

SALUTE MENTALE REGIONE UMBRIA

La **L.R. 21 marzo 1985, n. 11: “Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1985-1987”** contiene le priorità per il riordino delle attività psichiatriche e di tutela della salute mentale. In particolare, i servizi psichiatrici e per la tutela della salute mentale sono riorganizzati sulla base dei seguenti principi:

1. il servizio è unico in ciascuna ULSS;
2. il servizio provvede alle seguenti funzioni di psichiatria e tutela della salute mentale:
 - attività di prevenzione e tutela della salute mentale a supporto delle funzioni del distretto di base;
 - attività ambulatoriale presso i presidi territoriali di salute mentale;
 - attività di consulenza su richiesta dei servizi socio-sanitari delle aree integrative;
 - assistenza ai pazienti presso il domicilio;
 - attività di accoglienza diurna, notturna e comunitaria finalizzata alla reintegrazione sociale e alla terapia;
 - assistenza ai pazienti ancora ricoverati nelle strutture di lungodegenza, limitatamente alla persistenza di queste ultime.

Dipartimento per la salute mentale.

L'area delle funzioni psichiatriche e di tutela della salute mentale è organizzata in dipartimento ai sensi dell'articolo 34 della L. n. 833/78. Il dipartimento fa parte dell'area delle funzioni integrative ed è coordinato presso l'ufficio di direzione dal settore «assistenza sanitaria e farmaceutica» nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale dei servizi.

Attività psichiatriche di diagnosi e cura.

I fabbisogni di emergenza sanitaria di natura psichiatrica sono soddisfatti nell'ambito dei posti-letto del servizio ospedaliero unico.

A tal fine gli operatori del dipartimento per la salute mentale concordano con le unità operative del presidio ospedaliero programmi terapeutici individualizzati ed assicurano la necessaria consulenza e presenza attiva.

Le dotazioni di cui al primo comma ricomprendono anche i posti-letto necessari ai trattamenti sanitari obbligatori. Nei centri territoriali di salute mentale possono essere previsti spazi per trattamenti sanitari non ambulatoriali, di durata limitata.

Destutturazione dell'ospedale psichiatrico di Perugia.

La destrutturazione dell'ospedale psichiatrico di Perugia e della sezione di Spoleto in attuazione dell'art. 64 della L. n. 833/78, è realizzata attraverso il superamento della specificità psichiatrica dello stesso mediante la riorganizzazione interna con la costituzione di presidi socio-sanitari per i servizi di cui alla L.R. n. 29/1982.

A tale scopo i servizi delle ULSS n. 3 e n. 8 provvedono, d'intesa con quelli delle ULSS di provenienza dei ricoverati, alla individuazione dei servizi di destinazione per i pazienti tuttora degenti presso l'ospedale psichiatrico.

Comitato operatori salute mentale.

Allo scopo di assicurare il necessario coordinamento delle esperienze condotte nel territorio regionale, la Giunta regionale istituisce un apposito comitato formato da operatori dei dipartimenti di salute mentale delle ULSS della Regione. Nel comitato deve essere assicurata la presenza dei diversi profili professionali operanti nei dipartimenti di salute mentale.

La **L.R. 27-3-1990 n. 9: Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989-91** contiene il Progetto obiettivo: Tutela della salute mentale e assistenza psichiatrica, che ha lo scopo di :

- spostare l'asse dell'intervento preventivo da specifiche fasce a rischio alle principali situazioni e articolazioni sociali, dando risalto al ruolo del distretto socio-sanitario di base nella promozione della salute mentale;
- ridefinire dell'assetto organizzativo e funzionale dei servizi in modo da fornire risposte adeguate a bisogni puntuali di assistenza psichiatrica.

Obiettivi nel triennio sono:

- istituzione dei dipartimenti di salute mentale;
- responsabilizzazione del distretto negli interventi di prevenzione e promozione della salute mentale in seno alla società, coinvolgendolo nelle attività di analisi della domanda, di ricerca e verifica dei rischi, di aggiornamento degli operatori e di socializzazione dell'assistito negli spazi e nei gruppi a livello di base, attività coordinate dal Dipartimento di salute mentale;
- potenziamento della rete dei servizi di salute mentale:
 - assicurando funzionalità ai servizi di salute mentale e di igiene mentale infantile nonché ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura;
 - istituendo la rete delle strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali;
- superamento dell'ospedale psichiatrico;
- formazione degli operatori nelle attività di qualificazione dei servizi.

I principali risultati attesi sono:

- inserimento nella programmazione degli obiettivi di cui al precedente paragrafo, avvio delle attività relative e resoconto dello stato di avanzamento all'interno della relazione di distretto;
- istituzione dei dipartimenti di salute mentale in tutte le ULSS;
- potenziamento della rete dei servizi di salute mentale valutabile attraverso l'utilizzazione delle indicazioni, a tal fine fornite dal gruppo tecnico di coordinamento regionale delle attività di tutela della salute mentale, riguardanti la funzionalità dei servizi di salute mentale, dei servizi di igiene mentale infantile e dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura nonché delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali;
- costituzione e attivazione delle strutture residenziali previste per il passaggio in carico dei soggetti attualmente ospiti dell'ex ospedale psichiatrico di Perugia e della sezione di Spoleto, secondo i tempi individuati dal gruppo tecnico regionale di coordinamento delle attività di tutela della salute mentale;
- svolgimento dei corsi di formazione e dei processi di riqualificazione dei servizi, sulla base delle indicazioni che il Gruppo tecnico regionale di coordinamento delle attività di tutela della salute mentale fornirà per recuperare il patrimonio proprio della sperimentazione psichiatrica umbra, individuando i centri o servizi di igiene mentale che potranno fare da referenti privilegiati.

Nell'ambito degli "Interventi per il riordino e la razionalizzazione dei presidi", la L.R. n. 9/1990 indica inoltre i *Parametri di riferimento per la strutturazione del dipartimento di salute mentale (D.S.M.)* e per le strutture terapeutiche

La **L.R. 4-1-1995 n. 1: "Misure di riordino del servizio socio-sanitario regionale"** all'art. 11 contiene i *Principi per l'attività dell'Unità sanitaria locale*, tra i quali è prevista la: .

d) organizzazione delle funzioni sanitarie in forma dipartimentale per aree omogenee su base aziendale, coordinate da un responsabile scelto tra i dirigenti delle strutture organiche dell'area, con particolare riferimento al ruolo dei dipartimenti di salute mentale per la valutazione sistematica dei bisogni e l'assistenza nelle proprie strutture territoriali ed ospedaliere;

La **D.C.R. 7-7-1997 n. 372** riguarda il “**Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale**” e si incentra sulle seguenti aree tematiche:

- 1) Il dipartimento di salute mentale,
- 2) Il sistema informativo;
- 3) Le strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Per quanto riguarda il Dipartimento di tutela della salute mentale (D.S.M.), è la struttura operativa, organizzativa e tecnico gestionale dell'Azienda sanitaria locale che svolge le attività connesse alla promozione e tutela della salute mentale della comunità territoriale di riferimento.

