

REGIONE VENETO
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SANITARIE

DIREZIONE REGIONALE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA

PROGETTO OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

**(Legge Regionale 3 febbraio 1996 n.5 -
Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 1996-1998, art. 18, commi 1e 2)**

INDICE

1. PREMESSA

2. FUNZIONI E ATTIVITA' DEL DSM

3. STRATEGIA DI INTERVENTO DEL DSM

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.1 Organizzazione delle équipe psichiatriche

4.2 Funzioni delle strutture dell'équipe psichiatrica

4.2.1 Csm

4.2.2 Strutture intermedie

4.2.2.1 Strutture semiresidenziali (DHT/CD)

4.2.2.2 Strutture residenziali (CTRP/CA)

4.2.3 Strutture di degenza (SPDC/DHO)

4.3 Rapporti con le strutture private

5. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO NEL DSM

5.1 Ruolo e funzioni delle cliniche psichiatriche
universitarie

6. INIZIATIVE SUCCESSIVE ALLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

7. LINEE GUIDA PER LA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

8. LINEE GUIDA PER IL DSM NELLA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

8.1 Rapporti con gli utenti

8.2 Volontariato

9. SISTEMA INFORMATIVO DEL DSM ED INDICATORI

10. INDICATORI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO

11. FINANZIAMENTI AL PROGETTO OBIETTIVO

12. VERIFICHE PERIODICHE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL P.O.

13. GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI

14. ALLEGATI:

1 = Indicatori di attività

2= Indicatori sulla qualità dell'attività e dei processi

3= Indicatori sulla qualità percepita

1. PREMESSA

E' in atto una profonda trasformazione culturale, strutturale ed organizzativa del sistema sanitario veneto. Tre grandi direttive si delineano nell'organizzare e garantire i livelli uniformi di assistenza indicati dal PSSR 96/98 (LR 5/96); esse sono: Integrazione tra i servizi, Territorializzazione della erogazione e sviluppo della Prevenzione. Tre sono poi i luoghi istituzionali che la LR 56/94 individua come preposti alla erogazione dell'assistenza sanitaria: il Distretto Socio Sanitario, il Dipartimento di Prevenzione e l'Ospedale. La loro individuazione tende a garantire luoghi e tempi certi per l'accesso alle prestazioni e risposta, rilevabile e valutabile, al bisogno di salute psicofisica della popolazione, secondo livelli almeno pari a quelli uniformi previsti dalla programmazione sanitaria nazionale, con risultati attesi e valutabili.

Un obiettivo strategico del PSSR 96/98 è individuato nella redistribuzione della suddivisione della quota capitaria a favore della medicina preventiva e territoriale e nella valorizzazione del Distretto Socio Sanitario come ambito privilegiato di integrazione operativa e di coordinamento con i soggetti attuativi del Piano di Zona (strutture pubbliche, private e del privato/sociale, accreditate). Il Piano di Zona, predisposto dalla Conferenza dei Sindaci, è lo strumento che organizza l'integrazione tra servizi sanitari e socio assistenziali. Nel Distretto si realizza il Piano di Zona e il Distretto è il centro di coordinamento dei cittadini per tutti i servizi dell'Azienda ULSS.

Obiettivo fondamentale dell'intervento della sanità regionale veneta è la promozione e tutela della salute in generale, e mentale nello specifico. In tal senso l'azione di prevenzione primaria viene posta in primo piano nel processo organizzativo ed erogativo, nonché formativo. La promozione e tutela della salute mentale, nonché la cura della malattia mentale, vengono decisamente ribadite come distinte dal controllo sociale.

La promozione e tutela della salute mentale, si realizzano anche mediante la possibilità di usufruire di risposte, in un contesto di continuità terapeutica, al bisogno sanitario e sociale espresso dalla sofferenza mentale. Tale modalità è elemento qualificante il processo di cura e garanzia del rispetto dei diritti del cittadino.

2. FUNZIONI E ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

In tutte le Az-ULSS deve essere attivato il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) entro i sei mesi successivi alla entrata in vigore del presente documento.

