

forniti dalle U.O. - ripartizioni faunistico venatorie, per l'annata venatoria 2011/2012, il numero massimo di cacciatori ammissibili in ciascun ambito territoriale di caccia ai sensi del comma 5, lettera "b", del predetto art. 22 della legge regionale n. 33/97;

Decreta:

Art. 1

Per la stagione venatoria 2012-2013 l'indice massimo di densità venatoria per ATC è uguale al valore dell'indice medio regionale, incrementato di una quota pari al 39,29%, cioè a 0,0262 cacciatore/ettaro, corrispondente a 38,1 ettari/cacciatore.

Art. 2

Per la stagione venatoria 2012-2013 il numero massimo di cacciatori ammissibili in ciascun ambito territoriale di caccia, distinti in cacciatori regionali e in cacciatori provenienti da altre regioni, è stabilito come appresso indicato:

A.T.C.	Numero potenziale cacciatori (calcolato in base all'indice max di densità venatoria 2011/2012)	Cacciatori residenti nell'ambito (dal numero dei tesserini venatori ritirati)	CACCIATORI NON RESIDENTI AMMISSIBILI (REGIONALI ED EXTRAREGIONALI)		
	n°	n°	TOTALE	Regionali (90%) n°	Extraregionali (10%) n°
AG1	2.542	1.667	875	787	88
AG2	3.265	2.394	871	784	87
AG3	4	83	0	0	0
CL1	2.011	1.421	590	531	59
CL2	1.689	1.463	226	203	23
CT1	3.910	8.103	0	0	0
CT2	1.514	932	582	524	58
EN1	2.618	1266	1.352	1.217	135
EN2	2.288	1031	1.257	1.131	126
ME1	1.225	767	458	412	46
ME2	2.457	5.878	0	0	0
ME3	64	191	0	0	0
PA1	4.328	4.734	0	0	0
PA2	3.670	1.536	2.134	1.921	213
PA3	5	55	0	0	0
RG1	1.895	1.475	420	378	42
RG2	1.062	902	160	144	16
SR1	1.920	1.432	488	439	49
SR2	1.683	1.390	293	264	29
TP1	1.638	1.326	312	281	31
TP2	2.267	3.053	0	0	0
TP3	2	52	0	0	0
TP4	19	81	0	0	0
TOTALE	42.078	41.232	10.019	9.017	1003

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 24 maggio 2012.

D'ANTRASSI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 27 aprile 2012.

Approvazione del Piano strategico per la salute mentale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 13 maggio 1978, n. 180;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Vista la legge regionale 14 settembre 1979, n. 215;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 7 aprile 1994, approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-96";

Visto il decreto 31 gennaio 1997 di approvazione del progetto regionale "Tutela della salute mentale";

Visto il D.P.R. 10 novembre 1999 di approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000";

Visto la legge 8 novembre 2000, n. 328;

Visto il decreto presidenziale 4 novembre 2002 di approvazione delle linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario;

Visto il decreto dirigenziale 24 settembre 2009 di recepimento delle "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale";

Visto il decreto presidenziale 18 luglio 2011 di approvazione del "Piano della salute 2011-2013";

Visto il decreto assessoriale n. 512/11 del 25 marzo 2011, con cui è stato costituito il coordinamento regionale per la salute mentale con il compito di definire l'elaborazione del piano strategico regionale di salute mentale;

Visto il documento esitato dal suddetto organismo riguardante il "Piano strategico per la salute mentale";

Vista la comunicazione pervenuta dal coordinatore della consulta regionale della sanità, con nota prot. n. 31739 del 12 aprile 2012, con cui si comunica il pieno apprezzamento dei contenuti del Piano presentato in data 15 marzo 2012;

Ritenuto doversi procedere all'approvazione del "Piano strategico per la salute mentale" coerentemente alle previsioni del Piano della salute 2011-2013;

Decreta:

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono riportate, è approvato il Piano strategico per la salute mentale allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante.

Art. 2

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 27 aprile 2012.

RUSSO

Allegato

PIANO STRATEGICO PER LA SALUTE MENTALE
UNO STRUMENTO PER CAMBIARE

VERSO UN LAVORO DI RETE PER LA SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ IN SICILIA, SVILUPPARE POLITICHE
DI PARTECIPAZIONE E PROCESSI DI RIPRESA

1. Premesse e priorità

Il presente Piano strategico è redatto in conformità con:

- la Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa dei Ministri della sanità degli Stati membri della Regione europea dell'OMS del

2005 e con la normativa ad essa conseguente: Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa della Conferenza ministeriale europea del 2005, Libro verde della Commissione europea del 2005, il Patto europeo per la salute mentale e il benessere adottato dalla Conferenza di alto livello dell'Unione europea e le Conclusioni del Consiglio europeo ad esso seguite nel 2008, le Risoluzioni del Parlamento europeo sul miglioramento della salute mentale, del benessere e della sicurezza nella popolazione e nei luoghi di lavoro del 2006, 2008 e 2009, il Piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga 2009/2012;

- il Piano nazionale sulle droghe e le Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale proposte dal Ministero della salute italiano ed approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e province autonome nel 2008;

- il Piano sanitario regionale "Piano della salute" 2011-2013.

Nella redazione dei Piani attuativi aziendali le A.S.P. dovranno recepire ed attuare le indicazioni contenute nel presente Piano Strategico.

Parimenti dovranno fare riferimento ai contenuti del presente documento le Aziende sanitarie ospedaliere e universitarie, gli IRCCS e le organizzazioni pubbliche e private coinvolte a vario titolo nell'assistenza alle persone con disturbi psichici.

La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle comunità di appartenenza, di vita e di lavoro delle persone. Benessere psicologico, inclusione sociale e sviluppo economico sono fenomeni strettamente interconnessi.

Le seguenti tre sfide prioritarie prevedono, per i prossimi anni, l'elaborazione, la realizzazione e la valutazione di una serie integrata e programmata di azioni capaci di offrire, nel settore della salute mentale, servizi in grado di migliorare il benessere dell'intera popolazione.

I. La partecipazione e la rete sociale:

a) responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente e collettivamente ai processi sociali di lotta allo stigma, alla discriminazione e all'ineguaglianza;

b) riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei loro "caregivers", come base essenziale per la pianificazione, lo sviluppo dei servizi per la salute mentale e la definizione di operatività condivise;

c) promuovere un lavoro di rete per la salute mentale di comunità attraverso prassi di integrazione dei servizi destinati alla salute mentale in ambito locale, assicurando una continuità della presa in carico: dalla promozione della salute, alla prevenzione, alla cura finalizzata alla recovery ed all'inclusione socio-lavorativa.

II. La formazione e la ricerca:

a) promuovere una formazione continua finalizzata alla realizzazione del seguente piano che abbia una stretta connessione fra pratica e teoria, che individui il gruppo di lavoro come sede privilegiata di ricerca culturale e formativa e che tenda a valorizzare tutti i soggetti coinvolti nel campo della promozione e tutela della salute mentale;

b) attivare nelle Aziende sanitarie provinciali programmi di ricerca scientifica ed empirica, finalizzati al miglioramento continuo dei servizi, in collaborazione con le università e le agenzie locali di ricerca.

III. Il sistema informativo e la programmazione economica:

a) sviluppare e potenziare il sistema di raccolta delle informazioni centrali e locali finalizzato a garantire tanto il monitoraggio delle strategie e delle politiche dell'intervento, quanto la promozione del miglioramento della qualità dell'assistenza. In conformità con quanto previsto dal Ministero della salute con il decreto del 15 ottobre 2010 che ha istituito il Sistema informativo nazionale salute mentale con le seguenti finalità:

1) "monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;

2) supporto alle attività gestionali dei dipartimenti di salute mentale, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;

3) supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale" (art. 1);

b) promuovere la cultura della programmazione economico-finanziaria di comunità attraverso la prassi della concertazione per la costruzione dei piani d'azione locale per la salute mentale.

2. Lo scenario di riferimento

A. La realtà siciliana

1. L'aumento delle patologie mentali gravi, delle patologie dell'anziano e dell'età adolescenziale

I problemi relativi alla salute mentale hanno assunto in Sicilia un'importanza crescente a seguito del trend nazionale in aumento delle patologie psichiatriche, nonché dei costi diretti ed indiretti associati alle disabilità conseguenti.

Sempre maggiore significato vanno assumendo in tal senso i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva-adolescenziale, caratterizzati dalla prevalenza dei disturbi di personalità, da disturbi del comportamento alimentare, dalla presenza di comorbidità tra disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze o disabilità neuro-cognitive. L'incremento della popolazione migrante in Sicilia ha contribuito all'aumento dell'incidenza dell'accesso ai servizi sociali e sanitari da parte di una pluralità di soggetti con disagio connesso all'evento migratorio.

2. Le Patologie di Confine e le "Nuove Droghe"

Negli ultimi anni la tossicodipendenza da eroina si è stabilizzata su livelli medio-alti, è invece in crescita la tossicodipendenza da cocaina, mentre il consumo complessivo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, ha raggiunto livelli molto elevati, interessando trasversalmente l'intero mondo giovanile e non solo ed entrando di fatto a far parte integrante della cultura contemporanea. L'aumento del numero dei consumatori ha progressivamente determinato l'immissione sul mercato di svariate sostanze, prevalentemente sintetiche, definite "nuove" ma in realtà spesso molto vecchie e recuperate per "nuove" modalità di consumo.

Nuovi preoccupanti fenomeni sono rappresentati dalla poli-assunzione, cioè l'uso combinato di più sostanze e dalla contemporanea esistenza di un'altra patologia mentale (doppia diagnosi). Si registra inoltre una sempre crescente richiesta di interventi sanitari da parte di un'utenza affetta da dipendenze patologiche senza sostanze, quali: disturbi del comportamento alimentare, dipendenza da internet (IAD), da video giochi, gioco d'azzardo problematico o patologico (GAP), shopping compulsivo, talora con doppia diagnosi psichiatrica e/o tossicologica.

3. L'Alcolismo

Il trattamento dei soggetti con alcolismo è garantito, oltre che dagli ambulatori dei servizi dipartimentali, anche da associazioni di volontariato.

I ricoveri di utenti con alcolismo e/o con problemi alcol-correlati in reparti "per acuti", in particolare medicina, neurologia, psichiatria hanno in genere durata breve o media, sono centrati sulla disintossicazione dall'alcol ovvero sul trattamento della sindrome di astinenza e sulla valutazione diagnostica ed il trattamento delle patologie correlate presenti. Solitamente il ricovero si conclude con la raccomandazione di non bere e con la prescrizione della terapia medica per le patologie organiche. Sono frequenti situazioni di "porta girevole" (revolving door) in cui il paziente viene periodicamente ricoverato per l'aggravarsi dei problemi alcol-correlati, senza che vi sia un coordinamento degli interventi complessivi.

4. Salute mentale della popolazione migrante

L'immigrazione è un fenomeno ormai strutturale. La Sicilia si colloca al 9° posto in Italia per numero di stranieri residenti ed il tema dell'integrazione va affrontato con interventi programmati e strutturali, uscendo dalla logica dell'emergenza che ha, sino ad oggi, contraddistinto il tentativo di governare il fenomeno.

La conoscenza dello stato di salute e l'accesso ai servizi da parte degli stranieri sono importanti al fine di valutare i bisogni e di programmare gli interventi adeguati fondati sulla multiculturalità. La crescita quantitativa della popolazione migrante, si accompagna infatti ad una sua consistente diversificazione qualitativa. Quest'ultima si articola secondo le provenienze e le lingue, i generi e le generazioni (bambini, adolescenti, adulti, anziani), le motivazioni e le strategie migratorie (ad es., individuali o familiari), lo status giuridico (con o senza permesso di soggiorno, richiedenti asilo e rifugiati, titolari di protezione umanitaria, fuoriuscite dalla tratta).

5. La necessità di interventi clinici precoci

L'utenza potenzialmente in condizioni di sofferenza mentale in età evolutiva oscilla nella Regione tra 130 e 220 mila, con altissimi indici di comorbidità tra i disturbi delle tre aree di competenza infantile (psicopatologia, neurologia e neuropsicologia), anche in diverse e successive fasce di età, sia sullo stesso asse problematico che su assi problematici diversi.

Gli interventi precoci acquistano quindi una valenza preventiva intrinseca rispetto alla patologia psichiatrica dell'età adulta. Tutti i più recenti studi epidemiologici dimostrano infatti che la gran parte dei pazienti adulti con disturbi psichiatrici presentava già sintomi, spesso non trattati, in età evolutiva.

6. La Gestione delle emergenze/urgenze in psichiatria

Si rileva l'aumento delle richieste di intervento per urgenze ed emergenze psichiatriche, sia a livello del Pronto soccorso sia a livello del territorio.

A tale aumentata richiesta contribuiscono in maniera prevalente:

- accresciuto malessere nella popolazione per problematiche di ordine psicosociale;
- accresciuta incidenza dei comportamenti di abuso da sostanze (specialmente: alcol, cannabinoidi, cocaina) con conseguente aumento dell'incidenza delle patologie psichiatriche all'abuso correlate;
- accresciuta incidenza di severe problematiche psichiatriche e psicosociali in età evolutiva;
- parziale attivazione dei posti previsti negli S.P.D.C. della Regione;

il che rende problematico il reperimento di posti-letto e costringe spesso a rapidi turnover, con conseguente aumento delle recidive e di ripetuti ricoveri (revolving door).