Il D.S.M., nel rispetto delle disposizione della Carta dei servizi a tutela dei diritti dei cittadini, svolge azioni integrate di coordinamento, organizzazione, supporto, progettazione e verifica in relazione alla:

- promozione, prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale;
- formazione ed aggiornamento del personale assegnato;
- ricerca scientifica.

Il D.S.M. è articolazione organizzativa della Azienda USL con proprio budget.

La Giunta regionale stabilisce all'inizio di ogni esercizio finanziario la quota di risorse del fondo sanitario regionale da destinare alla attività di tutela della salute mentale, attribuendola alle Aziende sanitarie.

Il D.S.M. coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nel territorio e nell'ospedale attraverso protocolli che regolino i rapporti tra la struttura dipartimentale e le strutture ospedaliere.

Qualora l'ospedale sede di Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.) sia costituito in Azienda diversa, apposita convenzione aziendale regolerà i rapporti di dipendenza funzionale sia della struttura sia del personale del Dipartimento di tutela della salute mentale.

Ogni D.S.M. definisce con chiarezza obiettivi e finalità delle sue azioni. Con regolamento approvato con atto deliberativo aziendale, rivedibile periodicamente, ed accessibile a chi ne faccia richiesta, si precisa la struttura organizzativa, gli ambiti delle interazioni, i campi di responsabilità, le procedure, gli scopi e le limitazioni delle funzioni, nell'ambito delle normative vigenti.

Garanzia di efficacia ed efficienza e di buon andamento gestionale del D.S.M. è la Conferenza di organizzazione del Dipartimento. La Conferenza rappresenta occasione pubblica di verifica. Si riunisce almeno una volta l'anno e, su indicazione del Comitato di dipartimento, può articolarsi anche su aree tematiche di settore.

Al D.S.M. è preposto un direttore nominato dal direttore generale aziendale. Il direttore risponde direttamente alla direzione aziendale con la quale negozia gli obiettivi e le risorse per la realizzazione del programma.

Esercita azioni di coordinamento, organizzazione, supporto, progettazione e verifica dei compiti istituzionali del Dipartimento di concerto con il Comitato di dipartimento, garantisce la gestione coordinata delle risorse umane; viene consultato sulle disposizioni organizzative delle Direzioni sanitarie e amministrative relative al complesso delle attività del D.S.M. È membro di diritto del Consiglio dei sanitari.

In ogni Dipartimento va costituito un Comitato di dipartimento composto da membri di diritto medici e non medici (di livello apicale e sub apicale) e da rappresentanti degli altri profili professionali. È presieduto dal direttore.

Il direttore è garante del corretto esercizio del diritto all'informazione e, secondo la normativa vigente, della promozione di forme di partecipazione propositiva, finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e dello svolgimento dei compiti d'istituto, nei confronti del personale delle varie strutture organizzative, degli utenti, dei familiari singoli o associati, dei vari soggetti istituzionali e collettivi presenti nel territorio.

Per lo svolgimento dell'attività progettuale e delle azioni di propria specificità il D.S.M. si confronta con tutte le aree dell'Azienda: presidi ospedalieri, medici di medicina generale, dipartimento di prevenzione, distretti sanitari, servizio sociale.

Ai fini del buon governo l'Azienda USL dovrà prevedere all'interno delle risorse assegnate al D.S.M.:

- un fondo che consideri i costi per le prestazioni rese per attività terapeutico-riabilitative e di integrazione e di intermediazione sociale, svolte in qualunque sede o luogo;
- adeguati supporti gestionali ed amministrativi;
- -adeguata individuazione dei centri di costo e dei carichi di lavoro.

Il D.S.M. dovrà assicurare:

- adeguata registrazione ed elaborazione dei dati di attività;
- adeguata organizzazione del livello dei flussi informativi, utilizzabili uniformemente dalle varie strutture operative.

Per le particolari caratteristiche dell'agire operativo, deve essere prevista per ogni D.S.M. l'attribuzione di un fondo annuo economico gestito da un funzionario delegato del D.S.M.

Il direttore, sentito il parere del Comitato di D.S.M., ripartisce le risorse finanziarie ed umane assegnate dalla direzione aziendale a seguito di negoziazione, assicurandole alle strutture operative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati con progetti annuali.

Le strutture operative destinatarie delle risorse gestiscono le stesse con autonomia tecnico professionale, provvedendo ad indicare alla direzione del D.S.M. le utilizzazioni stabilite.

Ciascuna Azienda USL costituisce di norma nel proprio territorio un D.S.M.

I D.S.M. si articolano nella rete dei servizi territoriali denominati: Centro di salute mentale (C.S.M.), nella rete delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali dedicate alle specifiche attività terapeutico-riabilitative e nel Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura (S.P.D.C.). Il D.S.M. garantisce anche il coordinamento con le strutture ad articolazione e sede autonoma dedicate all'infanzia.

LA RETE DEI SERVIZI

Centro di salute mentale (C.S.M.).

Il Centro di salute mentale è la struttura fondamentale del Dipartimento. Assicura la coerenza delle risposte nel territorio con autonomia tecnico-operativa. È il nodo strategico della rete delle strutture e delle azioni dipartimentali.

In ogni D.S.M. va valorizzato l'intervento rivolto all'età evolutiva. Gli operatori a cui va riconosciuta tale specificità formativa ed operativa, assicurano l'erogazione delle prestazioni in forma multiprofessionale e con modalità che evitino la separatezza dell'intervento tra infanzia, adolescenza ed adulti.

Il C.S.M. assicura l'accoglimento, la valutazione, l'orientamento della domanda e della relativa risposta nell'arco delle 24 ore, compresi i festivi, attraverso le attività programmate dal D.S.M., di concerto con le altre articolazioni sanitarie dell'Azienda.

L'accesso deve essere assicurato con l'apertura di almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana.

Il C.S.M. garantisce l'integrazione delle proprie attività con il complesso dei presidi socio sanitari del territorio di riferimento svolgendo attività:

- diagnostica e terapeutica medica e psicologica: in sede ambulatoriale e domiciliare (compresa l'emergenza) per tutte le fasce d'età;
- partecipazione al servizio di guardia medica psichiatrica presso il S.P.D.C.;
- consulenza e collaborazione alle istituzioni sanitarie e socio assistenziali, scolastiche e giudiziarie;
- consulenza e sostegno alle famiglie ed alle associazioni di familiari;
- accoglienza e ospitalità in strutture intermedie;
- realizzazione, avvalendosi anche del privato e privato sociale, di progetti terapeutico riabilitativi in forma: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare;
- ricerca programmata di inserimenti formativi e lavorativi, in collaborazione con cooperative integrate, e servizio sociale territoriale;

- erogazione di sussidi a sostegno della finalità terapeutico-riabilitativa;
- verifica di qualità degli interventi;
- ricerca, formazione;
- cura dei flussi del Sistema informativo regionale ed aziendale.