Il Dipartimento di Salute Mentale si configura nelle fondamentali funzioni d'équipe psichiatrica che sono individuate in DGR 740/1999.

Ciò premesso si precisa che nell'area geografica di ogni Az-ULSS (comprese quelle di Padova e Verona nelle quali, per la presenza delle rispettive Aziende Ospedaliere, il DSM è interaziendale), esiste una unità dipartimentale unica, a direzione unica, facendo normalmente coincidere, a normativa vigente, il Referente di Area Tutela della Salute Mentale con il Coordinatore nonché Responsabile del Dipartimento. Il Coordinatore-Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), è un medico psichiatra, di norma dirigente di secondo livello. E' nominato con incarico a termine e rinnovabile, dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario. Mantiene attività clinica diretta in una delle équipe del DSM e coordina i responsabili delle équipe, non limitando tuttavia la loro autonomia decisionale clinica.

Ogni dipartimento di salute mentale propone il proprio regolamento, in conformità alle linee guida strategiche assunte dalla direzione generale aziendale, la quale, esaminatolo, lo approva ed adotta. Il regolamento del DSM deve essere adottato dal Direttore Generale entro tre mesi dalla istituzione del DSM e deve prevedere un proprio consiglio di DSM con funzioni di indirizzo, programmazione e verifica interne, rispettoso delle singole complessità locali e composto da membri di diritto (tutti i secondi livelli dirigenziali responsabili di équipe) ed elettivi, con particolare riguardo a esponenti della conferenza dei sindaci.

Del consiglio di DSM faranno necessariamente parte anche le associazioni dei familiari dei pazienti, le quali dovranno essere rappresentate su base elettiva, se formalmente presenti nell'area del DSM medesimo, mediante un rappresentante per ogni associazione.

A livello locale saranno eleggibili nel consiglio di DSM i rappresentanti delle associazioni le cui sedi locali siano state accreditate dalle associazioni dei familiari riconosciute in regione ed iscritte all'albo regionale,

così come, potranno interagire direttamente con la regione solo le associazioni dei familiari iscritte all'albo regionale con almeno una delle loro sedi locali. Il consiglio di DSM si riunisce almeno tre volte l'anno.

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

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

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

3. STRATEGIA DI INTERVENTO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Mediante una organizzazione dipartimentale concertata unica, territorialmente integrantesi in modalità funzionale con i servizi socio sanitari dell'Azienda ULSS, e globalmente coordinata nei diversi presidi di erogazione, si deve realizzare:

- 1) una diffusa e completa tutela della salute mentale, negli ambiti preventivo, terapeutico e riabilitativo, con risultati rilevabili e valutabili da appositi indicatori;
- 2) la promozione, il mantenimento e la attuazione di progetti di formazione e aggiornamento degli operatori, nonché di sensibilizzazione ed informazione alla popolazione residente, coerenti con le finalità anche preventive del Progetto Obiettivo.

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

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

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

Alla figura del medico è data la responsabilità della cura e delle risorse assegnate. Tale responsabilità è condivisa con le diverse figure professionali, abilitate alla cura, che concorrono nell'équipe alla determinazione ed attuazione della presa in carico psichiatrica. L'esercizio della responsabilità viene valutato almeno dagli indicatori definiti dal presente Progetto Obiettivo.

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

Le équipe psichiatriche pluriprofessionali si configurano come Unità Operative Autonome dotate di responsabilità economica (relativamente alla spesa generata), interagenti tra loro, con i Distretti Socio Sanitari, il Presidio Ospedaliero ed il Dipartimento di Prevenzione, secondo le linee guida concordate in seno alla organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, linee guida approvate dal Direttore Generale. Le équipe psichiatriche sono responsabili, dal punto di vista terapeutico ed organizzativo, delle strutture assegnate, del raggiungimento degli obiettivi di budget concordato e della efficacia dei percorsi terapeutici selezionati tra quelli possibili; il tutto attivato (strutture, budget ed attività clinica) per rispondere al bisogno

di salute mentale dell'utenza. Il responsabile dell'équipe gestisce lo specifico ed assegnato documento di budget, nell'ambito del DSM (strumento organizzativo funzionale unico), e in armonia con gli obiettivi generali della direzione strategica dell'Azienda ULSS.