La Conferenza Stato-Regioni e province autonome ha approvato le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" con atto n. 09/038/CR/C7, che la Regione Sicilia non ha ancora recepito con proprio atto autonomo.

7. La frammentazione dei servizi

In atto i servizi di salute mentale presentano, in diversi contesti territoriali, una forte frammentazione nelle prassi, una debole identità professionale, una forte demotivazione e un elevato rischio di burn-out. Incidere su questa realtà piuttosto diffusa necessita dell'impegno di tutti gli operatori, degli amministratori locali e delle associazioni dei familiari.

Innalzare la motivazione e fornire strumenti condivisi che diano senso ai processi del lavoro di cura, attraverso la formazione e la ricerca, specie se mirata ad ambiti specifici, contribuisce a determinare prassi condivise, efficienza, risultato e quindi maggiore identità e fiducia negli operatori stessi.

Va inoltre superata la profonda diversità che si registra nei vari ambiti territoriali della Regione per quanto riguarda i modelli organizzativi e le metodologie d'intervento delle aree assistenziali che afferiscono alla salute mentale ed è indispensabile dare indirizzi univoci e coerenti per realizzare, nella operatività quotidiana, l'integrazione tra i servizi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche, così come sancito nel PSR.

8. Le patologie "comuni" e l'immagine dei servizi

Le patologie "comuni" (come i disturbi dell'umore, d'ansia e somatoformi in età adulta, a cui si aggiungono in età evolutiva i disturbi della condotta) sono disturbi molto diffusi, comportano carichi di sofferenza e costi sociali a volte notevoli, possono presentare elevati rischi di evoluzione sfavorevole e, nella maggior parte dei casi, possono essere adeguatamente curate con un impegno di risorse contenuto.

Nel nostro contesto, questi pazienti trovano spesso difficoltà ad essere assistiti dai servizi istituzionali, organizzati e gestiti prioritariamente per la cura dei pazienti gravi, anche a causa dello stigma che connota questi contesti professionali.

Inoltre, per questa tipologia di disturbi, le opportunità di cura nei servizi istituzionali risultano assolutamente insufficienti per la scarsa offerta di terapie alternative al trattamento farmacologico, la carente integrazione con i medici di medicina generale, il limitato contributo fino ad oggi apportato dalla psicologia e psichiatria di consultazione e collegamento.

9. Il rischio di suicidio

La tendenza al suicidio aumenta in proporzione all'aumentare della classe di età. Il fenomeno esiste però anche fra gli "under 14" ed in Sicilia, il trend per questa fascia d'età risulta, rispetto al resto d'Italia, eccezionalmente in ascesa. Tra le principali cause si rilevano: la malattia psichica, presente in circa metà dei casi, motivi affettivi, motivi economici e malattie fisiche. Il rischio riguarda più spesso i maschi, con un rapporto di 3 a 1. Le donne fanno più tentativi, gli uomini ci riescono decisamente più spesso. Eppure il suicidio fra i giovani non è mai "un fulmine al ciel sereno", ma l'ultimo anello di una catena di disagio costruita anno dopo anno. Ciò significa che il disagio si può e si deve intercettare "prima". Purtroppo i contesti

sanitari dedicati al disagio mentale, in cui si trovano i professionisti esperti per fornire sostegno ed aiuto, sono spesso culturalmente stigmatizzati ed organizzativamente impreparati all'accoglienza ed alla gestione delle crisi, soprattutto in età adolescenziale.

10. La residenzialità terapeutica comunitaria

La chiusura dei manicomi ha dato vita ad una trasformazione culturale tendente all'abbattimento delle barriere ed alla individuazione di percorsi di inclusione sociale attiva per le persone con disturbi psichici.

In questo senso hanno preso l'avvio una serie di esperienze di residenzialità a minore o maggiore protezione e con caratteristiche disomogenee nel territorio regionale.

La realtà delle comunità terapeutiche residenziali evidenzia la problematica di un certo numero di pazienti che permangono in regime di ricovero per oltre 30 mesi con il rischio di cronicizzare la patologia e di elevare la spesa del trattamento. A fronte di un numero elevato di CTA e di comunità alloggio è in continua ascesa il numero di pazienti inviati fuori regione, soprattutto quelli con disturbi dell'alimentazione e con doppia diagnosi, che incide significativamente sulla spesa sanitaria regionale.

Grave è la condizione dell'assistenza nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, sia dal punto di vista della struttura penitenziaria sia da quello delle condizioni assistenziali dei pazienti, che necessitano di un trattamento terapeutico residenziale alternativo.

Soprattutto quelle residenze a bassa protezione ed a maggiore integrazione sociale, come le comunità alloggio, stanno oggi attraversando una fase critica che ne ha messo a repentaglio la loro stessa sopravvivenza, dovuta alla carente integrazione tra le agenzie e gli enti pubblici che costituiscono il distretto socio-sanitario, in particolare tra enti locali comunali e Aziende sanitarie provinciali; ma ancor più tra Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro ed Assessorato regionale della sanità. È necessario riqualificare e sviluppare sul territorio regionale i servizi comunitari (residenziali e domiciliari) che meglio si prestano, per peculiari caratteristiche della loro organizzazione di lavoro clinico e sociale, ad una integrazione produttiva con gli altri servizi locali e ad un più agevole lavoro di inclusione socio-lavorativa dei pazienti nella comunità locale di appartenenza.

Attualmente i pazienti ricoverati presso le comunità alloggio per utenti psichiatrici adulti sono 2006, inviati dai DSM e in regime di cofinanziamento con gli enti locali (fonte D.D. n. 1039 del 4 luglio 2011 - dati Assessorato regionale alla famiglia), a questo dato vanno ancora aggiunti gli utenti ricoverati, sia residenziali che semi-residenziali, con retta pagata totalmente dalla famiglia.

I gruppi appartamento ed il sostegno domiciliare sono invece ancora troppo poco diffusi seppure i dati della letteratura internazionale e le poche esperienze pilota, indicano questi dispositivi come più efficaci soluzioni abitative per i processi di ripresa. Inoltre tali dispositivi rappresentano il completamento di molti dei progetti terapeutici sviluppati nelle comunità terapeutiche e nelle comunità alloggio, ma anche la possibilità di prevenire il ricorso stereotipato al ricovero in strutture residenziali.

Nel settore dell'età evolutiva si segnala una totale assenza di strutture terapeutiche residenziali comunitarie per la cura della grave patologia mentale. Si rileva una migrazione verso altre Regioni di pazienti, soprattutto adolescenti, con disturbo del comportamento alimentare o con una diagnosi psichiatrica grave in comorbidità con una dipendenza patologica. Riguardo i bambini piccoli con grave patologia mentale e/o con disabilità intellettiva di tipo neuropsicologico e cognitivo-relazionale (come l'autismo), l'unica risorsa sul territorio regionale, paradossalmente di competenza della medicina di base, sono le strutture riabilitative residenziali previste dall'art. 26 della legge n. 833/78.

B. I dati ufficiali: Il Sistema informativo regionale e i flussi finanziari

I. Il Sistema informativo regionale - Area salute mentale adulti

Il Sistema informativo nazionale salute mentale prevede che la Regione Sicilia conferisca annualmente i dati sul monitoraggio dell'attività dei servizi. Il decreto del Ministero della salute del 15 ottobre 2010 stabilisce che dall'1 gennaio 2012 il conferimento dei dati sarà ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

In atto, i dati riepilogativi regionali sono rappresentati dal debito informativo che i DSM hanno verso l'Assessorato, limitato all'invio:

- del riepilogo del registro epidemiologico regionale - OER (solo per la salute mentale adulti e la neuropsichiatria infantile) con cadenza trimestrale;
- del Flusso CTA (istituito con D.A. 30 maggio 2008 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 29 del 27 giugno 2008; attività di assistenza nelle comunità terapeutiche assistite) con cadenza mensile;

- dei modelli annuali:
 - STS 11 (anagrafica delle strutture),
 - STS 21 (volume complessivo di prestazioni “tariffabili” cioè quelle prestazioni che trovano un equivalente nel nomenclatore tariffario regionale);
 - STS 24 (numero posti e giornate di degenza in strutture residenziali e semiresidenziali).

Il dettaglio del contenuto informativo evidenzia una notevole carenza nella qualità dei dati; in particolare:

- Il riepilogo trimestrale OER dovrebbe censire l'utenza e l'attività dei servizi territoriali. Di fatto non contiene nessuna informazione sulla diagnosi dell'utente quindi non permette di avere informazioni epidemiologiche sulle patologie trattate, il numero degli utenti è deducibile solo in modo indiretto e solo a condizione che sia valutato correttamente se trattasi di primo contatto nell'anno o meno, il

volume di attività è troppo generico e sommario. Inoltre, esiste una notevole disomogeneità nella modalità di rilevazione/elaborazione dei dati sia all'interno del singolo DSM che tra i diversi DSM.

- I dati rilevati dal modello STS21 proprio perché basati sul nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, non rendono conto dell'effettivo volume di attività dato che non codificano gran parte dell'attività riabilitativa e tutte le attività, ad alto valore clinico-assistenziale e socio sanitario, che caratterizzano tutti i DSM;

- Il modello STS24 per quanto riguarda la rilevazione delle attività semiresidenziali non sembra adeguato alla realtà funzionale dei centri diurni di salute mentale in quanto basato sui “posti” e le “giornate fruite”. Infatti la maggior parte dei CD SM sono strutture dinamiche e luogo privilegiato delle attività riabilitative con un turn-over giornaliero di pazienti molto superiore alla capienza fisica dei locali.

Servizi di salute mentale per adulti attivati e numero utenti al dicembre 2010

A.S.P.	CSM	Ambulatori	CTA	SPDC	CD	N. utenti in carico
A.S.P. AG	6	24	3 - posti 60	3	4	12.686
A.S.P. CL	2	6	1 - posti 15	2	1	1.847
A.S.P. CT	7 + 4(*)	22	17 - posti 660	7	6	20.205
A.S.P. EN	2	13	2 - posti 40	2	2	1.364
A.S.P. ME	6	25	3 - posti 60 (+ 14 STAR)	6	3	15.370
A.S.P. PA	9	5	9 (200)	8	10	21.957
A.S.P. RG	2	11	2 (40)	2	3	2.373
A.S.P. SR	3	16	7 - posti 146	4	3	6.254
A.S.P. TP	4	8	6 - posti 110	3	4	8.076
Totale strutture	42	172	50 - 14 STAR**	35	37	
Totale pazienti						90.132

Note:

* Ai 7 CSM corrispondenti ai moduli dipartimentali si aggiungono 4 ambulatori centrali distrettuali che esplicano le stesse funzioni ed orari dei CSM.

** Struttura abitativa riabilitativa.

Fonti generali: riepilogo OER per il numero di utenti della salute mentale; flusso CTA per il numero di residenze terapeutiche per adulti; modelli STS 11-21-24 per il numero delle strutture dei DSM.

Avvertenze: considerata la disomogenea modalità di rilevazione e, soprattutto, di elaborazione si ritengono i dati sull'utenza in tabella scarsamente rappresentativi della realtà assistenziale.

I. Il Sistema informativo regionale - Area neuropsichiatria infantile

Servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza attivati e numero utenti al dicembre 2010

A.S.P.	Centri NPI	Ambulatori distrettuali	U.O. ospedaliere	CD	N. utenti in incarico nei servizi territoriali (N. accessi) area psicopatologia + area neurologia + area neuropsicologia
Agrigento	6	8			1.593 (19.299)
Caltanissetta	2	1			1.428 (6.643)
Catania	12	7	2	1	13.511 (67.007)
Enna	4	6			3.983 (29.437)
Messina	7	2	1		4.767 (22.933)
Palermo	17	6	1	1	19.284 (85.583)
Ragusa	3				1.462 (12.514)
Siracusa	6	3			4.280 (23.819)
Trapani	8	8			4.942 (28.346)
Totale strutture	65	41	5	2	
Totale pazienti					55.200 (228.574)

I. Il Sistema informativo regionale - Area dipendenze patologiche

I dati aggregati raccolti attraverso i flussi Ministeriali dell'anno 2010 restano ancora l'unica fonte in grado di documentare la domanda di trattamento presso i Ser.T dell'intera Regione. Nel corso del 2010 il numero di Servizi pubblici dotati di strumenti in grado di raccogliere ed elaborare tutti e cinque gli indicatori chiave proposti dall'EMCDDA - (Osservatorio europeo sulle droghe e sulla tossicodipendenza) hanno raggiunto la quota del 50% sul totale dei Ser.T della Regione confermando i progressi svolti nella raccolta dei dati su record individuali. Questo nuovo sistema è già attivo nella totalità dei Ser.T delle provincie di Enna, Palermo, Ragusa e Siracusa mentre sono in corso di risoluzione le inevitabili disomogeneità legate a condizioni di partenza molto diversificate sui vari territori provinciali.