Per la formazione dell'équipe multiprofessionale, le indicazioni sono le seguenti: 1 medico psichiatra ogni 12.000 abitanti per popolazione in età adulta superiore ai 18 anni, 1 neuropsichiatra infantile ogni 20.000 abitanti per popolazione inferiore ai 18 anni, 1 psicologo ogni 12.000 abitanti, 1 assistente sociale ogni 40.000 abitanti, 1 infermiere professionale e/o operatore psichiatrico ogni 2.000 abitanti. Il personale di dotazione funzionale può essere supportato da altre figure professionali, comprese quelle del terzo settore appartenente al privato sociale.

Il C.S.M. è diretto da un medico psichiatra.

La sede dei C.S.M. risponde ai requisiti strutturali e funzionali delle normative vigenti, con particolare attenzione alla rispondenza del facile accesso per l'utenza ed alla adeguata diversificazione degli spazi da utilizzare per le varie attività svolte.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.)

Il S.P.D.C. dovrà essere dimensionato nel prossimo biennio su un totale di 0,6 p.l. per 10.000 abitanti compresi i servizi di Perugia, Terni e l'istituendo S.P.D.C. a Spoleto. Le Aziende USL prive di S.P.D.C. potranno realizzare tale attività nell'ambito del proprio D.S.M. o convenzionarsi con altre Aziende USL per l'utilizzo del servizio, con conferimento della propria dotazione teorica di posto letto e relativo organico.

Le indicazioni per la dotazione di personale per ogni S.P.D.C. dovranno rispettare i seguenti rapporti di minima:

- 1 operatore ogni 3 pazienti per turno;
- 1 unità medica presente nei due turni (h 8 - 20) e l'attivazione della pronta disponibilità notturna (h 20 -8).

L'Azienda USL, dovrà provvedere a garantire i servizi generali (pasti, lavanderia, igiene ambientale).

Il S.P.D.C. costituisce articolazione operativa del D.S.M. per l'effettuazione di ricoveri ordinari e in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da attuare con le modalità di cui all'art. 35 della L. 833/78. Deve assolvere la funzione di "Centro crisi" per le fasi acute che richiedono una accoglienza tale da garantire i massimi livelli di attenzione.

Strutturalmente deve avere spazi riservati a uomini e donne, e spazi interni ed esterni idonei ad assicurare, oltre che lo svolgimento dell'attività clinica, anche delle attività di animazione e di gruppo.

Le strutture intermedie di area psichiatrica.

Il D.S.M. per corrispondere alla diversificazione della domanda si dota di ognuna delle strutture residenziali a varia tipologia per i livelli terapeutico-riabilitativi (Comunità terapeutica riabilitativa di tipo 1 e 2, Unità di convivenza, gruppo appartamento) e di centri per l'accoglienza diurna (CAD) collegati in rete, attraverso i quali si attuano programmi terapeutico-riabilitativi, anche complessi, integrati con altre agenzie di territorio.

Rapporti con l'università.

Le Agenzie USL e l'Università degli studi di Perugia definiranno in apposite convenzioni i rapporti riguardanti le attività di assistenza psichiatrica da integrare con quelle didattiche e di ricerca della cattedra di psichiatria e scuola di specializzazione riconducendole nell'ambito dei rispettivi D.S.M.

Rapporti con privato e privato sociale.

Il privato ed il privato sociale collaborano alla attività delle articolazioni operative del D.S.M., costituendone risorsa operativa.

Rapporti con la Regione.

Trovano riferimento e coordinamento nell'Assessorato regionale alla sanità e per quanto di competenza nell'Assessorato alle politiche sociali:

- la formazione permanente degli operatori (corsi annuali ed incontri allargati con responsabili di strutture dei D.S.M. della Regione);
- Conferenza dei direttori generali e direttori di D.S.M.

La formazione.

Si è assistito in questi ultimi anni ad un articolarsi e differenziarsi delle prestazioni che i servizi di salute mentale devono erogare. Ciò sia in relazione al moltiplicarsi degli ambiti di esercizio quali l'ambulatorio, il domicilio del paziente, le sedi di istituzioni sanitarie ed assistenziali, l'ospedale, le strutture intermedie residenziali e semiresidenziali, che in relazione allo specificarsi delle richieste per fasce d'età, per le nuove ed emergenti problematiche patologiche e del disagio esistenziale per quanto afferenti agli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale.

Da qui la necessità di poter disporre nei servizi di salute mentale di competenze sempre più specifiche che superino gli stessi confini tradizionali delle professioni quali sono codificate dagli iter formativi accademici per l'area della salute mentale.

Pertanto il sistema dei servizi, per essere adeguatamente alimentato, richiede processi di aggiornamento continuo, calibrato sulle esigenze rilevate e, quindi, correlato ad obiettivi, procedure, programmi, tecniche diagnostiche, approcci riabilitativo-terapeutici, organizzazione dei servizi, collaborazioni interprofessionali.

Occorre pertanto pervenire ad una più sistematica attività di aggiornamento professionale permanente per tutti gli operatori con particolare riguardo per gli operatori dall'incerto profilo professionale (educatori ed operatori di comunità) utilizzati nell'ambito dei rapporti convenzionali tra USL e privato sociale.

A riguardo è ipotizzabile pervenire ad un programma regionale da affidare alla organizzazione ed alla gestione di un'Azienda USL quale referente per i vari Dipartimenti di salute mentale della Regione.

Il superamento dell'ospedale psichiatrico.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione del processo di superamento dell'Ospedale psichiatrico, ciò è avvenuto conformemente alle disposizioni della legge finanziaria per il 1997 del 23 dicembre 1996, n. 662. artt. 20-25.

La storia della psichiatria, che ha visto in Umbria dar corso al processo di deistituzionalizzazione e di destrutturazione dell'Ospedale psichiatrico di Perugia e delle sezioni di Città di Castello, Foligno e Spoleto già dalla fine degli anni sessanta, permette di poter affermare che sia formalmente che sostanzialmente si è giunti al definitivo superamento dell'istituto manicomiale.

Tuttavia, in conformità con le disposizioni della legge finanziaria n. 724/1994, riconfermate dalla finanziaria per il 1997, la Regione ha provveduto ad approvare i progetti delle Aziende USL 2 e 3 per la riconversione assistenziale del residuo ospedale psichiatrico di Perugia e della sezione femminile di Spoleto, onde pervenire al definitivo superamento dell'O.P.

La Regione ha pertanto provveduto a trasferire all'Azienda USL 2 il patrimonio immobiliare, consistente nei tre residuali padiglioni dell'ex O.P. di Perugia, destinati ad essere ristrutturati in funzione della definitiva collocazione degli attuali ospiti in strutture più rispondenti ed idonee. Parte degli ospiti dell'ex O.P. di Perugia resteranno in area assistenziale psichiatrica, assistiti in piccole comunità terapeutiche a differenziata protezione medico-psico-sociale e parte saranno trasferiti in altra area assistenziale con la realizzazione di apposita RSA.

Le strutture residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale **Definizione, missione, obiettivi.**

La complessità dei bisogni emergenti nella popolazione dei pazienti affetti da patologie mentali gravi richiede risposte di cura e riabilitazione variamente articolate, in cui le strutture intermedie (semiresidenziali e residenziali) vengono a svolgere una funzione centrale, a supporto ed integrazione di quei programmi di cura individuali, attraverso cui si realizza la presa a carico da parte dei Centri di salute mentale di competenza territoriale.