I responsabili di ogni Unità Operativa psichiatrica (équipe), concordano con il responsabile del DSM il documento di budget del DSM; quest'ultimo acquisisce anche il parere delle sezioni locali delle associazioni dei familiari, purchè iscritte direttamente all'albo regionale, oppure, accreditate dalla associazione con medesima sigla iscritta all'albo predetto con almeno una delle sue sedi. Il documento di budget è l'insieme delle azioni ed obiettivi per la cui realizzazione sono individuate ed assegnate, dalla direzione strategica dell'Azienda ULSS, risorse organizzative per la cui valutazione di uso ed esito sono preventivamente precisati e dichiarati, da tutte le parti coinvolte, i risultati attesi, nonchè gli indicatori assunti per verificarli. Nel documento di budget elaborato e concordato vengono definite le risorse organizzative assegnate alle singole équipe del DSM, per la organica e coordinata attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ovvero, per la prevenzione, cura e riabilitazione, rispettivamente. Il responsabile del DSM discuterà allora il documento di budget con i referenti dei tre luoghi organizzativi previsti per la erogazione dell'assistenza sanitaria (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, nelle figure del responsabile del coordinamento dei distretti, del dirigente medico del presidio ospedaliero, nonchè del responsabile del dipartimento di prevenzione), e quindi successivamente lo contratterà con la direzione strategica dell'Azienda ULSS.

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

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

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

- una unità amministrativa, almeno di settimo livello, a disposizione dell'ufficio di area dipartimentale di afferenza del responsabile del dipartimento
- due dirigenti di secondo o primo livello di professionalità sanitaria scelti dal responsabile del DSM per svolgere part-time funzioni, oltre a quelle istituzionali previste e svolte dagli stessi nelle équipe psichiatriche di appartenenza, di supporto organizzativo e scientifico al DSM stesso (realizzato anche attraverso l'utilizzo di eventuale centro studi e documentazione del DSM).

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

Si è nel tempo osservato che le équipe hanno dovuto rispondere ai bisogni sanitari e sociali di casi nei quali di norma non sussiste diretta e primaria competenza specialistica psichiatrica. Ciò si è verificato prevalentemente nelle aree handicap, anziani, tossicodipendenti, persone nella fase terminale della vita e, più in generale, con i soggetti deboli. Per queste aree sono in corso di approvazione i rispettivi progetti obiettivo.

In tali situazioni la funzione organizzativa integrata del DSM garantirà il supporto di consulenza specialistica eventualmente richiesto. Ciò in armonia al dettato del DPR 7.4.1994. La risposta, sanitaria e sociale, a tale utenza andrà comunque garantita tempestivamente dalle Aziende ULSS attraverso la più complessiva rete operativa distrettuale. Nei casi di incerta competenza, il responsabile del distretto convocherà gli specialisti competenti per la presa in carico del paziente, che dovrà essere comunque garantita e realizzarsi in rapporto alla patologia stabilmente prevalente anche per le eventuali esigenze residenziali e/o semiresidenziali.

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 17, 22 e 23 della L.R. 56/94, nonchè dell'art.18 della legge 5/96 PSSR, il DSM non è subordinato, nè dipendente dall'ospedale, dal distretto socio-sanitario o dal dipartimento di prevenzione. Il DSM è forma organizzativa che, mediante il suo coordinatore responsabile, si rapporta alla direzione aziendale, alla pari con le predette altre strutture e forme organizzative proprie dell'Az-ULSS (senza con questo farlo coincidere con le strutture primarie della LR 56/94). Il rapporto è regolato altresì dalle linee guida strategiche dell'Az-ULSS e dai dispositivi di legge in vigore, anche in tema di finanziamenti per la tutela della salute mentale (vedasi pure cap. 11). Almeno su tali parametri si determineranno i documenti di budget per DSM ed équipe psichiatrica.