Servizi dell'area dipendenze patologiche attivati e utenti in carico al dicembre 2010

A.S.P.	SerT	Bassa soglia	Numero posti in strutture riabilitative residenziali	Numero posti in strutture riabilitative semiresidenziali	N. utenti alcolisti	N. utenti tossicodipendenti
Agrigento	5	0			n.p.	1.035
Caltanissetta	4	0	75		100	1.141
Catania	10	0	59	17	571	3.286
Enna	3	0	8		463	717
Messina	7	0	45	55	223	1.082
Palermo	11	1	51		573	3.109
Ragusa	3	0	80		618	585
Siracusa	4	0	8		228	1.293
Trapani	5	0	60		163	1.605
Totale strutture	52	1				
Totale pazienti					2.939	13.853

Fonte: Rapporto Utenza SER.T 2010 - Assessorato regionale della salute - Dipartimento attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico - servizio 7 - agosto 2011.

II. I flussi finanziari

Costo assistenza sanitaria psichiatrica e dipendenze patologiche a carico del S.S.R.

LA quadrato CE 2009	Assistenza psichiatrica			Assistenza dipendenze patologiche		
	Ambulatoriale e domiciliare	Semiresidenziale	Residenziale	Ambulatoriale e domiciliare	Semiresidenziale	Residenziale
Euro	142.576.000	46.163.000	120.260.000*	60.738.000	29.925.000	22.858.000
Totale	308.999.000			113.521.000		

Fonte: LA 2009.

Fatturato ricoveri reparto psichiatria (cod. 40) anno 2010

	Strutture pubbliche	Strutture private	Totale
Euro	31.117.584	7.356.929	38.474.513

Fonte: Assessorato regionale della salute - Area interdipartimentale 4 sistemi informativi.

3. Il piano strategico per la salute mentale: uno strumento per cambiare

I principi metodologici del piano strategico sono:

1. Distrettualizzazione dipartimentale

Obiettivo prioritario del Piano è la definizione e la realizzazione di una salute mentale di Comunità, che operi in un determinato territorio, in un sistema a rete, con interventi integrati operati dai vari soggetti interessati, istituzionali e non (sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie), utilizzando al meglio le prescrizioni della legge n. 104/92, del D.P.R. 24 febbraio 1994, della legge n. 49/2006, del D.P.R. n. 309/90, della legge n. 328/00 e della legge regionale n. 5/2009. A tal fine le Aziende sanitarie provinciali devono completare il processo di dipartimentalizzazione territoriale, integrazione intra-aziendale e comunitaria dei Servizi di salute mentale.

Il distretto rappresenta, nella normativa siciliana, il luogo ove si realizzano le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio integrato di salute mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto socio-sanitario di competenza territoriale ed amministrativa, attraverso la formulazione dei Piani di azione locale per la salute mentale, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale.

2. Concertazione locale

Ogni dipartimento deve promuovere un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della governance clinica dei Progetti terapeutici individualiz-

zati (PTI), definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione per la costruzione del Piano d'azione locale (PAL). Il PAL, nell'individuare gli obiettivi, dovrà integrare come sotto-programmazioni, l'area della salute mentale degli adulti, l'area della neuropsichiatria infantile e l'area delle dipendenze patologiche; dovrà sviluppare servizi di alta integrazione dedicata all'adolescenza e servizi di integrazione sperimentale per le patologie connesse alle migrazioni ed alle dinamiche psichiche transculturali; e dovrà infine integrarsi con i Piani di zona (PdZ) dei distretti socio-sanitari.

3. Presa in carico comunitaria della grave patologia mentale

Negli interventi che verranno coordinati in un'ottica di dipartimento integrato di salute mentale, si dovrà adottare una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione di case manager, all'interno di staff multidisciplinari e multi-istituzionali, il cui lavoro di gruppo verrà coordinato dagli stessi in conformità alla realizzazione, monitoraggio e valutazione dei Progetti terapeutici individualizzati (PTI) dei pazienti, la cui titolarità ricade sulla figura del medico istituzionalmente responsabile all'avvio della presa in carico, in integrazione con quelli che successivamente vi subentreranno. La metodologia del PTI si fonda su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale utilizzando lo strumento del budget di salute, condiviso con il paziente, i familiari, i servizi pubblici e le agenzie del privato sociale, in un'ottica di presa in carico globale-comunitaria e di terapia lungo tutto il ciclo di vita.

Il PTI presuppone sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e residenziali, di sostegno socio-familiare e scolastico, di inclusione socio-lavorativa, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio. In tal senso, al fine di definire una partnership di qualità, è auspicabile che ogni Azienda sanitaria provinciale disponga di albi distrettuali delle imprese sociali e dei professionisti privati accreditati con gli enti locali, per la realizzazione dei PTI, attraverso il budget di salute come previsto dal Piano sanitario regionale.

4. Monitoraggio e gruppo di coordinamento regionale

In conformità alle previsioni del PSR è stato istituito presso l'Assessorato regionale alla salute un coordinamento regionale che ha elaborato il presente piano strategico e che ne valuterà l'impatto sulle politiche sociali e di salute mentale, sulle sue conseguenze in materia di interventi integrati nei settori sociale, ambiente, sanità, istruzione, lavoro, comunicazione e giustizia.

Il coordinamento, nella preparazione del piano strategico ha attivato una azione di consultazione con tutte le istituzioni e le agenzie rappresentative regionali che a vario titolo sono interessate alla salute mentale.

Dall'elaborazione dei dati emersi dalle consultazioni e dall'integrazione di questi dati con le strategie europee e nazionali di sviluppo di buone prassi di salute mentale di comunità, il coordinamento ha focalizzato la sua attenzione sulle 10 aree prioritarie di intervento citate in premessa.

Il coordinamento potrà produrre strumenti di accompagnamento (documentazione, ricerca, formazione e trasferibilità di buone prassi) per sostenere le azioni di programmazione e valutazione dei distretti socio-sanitari dell'Isola che si doteranno di un piano d'azione locale per la salute mentale di comunità.

L'Assessorato alla salute nella sua funzione di attuazione e monitoraggio del Piano strategico attiva un tavolo di concertazione regionale con gli Assessorati alla famiglia, al lavoro ed alla formazione.

L'Assessorato, tramite il coordinamento, avrà anche il compito di organizzare con cadenza biennale la Conferenza regionale sulla salute mentale per:

- 1) definire le priorità operative dei D.S.M. integrati e comunitari;
- 2) monitorare e verificare il raggiungimento degli Obiettivi previsti dal Piano sanitario regionale;
- 3) favorire lo sviluppo di progetti innovativi a valenza regionale
- 4) valutare l'impatto di questo piano strategico, nelle seguenti componenti:
 - la missione che questa programmazione ha inteso assumersi;
 - i principi ed i valori che dovranno guidare il processo di cambiamento;
 - la visione strategica per il futuro;
 - i fattori di criticità da affrontare ed il sistema delle opportunità da valorizzare;
 - gli obiettivi da perseguire;
 - le proposte di azione per darvi attuazione;
 - il piano finanziario locale.

Questa stessa struttura metodologica può essere utilizzata dai dipartimenti per la costruzione dei piani d'azione locale per la salute mentale di comunità, così di seguito sintetizzata:



5. Pianificazione finanziaria

Il piano finanziario del piano d'azione locale si compone: dei capitoli di spesa distrettuali per i servizi dell'area della salute mentale adulti, della neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche e per tutti gli altri servizi aziendali correlati alla salute mentale previsti dal PAL; dai capitoli della spesa consolidata per i servizi residenziali privati accreditati contrattualizzati; dai capitoli della spesa consolidata per servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari gestiti dal privato-sociale in convenzione con gli enti locali; dai capitoli di spesa di tutti i servizi previsti dai piani di zona distrettuali correlati al PAL; da tutti i finanziamenti pubblici e privati alle azioni correlate al PAL di ricerca scientifica, formazione professionale, inclusione socio-lavorativa e partecipazione sociale; dai cofinanziamenti diretti ed indiretti dell'utenza e delle associazioni, delle cooperative e delle fondazioni che partecipano al PAL. La composizione del budget distrettuale viene riportata nel documento del Piano d'azione locale, e l'allocation delle risorse sarà finalizzata alla realizzazione dei servizi rispondenti ai bisogni rilevati dal PAL.

4. Missione e principi: Costruire una rete contro l'esclusione sociale

1. Transizioni verso un lavoro di rete per la salute mentale di comunità

I. Da servizi aziendali frammentati ed in competizione con le altre agenzie sociali, ad un DSM integrato e comunitario, in rete con tutti gli altri servizi territoriali.

II. Dal pagamento della retta per posto letto, al finanziamento del progetto terapeutico individualizzato attraverso il budget di salute ed il mix di gestione.

2. Lotta allo stigma ed all'esclusione sociale

I. La salute mentale è un settore di lavoro ed un'area culturale centrale per lo sviluppo della comunità e come tale ha una mission di collaborazione diretta con le istituzioni e le varie agenzie della società locale.

II. Compito prioritario di tutti gli operatori coinvolti nel settore della salute mentale è quello di lottare contro lo stigma e la discriminazione dei gruppi sociali vulnerabili e delle categorie sociali a rischio disagio psico-sociale, anche attraverso la definizione di operatività condivise con gli utenti e le associazioni dei familiari.

3. Partecipazione, formazione e progettazione

I. La governance clinica della progettazione terapeutica personalizzata e della relativa documentazione del PTI, rappresenta la pratica clinica di base che ogni paziente ha diritto a ricevere ed a cui si impegna a partecipare

II. La concertazione comunitaria, la ricerca scientifica, la partecipazione consapevole al Sistema informativo sanitario (NIS), la formazione continua, costituiscono le attività di base che la gestione economica ed organizzativa delle aziende sanitarie deve garantire.

5. Visione: verso un Dipartimento di salute mentale integrato e comunitario

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del presente piano strategico regionale, i direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali devono adottare il piano d'azione locale per la salute mentale (PAL) coerentemente con gli indirizzi e gli obiettivi di tale piano strategico e definendo il

piano economico-finanziario di attuazione per i singoli distretti socio-sanitari.

Le Aziende sanitarie dovranno inoltre attenersi al presente documento nella stesura dei Piani attuativi aziendali (P.A.A.).

Piano d'azione locale

L'Azienda sanitaria provinciale si doterà di un proprio Piano di azione locale per la salute mentale di comunità (PAL), elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le Agenzie del proprio territorio (distretti, enti locali, imprese sociali e imprenditoriali, associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali, ricreative e del mondo della formazione e dell'istruzione). Nell'individuare gli obiettivi dovrà indicare anche le priorità a medio e breve termine compatibili ed adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili.

Nell'ambito del PAL sarà assicurata grande attenzione agli interventi diretti alla salute mentale della adolescenza e delle popolazioni migranti, definendo ed adottando protocolli condivisi tra i servizi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, i Ser.T., i Servizi di psicologia e servizio sociale e gli altri Servizi sanitari e sociali presenti nell'azienda e nel territorio, al fine di migliorarne l'integrazione e la collaborazione.

Il PAL troverà specifica attuazione a livello distrettuale integrandosi in maniera coerente con i PdZ.

6. Obiettivi del piano strategico e gli indicatori per la valutazione

Il presente piano strategico richiede a tutte le Aziende sanitarie provinciali di intraprendere azioni nelle 10 aree tematiche sotto elencate, attraverso il coordinamento dei servizi sanitari preposti alla tutela della salute mentale (servizi di salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, servizi per dipendenze patologiche, servizio di psicologia e servizio sociale) con gli altri servizi aziendali ad essa connessa (come medicina di base, servizi per la disabilità, servizi agli anziani, distretti socio-sanitari, servizi di prevenzione e sicurezza del lavoro), in integrazione con le Aziende ospedaliere, i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ed in concertazione con la consulta dipartimentale dei pazienti e dei familiari e con tutte le agenzie sociali (cooperative, associazioni, fondazioni, ecc.) del loro territorio di competenza.

Gli obiettivi strategici sono:

- 1) integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria;
- 2) aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale;
- 3) servizi per l'adolescenza nelle fasi del ciclo di vita;
- 4) lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani;
- 5) doppia diagnosi e aree di confine;
- 6) salute mentale della popolazione migrante;
- 7) qualità della governance clinica;
- 8) servizi di inclusione socio-lavorativa;
- 9) formazione per i sistemi di cura;
- 10) ricerca e sistema informativo.

1) L'integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria

I. PTI e mix gestionale

II. Sostegno abitativo: domiciliarità e residenzialità

Spetta al DSM elaborare metodologie che siano di sostegno allo sviluppo ed alla fornitura di servizi sanitari e socio-sanitari integrati ed alla creazione di una rete di connessione distrettuale. Il servizio pubblico si confronta con il privato sociale e imprenditoriale costruendo cogestione sui progetti terapeutici individualizzati e sui servizi socio-sanitari distrettuali, che prevedono la corresponsabilità anche della municipalità, con la partecipazione diretta dei protagonisti destinatari dei servizi, delle famiglie e del mondo associativo e del volontariato.

La partnership di qualità si fonda sulla co-progettazione del piano d'azione locale e può essere identificata con la costituzione di albi aziendali delle imprese sociali disponibili a co-gestire PTI attraverso il budget di salute ed con il mix gestionale, che può essere realizzato distrettualmente per le attività abitative, formative e lavorative previste.

Il PTI garantisce un modello operativo di buona pratica clinica fondata sulla metodologia del Case management (CM) e dell'Assertive community treatment (ACT).