Le strutture intermedie, semiresidenziali e residenziali, costituiscono, quindi, parte integrante della rete complessiva di risorse e servizi, afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Tali strutture devono rispondere a bisogni diversi e riconducibili al tipo di patologia presentata, all'età dell'utente, ed all'incidenza di problematiche non strettamente psichiatriche, legate al contesto familiare e sociale di cui l'utente fa parte.

Si individuano, in questa sede, le principali tipologie di strutture intermedie, ciascuna definita da specifiche finalità terapeutico-riabilitative e dall'esistenza di livelli più o meno elevati di "protezione psicom medico-sociale".

Si precisa che non si prevede l'istituzione di strutture residenziali e semiresidenziali specifiche per gli utenti in età evolutiva essendo in questi casi possibile, e più idoneo, il ricorso alle strutture socio-assistenziali già esistenti nei diversi territori, che possono più utilmente gestire i bisogni di tipo sociale dell'utenza, spesso associati alle problematiche cliniche emergenti.

I servizi di salute mentale territoriali partecipano, esercitando le loro specifiche competenze, alla realizzazione dei progetti integrati di trattamento, per tale fascia di utenti.

Allo stesso modo, per quanto riguarda il gruppo di utenti anagraficamente anziani, con problematiche psichiatriche pregresse, con emergenza di bisogni specificatamente legati alle patologie dell'anziano, va previsto l'utilizzo delle strutture realizzate per la popolazione anziana, quali residenze protette, RSA, ecc., a seconda del grado di eterodipendenza.

L'intervento psichiatrico si configura, in questi casi, come consulenza specialistica, per bisogni psichiatrici specifici, o per la gestione di dinamiche relazionali eventualmente disfunzionali.

a) Centro diurno.

Il Centro diurno è una struttura semiresidenziale territoriale, componente, insieme alle strutture residenziali, della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Il Centro diurno attua programmi terapeutico-riabilitativi, in collegamento con altri presidi dei Dipartimenti di salute mentale, realizzando collaborazioni con soggetti ed istituzioni della rete sanitaria e sociale esterna ai D.S.M. stessi.

Tali strutture svolgono:

- attività valutativo-diagnostica sia relativa agli aspetti psicopatologici, che alle abilità sociali, relazionali, lavorative, ecc. del paziente, che alle caratteristiche peculiari dei contesti di provenienza e delle loro risorse, in integrazione e coordinamento con l'attività valutativa svolta dal servizio inviante;
- attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, coordinati con i programmi di terapia individuale sia di tipo psicofarmacologico, che psicoterapico, svolti presso il servizio inviante;
- attività di accoglienza alternativa a misure di ricovero ospedaliero, sia nel senso dell'evitamento di tale misura, che nel senso della abbreviazione del periodo di ricovero, per pazienti in carico, in collaborazione con i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura;
- attività di accoglienza, in collaborazione con strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici, in sostegno all'inserimento dei pazienti nella struttura residenziale.

Le attività sopra elencate prevedono la realizzazione di programmi individualizzati a breve, medio e lungo termine elettivamente per:

- pazienti adulti, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, con grave patologia psichiatrica (sindromi psicotiche, disturbi di personalità), con storia recente di malattia.

In tali pazienti, la patologia compromette le potenzialità individuali (scolastiche e lavorative) e le relazioni interpersonali (familiari e sociali) in un periodo della vita in cui tale perdita porta, se non

si interviene in modo adeguato, allo stabilizzarsi di gravi situazioni di handicap. Sono pertanto necessari programmi a breve - medio termine grazie ai quali poter riattivare, a partire da una situazione protetta, le risorse e le capacità evolutive individuali.

I Centri diurni possono inoltre ospitare pazienti aventi le medesime caratteristiche, dal punto di vista psicopatologico, descritte sopra, ma di età più avanzata e con lunga storia di malattia; situazioni in cui una condizione di handicap si è comunque stabilizzata, con notevole compromissione delle capacità espressivo-comunicative e conseguente ritiro sociale, unito a deterioramento delle relazioni interpersonali e familiari.

In tali situazioni sono necessari programmi a medio-lungo termine per garantire, in una situazione protetta, in cui si propongono stimoli idonei, molteplici esperienze di comunicazione e socialità.

Le strutture semiresidenziali, infine, sono aperte anche a quei pazienti che, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche o di storia di malattia, possano giovare di specifiche attività, o programmi in vigore nei centri, compatibilmente con la recettività di questi ultimi.

Le strutture semiresidenziali operano in stretta connessione con le agenzie sociali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato, attive nel settore della animazione culturale e ricreativa, della formazione professionale e del lavoro, sia per la realizzazione delle attività relative ai programmi per pazienti in carico, sia per l'inserimento in settori a loro idonei di pazienti dimessi dai programmi semiresidenziali.

b) Comunità terapeutico-riabilitativa.

La Comunità terapeutico-riabilitativa è una struttura residenziale territoriale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Distinguiamo due tipologie:

Tipo 1 - È destinata ad utenti con patologia grave e stabilizzata da tempo, che hanno bisogno di risposte terapeutiche a bisogni primari, all'interno di progetti complessivi di cura che necessitano dell'assistenza per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. La presenza continuativa del personale nelle 24 ore, con rapporto operatore/utente meno elevato rispetto alle strutture di tipo 2, permette agli utenti di riapprendere, attraverso operazioni concrete, capacità semplici di uso di oggetti, di spazi e tempi individuali e di gruppo.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.

La dimissione avviene in tempi medio-lunghi, superiori ai 24 mesi e comunque in base alla valutazione di esito del programma di trattamento individuale.

Tipo 2 - È destinata ad utenti con grave patologia psichiatrica, con storia recente di malattia ed anagraficamente giovani, con necessità di trattamenti intensi, articolati e da svolgersi al di fuori dell'abituale ambiente di vita, per un periodo di tempo definito e rivalutabile in corso di trattamento, della rata, in media, tra i 12 e i 24 mesi.

La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di funzionali livelli di autonomia, in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura che prevedono - accanto alla residenzialità, con presenza continuativa del personale nelle 24 ore - anche momenti di articolazione con attività diurne svolte nei centri semiresidenziali, oltre che trattamenti specifici presso i servizi di salute mentale.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.

La dimissione dalla residenza può dar luogo al pieno reinserimento nell'abituale ambiente di vita, oppure all'ammissione in altre strutture a minore livello di protezione, per completare e rafforzare il percorso terapeutico-riabilitativo.

c) Unità di convivenza.

È una struttura intermedia residenziale destinata ad utenti con bisogno di assistenza non continuativa nelle 24 ore.

La presenza del personale è finalizzata a sostenere l'utente, negli orari in cui si compiono atti quotidiani significativi per la gestione della giornata, come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne, sia lavorative che all'interno di strutture semiresidenziali dipartimentali, con cui la residenza si articola funzionalmente, pur essendo la Unità di convivenza sotto la responsabilità del Centro di salute mentale del territorio in cui è collocata la struttura.

Tali strutture, destinate sia ad utenti giovani con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale, che ad utenti con più lunga storia di malattia con bisogni prevalenti di risocializzazione, sono individuabili come appartamenti per nuclei di convivenza piccoli, dalle 4 alle 8 persone.