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

In tale contesto l' autonomia dei responsabili delle unità operative (psichiatriche e non) si condiziona reciprocamente nella fase di definizione degli obiettivi strategici dell'Azienda ULSS e dei distinti documenti di budget. Da essa scaturiscono i vari momenti dei processi preventivi, terapeutici ed assistenziali, e la formalizzazione dei relativi accordi orizzontali con protocolli di intesa che specificheranno gli obiettivi e le responsabilità attribuibili a ciascuna unità operativa. Le attività così formalizzate e programmate formeranno una base aggiuntiva per la costruzione dei budget delle stesse unità operative coinvolte.

La proposta di budget di ogni singola unità operativa in ambiti distrettuali diversi dovrà comprendere la stretta componente relativa alla attività istituzionale specialistica ordinaria (nucleo di risorse organizzative centrale; per la branca specialistica di psichiatria, il 4% almeno del fondo sanitario regionale ex LR 3/1998, per giungere al 5% nell'arco temporale di validità del piano sanitario regionale), con un addetto ogni 1500 abitanti (il parametro non include il personale operante presso le strutture derivante dagli ex o.p.). Potrà inoltre comprendere una ulteriore componente derivante dagli accordi orizzontali tra le diverse unità operative erogatrici e cooperanti nella stessa area di tutela della salute mentale (gradiente di risorse organizzative periferiche).

Queste ulteriori risorse destinate alle attività svolte nell'ambito ed in attuazione degli accordi orizzontali, potranno derivare da alcune funzioni del dipartimento di prevenzione o di altre organizzazioni dipartimentali afferenti alla medicina ed alla chirurgia, utilizzando la psichiatria di collegamento (liaison) e la prevenzione primaria, sia nei luoghi istituzionali di cura, sia nella rete sociale in cui vivono gli utenti.

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

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.1 Organizzazione delle équipes psichiatriche

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

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

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

L'équipe di norma deve occuparsi, secondo la normativa disposta in DGR n° 2223/95, di una popolazione di circa 100.000 abitanti e deve essere dotata di:

- a. un CSM, con attività territoriali, anche decentrate, di ambulatorio, a domicilio, socio-ambientali, nonché di Day-Hospital Territoriale e di Centro Diurno, con iniziative educativo occupazionali, ed altresì di pronto intervento, in collegamento con la medicina di base, il servizio di continuità assistenziale ed il S.U.E.M (vedasi punto 4.2.1).
- b. un SPDC, con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital Ospedaliero, con

ricettività tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti (per un massimo di sedici posti letto per 100.000 abitanti);

- c. almeno una CTRP attiva, anche mista, per 100.000 abitanti dotata tendenzialmente di 12 posti, elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate locali necessità, da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno;
- d. due o più Comunità Alloggio (CA), anche miste, a protezione differenziata, con un accoglimento massimo di 6 persone; le CA avranno obbligatoriamente, all'interno del piano di zona, numero e caratteristiche rapportate all'esigenza della popolazione servita, con verifica periodica annuale. Le CA avranno una intensità socio-assistenziale elevata, ospitando pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con predefinite verifiche e rinnovabilità degli stessi.

Al fine di rendere fruibili tali strutture si raccomanda siano uniformemente distribuite nel territorio, evitando comunque la riproposizione di situazioni neomanicomiali.

Questo assetto organizzativo può essere variato dal Direttore Generale in rapporto a particolari specificità locali, su proposta motivata del responsabile del DSM e previa notificazione alla struttura regionale competente dell'assessorato alle politiche sanitarie ed alle Società Scientifiche Psichiatriche venete accreditate; queste ultime esprimeranno motivate considerazioni sulle modifiche attuate e sulla congruità dei risultati. Gli oneri economici derivanti da variazioni organizzative locali ricadono interamente nel bilancio della Az-ULSS che le sperimenta o attiva. Non sono ammissibili variazioni di organizzazione locale in aperto contrasto con i compiti del DSM delineati in questo Progetto Obiettivo e le prescrizioni del DPR 14/01/1997.