Obiettivi strategici

I. PTI e mix gestionale

Rappresenta una missione specifica del DSM integrato e comunitario e deve essere orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro tra tutti i componenti del sistema territoriale di rete a partire dai tavoli di lavoro e dai Piani di zona (PdZ) dei distretti socio-

sanitari previsti dalla legge n. 328/2000. Ciò comporta un forte investimento della équipe multi-professionale del DSM Integrato che, per prima e/o per competenza territoriale, prende istituzionalmente in carico il paziente, al fine di garantire una progettualità terapeutico-assistenziale, con la collaborazione multi-istituzionale dei partners della rete locale e della sua famiglia.

L'integrazione tra il servizio pubblico e il privato sociale e imprenditoriale trova senso e reciproca utilità quando è vincolata fortemente a strategie terapeutiche governate dal servizio pubblico e attivi la partecipazione dei soggetti privati alla progettazione terapeutico-riabilitativa personalizzata e alla programmazione socio-sanitaria distrettuale.

II. Sostegno abitativo: domiciliarità e residenzialità

È necessario utilizzare lo strumento del PTI per la promozione della cura attraverso il trattamento residenziale, il sostegno abitativo e la clinica comunitaria. Vanno privilegiate la piccola dimensione della casa di civile abitazione quale elemento favorente le relazioni terapeutiche interpersonali nelle strutture residenziali per pazienti psichiatrici, ed i contesti sociali di partecipazione comunitaria quali luoghi in cui progettare e costruire dispositivi terapeutici di sostegno all'abitare e realizzare il coinvolgimento dei familiari anche attraverso la terapia multifamiliare e di comunità. La residenzialità terapeutica domiciliare, come quella espressa dal modello del gruppo-appartamento, delle case protette e delle comunità alloggio rappresenta un modello di integrazione socio-sanitaria altamente efficace.

Le strutture residenziali devono essere inserite nel contesto urbano ed essere organizzate con un grado di protezione non definito aprioristicamente in maniera rigida al fine di poter andare incontro alle esigenze degli utenti ed ai loro bisogni e di facilitare i processi di ripresa ed i percorsi di uscita dal circuito psichiatrico.

Le strutture residenziali (a gestione pubblica, privata o mista) partecipano alla costituzione della rete dei servizi che concorrono alla realizzazione del PTI, la cui titolarità è necessariamente demandata al DSM. La rete dei servizi residenziali sarà utilizzata nei percorsi di presa in carico in maniera dinamica a seconda delle condizioni cliniche di base del paziente e della fase evolutiva dei sintomi, evitando gli inserimenti a tempo indeterminato che rischiano di configurare nuove forme di istituzionalizzazione.

La residenzialità terapeutica extra-domiciliare deve garantire un lavoro clinico altamente specializzato e deve essere orientata al raggiungimento dei migliori livelli possibili di adattamento e alla restituzione del paziente ai suoi abituali contesti di vita. Per i casi particolarmente gravi, con tendenza alla cronicizzazione e al deterioramento, la residenzialità terapeutica dovrà avere l'obiettivo di rendere possibile una convivenza terapeutica in un contesto abitativo civile, con differenti livelli di protezione.

L'offerta assistenziale in regime di residenzialità per i pazienti psichiatrici presenta in atto, nella nostra Regione, caratteristiche qualitative e quantitative notevolmente disomogenee nei vari ambiti provinciali e si ritiene necessario intraprendere iniziative di qualificazione che, utilizzando le esperienze acquisite nella nostra ed in altre regioni, si pongano l'obiettivo di definire i modelli assistenziali (anche al fine di una comparazione in termini di efficienza ed efficacia) e di garantire pari opportunità di cura ai pazienti.

La qualificazione del settore deve partire da una visione unitaria delle funzioni che la residenzialità svolge all'interno del PTI:

- a) alternativa alle ospedalizzazioni in acuto;
- b) residenzialità con finalità terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- c) residenzialità supportata alternativa alla abitazione personale.

La residenzialità alternativa alle ospedalizzazioni in acuto è demandata alle Comunità terapeutiche ad alta protezione (CTAP). Tali strutture effettuano ricoveri con progetti personalizzati per un tempo ordinariamente di trenta giorni, prorogabili dal DSM ad un massimo di 60 giorni, durante i quali gli interventi saranno rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine.

Le CTAP possono inoltre accogliere pazienti che non provengono da reparti ospedalieri per acuti e che necessitano di un intervento clinico di durata prolungata in un ambiente ad alta protezione, laddove l'espressione sintomatologica consenta sufficienti livelli di adattamento.

L'accesso, disposto dal DSM, avverrà secondo le seguenti modalità:

- a) invio diretto dal DSM;
- b) proposta di trattamento effettuata dal MMG o medico specialista;
- c) proposta di trattamento effettuata da struttura per acuti pubblica o privata accreditata.

Nel caso di proposta di trattamento avanzata da soggetti diversi dal DSM quest'ultimo avrà l'obbligo di pronunciarsi entro il termine di 48 ore.

Le CTAP contribuiranno a limitare i disagi che scaturiscono dalla incompleta attivazione dei posti letto previsti nei SPDC e dovrebbero ampliare l'offerta assistenziale per le patologie "comuni" allorché gli elevati livelli di sofferenza richiedono un'assistenza in ambiente protetto.

Le CTAP dovranno risultare dalla riconversione dei posti letto delle case di cura psichiatriche in ottemperanza alle previsioni del Programma operativo 2010/2012, senza tuttavia comportare incrementi del budget già assegnato a ciascuna casa di cura.

Con successivo decreto saranno definiti i criteri strutturali ed organizzativi per l'accreditamento e la relativa remunerazione giornaliera.

Le strutture residenziali con finalità terapeutico-riabilitative, destinate ai soggetti adulti con patologia psichiatrica, avranno un numero complessivo tendenziale di posti letto per A.S.P. di 3 posti per 10.000 abitanti ed un limite massimo di 20 posti letto per struttura con eccezione di quanto previsto dalla lettera L dell'allegato al D.A. 31 gennaio 1997.

Le strutture con finalità terapeutico-riabilitative faranno riferimento alle prestazioni residenziali previste dal progetto ministeriale "Progetto Mattone 12" e dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore.

Si distinguono:

- Programmi terapeutico-riabilitativi intensivi, con personale sanitario presente nelle 24 ore e durata della degenza non superiore a 18 mesi.

- Programmi terapeutico-riabilitativi estensivi, con una durata di degenza non superiore a 36 mesi (eventualmente prorogabile in maniera motivata), con personale sanitario presente nelle 24 ore.

Ciascuna struttura residenziale potrà svolgere uno o più tipi di programma. Con successivo decreto saranno definiti i contenuti di ciascun tipo di programma riabilitativo e la remunerazione giornaliera delle diverse prestazioni.

La residenzialità alternativa alla abitazione personale risponde ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Tale residenzialità, rientrando nell'ambito delle prestazioni socio-riabilitative previste dal documento esitato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sarà oggetto di un successivo provvedimento da adottarsi di concerto con l'Assessorato alle politiche sociali con cui si procederà:

- alla differenziazione delle strutture che garantiscono questa fascia di servizi in base ai livelli di protezione e di assistenza;
- alla definizione dei fabbisogni di ciascuna tipologia di strutture in rapporto alla popolazione;
- alla definizione delle caratteristiche strutturali ed organizzative delle varie tipologie di strutture;
- alla definizione dei relativi corrispettivi economici.

La rilevanza epidemiologica acquisita in questi ultimi anni da alcuni quadri psicopatologici specifici e le esperienze consolidate sull'importanza del trattamento in regime di residenzialità in alcune fasi evolutive dei sintomi, fa ritenere auspicabile l'attivazione di strutture residenziali dedicate al trattamento di questi disturbi.

Nella nostra Regione queste strutture sono globalmente carenti e contribuiscono ad alimentare la spesa per trattamenti fuori regione. La riqualificazione e la specializzazione delle strutture deputate al trattamento residenziale dei disturbi psichiatrici ha l'obiettivo di ampliare l'offerta assistenziale e di contenere i costi della mobilità sanitaria.

Le strutture residenziali dedicate al trattamento di soggetti con problematiche psicopatologiche specifiche potranno avere valenza sopra aziendale e con successivo decreto saranno definiti i criteri strutturali ed organizzativi per l'accreditamento ed i relativi corrispettivi economici.

L'attivazione di tali strutture potrà scaturire dalla riconversione dei posti letto già accreditati presso strutture residenziali con finalità riabilitative o presso strutture dell'ambito ospedaliero privato con le stesse finalità, senza tuttavia comportare incrementi del budget già assegnato.

Di seguito vengono elencate le strutture individuate per questo specifico scopo con gli standard tendenziali di 10 posti letto ogni milione di abitanti.

- Comunità residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.
- Comunità residenziale per il trattamento dei disturbi psicopatologici in adolescenza.

- Comunità residenziale per adolescenti e giovani adulti con disturbi dello spettro autistico.

- Comunità residenziale per il trattamento dei disturbi da abuso di alcool.

- Comunità residenziale per adolescenti e giovani adulti con ritardo mentale e correlati psicopatologici e comportamentali.

- Comunità residenziale per soggetti con doppia diagnosi.

L'offerta assistenziale in regime di semiresidenzialità nella nostra Regione, al pari di quella residenziale, risulta notevolmente disomogenea sia in termini di ricettività che di metodologia di lavoro. Si ritiene necessario definire meglio le tipologie di attività e le aree di intervento.

Si prevede la possibilità che le strutture residenziali già accreditate effettuino attività semiresidenziali a condizione di avere un'adeguata disponibilità di spazi e di personale e di essere autorizzate e accreditate anche come centro diurno.

Le attività semiresidenziali potranno scaturire dalla parziale riconversione delle attività delle strutture residenziali con finalità riabilitative, senza tuttavia comportare incrementi del budget già assegnato.

Le strutture semiresidenziali dovranno operare nell'ambito del sistema di offerta del DSM e saranno attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana.

Con successivo decreto saranno definiti i contenuti dei programmi terapeutico-riabilitativi da effettuare in regime di semiresidenzialità.

La programmazione e la qualificazione del sistema della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica devono necessariamente essere poste all'interno di una cornice dipartimentale, essendo fondamentale che le componenti del sistema non si configurino come contenitori a se stanti, con ragguardevoli rischi di delega ed esclusione delle persone ospitate dai circuiti più vitali della società.

Nel triennio successivo all'emanazione del presente piano, grazie anche ai dati forniti dal sistema informativo regionale, si procederà alla verifica sistematica del sistema della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica al fine di valutare i risultati conseguiti in termini di salute e la congruità dell'offerta assistenziale in termini quantitativi.

Indicatori per la valutazione

I. Il PTI e il mix gestionale

a) Costruire in ciascun dipartimento di un piano d'azione locale, in concertazione con il PdZ distrettuale, entro sei mesi dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del presente piano, in cui vengono definite le risorse finanziarie per i servizi a gestione privata ed i centri di costo per i servizi pubblici.

b) Istituire a livello aziendale e distrettuale un fondo unico di integrazione socio-sanitaria per il finanziamento, anche attraverso il mix-gestionale, dei servizi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, attraverso la pianificazione finanziaria comune con gli enti locali.

c) Definire a livello distrettuale il fabbisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

d) Istituire gli albi (distrettuali, aziendali e degli enti locali) delle imprese del privato sociale, imprenditoriale e delle associazioni di volontariato, che hanno i requisiti di legge previsti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, al fine di garantire all'utenza la libera scelta di accesso ai servizi.

e) Il PAL deve integrare, in concertazione con gli enti locali distrettuali, gli albi distrettuali per operatori di sostegno domiciliare, ove attivati.

f) Integrazione della metodologia della Programmazione socio-sanitaria distrettuale con quella del mix di gestione.

g) Il Progetto terapeutico individualizzato (PTI) si realizza attraverso il budget di salute, sarà finanziato dall'Azienda sanitaria per la componente sanitaria e dagli enti locali per la componente socio-sanitaria, con la compartecipazione dell'utenza come previsto dalla normativa vigente.

h) Accordi di programma distrettuali tra A.S.P. ed enti locali per il finanziamento ed il coordinamento delle comunità alloggio, dei gruppi-appartamento, dei centri diurni, dei servizi di sostegno domiciliare, servizi a bassa soglia e di strada.

i) Accordi di programma distrettuali tra A.S.P., Istituti scolastici ed enti locali per il finanziamento ed il coordinamento dei servizi di sostegno e inclusione scolastica e di prevenzione del disagio psichico.

II. Integrazione nei PTI dei servizi residenziali

a) Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, effettuati dai DSM Integrati, avvengono con la partecipazione della persona assistita, della famiglia e di eventuali altri soggetti interessati (come il curato-

re, il tutore o l'amministratore di sostegno), in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.

b) Gli inserimenti nelle CTAP sono disposti dal DSM di competenza territoriale, che elabora il programma terapeutico nel rispetto del PTI.

La CTAP riporta in cartella clinica tutti gli elementi che identificano il programma erogato, relativi alla tipologia quali-quantitativa degli interventi e al mix di attività previsto.

I programmi terapeutici ad alta intensità realizzati all'interno delle CTAP avranno una durata ordinariamente di 30 giorni, prorogabili a 60 giorni.

c) I pazienti ricoverati nelle strutture residenziali con finalità terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative effettueranno uno o più dei programmi riabilitativi previsti.

I programmi terapeutico-riabilitativi intensivi avranno durata variabile, in ogni caso non superiore a 18 mesi. I programmi terapeutico-riabilitativi estensivi e quelli socio-riabilitativi avranno durata variabile, di norma non superiore a 36 mesi, eventualmente prorogabili da parte del DSM inviante, per particolari esigenze di cura.