L'ammissione e la dimissione dei pazienti avvengono in seguito a valutazione del C.S.M. cui compete la responsabilità della struttura.

d) Gruppo appartamento.

È una struttura intermedia residenziale destinata ad utenti con disturbi cronicizzati, ma non conservate, o recuperate, capacità di autogestione individuale, per i quali la presenza di personale - senza specifiche competenze psichiatriche - non è continuativa nelle 24 ore ed è finalizzata al sostegno degli utenti in orari particolari della giornata, per il soddisfacimento di bisogni specifici, legati ai momenti di vita comunitaria nella residenza.

La funzione/attività prevalente è di risocializzazione.

Requisiti di processo

Criteri di ammissione e modalità di accesso.

Le diverse tipologie di struttura individuate nel documento sono tutte all'interno della rete dei servizi psichiatrici e quindi, per ognuna di esse, il D.S.M. di cui la struttura fa parte, va aggiornato periodicamente sul movimento in entrata e in uscita dei pazienti, con conseguenti possibilità di accoglienza.

L'accoglienza è in tutte prevista solo per pazienti di prevalente competenza psichiatrica e ne vanno quindi esclusi:

- soggetti che abbiano bisogno di custodia (per es. per gravi disturbi del comportamento, tossicodipendenze, alcoldipendenze, farmacodipendenze);
- soggetti le cui problematiche prevalenti non siano di pertinenza psichiatrica (per es. handicap neurologici, anziani con problemi assistenziali dovuti all'età, anziani con patologie prevalentemente organiche).

a) Centro diurno.

a) Provenienza:

- soggetti in terapia presso i servizi territoriali del D.S.M. cui la struttura semiresidenziale fa riferimento;
- eccezionalmente altro D.S.M. limitrofo purché il Centro diurno sia facilmente (per tempo e per mezzi di trasporto da impiegare) accessibile dall'utente.

b) Presupposti vincolanti:

- compatibilità del malato che si vuole inserire con il gruppo-ospiti già presente;
- compatibilità tra le principali esigenze di quel soggetto e le prestazioni che sono possibili in quella struttura;
- collaborazione tra i soggetti che prendono parte all'articolazione del progetto terapeutico-riabilitativo e buona integrazione degli interventi.

c) Priorità:

- quando le necessità siano equiparabili, hanno precedenza i soggetti la cui patologia sia di inizio più recente.

d) Modalità di accesso:

- il terapeuta richiedente, attraverso la scheda di presentazione della struttura, o una sua conoscenza diretta, prende visione della realtà operativa in cui intende inserire il paziente;
- valuta l'opportunità della frequentazione confrontando le esigenze dell'utente proposto con le caratteristiche di quella struttura e le prestazioni che vi vengono erogate;

pone la sua richiesta alle idonee istanze del D.S.M. ed al referente della struttura semiresidenziale;

- l'accettazione, immediata o in attesa, deve tener conto della disponibilità di posti, della situazione attuale degli ospiti già presenti, e della fase progettuale che la struttura sta attuando;
- se c'è possibilità di accoglienza ed il soggetto proposto risponde alle caratteristiche richieste dai criteri di ammissione, il referente della struttura procede ad alcuni incontri preliminari:
 - * con il terapeuta, per idonea conoscenza del progetto terapeutico, individuazione di alcuni obiettivi minimi, accordo di base sulla attribuzione dei compiti da integrare nel progetto, compilazione di una scheda di accoglienza con le informazioni con il Centro diurno ritiene utili ai fini dell'inserimento;
 - * con il paziente proposto;
 - * con i familiari per presentare l'intervento che si è pensato di attivare ed il suo significato;
- si definiscono i tempi, le modalità della frequentazione e le modalità di rapporto con i familiari;
- l'ingresso è determinato da un "contratto" a termine che, al suo scadere, se il paziente si sta giovando dell'inserimento presso la struttura, può essere protratto e rinnovato quanto possibile e necessario; ciò non accade però automaticamente, ma solo dopo valutazione degli esiti dell'inserimento e ridefinizione delle sue regole, o conferma di quelle preesistenti;
- nel corso della frequentazione vanno previste verifiche sistematiche tra servizio inviante ed équipe del Centro diurno.

b) Comunità terapeutico-riabilitativa.

a) Provenienza:

- soggetti in terapia presso i servizi territoriali afferenti al D.S.M., cui la struttura residenziale fa riferimento;
- eccezionalmente altro D.S.M. limitrofo purché la struttura sia facilmente accessibile per le attività di coordinamento e per gli altri contatti, utili al progetto terapeutico-riabilitativo.

b) Presupposti vincolanti:

- compatibilità del malato che si vuole inserire con il gruppo-ospiti già presente;
- compatibilità tra le principali esigenze di quel soggetto e le prestazioni che sono possibili in quella struttura;
- collaborazione tra i soggetti che prendono parte all'articolazione del progetto terapeutico-riabilitativo e buona integrazione degli interventi.

c) Priorità:

- quanto le necessità sono equiparabili, hanno precedenza, per le strutture di tipologia 1, i soggetti più compatibili con quelli già inseriti e per le strutture di tipologia 2, i soggetti la cui patologia sia di inizio più recente.

d) Modalità di accesso:

- Il terapeuta di riferimento per l'utente che ha necessità di accoglienza in struttura residenziale, compila la richiesta, su modulo predisposto allo scopo, e la presenta al D.S.M., cui le Comunità terapeutico-riabilitative afferiscono, che nelle istanze più opportune, prende visione della medesima e di tutti gli elementi necessari allo scopo di individuare, tra i possibili, l'inserimento più idoneo.

- Individuata la struttura, il referente di quella struttura stabilisce un calendario di incontri:

- * con il terapeuta per prendere visione del progetto terapeutico in atto, concordare tempi e modi dell'inserimento e suoi obiettivi, definire l'attribuzione dei compiti da integrare nel progetto, compilare insieme una scheda di accoglienza per le informazioni che la struttura ritiene utili ai fini dell'inserimento;

- * con il soggetto proposto, per presentargli la struttura ed il programma che lo riguarda, oltre che per avere il suo consenso;

- * con i familiari per presentare loro la struttura ed i suoi obiettivi, avere il loro consenso all'inserimento, definire tempi e modi dei loro contatti col malato.

