'Agenzia Italiana del Farmaco, per il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici in pazienti affetti da demenza pubblicato sul sito del Ministero della Salute in data 21 luglio 2005;
2. la scheda "monitoraggio", di cui al punto 1, dovrà essere compilata anche in caso di sospensione del trattamento (fungerà quindi da documento di fine trattamento), specificando alla sezione "Segni, sintomi o patologie insorte durante il trattamento" il tipo di evento avverso o il miglioramento clinico (descrizione) che ha determinato la sospensione (esito);
3. le schede di inizio trattamento, di monitoraggio e di fine del trattamento per miglioramento clinico dovranno essere trasmesse, trimestralmente, dalle Unità di Valutazione Alzheimer all'Agenzia Italiana del Farmaco ed alla Regione Toscana;
4. l'insorgenza di reazioni avverse dovrà essere segnalata utilizzando il modulo e le procedure del Servizio Nazionale di Farmaco-vigilanza;
5. la consegna del farmaco a carico del Servizio Sanitario Regionale dovrà avvenire direttamente dalle Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.), previo approvvigionamento tramite le Farmacie Ospedaliere delle Aziende Sanitarie di competenza;
6. trattandosi, come sopra ricordato, di impiego di farmaci "off-label", è obbligatorio il rispetto della vigente normativa compresa l'acquisizione del Consenso Informato dal paziente e/o dal familiare di riferimento;
7. di precisare che gli eventuali oneri aggiuntivi derivanti dall'attuazione del presente provvedimento verranno riassorbiti dai bilanci delle Aziende Sanitarie, a risorse (complessive) invariate, attraverso corrispondenti razionalizzazioni della spesa sanitaria corrente.