Nei casi in cui il paziente, concluso il trattamento residenziale intensivo (massimo 18 mesi) inizi un trattamento residenziale di tipologia meno intensiva (terapeutico-riabilitativo estensivo o socio-riabilitativo), la durata del trattamento residenziale totale non può comunque superare il 30 mesi, eventualmente prorogabili per altri 6 mesi, da parte del DSM inviante, per particolari esigenze di cura.

La proposta della tipologia di programma residenziale sarà effettuata dal DSM inviante, nel rispetto del percorso di recupero individuato nel PTI. Le aree di intervento e le tipologie di attività dei programmi terapeutici e riabilitativi saranno dettagliati nel progetto terapeutico che la struttura residenziale elaborerà per ciascun paziente.

d) All'interno del PTI dei pazienti dimessi dalle strutture residenziali può essere previsto un intervento di sostegno alle dimissioni e inclusione sociale, da svolgere con le risorse della stessa struttura da cui è stato dimesso il paziente, in integrazione con le risorse del DSM e delle agenzie sociali locali. La remunerazione economica di questi interventi scaturirà dalle economie di spesa derivanti dalla diversa remunerazione dei programmi terapeutici e riabilitativi di più bassa intensità rispetto a quelli ad alta intensità e rientrerà comunque all'interno del budget assegnato alla singola struttura.

e) Le attività effettuate in regime di semiresidenzialità dovranno trovare coerente collocazione all'interno del PTI, prevedendo la durata del trattamento nonché i tempi e le modalità delle verifiche.

f) I soggetti ultrasessantenni con residualità psichiatrica e morbidità multifattoriale geriatrica-internistica, devono trovare collocazione, in comunità residenziali protette in base alla normativa vigente ed alle indicazioni di programmazione sanitaria.

g) Le strutture residenziali vengono valutate sulla base delle dimissioni, degli esiti dei loro programmi terapeutici e dell'inclusione sociale e lavorativa dei pazienti.

h) Va definito a livello regionale, aziendale e distrettuale il rapporto ottimale tra le necessità dei pazienti che usufruiscono delle comunità alloggio, il numero di comunità accreditate e la disponibilità finanziaria. A tal fine può essere creato un fondo di integrazione socio-sanitaria, in concertazione, a livello regionale, tra l'Assessorato alla salute e quello alla famiglia, e a livello locale tra l'A.S.P. e gli enti locali.

i) A livello locale vanno attivati protocolli di integrazione socio-sanitaria, tra l'A.S.P. e gli enti locali, al fine definire e garantire modalità di funzionamento dei progetti di sostegno abitativo domiciliare e di gruppo-appartamento, e individuando le forme di coinvolgimento del privato-sociale, dei familiari, degli utenti e del volontariato.

j) Il privato sociale ed imprenditoriale che gestisce servizi di salute mentale in integrazione con il DSM deve garantire programmi di formazione continua a tutto il personale, mirati allo sviluppo professionale ed alla supervisione istituzionale della pratica clinica.

2. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale

I. Integrazione con la sanità penitenziaria

II. Amministrazione di sostegno

III. Psichiatria di collegamento e consultazione e psicologia di base

Il DSM Integrato, nella presa in carico istituzionale afferma la centralità della salute mentale nei processi di sviluppo della comunità; promuove l'integrazione, nella prassi clinica, degli aspetti giuridici, economici, sociali e culturali; incentiva l'integrazione tra i servizi di salute mentale e quelli di medicina di base e specialistica; attiva azioni di lotta contro lo stigma e la discriminazione dei gruppi sociali vulnerabili e della categorie a rischio disagio psico-sociale; sostiene

la partecipazione dei pazienti e dei familiari ai processi di cura e di guarigione; valorizza l'immagine professionale dei servizi e degli operatori del settore.

La costruzione di servizi sanitari post-OPG, lo sviluppo di servizi domiciliari alternativi alla residenzialità, la riduzione degli istituti della tutela e della curatela a favore dell'Amministrazione di sostegno e l'integrazione nelle pratiche sanitarie quotidiane della psichiatria di collegamento e consultazione e della psicologia di base, rappresentano i principi della presa in carico istituzionale.

Obiettivi strategici

I. Integrazione con la sanità penitenziaria

Il decreto legislativo n. 230/99 ed il DPCM 1 aprile 2008 impongono una assunzione di responsabilità dei DSM integrati e comunitari, competenti per territorio, relativamente alla organizzazione di un servizio che, garantendo una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza, consenta da un lato di prendere in carico, all'interno delle carceri, i soggetti con patologia psichiatrica e dall'altro di operare per il definitivo superamento dell'OPG.

II. Amministrazione di sostegno

La figura dell'Amministratore di sostegno (AdS) trova la propria ragion d'essere nel fatto che questo istituto giuridico non limita la capacità di azione legale e sociale del soggetto cui si applica, pur sostenendolo e sostituendosi quando necessario per lo svolgimento di compiti specifici. La specificità dell'AdS è quella nella necessità di assolvere a compiti specifici e per tempi limitati (per il compimento anche di uno solo o più atti giuridici) alle azioni necessarie al soggetto debole e da esso non eseguibili.

La sua applicazione può coprire una amplissima fascia di intervento che va dalle stesse limitazioni previste dall'istituto dell'interdizione fino ad una specifica obbligatorietà per assicurare anche un singolo intervento medico. Il paziente in tutti i casi non viene comunque mai privato completamente e definitivamente della libertà.

Questo istituto rappresenta quindi uno strumento più duttile di quello dell'interdizione o della curatela e garantisce al soggetto il mantenimento della capacità di agire, qui intesa come elemento essenziale della cura psichica. Per questo motivo la pratica dell'AdS deve prevedere una sempre maggiore integrazione professionale nei processi di lavoro delle equipe multidisciplinari.

La legge individua i soggetti che hanno la facoltà di chiedere l'intervento dell'autorità giudiziaria per la nomina dell'AdS. Tra i predetti soggetti sono indicati i responsabili dei servizi sanitari e sociali, i quali, se a conoscenza di fatti tali da rendere necessario il procedimento di amministrazione di sostegno, devono fornirne notizia al pubblico ministero.

La conoscenza della normativa, l'ampiezza del "dovere" indicato dalla legge e la responsabilità connessa sono spesso fonte di perplessità interpretative ed attuative. Vanno previsti momenti formativi dei dirigenti e degli operatori chiamati all'applicazione della norma anche sotto il profilo squisitamente pratico, ossia sull'effettivo ambito di responsabilità del sanitario e gli adempimenti connessi e necessari.

III. Psichiatria di collegamento e consultazione (P.C.C.)

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. è determinata dall'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali, dal riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psicologico può essere determinante nell'incrementare la compliance con una migliore riuscita delle procedure diagnostico-terapeutiche previste. La P.C.C. dovrà: prendere in carico il paziente nei reparti ospedalieri, evitando l'automatico trasferimento in SPDC; incentivare i contatti tra l'equipe multidisciplinare che ha in carico il caso ed i medici di base e specialistici.

Va promossa una pratica psicologica che preveda: la presa in carico del paziente sin dal suo contatto con i medici ed i pediatri di base, al fine di sostenere i percorsi di cura, di assistenza e di ripresa, in un'ottica di riduzione del ricorso al trattamento farmacologico come unica forma di assistenza sanitaria di base; l'orientamento istituzionale e comunitario all'utilizzo consapevole dei servizi sanitari e socio-sanitari locali.

Indicatori per la valutazione

I. Servizi di salute mentale nelle carceri

a) Assicurare all'interno degli istituti penitenziari servizi di salute mentale necessari per la tutela della salute mentale degli internati, imputati o condannati, con sopravvenuta infermità mentale.

b) Realizzare accordi con i DSM integrati e comunitari, dei territori di provenienza degli internati negli OPG, al fine di costruire PTI che contengano programmi penitenziari alternativi.

c) Programmare la definizione degli strumenti organizzativi necessari al superamento dell'OPG all'interno dei tavoli di concertazione e dei lavori di coordinamento dei Piani di azione locale per la salute mentale.

d) Implementare modelli sperimentali di Comunità terapeutica residenziale per pazienti con grave patologia mentale soggetti a restrizione giudiziaria, anche conseguente a gravi reati, in maniera da salvaguardare il regolare decorso della pena senza compromettere il diritto alla cura.

e) Attivare precorsi formativi congiunti per operatori della salute mentale nelle carceri ed operatori della sicurezza.

II. Gruppi di lavoro dipartimentali sull'amministrazione di sostegno

a) Costituire, in ciascun DSM Integrato, un gruppo di lavoro aperto alla collaborazione di tutti i soggetti coinvolti dalla normativa (appartenenti ai mondi associativo, giuridico, delle pubbliche amministrazioni, ecc.) con l'obiettivo di sviluppare attività formative e informative sulle pratiche di presa in carico dei pazienti con patologia mentale e connesso disagio psico-sociale, attraverso l'integrazione della funzione dell'Amministratore di sostegno all'interno del lavoro multidisciplinare di cura.

b) Avviare e sostenere la revisione per il maggior numero di pazienti interdetti del loro status giuridico, proponendone ai tribunali competenti la trasformazione in Amministrazione di sostegno.

III. Rapporti tra i servizi del DSM integrato ed i servizi ospedalieri e di base

a) Attivare nel Piano d'azione locale la psichiatria di collegamento e consultazione con protocolli operativi di collaborazione tra il DSM e le varie discipline mediche specialistiche ospedaliere e di medicina territoriale.

b) Definire procedure di collaborazione e consultazione degli operatori del DSM con i medici di base ed i pediatri.

c) Realizzare azioni formative congiunte tra pediatri, medici di base e specialisti delle varie discipline mediche e psicologiche.

3. Servizi per l'adolescenza nelle fasi del ciclo di vita

I. La patologia mentale in età evolutiva

II. L'Area Integrata per l'Adolescenza

Promuovere attività indicate per le fasi di vita più vulnerabili, nel rispetto delle dinamiche specifiche del ciclo di vita degli individui e delle famiglie. In particolare costruire servizi specialistici dedicati all'adolescenza, in grado di integrare le pratiche terapeutiche sviluppate per l'età evolutiva con quelle tipiche dell'età adulta ed ancora, quando necessario, con quelle specifiche per le dipendenze patologiche.

Le azioni in favore della salute mentale degli adolescenti dovrebbero essere considerate come un investimento strategico, tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società e il sistema sanitario.

Obiettivi strategici

I. La patologia mentale in età evolutiva

Il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute in quest'ambito è profondamente cambiato negli ultimi anni, anche sotto la spinta delle profonde trasformazioni che hanno interessato i nostri contesti sociali. Se il miglioramento delle condizioni complessive che attengono alla gravidanza, al parto e alle cure perinatali ha ridotto la componente di grave disabilità neuromotoria e cognitiva, si presentano in incremento i bisogni correlati al disagio e alla sofferenza mentale, a volte con correlati comportamentali eclatanti, spesso con sintomatologia discreta, ma con uguale o maggiore probabilità di condizionare il percorso evolutivo.

II. L'Area integrata per l'adolescenza

In relazione al coordinamento dell'area ad alta integrazione per le patologie dell'adolescenza, per ottimizzare le modalità di presa in carico, è necessario implementare azioni nel settore delle dipendenze patologiche. In questo settore il concetto di doppia diagnosi ha destato un particolare interesse che sembrerebbe riguardare non solo i clinici ma, più in generale, le persone e le organizzazioni che vi intervengono. Diventa fondamentale ed essenziale un lavoro di rete orientato sia alla presa in carico sia alla diagnosi precoce, alla prevenzione ed alla promozione della salute, che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi impegnati, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità.

Indicatori per la valutazione

I. La presa in carico della patologia infantile

a) attivare procedure di individuazione precoce, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, dei gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole ed una premessa alla possibilità di ridurre le conseguenze invalidanti;

b) attivare procedure di individuazione delle patologie sottoglia, spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive;

c) prevedere pratiche di presa in carico dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso e delle loro famiglie;

d) contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia maggiore, attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale;

e) attivare procedure per la diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare.

II. La prevenzione secondaria

Implementare l'intervento di prevenzione secondaria con l'attivazione di servizi per l'adolescenza che intervengano sui soggetti a "rischio", attraverso:

a) la collaborazione con i Centri di informazione e consulenza (CIC) le altre agenzie istituzionali e sociali per l'individuazione dei casi a rischio;

b) l'istituzione di un centro adolescenti dipartimentale in cui convergano figure professionali di NPI, SERT e salute mentale. Attraverso le attività del centro (gruppi psicodinamici, psicodramma, laboratori di arteterapia, colloqui clinici...) si devono promuovere interventi sia a valenza preventiva, sia di tipo clinico, onde pervenire ad una eventuale diagnosi precoce di psicopatologia.