Le strutture indicate ai punti a, b, c e d, dovranno possedere almeno i requisiti del DPR 14/01/1997: (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), al quale per il dettaglio si rimanda.

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

I carichi di lavoro specifici per l'attività territoriale di branca, sostanziano la dotazione organica che dovrà essere almeno di un operatore ogni 1500 abitanti, in regime di piena attivazione delle strutture sopra riportate, escludendo dal computo le unità di personale operanti presso le strutture derivate dalla dismissione degli ex o.p.. Le figure professionali di cui si compone l'équipe sono almeno e principalmente le seguenti: medico psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, addetti all'assistenza, educatore/animatore professionale, amministrativo (e comunque tra quelle previste dal vigente PSSN).

Nella attribuzione del personale alle diverse équipe psichiatriche, andrà garantita, pur nel rispetto della normativa vigente, congiuntamente ed attentamente, sia da parte del responsabile dell'équipe destinataria, sia da parte della direzione generale assegnante, la massima formazione e qualificazione di ogni professionista assegnato, di qualunque livello esso sia, poichè il diretto contatto umano è una delle principali vie mediante le quali è possibile una attività e una relazione terapeutica con il malato mentale e l'ambiente in cui vive, ed essendo altresì in psichiatria la componente umana, più che la strumentale, ad incidere significativamente nella buona pratica clinica psichiatrica di cura e tutela della salute mentale.

Un protocollo operativo-funzionale dei rapporti tra distinte équipe, Distretti, Dipartimento di Prevenzione e Presidio Ospedaliero (presenti nel territorio delle stesse), può essere quello descritto cap. n° 7: "linee guida per l'integrazione socio sanitaria", al quale si rimanda. Di norma le équipe psichiatriche, nell'ambito della loro attività terapeutica, riabilitativa e preventiva, instaurano rapporti di collaborazione con il paziente, i suoi familiari e il medico di medicina generale del paziente medesimo. Di questo è garante e responsabile in primis il dirigente in capo dell'équipe, in quanto egli la coordina e guida (vedasi anche cap. 8).

I casi di abbandono della cura devono essere rilevati per assicurare su di essi riflessione formale nel DSM e all'interno della équipe che aveva in trattamento il paziente. L'abbandono della cura sarà comunque tempestivamente comunicato al medico di medicina generale dell'utente, nell'ambito di una collaborazione deontologicamente costituita per la ripresa della cura. L'abbandono della cura potrà essere comunicato anche ai familiari, individuati già nella presa in carico del paziente, qualora gli stessi ne abbiano fatta esplicita richiesta.

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.2 Funzioni delle strutture delle équipe psichiatriche

4.2.1 Csm

Il Centro di Salute Mentale è alla base della organizzazione dell'équipe ed è il punto di impulso e coordinamento delle attività sul territorio di riferimento della medesima. Il CSM coordina e svolge, nel suo ambito territoriale, tutte le funzioni di programmazione ed articolazione integrata delle attività per la tutela della salute mentale della popolazione presente, verificando altresì l'esito delle stesse.

Il CSM è fisicamente e funzionalmente una struttura territoriale nella quale ha sede la direzione della équipe. Il CSM assicura una attività territoriale programmata nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati, erogando altresì interventi sia ambulatoriali che territoriali, di norma su richiesta del paziente. Qualora mancasse la domanda di cura espressa dal paziente, andrà necessariamente dato esito alla segnalazione del caso, comunque pervenuta, e ciò di intesa anche con i familiari e medico di medicina generale del paziente.