Vanno previsti incontri sistematici tra servizio inviante ed équipe della struttura.

c) Unità di convivenza.

a) Provenienza:

- pazienti che fanno riferimento ai servizi territoriali del D.S.M. cui appartiene la struttura.

b) Presupposti vincolanti:

- compatibilità del malato che si vuole inserire coi gruppo-ospiti già presente.

c) Priorità:

- pazienti del C.S.M. cui la struttura fa riferimento.

d) Modalità di accesso:

- il terapeuta di riferimento per il paziente che necessita di accoglienza fa la sua segnalazione alle idonee istanze del D.S.M.;

- il D.S.M. concorda l'inserimento con il responsabile del C.S.M. cui la struttura fa riferimento;

- successivamente si definiscono i necessari accordi tra il terapeuta ed il referente della struttura e tra quest'ultimo ed il paziente e la sua famiglia.

d) Gruppo appartamento.

a) Provenienza:

- paziente del C.S.M. cui la struttura fa riferimento;

- in seconda istanza pazienti che fanno riferimento ad altri servizi del D.S.M. cui appartiene la struttura.

b) Presupposti vincolanti:

- compatibilità del paziente che si vuole inserire col gruppo-ospiti già presente.

c) Priorità:

- definita dal CSM cui la struttura fa riferimento.

d) Modalità di accesso:

- il terapeuta di riferimento per il paziente che necessita di accoglienza concorda l'inserimento col responsabile dei C.S.M. e contestualmente trasmette idonea segnalazione al D.S.M.;

- successivamente si definiscono i necessari accordi tra il terapeuta ed il referente della struttura e tra quest'ultimo ed il paziente e la sua famiglia.

Processi tecnico-specifici.

a) Centro diurno.

Il Centro diurno è uno degli ambiti in cui si svolgono, o si coordinano, le attività di riabilitazione psicosociale.

- Tali attività si svolgono sulla base di programmi riabilitativi individualizzati, che tengono conto delle specifiche disabilità, dello stato clinico e della fase che il paziente attraversa, dell'adesione dell'utente ai programmi stessi, anche sulla base delle sue componenti affettive e psicodinamiche, e che si integrano con i programmi complessivi di cura.

- Le attività riabilitative possono essere svolte individualmente o in gruppo.

- Le attività riabilitative individuali sono quelle maggiormente legate al rapporto duale utente-operatore, e perseguono obiettivi specifici in relazione ai programmi individualizzati per utenti particolarmente gravi, o in fase critica.

- Le attività riabilitative gruppali (massimo 10 utenti per gruppo), possono porsi obiettivi:

1) di apprendimento;

2) espressivi;

3) corporei.

- Le finalità generali sono quelle di favorire la socializzazione all'interno del gruppo e all'esterno verso la comunità sociale, attraverso iniziative specifiche, e collaborando e coordinandosi con le altre agenzie sociali presenti sul territorio, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i servizi di integrazione lavorativa e le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed Istituzioni pubbliche che possono essere utili al processo di integrazione degli utenti nella rete sociale, e che possono contribuire in vario modo alla vita del Centro diurno.

- Le finalità specifiche sono quelle relative agli obiettivi fissati nei programmi individualizzati, concordati tra l'èquipe che opera nel Centro e il Servizio inviante.

- I Centri diurni devono poter disporre delle risorse necessarie per lo svolgimento delle attività riabilitative (spazi adeguati, strumenti e beni di consumo, possibilità di utilizzazione di rapporti di consulenza con esperti nelle singole attività).
- Vanno favorite le attività che raccolgono consensi tra gli utenti e gli operatori, dal momento che sono quelle che dispongono della maggiore motivazione all'attività stessa. La motivazione all'esperienza riabilitativa è infatti di grande importanza per la sua buona riuscita.
- Vanno inoltre favorite le attività che possono permettere la realizzazione di obiettivi di inserimento reinserimento lavorativo e/o scolastico.
- L'organizzazione e la gestione delle attività riabilitative deve essere dotata della flessibilità necessaria per adattarsi alle specifiche disabilità degli utenti che ne prendono parte, disabilità connesse anche alle variazioni legate all'andamento ciclico dei disturbi.
- Accanto alle attività strettamente riabilitative, vanno previste attività di gruppo meno strutturate e caratterizzate soltanto da obiettivi di convivialità, di gioco e di relazione, che possono contribuire utilmente al buon clima affettivo-emotivo dell'esperienza.

b) Comunità terapeutico-riabilitativa.

Queste strutture residenziali, caratterizzate dalla presenza di utenti con patologia grave e più o meno stabilizzata nel tempo, e dalla presenza continuativa del personale nelle 24 ore, devono essere in grado di garantire:

- 1) l'assistenza continuativa agli utenti;
- 2) la gestione delle dinamiche di gruppo che si originano dalle relazioni degli utenti tra di loro e con il personale;
- 3) la possibilità di accesso degli utenti alla programmazione e all'organizzazione della vita comunitaria, attraverso idonei spazi di comunicazione e di collaborazione;
- 4) il coordinamento delle funzioni svolte dal personale coerentemente con il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato;
- 5) l'integrazione e il coordinamento con le altre risorse presenti nel territorio, sia nella forma di altri Servizi del dipartimento di salute mentale, che di agenzie sociali esterne, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i Servizi di integrazione lavorativa, le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed Istituzioni pubbliche.

È quindi necessario, all'interno di tali comunità, garantire sia prestazioni relative alla struttura, quali: la cura degli ambienti, le pulizie, l'approvvigionamento e la preparazione dei pasti, la segreteria, la tenuta dell'archivio, la documentazione, la farmacia, l'amministrazione del fondo cassa, ecc. che prestazioni principalmente rivolte ai pazienti, quali:

- attività riabilitative interne legate alla dimensione di convivenza (ad esempio attività di cucina, di giardinaggio, di cura dell'ambiente domestico);
- attenzione e stimolo a che gli ospiti abbiano sufficiente cura di sé, a partire dall'igiene personale ed immagine sociale, oltre ogni altro necessario aspetto di accudimento degli stessi;
- somministrazione di farmaci;
- accompagnamento e sostegno in piccoli acquisti e disbrigo di pratiche burocratico-amministrative;
- aiuto per eventuali necessità sanitarie, sia all'interno che all'esterno della struttura;
- attività esterne che garantiscano l'allargamento della rete sociale dell'utente (facilitando la frequenza di luoghi in cui gli utenti possono conoscere altre persone e integrarsi con loro in qualche attività); la riabilitazione (frequenza di centri semiresidenziali in cui si svolgono attività riabilitative, ma anche frequenza di palestre, corsi di musica o di teatro, club fotografici, etc); e la progressiva riacquisizione dell'autonomia;
- mediazione nel rapporto con i familiari, quando particolarmente difficoltoso, ed ogni necessario contatto con gli stessi;
- attivazione di situazioni informali di intrattenimento e tempo libero;
- organizzazione e mediazione di situazioni esterne di svago e socializzazione (pasti in pubblici esercizi, situazioni culturali e sportive, gite e vacanze);

- sostegno in progetti individualizzati di riabilitazione psicosociale (integrazione scolastica e/o lavorativa);
- partecipazione alla vita comunitaria, in particolare attraverso riunioni ed incontri a cadenza almeno settimanale, condotte da professionisti con competenze di psicoterapia dei disturbi psicotici, nel corso delle quali gli utenti possano esprimersi sulla vita comunitaria, sui problemi legati alla loro residenzialità, sulla loro personale forma di collaborazione e di propositività alla vita della Comunità. Questa attività può infatti favorire il senso di responsabilità degli utenti, la loro dignità di persone e il loro sentimento di appartenenza al gruppo, e può realizzare obiettivi terapeutici che vanno integrati ogni volta che ne sussistono le condizioni, con la psicoterapia individuale;
- costante disponibilità ed apertura alle comunicazioni degli utenti, cosa che va considerata come una caratteristica di base dello stile operativo.

c) Unità di convivenza.