III. Equipe distrettuale integrata per l'adolescenza

Creare una équipe distrettuale integrata "dedicata" all'adolescenza, con l'obiettivo e il compito di coordinare le attività previste per gli adolescenti:

a) attività clinica per gli adolescenti inseriti in percorsi "speciali": residenzialità, semiresidenzialità, DH psichiatrico, Centri per la gestione del periodo sub-acute o di eventi critici senza scompenso;

b) collaborare con le équipes di tutto il DSM Integrato per la creazione di un modello diagnostico e di presa in carico dell'adolescente, condiviso attraverso procedure definite e protocolli diagnostici omogenei nel metodo e nella codifica; adottando le linee guida già approntate dalle società scientifiche o creando percorsi originali, modellati secondo i criteri EBM;

IV. Residenzialità e semiresidenzialità

In accordo con quanto previsto dal PSR, sviluppare servizi di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in età evolutiva:

a) provvedere, analogamente a quanto avviene per gli adulti, a inserire in strutture comunitarie terapeutiche i minori che necessitano di tale intervento.

b) inaugurare percorsi innovativi e sperimentali semiresidenziali e residenziali, nell'ottica dell'integrazione: inserimento di adolescenti con patologia psichiatrica in contesti aggregativi e/o residenziali che accolgono adolescenti che non presentano evidenza di psicopatologia.

V. Protocolli distrettuali per la continuità terapeutica di soggetti multiproblematici

Prevedere protocolli operativi, da elaborare in sinergia tra i vari servizi del Dipartimento salute mentale integrato ed eventuali servizi di altri Dipartimenti, per la presa in carico globale e condivisa di soggetti e famiglie multiproblematiche, al fine di garantire la continuità terapeutica.

VI. Disturbi del comportamento alimentare in adolescenza

a) Elaborare ed adottare linee guida regionali per l'organizzazione dei servizi e la metodologia d'intervento per la diagnosi precoce e la presa in carico dei soggetti con DCA.

b) Consolidare in ogni DSM Integrato l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, già positivamente sperimentati in alcuni contesti assistenziali, sia nell'ambito della NPI che dei SerT, estendendoli ad una gestione integrata del problema, alla quale partecipino psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, infermieri.

c) Favorire la gestione comunitaria della problematica clinica mediante la partecipazione delle Associazioni interessate, delle Agenzie sociali coinvolte (in primo luogo la Scuola), dei professionisti e delle istituzioni del privato-sociale.

d) Implementare opportuni protocolli che definiscano la fase dell'accoglienza, della diagnosi e del trattamento per una corretta presa in carico dei DCA dai casi di insorgenza precoce in età infantile e preadolescenziale, alle fenomenologie cliniche dei casi giovanili-adulti, tenendo al centro del discorso metodologico la fase evolutiva dell'adolescenza.

4. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani

- I. Gestione delle urgenze/emergenze
- II. La prevenzione del suicidio
- III. Il coinvolgimento della famiglia
- IV. La terapia delle patologie comuni

Attivare interventi direttamente nei contesti quotidiani di vita e di lavoro, soprattutto per i gruppi sociali emarginati ed a rischio, al fine di prevenire i fenomeni di emergenza/urgenza e di ridurre il rischio suicidio, attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli stessi pazienti e dei loro familiari nella programmazione dei servizi di promozione, prevenzione, cura e sostegno.

Obiettivi strategici

I. Gestione delle urgenze/emergenze

Il Piano d'azione locale per gli interventi di gestione delle urgenze/emergenze, deve fare riferimento al documento n. 09/038/CR/C7 contenete le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale", che esplicita e chiarisce l'applicazione delle norme in oggetto e fornisce l'indicazione di buone pratiche per i diversi attori chiamati in causa. L'integrale applicazione delle norme darà più chiarezza alle procedure e favorirà una maggiore omogeneità di esercizio in tutto il territorio regionale, difendendo così il diritto del paziente a ricevere cure nel pieno rispetto della sua dignità e della sua volontà, riducendo l'allarme sui rischi cui il personale sanitario e para-sanitario vanno incontro a causa della complessità di queste norme, e ridando quindi tranquillità all'esercizio professionale anche nelle circostanze eccezionali previste dalla 833/78 per le alterazioni psichiche.

Il Piano d'azione locale deve favorire, nel territorio di competenza, la partecipazione di tutte le Istituzioni coinvolte (comune, polizia municipale, pronto soccorso ospedaliero, servizio 118, DSM, SPDC, Servizi di NPI, Ser.T., tribunale dei minorenni, polizia di stato, carabinieri, vigili del fuoco, ecc.) in un coordinamento per l'attuazione di una corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio, anche attraverso la sottoscrizione di protocolli applicativi e l'attivazione di programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie.

II. La Prevenzione del suicidio

È necessario far comprendere alla popolazione generale e ai professionisti, attraverso azioni di informazione generale e formazione specialistica, che la sofferenza che porta al suicidio può essere intercettata, oltre nei contesti familiari, anche nei contesti sanitari di base, dove si recano con frequenza i futuri autori, ma anche, e soprattutto nei casi di età adolescenziale, nei contesti scolastici. Particolare attenzione va poi riservata alla prevenzione nei contesti penitenziari.

La formazione e la sensibilizzazione è volta a sviluppare capacità di fornire il necessario sostegno ed il primo aiuto su questo tema e deve fondarsi sia sull'individuazione dei fattori di rischio e dei segnali predittivi, sia sulle competenze relazionali necessarie a fornire sollievo e comprensione alla sofferenza, che su strategie di analisi e risoluzione dei problemi e del disagio che porta al suicidio.

La formazione ha l'obiettivo di costruire reti di collaborazione tra il DSM integrato e gli operatori dei contesti socio-sanitari ed educativi di base al fine di attivare interventi di sostegno e risoluzione del disagio a rischio suicidio, attraverso la realizzazione di servizi in grado di non attendere che sia l'utente a recarsi presso uno stigmatizzante "sportello" pubblico, ma al contrario di fare in modo che siano gli operatori specializzati a recarsi nel contesto di vita dell'utente e, in integrazione con le risorse comunitarie, avviare la presa in carico del caso.

III. La terapia delle patologie comuni

È necessario contrastare il sottoutilizzo dei servizi da parte dei cittadini che soffrono di patologie mentali comuni, a causa della stigmatizzazione dei contesti operativi della salute mentale, sviluppando nel DSM integrato la flessibilità organizzativa utile ad intercettare i bisogni di terapia per disturbi mentali lievi.

Va rafforzata la collaborazione tra il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta e il settore specialistico. Al medico di base spetta il compito di costruire un contesto socio-familiare funzionale alla collaborazione con i servizi specialistici per la terapia farmacologica e la psicoterapia, e di attuare una presa in carico globale

del paziente in raccordo con gli stessi servizi. Ai servizi specialistici spetta invece il compito di costruire, in integrazione con il lavoro del medico di base, sia dispositivi psicodiagnostici focalizzati all'analisi della domanda ed alla progettazione terapeutica, che dispositivi psicoterapeutici con provata efficacia per la problematica clinica in oggetto, sottoposti a procedure standard di valutazione.

IV. Il coinvolgimento delle Associazioni degli utenti e dei familiari

La collaborazione tra operatori, utenti e familiari è elemento determinante nella creazione di contesti di cura, al cui interno le persone con disagio mentale e i loro familiari possano partecipare attivamente alle decisioni che li riguardano, favorendo la costruzione di climi positivi in cui fiducia e speranza diventano elementi sempre più riconoscibili.

Questo è possibile solo attraverso l'acquisizione di una partnership consapevole e responsabile dei pazienti e dei loro familiari nei percorsi terapeutici.

È necessario promuovere la costituzione di gruppi di lavoro e gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie. La necessità di promuovere i gruppi familiari nasce dall'idea di considerare la famiglia non solo come luogo/spazio di relazioni problematiche, ma anche e soprattutto luogo di risorse proprie condivisibili e disponibili per il progetto terapeutico. I gruppi per le famiglie vanno organizzati facendo riferimento alle esperienze ed alla matrice dell'auto-mutuo-aiuto: in questa visione la famiglia, gli utenti e gli operatori diventano, protagonisti dei propri percorsi.

È considerato un obiettivo di qualità la realizzazione di percorsi strutturati di coinvolgimento attivo ai processi di cura di utenti e familiari finalizzati alla piena integrazione tra i diversi soggetti coinvolti a vario titolo nei progetti di cura. È auspicabile pertanto che le Aziende sanitarie sostengano con opportune modalità tali iniziative.

La Consulta dipartimentale per la salute mentale diventa in tal senso la cornice culturale e comunitaria nella quale trova riconoscimento politico ed istituzionale il ruolo interlocutorio dell'associazione dei familiari e degli utenti.

Indicatori per la valutazione

I. La gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche

a) Il DSM integrato deve attivare una convenzione con il servizio del 118 per il trasporto dei pazienti.

b) Il DSM integrato deve tendere alla realizzazione di un servizio di reperibilità medico-infermieristica territoriale notturno, pre-festivo e festivo.

c) Il DSM integrato deve effettuare azioni di collegamento e di formazione congiunta, mirata ad integrare ed ottimizzare gli interventi di emergenza, con i corpi dei vigili urbani, delle forze dell'ordine e delle altre agenzie impegnate nel lavoro sulle emergenze/urgenze ed a prevenire situazioni a rischio per gli operatori e per i pazienti.

II. Prevenzione dei suicidi

a) Il DSM integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali (scuole, servizi sanitari di base, associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.), deve attivare in ogni distretto azioni di formazione e sensibilizzazione sulle competenze di sostegno sociale e primo aiuto alla risoluzione del disagio a rischio suicidio.

b) Il DSM integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali, deve redigere apposito regolamento in cui prevedere le modalità di integrazione di tutte le strutture dell'A.S.P. per la prevenzione del suicidio, senza compromettere il diritto del paziente a scegliere autonomamente il professionista d'aiuto e la possibilità delle agenzie delle reti socio-sanitarie ed educative di base di attivare interventi specialistici.

III. Terapia delle patologie comuni

a) Il DSM integrato attiva iniziative, procedure e pratiche atte a favorire l'accesso all'utenza con patologia mentale lieve ed a destigmatizzare la percezione sociale dei servizi di salute mentale.

b) Il DSM integrato, in concertazione con i medici di base ed i pediatri di libera scelta, le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali, attiva procedure ed azioni atte a sviluppare servizi di psicoterapia e ambulatori dedicati, in risposta ai bisogni emersi dal PAL e con l'obiettivo di promuovere le risorse professionali specialistiche locali.

IV. Coinvolgimento delle famiglie e degli utenti

a) Il DSM integrato deve, in collaborazione con le agenzie e le istituzioni sociali del territorio, promuovere la costituzione e l'attivazione di gruppi di lavoro e di gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie, tra cui:

- 1) gruppi per familiari ispirati alla matrice dei gruppi di auto-aiuto;
- 2) gruppi di uditori di voci;
- 3) gruppi multifamiliari;
- 4) gruppi psicoterapeutici o psicoeducazionali familiari;
- 5) gruppi operativi di progettazione terapeutica personalizzata;
- 6) gruppi-appartamento familiari;
- 7) dispositivi di psicoterapia domiciliare d'appoggio e di psicoterapia familiare;
- 8) dispositivi di consulenza fra pari e di affiancamento e sostegno reciproco tra familiari;
- 9) organizzazioni di utenti e familiari esperti;
- b) Il DSM integrato attiva la consulta dipartimentale degli utenti e dei familiari per la salute mentale.

5. La doppia diagnosi e le aree di confine

- I. Presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi
- II. Presa in carico dei pazienti con problematiche alcolologiche
- III. Presa in carico di pazienti con dipendenza in assenza di sostanze (DAS)

Il Piano d'azione locale promuove il confronto all'interno del Dipartimento integrato fra servizi dell'Area della salute mentale, dell'Area delle dipendenze patologiche, dell'Area ad alta integrazione per l'adolescenza, per elaborare nuovi modelli d'intervento sulle patologie di confine. La corresponsabilizzazione dei servizi pubblici e privati dei due settori della salute mentale adulti e minori e del settore delle dipendenze patologiche rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con disturbi psichici e dipendenza da sostanze può trovare forme diverse, a seconda delle realtà locali, che vanno dalla formazione di equipe miste alla piena integrazione dipartimentale.

Obiettivi strategici

I. Presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi

La presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi, data l'elevata complessità delle problematiche sanitarie, sociali e spesso legali/giudiziarie che li caratterizza, è molto impegnativa e deve prevedere la collaborazione delle diverse risorse del servizio pubblico (SerT, NPI, SSM, ospedali, ecc.) e del privato sociale (comunità residenziali, diurne, comunità-alloggio, strutture a "bassa soglia", ecc.). A fronte di problematiche così complesse e onerose, è necessario attivare un lavoro di rete che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi impegnati nella gestione del caso, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità e superando la conflittualità tra i Servizi che spesso penalizza il diritto alla salute dei pazienti "difficili".

Il PAL può prevedere, ove necessario, in base ai bisogni rilevati del territorio, l'attivazione di servizi per pazienti con doppia diagnosi, con priorità per pazienti a maggior indice di gravità psicopatologica.

II. Presa in carico dei pazienti con problematiche alcolologiche

Il PAL deve programmare interventi "after care" per alcolismo e patologie alcolcorrelate, attivando, ove necessario, servizi semiresidenziali e residenziali, in collegamento stretto con la "rete" territoriale e con il supporto di programmi ambulatoriali.

III. Presa in carico di pazienti con dipendenza in assenza di sostanze (DAS)

Il PAL può attivare, ove necessario, servizi ambulatoriali per le DAS con la finalità di affrontare le nuove patologie da dipendenza, attraverso interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici e sociali erogati da équipe multiprofessionali.

