

SALUTE MENTALE REGIONE VENETO

La **LR. 14-9-1994 n. 56**: “**Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria», così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**”, nell’ambito dei *Programmi di intervento di area specifica a tutela della salute e piani settoriali*, prevede che il direttore generale dell’Unità locale socio-sanitaria, su proposta congiunta del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali nomini i referenti dei seguenti programmi di intervento di area specifica a tutela della salute:

- a) materno-infantile e età evolutiva;
- b) anziani;
- c) tossicodipendenze e alcolismo;
- d) *salute mentale*;
- e) handicap.

La **LR n. 3/1996: “Piano Socio-Sanitario 1995-1997”**: prevede l’attuazione del progetto obiettivo : “Tutela della salute mentale”. La **L.R. 29-1-1996 n. 3: “Piano Socio-Sanitario 1995-1997.”**, all’art 18 “*Progetti obiettivo ed azioni programmate*” prevede che entro centottanta giorni dall’entrata in vigore della legge il Consiglio regionale aggiorni i progetti-obiettivo di cui alla L.R. n. 21/1989, tra cui quello relativo alla “Tutela della salute mentale”. In particolare, i provvedimenti attuativi di tali progetti obiettivo prevedono l’istituzione del *dipartimento per la salute mentale* e del dipartimento delle dipendenze, entrambi di tipo funzionale per obiettivi, in armonia con quanto previsto dall’articolo 24, comma 5, lettera a) della L.R. n. 56/1994. I medesimi provvedimenti definiscono altresì le metodologie di intervento e specificano i criteri di organizzazione e localizzazione delle strutture dipartimentali. Tali dipartimenti sono funzionalmente inseriti in un distretto.

Con la **L.R. n. 5/1996: “Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996-1998”**, nell’ambito del “Sistema dei Servizi Territoriali” si esprime la necessità di interventi integrati su tematiche quali la malattia mentale. Prevede di intervenire mediante la classificazione dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, quali quelli afferenti all’”Area Salute Mentale” (centro di salute mentale, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, comunità terapeutica protetta).

Il Piano conferma inoltre le aree di intervento dei progetti obiettivo individuati con la L.R. n. 21/1989, tra cui quella relativa alla tutela della salute mentale. Si precisa che si ritiene necessario emanare prioritariamente il provvedimento attuativo del “Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale”, attraverso la definizione di un adeguato modello organizzativo . Poiché agli obiettivi propri dell’area della salute mentale concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell’azienda (distretto, dipartimento di prevenzione e ospedale), è necessario individuare un’unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l’interazione. Sotto il profilo organizzativo, quindi, il Dipartimento per la Salute Mentale si configura come dipartimento funzionale per obiettivi al pari degli omologhi dipartimenti ospedalieri descritti dalla L.R. n. 56/1994.

Per quanto riguarda il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale, la Giunta regionale elaborerà, sentita, la competente Commissione consiliare, il relativo provvedimento attuativo in linea con il Progetto Obiettivo tutela della salute mentale nazionale emanato con DPR 7 aprile 1994. Prevede inoltre di adeguare gli allegati al regolamento regionale 27.12.1991 n. 9 ai criteri indicati dal D.M. Sanità n. 43 del 5.2.1992 in modo da estendere l’applicazione della L.R. n. 28/1991 agli handicappati psichici.

La **D.G.R. 15 febbraio 2000, n. 447: "D.Lgs. 229/99 art. 8-ter. - Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie"** prevede che, nell'ambito delle "Strutture Soggette ad Autorizzazione", sono da considerarsi soggette ad autorizzazione tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che si configurino come:

- i) istituti e centri di riabilitazione sia ambulatoriali che di ricovero a ciclo continuativo e diurno, centri di salute mentale (CSM) ed annessi centri diurni e di day-hospital psichiatrico territoriali, strutture residenziali di psichiatria, strutture di cura e riabilitazione per tossicodipendenti e malati di HIV;

Per quanto riguarda i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi, il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed esercizio è subordinato al possesso, da parte della struttura pubblica o privata, di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente ed in particolare:

- per gli istituti ed i centri di riabilitazione sia ambulatoriali che di ricovero a ciclo continuativo e diurno, centri di salute mentale (CSM) ed annessi centri diurni o di day-hospital psichiatrico territoriali, strutture residenziali di psichiatria, strutture di cura e riabilitazione per tossicodipendenti e malati di HIV: si applica il [D.P.R. 14 gennaio 1997](#);