IL CSM funziona, a dotazione organica d'équipe pienamente realizzata, di norma dodici ore consecutive in tutti i giorni feriali. Per gli eventuali interventi di urgenza è l'équipe nel suo insieme ad essere attiva 24 ore su 24 per l'intero anno solare, in coordinamento con il D.E.A. (servizio 118) e con il servizio di continuità assistenziale (già servizio di guardia medica festiva e notturna), secondo protocolli di intesa operativa (da formalizzare entro sei mesi dall'approvazione del P.O.) necessariamente predefiniti a livello di DSM, purché distinti negli ambiti dell'attività urgente e programmata, e congrui con la progettualità terapeutica personalizzata diretta al paziente.

Eventuali forme di attività notturna del CSM, correlate a documentato e parallelo decremento dell'attività residenziale ed ospedaliera, saranno localmente possibili nell'ambito della autonomia organizzativa locale. Gli esiti di tali attività dovranno essere sottoposti a valide verifiche.

Tutte le articolazioni del CSM (Ambulatoriale e non-ambulatoriale, Centro Diurno e Day Hospital Territoriale) sono in stretta e costante connessione con le altre strutture dell'équipe (CTRP, CA, SPDC), per l'attuazione integrata dei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati.

Per realizzare adeguatamente le proprie funzioni essenziali ogni CSM deve svolgere almeno:

1. attività di riconoscimento e accoglienza delle richieste degli utenti e/o dei loro familiari e di informazione agli stessi, (in territori particolarmente estesi o disagiati, possono essere previsti, in aggiunta, anche una o più articolazioni decentrate di attività);
2. attività ambulatoriale, che garantisca, secondo un modello integrato, interventi di tipo multiprofessionale con vari livelli di modulazione (ad es.: medico-psichiatrico, infermieristico, psicologico, psicoterapeutico, sociale, socio riabilitativo, ecc.);
3. attività territoriale, svolta al di fuori delle sedi fisiche delle strutture delle équipe, che risponda ai bisogni del singolo utente e del suo nucleo familiare e relazionale, distinta in urgente e programmata e differenziandosi essenzialmente come:
 - a. attività domiciliare, effettuata di norma nell'ambito di specifici programmi terapeutico riabilitativi, coinvolgendo la famiglia del paziente ed il suo medico di medicina generale (questi cooperante anche secondo le linee guida della Assistenza Domiciliare Integrata: DGR Veneto 2996/97), prevedendo altresì particolari e specifici protocolli clinico / operativi per i pazienti non cooperativi;
 - b. attività di rete, attraverso la elaborazione di stabili rapporti con i soggetti a qualunque titolo coinvolti e/o interessati nelle problematiche di salute mentale (medici di medicina generale, istituzioni, enti pubblici e privati, associazioni dei familiari, ecc.).

In particolare, all'interno delle predette attività del CSM è necessario che:

- l'accoglienza della domanda e di chi la pone (paziente, familiari o altri), si configuri progressivamente come un significativo momento di incontro tra gli operatori e l'utente, le sue problematiche, i suoi contesti relazionali (familiari e sociali), onde porre quanto prima le basi per una relazione terapeutica specifica e qualificata;
- per gli interventi sull'urgenza/emergenza, siano predisposte con definito protocollo, già a livello dipartimentale, le risorse necessarie e le modalità atte ad affrontare le situazioni, individuali e di contesto, determinate da acuta sofferenza psichica, affinché 24h / 24h per l'intero anno solare, tali interventi possano essere effettuati con la doverosa rapidità ed efficacia, in coordinamento con il medico di medicina generale del paziente, il D.E.A. e il servizio di continuità assistenziale;
- sia programmata, esplicitata ed attivata nei piani di zona, l'integrazione funzionale con tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali contigue con la salute mentale, così da attuare una strategia unitaria nel rispondere al bisogno di salute dell'utenza;
- siano garantite le consulenze psichiatriche e psicologiche per tutti gli utenti afferenti a servizi o presidi del territorio di competenza dell'équipe, in particolar modo qualora siano parte di specifici progetti socio