Indicatori per la valutazione

I. Area dipendenze patologiche

Nell'ambito del territorio di competenza, attraverso il coordinamento dell'Area dipendenze patologiche organizzata ai sensi del D.A. 4 luglio 2011, il Dipartimento salute mentale integrato, potrà attivare:

- a) servizi per pazienti con doppia diagnosi, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali con priorità per le aree metropolitane, sulla base delle analisi epidemiologiche; alcuni dei quali potranno prevedere una gestione mista pubblico (SerT, CSM, NPI), privato sociale, associazione utenti e famiglie;
- b) servizi semiresidenziali e residenziali destinati a persone con dipendenza alcolica e problematiche alcol-correlate, secondo il fabbisogno distrettuale espresso dal PAL;
- c) protocolli tra l'area delle dipendenze patologiche e le strutture ospedaliere dell'A.S.P. al fine di attivare servizi di Day Hospital

per soggetti con compromissioni internistiche e con deterioramento psichico causate dall'alcool;

d) servizi per le DAS, con priorità per le aree metropolitane in presenza di maggior rilevanza epidemiologica di tali patologie emergenti; rivolti a persone con problematiche da gioco d'azzardo patologico; dipendenza da internet; disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità).

II. Protocolli distrettuali per pazienti con doppia diagnosi

Il Dipartimento salute mentale integrato curerà la stesura di protocolli operativi per il trattamento di pazienti con doppia diagnosi, utili a definire:

- a) i modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso;
- b) i tempi e le modalità di definizione dei progetti terapeutici individualizzati compresa la individuazione del servizio referente, del case manager e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per gli psicofarmaci;
- c) le modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera;
- d) la metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi di cura residenziale;
- e) le modalità di presa in carico e di verifica dei progetti terapeutici individualizzati per i pazienti residenti in strutture;
- f) le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali;
- g) i livelli di responsabilità nelle attività di cui sopra, all'interno del DSM integrato.

III. La formazione e l'aggiornamento del personale

Lo staff dei Servizi di salute mentale manca di formazione e di esperienza nel management dei soggetti con disturbi correlati a sostanze, mentre lo staff dei servizi per le tossicodipendenze manca di esperienza nel lavoro con pazienti affetti da grave patologia mentale. Il Dipartimento salute mentale integrato deve promuovere un assessment più adeguato ai bisogni di cura per i pazienti con "doppia diagnosi" sviluppando stretti collegamenti tra i servizi esistenti e curando la formazione specifica delle équipe multi professionali dei servizi dedicati.

6. La salute mentale della popolazione migrante

Il PAL prevede l'attivazione di strategie per garantire l'accesso della popolazione migrante a cure primarie di qualità per la salute mentale, in particolare istituendo servizi sperimentali di integrazione Dipartimentale per i problemi di salute mentale connessi ai fenomeni interculturali ed alle dinamiche migratorie, promuovendo come fattore strategico l'approccio etno-psichiatrico e la mediazione linguistico-culturale. A tal scopo è necessario promuovere i seguenti indirizzi operativi:

- 1) sviluppo di strategie e metodologie interne ai Dipartimenti in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
- 2) attivazione, a livello locale o di macro-aree, di gruppi di iniziativa multiprofessionali e multilinguistici che, in modo coordinato ed integrato nella rete dei servizi, avviino programmi di intervento nell'ambito della salute mentale transculturale;
- 3) sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali di cui sono portatrici le popolazioni migranti. Tali gruppi sono orientati all'innovazione clinica ed alla ricerca anche in specifici gruppi a rischio: rifugiati, minori non accompagnati e vittime della tratta;
- 4) individuazione delle modalità con cui i mediatori linguistico-culturali devono essere formati (definizione di competenze, ruoli e funzioni) e preparazione degli operatori ad una collaborazione proficua con essi;
- 5) incentivazione dell'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale. L'azione di mediazione deve riuscire a promuovere interventi che si dislocano nei vari nodi della rete sociosanitaria, assistenziale e legale. La formazione dei mediatori, dunque, non va limitata alla sola salute mentale perché ciò può comportare il rischio di non prendere in considerazione il bisogno complessivo di salute (psichico, sociale e somatico) soggiacente al problema psicopatologico;
- 6) socializzazione diffusa, alla rete dei servizi, delle conoscenze e dei saper-fare accumulati dai gruppi di iniziativa istituiti e dalle sperimentazioni avviate in ambito transculturale.

Obiettivi strategici

- I. Servizi di integrazione sperimentale per la salute mentale transculturale

Il DSM deve prevedere l'attivazione di servizi ad integrazione sperimentale per la salute mentale transculturale, che abbiano come obiettivo quello di affrontare le problematiche psicosociali degli immigrati seguendo la traccia culturale di provenienza, utilizzando tutte le risorse organizzative istituzionali e del volontariato esistenti nel contesto territoriale. Gli obiettivi che tali servizi dovranno perseguire sono i seguenti:

1) sviluppo della sensibilità culturale generale e dell'attenzione alla variabile migratoria come qualità necessarie dei processi organizzativi. In particolare:

a) promuovere un ulteriore sviluppo della vocazione multi-professionale del Dipartimento di salute mentale integrato, attraverso il ricorso alle risorse conoscitive, relativamente al fenomeno migratorio e alle dinamiche del contatto fra culture, offerte da altre discipline scientifiche (etnologia, antropologia medica, linguistica, ecc.) e l'attivazione di nuove figure professionali (mediatori linguistico-culturali), al fine di sviluppare la sensibilità culturale delle strategie di cura e presa in carico;

b) integrare alcune variabili significative (lingua, religione, anno di arrivo in Italia, ecc.) all'interno dei sistemi di rilevazione epidemiologica dei servizi (ad esempio nelle SDO), in modo da poter conoscere più in profondità e monitorare lo stato di salute delle popolazioni migranti ed i fattori di rischio cui è soggetta, così da poter elaborare strategie fondate relativamente alla promozione dell'accesso ai servizi e all'organizzazione delle risposte di cura;

c) incentivare l'attivazione e valorizzazione di centri con dimensione di tipo aziendale, sovra-aziendale e/o inter-aziendale, rispetto ai problemi di salute mentale delle popolazioni migranti, con compiti clinici, di ricerca e formazione.

2) Sviluppo di competenze professionali e di strategie operative nell'ambito della clinica transculturale e del lavoro intersettoriale e comunitario in contesti multiculturali. Un simile obiettivo comporta la necessità di concentrarsi sui nodi teorici e tecnici posti dal confronto con la molteplicità linguistica dei nuovi setting di cura, con altri stili personologici informati da specifici ethos, con configurazioni psicopatologiche e cliniche che possono presentare aspetti o elementi inconsueti o perturbanti e con organizzazioni familiari che seguono logiche differenti.

Indicatori per la valutazione

I. Il PAL basa la valutazione dei servizi di integrazione sperimentale per la salute mentale transculturale sulle seguenti rendicontazioni:

1) la rendicontazione dei sistemi e delle strategie adottate per garantire l'equità delle prestazioni e la fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;

2) la rendicontazione delle strategie intersettoriali attivate e della effettiva messa in rete di istituzioni, servizi e agenzie che, a vario titolo, sono interessate dai processi migratori internazionali;

3) la rendicontazione dei provvedimenti organizzativi e delle implementazioni operative adottate al fine di aumentare la capacità di risposta del DSM integrato alle domande di cura provenienti dalle popolazioni migranti.

7. Qualità della governance clinica

Per la grave patologia mentale è necessario che la presa in carico sia globale e comunitaria e che il Dipartimento di salute mentale integrato ne mantenga sempre la titolarità e ne sostenga la condivisione della responsabilità con gli altri soggetti interessati, rispetto ai seguenti percorsi di cura: 1) accoglienza ed osservazione, 2) diagnosi e progettazione terapeutica, 3) trattamento terapeutico, 4) valutazione rispetto a dispositivi, esiti e processi.

Obiettivi strategici

I. Governo clinico della presa in carico

Il PAL deve offrire assistenza efficace, integrata e di qualità nei servizi clinico-sociali di comunità alle persone che soffrono di gravi e persistenti problemi di salute mentale; attraverso le seguenti tipologie di servizi: 1) servizi sanitari e socio-sanitari domiciliari, ambulatoriali, residenziali ed ospedalieri, 2) servizi di educativa territoriale, sostegno scolastico, integrazione culturale, aggregazione giovanile, inclusione sociale, formazione professionale e collocamento lavorativo, 3) servizi di intervento clinico-sociale, prevenzione e riduzione del danno a bassa-soglia e di strada.

Indicatori per la valutazione

I. Gestione della qualità e sicurezza del paziente

I programmi di valutazione sulla qualità delle cure della grave patologia mentale dovranno essere sviluppati dal DSM integrato, almeno nel numero di uno l'anno.

Il programma di valutazione di qualità dovrà:

a) essere in accordo con gli obiettivi e le procedure dei programmi di qualità;

b) essere elaborato e rivisto per la necessità di assicurare la loro efficacia;

I programmi di garanzia di qualità devono includere attività quali:

a) periodica revisione degli strumenti e delle procedure del servizio;

b) utilizzazione di review fra pari;

c) sviluppo di almeno uno dei seguenti obiettivi: accessibilità e tempestività, sicurezza del paziente, diritti e soddisfazione degli utenti, soddisfazione degli operatori.

I programmi dovranno inoltre includere studi diretti alla valutazione degli esiti delle attività cliniche delle UO come: Revisione statistica, Audit sui criteri, Revisione delle cartelle cliniche, Revisione morbilità e mortalità, Studio di suggerimenti e reclami degli utenti.

II. Costituzione del coordinamento qualità

Presso la direzione del DSM integrato è costituito il coordinamento qualità, con il supporto tecnico del Nucleo operativo miglioramento qualità inter-aree e la partecipazione di tutti i Moduli dipartimentali ed i coordinamenti professionali. Il coordinamento è presieduto dal direttore del DSM, o suo delegato, ed è aperto al contributo delle associazioni di utenti, familiari e volontariato, nonché a rappresentanze di enti locali interessati (comuni e province).

In ogni Modulo dipartimentale del DSM integrato è costituito il Gruppo qualità territoriale, con il supporto tecnico del referente qualità del modulo, la partecipazione di tutte le unità operative e il contributo delle diverse presenze professionali.

8. Servizi di inclusione socio-lavorativa

L'utente in carico ai servizi di salute mentale ha bisogno, per potersi inserire nel mondo del lavoro, di costruire una reale autonomia personale a partire dalle reti relazionali alle quali partecipa. Le soggettività presenti nelle reti relazionali degli utenti vanno accompagnate, attraverso un lavoro di monitoraggio e formazione, a riconoscere il cambiamento dell'utente e l'evoluzione del suo percorso terapeutico. Diversamente, tali reti relazionali, poiché impreparate, corrono il rischio di rimandare all'utente una immagine di sé che non lo aiuta a consolidare gli obiettivi di autonomia faticosamente raggiunti. Riconoscendo e sottolineando con forza il diritto di cittadinanza e definendo co-partecipativo il processo che porta alla costruzione di un progetto di vita, si afferma la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente, attraverso i quali si può favorire una reale occasione di cambiamento della condizione dello stesso.

Obiettivi strategici

I. Network regionale e dispositivi distrettuali

a) È necessario creare un network regionale tra l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, l'Assessorato all'istruzione e formazione professionale e l'Assessorato alla salute per la concertazione programmi e accordi coerenti con gli obiettivi e le azioni dei PAL.

b) All'interno dei DSM integrato bisogna promuovere un network locale per realizzare programmi di inclusione socio-lavorativa delle persone con patologia mentale. Il metodo che favorisce la rete e l'incontro tra strumenti di natura socio-assistenziale e interventi di politica formativa e del lavoro, si fonda su un modello di buona pratica, finalizzato alla promozione di una cultura della corresponsabilità tra tutti gli attori coinvolti (le istituzioni pubbliche, le imprese private, le cooperative sociali, le agenzie di sviluppo locale e di micro-credito, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e del volontariato) per favorire percorsi di inclusione attiva di persone in condizioni di svantaggio, soprattutto con disabilità mentale.

c) Tra i programmi di intervento che attivano dispositivi di sostegno al lavoro vanno individuati e sviluppati, nel PAL del distretto, quelli Evidence-Based che raggiungono al meglio gli obiettivi di sostegno e collocamento individualizzato, in quanto si focalizzano sui seguenti aspetti:

1) Lavori competitivi basati sulle preferenze della persona, sia per quanto riguarda il tipo di lavoro che per la quantità dell'impiego;

2) Ambiti lavorativi integrati;

3) Ricerca del lavoro quando la persona disoccupata mostra un interesse a riguardo;

4) Preparazione pre-lavorativa e assessment minimi;

5) Sostegno continuo da parte del servizio di salute mentale e dell'operatori di riferimento per cercare di mantenere il lavoro o durante il cambiamento di posto di lavoro;

d) Prevedere nel PAL esperienze di formazione sul campo come borse lavoro, tirocini e stage in azienda.

Indicatori per la valutazione

I. Il PAL deve prevedere la stipula di atti convenzionali tra il DSM Integrato e l'UPLMO (Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione) e la presenza di tecnici della salute mentale dell'A.S.P. all'interno del "Comitato provinciale per il sostegno dei disabili" per la valutazione delle residue capacità lavorative dei disabili psichici e per la definizione di strumenti di intervento.