La Regione Veneto, inoltre, nell'ambito della programmazione regionale, sulla base delle verifiche dell'attuale esistenza di strutture e della relativa capacità produttiva, individua, come di seguito riportato, i criteri e gli eventuali vincoli cui subordinare il rilascio di nuove autorizzazioni alla realizzazione e all'apertura ed esercizio, di autorizzazioni relative ad ampliamenti e trasformazioni sia strutturali che funzionali di strutture già esistenti ed altresì a trasferimenti di strutture già esistenti nel territorio di comuni di altre Aziende ULSS, le cui istanze siano state presentate successivamente all'adozione del presente provvedimento:

7. per centri di salute mentale (CSM) ed annessi diurni o di day-hospital psichiatrico territoriali, strutture residenziali di psichiatria, strutture di cura e riabilitazione per tossicodipendenti e malati di HIV, il rilascio di nuove autorizzazioni avverrà in conformità a quanto previsto dalla Delib.G.R. 19 marzo 1999, dalla Delib.G.R. concernente "Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva – L.R. 5/1996 (Art. 13 comma 3 - Art. 17)" ed in coerenza con il contenuto dei rispettivi Progetti obiettivo di cui alle rispettive D.G.R. 30 marzo 1999, n. 25/CR e Delib.G.R. 25 febbraio 1997, n. 23/CR;

Il "Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale. Aggiornamento (L.R. n. 5/1996 art. 18 c. 1 e 2)" è stato approvato con **DGR n. 4080 del 22 dicembre 2000**. Prevede che in tutte le Aziende ULSS debba essere attivato il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) entro i sei mesi successivi alla sua entrata in vigore.

Il *Dipartimento di Salute Mentale* si configura nelle fondamentali funzioni d'équipe psichiatrica che sono individuate nella **DGR n. 740/1999**. La **DGR n. 751/2000** e altri provvedimenti forniscono ulteriori strumenti per la attivazione delle strutture e delle funzioni delle équipe psichiatriche.

Precisa inoltre che nell'area geografica di ogni Azienda ULSS (comprese quelle di Padova e Verona nelle quali, per la presenza delle rispettive Aziende Ospedaliere, il DSM è interaziendale), esiste una *unità dipartimentale unica, a direzione unica*, facendo normalmente *coincidere a normativa vigente il Referente di Area Tutela della Salute Mentale con il Coordinatore nonché Responsabile del Dipartimento*.

Il Coordinatore-Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è un medico psichiatra, di norma dirigente di secondo livello. E' nominato con incarico a termine e rinnovabile, dal Direttore Generale. Mantiene attività clinica diretta in una delle équipe del DSM e coordina i responsabili delle équipe, non limitando tuttavia la loro autonomia decisionale clinica.

Ogni dipartimento di salute mentale propone il proprio regolamento, in conformità alle linee guida strategiche assunte dalla direzione generale aziendale, la quale, esaminatolo, lo approva ed adotta. Il regolamento del DSM deve essere adottato dal Direttore Generale entro tre mesi dalla istituzione del DSM e deve prevedere un proprio consiglio di DSM con funzioni di indirizzo, programmazione

e verifica interne, rispettoso delle singole complessità locali e composto da membri di diritto (tutti i Direttori di équipe ed almeno uno psicologo) ed elettivi, con particolare riguardo a esponenti della conferenza dei sindaci.

Del consiglio di DSM faranno necessariamente parte anche le associazioni dei familiari dei pazienti, nonché un rappresentante delle cooperative sociali se convenzionate e/o accreditate con l'Azienda ULSS.

A livello locale saranno eleggibili nel consiglio di DSM i rappresentanti delle associazioni le cui sedi locali siano state accreditate dalle associazioni dei familiari riconosciute in Regione ed iscritte all'albo regionale, così come, potranno interagire direttamente con la Regione solo le associazioni dei familiari iscritte all'albo regionale con almeno una delle loro sedi locali. Il consiglio di DSM si riunisce almeno tre volte l'anno.

Il regolamento di DSM, in quanto espressione partecipata e condivisa nella locale Azienda ULSS, della migliore organizzazione per la più congrua erogazione della cura alla malattia mentale, è condizionante la organizzazione connessa alle autonomie interne delle singole équipe psichiatriche componenti il DSM medesimo, mantenendo l'attenzione in maniera prioritaria, e professionalmente responsabile, sui pazienti gravi, a lungo decorso, non autosufficienti, nel rispetto dei principi e delle linee guida del presente progetto obiettivo.