- riabilitativi;
- siano attivati flussi informativi per l'organizzazione del lavoro, la valutazione della quantità e qualità delle prestazioni ed attività erogate e per la progressiva validazione delle metodologie di intervento adottate dall'équipe; tali flussi informativi debbono essere coerenti con quelli ministeriali e regionali;
 - siano elaborati ed attuati programmi di informazione e di educazione sanitaria, d'intesa con gli enti locali e le agenzie territoriali interessate, per la prevenzione del disagio psichico e la promozione della salute mentale;
 - sia garantita l'attività di aggiornamento e formazione professionale permanente per gli operatori dell'équipe e di tirocinio in genere per altre professionalità coinvolte;
 - sia garantita l'informazione sul dettaglio dei servizi erogati (vedasi cap. 8).
 - sia garantito il monitoraggio dei bisogni espressi e non espressi, mediante una stretta collaborazione con i medici di medicina generale e le associazioni dei familiari.

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.2 Funzioni delle strutture delle équipe psichiatriche

4.2.1 Csm

4.2.2 Strutture intermedie

Spetta al dirigente responsabile dell'équipe psichiatrica, il compito di:

- a) determinare gli indirizzi clinico-terapeutici e gli obiettivi specifici della attività nelle strutture, organizzandole altresì nelle loro diverse articolazioni;
- b) promuovere e curare la formazione ed aggiornamento del personale assegnato.

Al personale di primo livello dirigenziale eventualmente assegnato a dette strutture può essere affidata la responsabilità attuativa dei punti a e b.

Le strutture intermedie sono distinte in semiresidenziali e residenziali e di seguito se ne descrivono la tipologia e le funzioni che la Regione Veneto definisce essenziali per la erogazione di livelli uniformi di assistenza.

Tuttavia, considerata l'autonomia dei Direttori Generali nell'ambito della normativa vigente, qualora localmente emergesse, su motivata richiesta del DSM locale e/o delle Associazioni dei familiari riconosciute, la utilità di una diversa organizzazione delle medesime strutture semiresidenziali e/o residenziali, il Direttore Generale potrà attivarla, eventualmente facendo ricorso a convenzioni con cooperative sociali e/o associazioni di volontariato (vedasi anche punto 4.1).

Il DSM può avvalersi, secondo le norme di programmazione interna, di esponenti accreditati del privato-sociale, privato-imprenditoriale e delle associazioni di volontariato, per la attivazione e gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali e per la realizzazione dei programmi di intervento terapeutico-riabilitativo.

Resta tuttavia assegnata unicamente al DSM la funzione di programmazione generale degli inserimenti dei pazienti e di verifica sulla realizzazione dei programmi terapeutici personalizzati, preventivamente concordati e formalizzati.

Per il reperimento e la gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali è necessaria la collaborazione attiva dell'Azienda ULSS con i comuni dei diversi Distretti, secondo le linee guida dell'integrazione socio-sanitaria di cui al cap. 7 del presente documento, tenuto altresì conto in particolare dell'articolo 83 della L.R. n° 3/98. Di norma queste strutture saranno da individuare e da attivare nell'ambito della realtà territoriale di pertinenza delle équipe, onde favorire l'integrazione con il tessuto sociale degli ospiti e ridurre la deriva sociale dei medesimi.

4.2.2.1 Strutture semiresidenziali

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.2 Funzioni delle strutture delle équipe psichiatriche

4.2.1 Csm

4.2.2 Strutture intermedie

4.2.3 Strutture di degenza

SPDC

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la struttura dell'équipe deputata ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, volontari (TSV) o obbligatori (TSO), esplicando altresì, nell'ambito delle competenze del DSM, attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni altro degente ricoverato nei diversi reparti dell'area ospedaliera.

Entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente progetto obiettivo, la Regione Veneto emanerà linee guida per l'applicazione del TSO e dell'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio).