II. Il DSM integrato deve attivare almeno un Programma di collocamento e sostegno individualizzato (IPS) attraverso la formazione di operatori che affiancano l'utente nella ricerca del lavoro.

III. Il PAL deve costruire almeno un network locale di inclusione socio-lavorativa fra l'Azienda sanitaria, gli enti locali, gli Uffici provinciali del lavoro, la cooperazione sociale di tipo A e B, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e familiari, le associazioni imprenditoriali e di categoria, le agenzie di sviluppo locale e le Fondazioni di microcredito e bancarie.

9. Formazione per i sistemi di cura

I nuovi modelli di salute mentale di comunità richiedono nuovi ruoli e responsabilità per il personale coinvolto, ma anche cambiamenti dei valori e degli atteggiamenti, delle conoscenze e delle competenze. È necessario coinvolgere in un lavoro di interconnessione tutte le Agenzie sociali che si occupano di formazione per la salute mentale. È necessario rendere trasmissibili le competenze desunte dall'attività quotidiana nei Dipartimenti di salute mentale, traducendole in principi operativi in grado di guidare il lavoro di cura svolto dagli operatori: rendere cultura la prassi quotidiana.

Va promossa la formazione attraverso il gruppo di lavoro, al fine di permettere a ciascuno operatore di sentirsi parte non solo della singola équipe di appartenenza, ma di un'intera unità operativa e del DSM nel suo complesso e, dunque, di una più estesa organizzazione sanitaria come l'Azienda sanitaria provinciale; non ultimo, di sentirsi parte di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale.

L'équipe tradizionale dei servizi territoriali va ripensata: i gruppi di lavoro di oggi devono riuscire a creare dei rapporti con la comunità locale, devono essere in grado di sviluppare una loro gruppaltà, essere capaci di integrare nuove figure professionali e non professionali per le quali vanno pensati nuovi livelli di formazione. È necessario formare a pratiche di salute mentale di comunità gli operatori degli altri settori, quali insegnanti, funzionari dell'assistenza sociale, operatori sociali, volontari ed altri soggetti portatori di interesse. Le nuove opportunità di formazione, a cominciare da quella psico-sociale di base e da quella orientata allo sviluppo locale di comunità, devono corrispondere al fabbisogno di competenza previsto del PAL. È necessario sviluppare di una sempre maggiore corrispondenza ed integrazione tra formazione universitaria e competenze che vengono richieste agli operatori del SSN. Questo vale sia per operatori che provengono dalle scienze mediche, sia per quelli che provengono dalle scienze psicologiche, sociali ed educative (corsi di laurea, scuole di specializzazione e master di vario tipo), nonché per le scuole di specializzazione in psicoterapia, accreditate ai sensi della legge n. 56/89.

Obiettivi strategici

I. La formazione e la supervisione

La formazione deve mirare a sostenere l'integrazione tra i servizi, in particolare alla costruzione di un DSM integrato, e deve avere una ricaduta pratica sul lavoro con i pazienti, fornendo una formazione continua e progetti di supervisione per gli operatori ed il sistema di cura nel suo complesso. Deve inoltre essere mirata al raggiungimento degli obiettivi del PAL.

La formazione, la ricerca e la qualità devono agire parallelamente, in una prospettiva che si potrebbe definire di formazione totale. I processi formativi, pur attingendo, per quel che riguarda le tematiche, alla quotidiana operatività, devono integrarsi anche con il lavoro di altre Istituzioni, prime tra tutte quelle universitarie. È necessario che ogni DSM integrato chieda la collaborazione di facoltà universitarie quali quelle di medicina, psicologia, scienze politiche, e scienze della formazione o, comunque, di corsi di laurea attinenti alle professionalità presenti.

Indicatori per la valutazione

a) Istituire il nucleo operativo per la formazione presso la direzione dei dipartimenti integrati di salute mentale.

b) Attivare protocolli di collaborazione tra i DSM integrati e le università e le scuole di specializzazione con riconoscimento ministeriale.

c) Attivare progetti di formazione che favoriscono l'integrazione delle aree del DSM integrato attraverso il confronto sia sull'operatività clinica che sulla costruzione delle azioni innovative previste dal Piano strategico.

d) Sviluppare una formazione mirata alla costruzione della rete dei servizi connessi al lavoro del DSM integrato e comunitario.

e) Sviluppare una formazione basata sull'interscambio di esperienze, pratiche e conoscenze tra il sociale ed il sanitario, il pubblico ed il privato, tra gli operati della salute e gli amministratori, fra i curati e i curanti.

f) Promuovere un'attività di supervisione – intesa come co-visione – mirata a sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica.

g) Realizzare la stipula di protocolli di intesa e di accordi di collaborazione tra Aziende sanitarie provinciali e università per la formazione specialistica applicata alla salute mentale di comunità, in grado di generare ricadute operative nei servizi territoriali locali.

h) È da promuovere la stipula di convenzioni per la realizzazione di servizi di salute mentale a gestione mista tra l'A.S.P. e le AOUP per contestualizzare la formazione di personale medico e sanitario afferente alle scuole di specializzazione universitarie e ai corsi di laurea delle professioni sanitarie.

i) Le azioni formative devono avere:

- carattere permanente;
- una stretta connessione fra pratica e teoria;
- il gruppo di lavoro come sede privilegiata di ricerca culturale e formativa;
- la tendenza a valorizzare tutti i soggetti coinvolti nel campo della promozione e tutela della salute mentale nella comunità locale.

10. La Ricerca ed il sistema informativo

I. Istituzione del sistema informativo dipartimentale

II. Convenzione e accordi quadro di ricerca scientifica

È necessario diffondere informazioni di qualità e sostenere la ricerca scientifica sulla salute mentale di comunità nel confronto tra realtà locali ed internazionali, studi longitudinali ed indagini di popolazione, pratiche scientifiche e pratiche empiriche. Valutare l'efficacia della ricerca e produrre nuove evidenze scientifiche sulla prevenzione, la terapia ed il sostegno sociale nel campo della salute mentale, riducendo lo scarto di conoscenze tra ricercatori, politici, professionisti, familiari e pazienti.

Per sviluppare buone politiche e buone pratiche nelle singole comunità locali e in tutta la Regione, è necessario rendere disponibili informazioni di qualità sullo stato corrente della salute mentale, sulle attività correlate e sui flussi economici che le finanziano. Lo stato di salute mentale e la domanda di assistenza delle popolazioni, dei gruppi specifici e dei singoli individui devono essere misurati in modo tale da consentire il confronto dei dati e delle informazioni in tutta la Regione, anche rispetto al panorama nazionale ed europeo. La ricerca è al momento in costante progresso, ma alcune strategie ed interventi mancano tuttora della necessaria base scientifica, per cui si rendono necessari ulteriori investimenti. Inoltre, è indispensabile investire nella diffusione dei dati, poiché le evidenze scientifiche esistenti relative all'efficacia di nuovi interventi e di esempi regionali, nazionali ed internazionali di buone prassi, non sono ancora ben conosciute da politici, dirigenti, professionisti e ricercatori.

Obiettivi strategici

I. Sistema informativo salute mentale

Presso la direzione del DSM integrato è istituito il nucleo operativo sistema informativo che coordina le attività dei referenti individuati presso le articolazioni organizzative del dipartimento stesso.

Gli indicatori del Sistema informativo regionale e dei Sistemi informativi aziendali e dipartimentali devono essere standardizzati e comparabili a livello locale, nazionale e internazionale al fine di poter essere efficacemente utilizzati nella pianificazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione di dispositivi intervento, progetti terapeutici e soprattutto piani d'azione per la salute mentale, che siano basati su evidenze scientifiche, ancorati ai contesti locali di applicazione e soprattutto fondati sui fondi finanziari distrettuali ed sui flussi che li alimentano.

Il sistema informativo dipartimentale deve rispondere alle seguenti funzioni:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del DSM integrato, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;

- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello locale che regionale e nazionale;
- supporto ai sistemi di finanziamento e di pianificazione economica;
- supporto alla ricerca scientifica ed al miglioramento continuo di qualità.

II. Convenzione e accordi quadro di ricerca scientifica

Il DSM integrato deve collaborare ad attività di ricerca sulla salute mentale basate su concrete evidenze scientifiche ed ancorate ai contesti sociali di applicazione. La ricerca dovrà assumere come priorità l'analisi delle politiche e dei finanziamenti relativi alla salute mentale, la valutazione dell'impatto di strategie più generali sulla salute mentale, la valutazione dei programmi di promozione della salute mentale, la creazione di una base di dati più solida in materia di attività di prevenzione, nuovi modelli di servizi e dispositivi terapeutici ed aspetti economici della salute mentale. Ciascun DSM integrato attiva progetti di valutazione e ricerca in salute mentale. Tali ricerche oltre a seguire le usuali linee tecnico-scientifiche, dovrà anche essere orientata alla valutazione delle prassi di lavoro clinico-sociale e dei loro esiti, in raccordo con agenzie pubbliche e private di ricerca presenti sul territorio locale, regionale, nazionale ed internazionale.

In tal senso la ricerca, sia di tipo scientifico che di tipo empirico, potrà:

- promuovere una cultura e una prassi condivise sulla valutazione dell'efficacia degli interventi;
- motivare ad un uso routinario degli strumenti di valutazione;
- valutare la gravità e il miglioramento dei pazienti;
- osservare l'ampiezza dell'effetto del trattamento e la riproducibilità del miglioramento;
- indagare come le diverse variabili socio-demografiche e cliniche incidano sul decorso della malattia;
- valutare l'evoluzione del carico e dei problemi dei familiari;
- valutare l'evoluzione della soddisfazione degli utenti nei confronti degli interventi proposti;
- valutare la recidività dei ricoveri, dei tentativi di suicidio e degli agiti antisociali.

Indicatori per la valutazione

I. Istituzione del sistema informativo dipartimentale

È obbligatorio, in vista della scadenza dell'1 gennaio 2012, l'adeguamento dei sistemi informativi dipartimentali alle direttive contenute nel disciplinare tecnico allegato al citato decreto di istituzione del SISM. L'insieme di informazioni che il SISM si propone di rilevare può costituire il Minimum Data Set condiviso ed omogeneo in grado di fornire dati epidemiologici sull'utenza trattata, i prodotti erogati e le attività ad essi collegati. La presenza, anche a livello nazionale, di un debito informativo ben definito per la NPI rende necessaria l'individuazione, a livello regionale, di un tracciato record compatibile con quello della salute mentale adulti, ma idoneo a rilevare compiutamente le specificità della disciplina. Va attivato in tutti i DSM un unico sistema informativo di analisi clinico-epidemiologica.

II. Individuazione del responsabile Dipartimentale del nucleo operativo sistema informativo e dei referenti delle articolazioni organizzative afferenti

III. La ricerca scientifica ed empirica

È da favorire, per ogni DSM integrato, lo sviluppo di collaborazioni ed accordi di programma per effettuare ricerca empirica

ca e scientifica sulle aree di sua competenza, con università, enti pubblici di ricerca, agenzie private di ricerca, associazioni scientifiche e professionali, ecc., ed integrare tali pratiche ed i risultati ottenuti nei processi di programmazione, gestione e valutazione dipartimentali in un'ottica di integrazione evidence based/clinic governance.

(2012.19.1368)102

DECRETO 22 maggio 2012.

Rideterminazione delle tariffe per il parto cesareo.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Viste le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1980 che fissano la soglia di parti cesari al 10-15% nonché le indicazioni del Ministero della salute che la fissano al 20%;

Visto il D.A. n. 1827/10 del 14 luglio 2010, con il quale sono state rideterminate le tariffe per il parto afferenti ai D.R.G. nn. 371, 373 e 374;

Visto il D.A. n. 2536 del 2 dicembre 2011 di riordino e razionalizzazione dei punti nascita con il quale sono state definite le modalità di riorganizzazione dell'area materno-infantile mediante la rimodulazione dei livelli assistenziali dei punti nascita, delle neonatologie ed, in particolare, l'art. 7 che prevede un abbattimento tariffario dei cesarei primari al superamento della soglia ivi definita;

Ritenuto obiettivo prioritario della Regione ridurre l'incidenza dei parti con taglio cesareo effettuati dalle strutture pubbliche e private con particolare riferimento ai parti cesarei primari e che lo stesso è tra gli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie, al fine di allineare tendenzialmente la percentuale al valore nazionale atteso del 20%;

Preso atto delle risultanze degli incontri tenutisi presso l'Assessorato della salute con l'AIOP regionale nel corso del quale si è concordato di:

– modulare il processo di adeguamento della percentuale dei parti cesari primari al valore medio nazionale non oltre il biennio 2012/2013;

– identificare i valori soglia al di sopra e al di sotto dei quali saranno effettuati gli abbattimenti tariffari diversificati per il 2012 e il 2013, come di seguito indicati:

ANNO 2012				ANNO 2013			
% T.C. primario	DRG 371 €	% abbattimento	Tariffa €	% T.C. primario	DRG 371 €	% abbattimento	Tariffa €
≤ 40	1900	0%	1900	≤ 30	1900	0%	1900
41-50	1900	5%	1710	31-40	1900	5%	1710
51-60	1900	20%	1520	41-50	1900	20%	1520
61-80	1900	35%	1235	51-60	1900	35%	1235
> 80	1900	85%	285	> 60	1900	85%	285