A capo di ogni équipe psichiatrica viene preposto, su nomina del Direttore Generale dell'Azienda ULSS, un dirigente medico psichiatra, in armonia alla normativa vigente. Egli ha il compito di organizzare, sovrintendere e coordinare dall'interno, l'attività dell'équipe che dirige, secondo la normativa vigente. A Padova e a Verona il responsabile del DSM viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS o dell'Azienda Ospedaliera, di intesa con il Preside della facoltà di Medicina e tenuto conto di eventuali specifiche previsioni contenute nel protocollo di intesa tra Regione ed Università.

Perseguendo la risposta e la soddisfazione del bisogno di salute mentale della popolazione servita, i risultati attesi derivanti dall'attività del DSM in toto, devono rappresentarsi come percepibili (in quanto a tempestività e appropriatezza dell'attività), nonché valutabili (in quanto ad efficacia ed efficienza della stessa).

Il compito del DSM è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, nei tempi necessari per concludere il trattamento, privilegiando la prevenzione e la cura personalizzata ed operando altresì primariamente sul territorio.

Il nucleo centrale e strutturale del DSM è costituito dalla équipe psichiatrica multidisciplinare integrata. La componente strutturale del DSM ha il compito di operare facendo in modo che, sin dalla presa in carico del paziente, la conclusione del processo di cura sia realmente possibile, non appena siano stati raggiunti gli obiettivi terapeutici specifici.

Attraverso la unità operativa distrettuale (già composta di base dal responsabile del distretto socio-sanitario, da un infermiere professionale, dal medico di medicina generale dell'utente e dall'assistente sociale competente per zona), integrata dallo psichiatra referente del caso, è da prevedersi anche la valutazione multidimensionale delle persone con disagio mentale al fine di promuovere localmente la sperimentazione di forme di assistenza domiciliare integrata psichiatrica (ADIP), non direttamente gestite dalle équipe psichiatriche del DSM (alle quali équipe rimane comunque assegnata la responsabilità clinico-progettuale dell'ADIP attivata per il caso valutato).

Il DSM si compone di strutture che abbiano iniziative dirette o indirette per la promozione o tutela della salute mentale. Queste altre realtà concorrono a configurare la componente orizzontale e funzionale del DSM. Quanto al DSM, l'interazione tra le sue componenti strutturale e funzionale dovrà essere congruente con gli obiettivi dei piani di zona localmente definiti e comunque disciplinata dal regolamento interno del DSM.

Alla figura professionale del medico ed alle altre figure professionali abilitate alla cura, che concorrono nell'équipe alla determinazione ed attuazione della presa in carico psichiatrica, è data la

responsabilità della cura e delle risorse assegnate, secondo le modalità contenute nelle linee guida di seguito specificate. L'esercizio della responsabilità viene valutato dagli indicatori definiti dal presente progetto obiettivo nonché da ulteriori strumenti valutativi definiti dal Dipartimento stesso.

Il DSM ha funzione di coordinamento progettuale-programmatico delle équipe pluriprofessionali psichiatriche, essendo queste ultime, in grado di farsi carico dell'intera domanda psichiatrica (preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa). Tale funzione di coordinamento garantisce la integrazione concertata, interna ed esterna, la continuità assistenziale e la migliore efficienza operativa del processo di cura; conseguentemente un contenimento dei costi di gestione.

Le équipe psichiatriche pluriprofessionali si configurano come Unità Operative Autonome dotate di responsabilità economica (relativamente alla spesa generata), interagenti tra loro, con i Distretti Socio Sanitari, il Presidio Ospedaliero ed il Dipartimento di Prevenzione, secondo le linee guida concordate in seno alla organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, linee guida approvate dal Direttore Generale.

Le équipe psichiatriche sono responsabili, dal punto di vista terapeutico ed organizzativo, delle strutture assegnate, del raggiungimento degli obiettivi di budget concordato e della efficacia dei percorsi terapeutici selezionati tra quelli possibili; il tutto attivato (strutture, budget ed attività clinica) per rispondere al bisogno di salute mentale dell'utenza. Il responsabile dell'équipe gestisce lo specifico ed assegnato documento di budget, nell'ambito del DSM (strumento organizzativo funzionale unico), e in armonia con gli obiettivi generali della direzione strategica dell'Azienda ULSS.

I responsabili di ogni Unità Operativa psichiatrica (équipe), concordano con il responsabile del DSM il documento di budget del DSM; quest'ultimo acquisisce anche il parere delle sezioni locali delle associazioni dei familiari, purchè iscritte direttamente all'albo regionale, oppure, accreditate dalla associazione con medesima sigla iscritta all'albo predetto con almeno una delle sue sedi. Il documento di budget è l'insieme delle azioni ed obiettivi per la cui realizzazione sono individuate ed assegnate, dalla direzione strategica dell'Azienda ULSS, risorse organizzative per la cui valutazione di uso ed esito sono preventivamente precisati e dichiarati, da tutte le parti coinvolte, i risultati attesi, nonché gli indicatori assunti per verificarli.