Tali strutture residenziali devono anch'esse garantire le seguenti funzioni:

- 1) la gestione delle dinamiche di gruppo che si originano dalle relazioni degli utenti tra di loro e con il personale;
- 2) la possibilità di accesso degli utenti alla programmazione e all'organizzazione della vita comunitaria, attraverso idonei spazi di comunicazione e di collaborazione;
- 3) il coordinamento delle funzioni svolte dal personale coerentemente con il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato;
- 4) l'integrazione e il coordinamento con le altre risorse presenti nel territorio, sia nella forma di altri Servizi del dipartimento di salute mentale, che di agenzie sociali esterne, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i Servizi di integrazione lavorativa, le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed istituzioni pubbliche.

Le prestazioni da erogare, pertanto, sono sovrapponibili a quelle sopra citate, relative alle Comunità terapeutico-riabilitative, ma, date le più semplici caratteristiche di tali strutture (minori necessità assistenziali, maggiore autonomia degli utenti, minore gravità delle loro disabilità, ed anche possibile minore numero degli utenti stessi), possono realizzarsi in forma meno intensiva e strutturata, più legata all'emergere del bisogno specifico, dato l'orientamento maggiormente diretto alla valorizzazione dell'autonomia dell'utente ed alle sue scelte personali.

Importante però è anche qui garantire il costante coordinamento del personale, la continuità del programma riabilitativo e la sua integrazione con i programmi di cura.

d) Gruppo appartamento.

Pur confermandosi, in linea generale, le funzioni e le prestazioni sopra accennate per le precedenti tipologie residenziali, occorre sottolineare che, per tali strutture residenziali la funzione prevalente è quella di sostegno alla persona ed al gruppo, nei bisogni della vita quotidiana e nella socializzazione.

Pertanto, accanto alle prestazioni relative particolarmente alla struttura, quali: la cura degli ambienti, le pulizie, l'approvvigionamento e la preparazione dei pasti, l'amministrazione del fondo cassa, ecc. vanno garantite tra le prestazioni principalmente rivolte ai pazienti:

- attenzione e stimolo a che gli ospiti abbiano sufficiente cura di sé, a partire dall'igiene personale ed immagine sociale, oltre ogni altro necessario aspetto di accudimento degli stessi;
- somministrazione di farmaci;
- accompagnamento e sostegno in piccoli acquisti e disbrigo di pratiche burocratico-amministrative;
- aiuto per eventuali necessità sanitarie sia all'interno che all'esterno della struttura;
- attivazione di situazioni informali di intrattenimento e tempo libero;
- organizzazione e mediazione di situazioni esterne di svago e socializzazione (pasti in pubblici esercizi, situazioni culturali e sportive, gite e vacanze);
- cura della comunicazione tra i membri del gruppo e della condivisione di taluni aspetti della vita comunitaria.

Autorizzazioni provvisorie al funzionamento delle strutture psichiatriche pubbliche e private

Atteso che con il *D.P.R. 14 gennaio 1997*, sono stati determinati i requisiti minimi necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, la **DCR n. 372/97** fissa le modalità per il rilascio dell'autorizzazione provvisoria al funzionamento delle strutture psichiatriche in attesa della disciplina complessiva dei requisiti ulteriori necessari per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Il sistema informativo regionale per la tutela della salute mentale

La **DCR n. 372/97** prevede di realizzare uno strumento, secondo il modello del registro di servizio, che consenta la rilevazione dei dati anagrafici, socio-demografici e clinici dei singoli pazienti e dei loro contatti con le diverse strutture dei D.S.M.

Il registro di servizio permette la registrazione cumulativa, longitudinale nel tempo e centrata sul paziente, dei contatti sia territoriali che di ricovero e con una serie definita di servizi di tutela della salute mentale, (quelli afferenti ai D.S.M.); esso fa inoltre riferimento ad una popolazione definita.

Va quindi, a rappresentare solo i contatti con le strutture dei D.S.M. e non quelli con altre agenzie psichiatriche dentro e fuori il territorio di competenza.

Il registro di servizio permette di:

- rilevare i tassi di prevalenza ed incidenza limitatamente alla domanda psichiatrica espressa nel contatto con i servizi di tutela della salute mentale;
- identificare pattern di utilizzazione dei servizi e percorsi terapeutico assistenziali tra le diverse strutture dei D.S.M.;
- fornire una base di dati per indagini più a carattere qualitativo (di VRQ di valutazione di efficacia e di esito);
- misurare i cambiamenti policy e nell'utilizzo dei servizi;
- confrontare tra loro l'attività svolta dai diversi servizi.

Stato dei lavori.

Il Sistema informativo di salute mentale regionale avrà come base il Registro dell'attività territoriale dei servizi e delle strutture dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Umbria.

La registrazione delle attività territoriali sarà concepita in modo da essere utilizzata sia per la rilevazione cartacea, che per l'inserimento dei dati in idoneo software.

Il registro rileverà le attività territoriali erogate in tutte le strutture dei D.S.M.

All'interno di ciascuna struttura territoriale del D.S.M. dovrà pertanto essere presente un registro per la rilevazione delle attività secondo le indicazioni di sistema.

Le strutture del D.S.M. che devono essere dotate di registro sono:

- Centri di salute mentale
- Servizi psichiatrici di diagnosi e cura
- Centri diurni ed altre strutture intermedie non residenziali
- Strutture intermedie residenziali.

Verranno rilevati all'interno del registro gli interventi erogati nei confronti dei pazienti da parte del personale, sia dipendente che convenzionato.

La registrazione riguarderà tutti i contatti che il singolo paziente ha con le varie strutture nel corso del tempo.

Per ogni contatto verranno segnalati la struttura, la sede in cui avviene l'intervento, la tipologia dell'intervento e gli operatori che lo hanno realizzato.

Sul versante del paziente, il sistema prevede la presenza di una scheda contenente notizie anagrafiche, variabili socio demografiche, precedenti contatti psichiatrici, caratteristiche diagnostiche.

Il sistema che s'intende attivare permetterà, inoltre di poter disporre di "dati di attività" svolti dai vari servizi di tutela della salute mentale non riferiti esclusivamente all'utente, ma rivolti a soggetti istituzionali diversi (supervisioni a progetti o altro genere di consulenze).

Il software utilizzato dovrà garantire la facile consultazione delle diverse informazioni, oltre che l'elaborazione statistica dei dati inseriti e di passaggio ai programmi ed ai fogli elettronici più utili.

Altra normativa di riferimento sul tema della salute mentale è:

- la **Delib.G.R. 19 novembre 1997, n. 7404**, concernente la determinazione delle rette per le prestazioni delle strutture psichiatriche, residenziali semiresidenziali a gestione privata, modificata dalla **D.G.R. 2 marzo 2005, n. 406**: **“Delib.G.R. 19 novembre 1997, n. 7404 avente per oggetto: Atto di indirizzo e coordinamento delle Aziende UU.SS.LL. della Regione per la determinazione delle rette di strutture psichiatriche residenziali. “**

- il **Piano Sanitario 2003-2005**, approvato con **DCR n. 314/2003**, che fa riferimento al tema della salute mentale;

- la **Delib.G.R. 15-12-2004 n. 1974**: “Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Promozione e tutela della salute mentale” che contiene un atto programmatico di indirizzo per la promozione e la tutela della salute mentale: **“Promozione e tutela della salute mentale atto di indirizzo programmatico - Piano sanitario regionale 2003-2005. Delib.C.R. 23 luglio 2003, n. 314”**. Per quanto riguarda il modello organizzativo, ed in linea con il P.O. salute mentale 1998-2000 la **DGR n. 1874/2002** si sofferma sui DSM, esplicitando che il modello organizzativo dipartimentale si ritiene il modello più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale così come stabilito dagli atti legislativi e di indirizzo specifici regionali e nazionali. Il Dipartimento di salute mentale, presente in ogni ASL come struttura organizzativa e di coordinamento, rappresenta l'organo a cui va ricondotta la piena titolarità delle competenze nel campo della tutela della salute mentale.

I compiti e l'organizzazione del dipartimento sono quelli già previsti nella DCR n. 372/97 e nel P.O. salute mentale nazionale 1998-2000.

Ribadisce che si collocano all'interno dei dipartimenti di salute mentale: Centri di salute mentale, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), Servizi salute mentale infanzia, età evolutiva ed adolescenziale che partecipano anche all'attività del DEE, strutture intermedie residenziali e semiresidenziali, servizi per il reinserimento sociale (Gruppo appartamento e Servizi accompagnamento al lavoro) e i servizi delle aziende ospedaliere che lavorano nell'area della salute mentale.

Afferisce inoltre al DSM, nell'ambito degli altri servizi distrettuali che ne usufruiscono, il servizio di assistenza domiciliare.

La presente DGR n. 1974/2004 fa riferimento ad un *Gruppo di coordinamento per la salute mentale* costituito da rappresentanze dei DSM della Regione, individuati dai comitati di DSM, e rappresentanti delle Direzioni sanitarie ed ospedaliere, dei Distretti e rappresentanti degli Uffici sociali di zona, con le seguenti funzioni:

- verifica delle politiche adottate in linea con il presente atto di indirizzo;
- monitoraggio dello sviluppo del governo clinico;
- verifica e valutazione delle azioni e dell'assistenza erogata con il coinvolgimento dei pazienti e della comunità;

Con la **DGR 12 gennaio 2005, n. 21**: **“Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001”**, nell'affrontare il tema della Salute Mentale, si ricorda che il Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000 (DPR 10 novembre 1999) pone tra gli interventi prioritari per i DSM quello di assicurare la «presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento» da garantire attraverso «la formulazione di piani terapeutico-preventivi o piani terapeutico-riabilitativi personalizzati».

Grande rilevanza ha lo sviluppo di alcune direttrici dell'intervento sociale:

- la promozione di interventi di prevenzione primaria sul territorio;
- la realizzazione sul territorio di una residenzialità di tipo risocializzante per adulti, pazienti o ex pazienti psichiatrici attraverso la destinazione di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica (attribuzione di alloggi per soggetto fruitore di intervento socio-terapeutico) e per soggetti in età evolutiva che necessitano di accoglienza in strutture socio-assistenziali;
- l'implementazione di servizi di accompagnamento al lavoro, da perseguire attraverso appropriate misure di sostegno e il collocamento mirato.

Per quanto riguarda i bisogni assistenziali nei pazienti psichiatrici, la DGR n. 21/2005 si sofferma su:

MODELLO ASSISTENZIALE. - ACCESSO ALLA RETE E PERCORSO ASSISTENZIALE.

Il Dipartimento di salute mentale costituisce l'organismo di coordinamento diretto a garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio.

Esso deve assicurare il raggiungimento di determinati obiettivi di salute; gli interventi prioritari; l'attuazione di specifici modelli organizzativi e standard di funzionamento per i servizi afferenti ai DSM stessi.

In questa sede preme sottolineare la molteplicità delle aree di intersezione tra bisogni sociali e sanitari dei pazienti psichiatrici, ambiti di attività in cui devono realizzarsi percorsi integrati di lettura e risposta a tali bisogni che prendono avvio nei servizi territoriali.

Il Centro di salute mentale.

La persona inviata dal MMG, dal pediatra di libera scelta (PLS) e dagli altri servizi sanitari e sociali, o tramite accesso diretto, si rivolge al Centro di salute mentale competente per territorio di appartenenza. È in questa sede che vengono formulati i programmi terapeutico- riabilitativi individuali e vengono effettuate le valutazioni multidisciplinari necessarie.

È, altresì, in questa sede che vengono avviati i necessari interventi per garantire l'integrazione della attività sanitaria specialistica con gli interventi sociali appropriati.

Il CSM assicura l'accoglimento, la valutazione, l'orientamento della domanda e della relativa risposta, nell'arco delle 24 ore, compresi i giorni festivi, attraverso le attività programmate dal DSM, di concerto con le altre articolazioni sanitarie dell'Azienda USL.

Il CSM garantisce l'integrazione delle proprie attività con il complesso dei presidi socio-sanitari del territorio di riferimento. Assicura la coerenza delle risposte nel territorio con autonomia tecnico-operativa.

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Realizza programmi di ricovero ospedaliero sia in forma programmata che in situazioni di urgenza, su richiesta dei CSM, per pazienti già in carico agli stessi servizi. Inoltre, realizza il primo contatto e la prima valutazione dei bisogni clinici e sociali per pazienti non ancora conosciuti dai servizi territoriali, nell'ambito delle attività svolte dalla rete di emergenza e nell'ambito delle attività di consulenza a reparti ospedalieri. In questi casi, dopo avere realizzato le attività connesse con il proprio specifico operativo, assicura l'invio al CSM e l'attivazione dei servizi sociali e sanitari appropriati al caso e territorialmente competenti.

L'Ufficio della cittadinanza.

Le esigenze di reinserimento sociale e lavorativo trovano accoglienza nei servizi socio-assistenziali territoriali di competenza dei Comuni.

Sul versante sociale, il punto di accesso alla rete, in particolare per i familiari delle persone con problemi psichiatrici, è costituito dall'Ufficio della cittadinanza in quanto ambito deputato all'attivazione di percorsi di orientamento/accompagnamento, nella fattispecie, verso i servizi dedicati a programmi di accompagnamento per il reinserimento sociale e lavorativo (SAL), nonché per l'erogazione di prestazioni proprie del servizio sociale di base.

PUNTI DI EROGAZIONE.

Per i punti di erogazione del sistema dei servizi e delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali nell'area della salute mentale si fa rinvio alla DCR 7 luglio 1997, n. 372.

LA VALUTAZIONE.

La valutazione viene garantita dall'équipe multidisciplinare integrata presente nei punti di erogazione del servizio ed è finalizzata a:

- migliorare la definizione dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie mentali gravi;
- verificare la qualità dei programmi socio - riabilitativi garantendo la ricognizione e l'aggiornamento dei dati riguardanti le attività relative;
- valutare gli esiti clinici e sociali delle attività ad integrazione sociosanitaria.