Nel documento di budget elaborato e concordato vengono definite le risorse organizzative assegnate alle singole équipe del DSM, per la organica e coordinata attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ovvero, per la prevenzione, cura e riabilitazione, rispettivamente. Il responsabile del DSM discuterà allora il documento di budget con i referenti dei tre luoghi organizzativi previsti per la erogazione dell'assistenza sanitaria (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, nelle figure del responsabile del coordinamento dei distretti, del dirigente medico del presidio ospedaliero, nonché del responsabile del dipartimento di prevenzione), e quindi successivamente lo contratterà con la direzione strategica dell'Azienda ULSS.

La Regione Veneto verifica che, nell'arco di validità del piano sanitario regionale, nel complesso delle Aziende ULSS sia effettivamente raggiunto l'utilizzo del 5% del fondo sanitario regionale per la cura dei malati psichiatrici.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è sistematicamente verificato. Entro il mese di febbraio di ogni anno viene inoltre obbligatoriamente redatta dai responsabili di ogni équipe e dal responsabile del DSM, una relazione annuale che riporta per il DSM nel suo complesso e per le singole équipe che lo compongono, le attività svolte, i costi sostenuti, i risultati e progressi raggiunti, rispetto agli obiettivi annuali concordati e dichiarati, nonché lo stato dei rapporti con le altre strutture pubbliche e private accreditate esistenti nel territorio e con le rappresentanze dei pazienti e dei loro familiari.

Affinchè il dipartimento possa esprimere le sue competenze deve avere la disponibilità di uno staff congruente alle dimensioni e complessità del DSM medesimo e comunque, al minimo, formato da :

- una unità amministrativa, almeno di settimo livello, a disposizione dell'ufficio di area dipartimentale di afferenza del responsabile del dipartimento;

- due o più dirigenti compreso uno psicologo di professionalità sanitaria scelti dal responsabile del DSM per svolgere part-time funzioni, oltre a quelle istituzionali previste e svolte dagli stessi nelle équipe psichiatriche di appartenenza, di supporto organizzativo e scientifico al DSM stesso (realizzato anche attraverso l'utilizzo di eventuale centro studi e documentazione del DSM).

Il Direttore Generale di Azienda ULSS è garante della attivazione di tale specifica segreteria. Ogni Direttore Generale, sentito il responsabile del DSM, dovrà inoltre esplicitare nella carta dei servizi sanitari la composizione delle équipe e delle strutture operative psichiatriche in attività, il relativo orario, il personale in servizio, le finalità preventive, clinico-diagnostiche e terapeutico-riabilitative e le modalità generali per accedervi (vedasi anche cap. 8).

Il DSM è forma organizzativa che, mediante il suo coordinatore responsabile, si rapporta alla direzione aziendale, alla pari con le altre strutture e forme organizzative proprie dell'Azienda ULSS (senza con questo farlo coincidere con le strutture primarie della LR 56/94). Il rapporto è regolato altresì dalle linee guida strategiche dell'Azienda ULSS e dai dispositivi di legge in vigore, anche in tema di finanziamenti per la tutela della salute mentale (vedasi pure cap. 11). Almeno su tali parametri si determineranno i documenti di budget per DSM ed équipe psichiatrica.

Nella costruzione del documento di budget, la conoscenza e la condivisione degli obiettivi comuni è il risultato di accordi orizzontali tra i responsabili delle unità operative che cooperano nella stessa area di salute (cioè tra i Direttori delle équipe psichiatriche rappresentati dal Responsabile di DSM) e il Responsabile del Coordinamento dei Distretti Socio Sanitari, di Presidio Ospedaliero e di Dipartimento di Prevenzione.

In tale contesto l' autonomia dei responsabili delle unità operative (psichiatriche e non) si condiziona reciprocamente nella fase di definizione degli obiettivi strategici dell'Azienda ULSS e dei distinti documenti di budget.

Gli obiettivi, valutabili, andranno definiti nel momento della contrattazione e sistematicamente verificati nel loro stato di raggiungimento, costituendosi così la base informativa per la valutazione della gestione della corrispondente area di tutela della salute mentale. Il responsabile coordinatore del DSM risponderà direttamente alla direzione aziendale della razionalità dell'impegno economico derivante dalle scelte organizzative attivate nel DSM che rappresenta. Risponderà altresì alla stessa direzione aziendale della realizzazione dei programmi di cura, del mantenimento della qualità della presa in carico e dei servizi erogati, nonché dei risultati conseguiti. Tale attribuzione di competenza va riconosciuta, nell'ambito degli istituti contrattuali in vigore, sia al responsabile del DSM sia alle altre figure professionali del DSM direttamente coinvolte nella gestione del medesimo, in ragione delle rispettive competenze e reciproche responsabilità.

Il Progetto Obiettivo descrive in dettaglio le strutture ed i compiti delle **equipe psichiatriche**:

Csm

Strutture intermedie

Strutture semiresidenziali:

- *DH Territoriale (DHT) (Funzione del CSM)*
- *Centro diurno (CD)*
- *Strutture residenziali: (Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP): si distinguono in CTRP di Mantenimento (ad estinzione dal 31.12.2000) ed in CTRP Attive.*
- *Comunità Alloggio (CA)*

Strutture di degenza:

- *SPDC*
- *-DH Ospedaliero (DHO) (funzione dell' SPDC)*

La autonomia delle singole équipe psichiatriche si configura, e risiede, nell'appartenere ad un'area dipartimentale unica che ne integra i comportamenti in una rete di relazioni concordata, e predisposta, per conseguire obiettivi validi e di interesse comune, relativamente alla tutela della salute mentale.

L'autonomia del dirigente medico nominato a capo della équipe psichiatrica è garantita relativamente a:

- direzione clinica, coordinamento informativo ed integrazione degli atti terapeutici nonché il controllo delle operazioni proprie dell'équipe, comprese anche le eventuali sue sottostanti componenti modulari organizzative (moduli organizzativi) o funzionali (moduli funzionali), nel rispetto degli accordi assunti nell'ambito del dipartimento di appartenenza;
- utilizzazione diretta delle risorse (personale e strutture), allocate in dotazione esclusiva all'équipe, e supervisione sull'uso di quelle delegate dall'apicale medesimo ai responsabili di eventuali moduli organizzativi interni all'équipe stessa, il tutto in conformità con i criteri di attività per obiettivi, e sempre nel rispetto degli accordi assunti nell'ambito del DSM di appartenenza.

L'équipe di norma deve occuparsi, secondo la normativa disposta in DGR n. 740/1999 di una popolazione di circa 100.000 abitanti e deve essere dotata di:

- a) un CSM, con attività territoriali, anche decentrate, di ambulatorio, a domicilio, socioambientali, nonché di Day-Hospital Territoriale e di Centro Diurno, con iniziative educativo occupazionali, ed altresì di pronto intervento, in collegamento con la medicina di base, il servizio di continuità assistenziale ed il S.U.E.M (vedasi punto 4.2.1).
- b) un SPDC, con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital Ospedaliero, con ricettività tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti (per un massimo di sedici posti letto per 100.000 abitanti);
- c) almeno una CTRP attiva, anche mista, per 100.000 abitanti dotata tendenzialmente di 12 posti, elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate locali necessità, da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno;
- d) due o più Comunità Alloggio (CA), anche miste, a protezione differenziata, con un accoglimento massimo di 6 persone; le CA avranno obbligatoriamente, all'interno del piano di zona, numero e caratteristiche rapportate all'esigenza della popolazione servita, con verifica periodica annuale. Le CA avranno una intensità socio-assistenziale elevata, ospitando pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con predefinite verifiche e rinnovabilità degli stessi;
- e) almeno un Appartamento (APP) per due-quattro persone, con intensità adeguata di assistenza socio-sanitaria, con presenza di ADIP.

Sono intese strutture sanitarie l'SPDC, il DHO, il CSM (con le sue funzioni di DHT e CD), e la CTRP. Le CA e gli APP invece sono da intendersi come strutture a gestione mista, integrata tra sanitario e sociale.

La Regione Veneto intende inoltre monitorare l'attività delle équipe psichiatriche svolta su utenti non ricoverati in reparto ospedaliero (di seguito detta territoriale), mediante la conoscenza, per Aziende ULSS ed équipe eroganti (come previste da DGR Veneto n. 740/1999), del numero di utenti trattati, loro patologie, prestazioni loro erogate e strutture coinvolte, nel tempo. L'attività psichiatrica rivolta ad utenti ricoverati in reparto ospedaliero è intesa essere già documentata dalla scheda nosologica e dal DRG che genera.

Il Progetto Obiettivo recepisce quindi lo strumento informativo per l'assistenza specialistica territoriale prodotto dalla Regione Veneto (DGR 320 del 10/02/1998).

Sono inoltre previsti degli indicatori di realizzazione del progetto obiettivo e verifiche periodiche sullo stato di attuazione.