Gli SPDC, di norma con un posto letto per 10.000 abitanti, devono essere fisicamente ubicati negli ospedali generali delle Aziende ULSS, dotati di pronto soccorso funzionante 24/24 ore die e della pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche. L'SPDC può svolgere e concorrere a gestire funzioni di Day Hospital Ospedaliero nelle ore diurne o notturne, nell'ambito proprio o di altre specialità dell'ospedale generale in cui è ubicato, pur sempre come normato dal DPR 20/10/1992. In un posto di DHO si potranno realizzare al massimo due trattamenti/die.

I posti letto in SPDC in ambito regionale sono individuati in numero non inferiore ad uno ogni 10.000 abitanti e massimo sedici per 100.000 abitanti. L'SPDC è attivo 24/24 ore per tutti i giorni dell'anno. Le sedi di Padova e Verona, sono caratterizzate dalla contestuale presenza dell'Az-ULSS, dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università. Poichè ivi afferiscono numerosi pazienti con patologie di particolare gravità provenienti da altre ULSS, anche di altre Regioni, e talora manifestano co-morbilità con disturbi psichici che richiedono il trasferimento nel reparto psichiatrico ed il proseguimento del trattamento da parte dei reparti medici e chirurgici ad alta specializzazione sotto forma di consulenza, è necessario prevedere una maggiore disponibilità di posti letto psichiatrici.

Tali posti letto pertanto potranno essere in numero superiore a sedici per centomila abitanti, e comunque non inferiori a sedici per SPDC, anche in presenza di un bacino di utenza che, riferito all'équipe psichiatrica territoriale di afferenza, sia inferiore a centomila abitanti. In ogni caso il numero di tali posti letto andrà rapportato alle prescrizioni di cui all'art. 1, comma 1 della legge 23/12/1996, n° 662.

DH Ospedaliero (DHO) (funzione dell' SPDC)

Costituisce una modalità di erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono una modalità di presa in carico semiresidenziale (realizzabile in regime di ospedalizzazione diurna); tali prestazioni sono erogate all'interno dell'ospedale generale dal Servizio di Diagnosi e Cura (SPDC). Il DHO è attivo almeno dodici ore al giorno per tutti i giorni dell'anno ed ha la funzione di ridurre i ricoveri in SPDC, nonchè di limitarne la durata quando questi si rendano indispensabili. Questa attività prevede interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi su casi psichiatrici per i quali sia prevedibile l'uso della degenza a letto, oppure sia altresì prevedibile la possibilità di acutizzazioni della patologia di base o di altre concomitanti (ma non prevalenti nel tempo della cura alla malattia psichiatrica), tali da richiedere l'attivazione del regime di ricovero o la pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche.

In considerazione che un posto letto in DHO è equivalente ad un posto letto in SPDC (ai sensi del DPR 20/10/1992, art. 2 commi 1 e 2), l'attivazione di un posto in DHO determina la disattivazione di un posto in SPDC. La decisione di attivazione/disattivazione dei posti letto in DHO, deve essere assunta con riferimento ad un arco temporale almeno annuale, sulla base della documentata e progressiva territorializzazione dell'attività dell'équipe.

In DHO l'attività diagnostica è prevalente e si incentra su problematiche cliniche acute o subacute, mentre non è prevalente la necessità di integrazione socio sanitaria, essendo il problema attivo primariamente sanitario. Il DHO può svolgere la funzione sua propria anche nelle ore notturne, in regime, dichiarato, di Night Hospital (DHON), con assogettamento anche per il posto in DHON al DPR 20/10/1992.

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.2 Funzioni delle strutture delle équipe psichiatriche

4.2.1 Csm

4.2.2 Strutture intermedie

4.2.2.1 Strutture semiresidenziali

Sono il Centro Diurno (CD) e il Day Hospital (DH). Il DH può essere distinto in DH Ospedaliero (DHO) ed in DH Territoriale (DHT). Tutte queste strutture sono sanitarie. Il CD ed il DH ospitano di norma durante le ore diurne soggetti che necessitano di interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi, sulla base di programmi

individuali di breve, medio e lungo periodo concordati con il CSM. Il DHT è una funzione ed articolazione organizzata del CSM, mentre il DHO è una funzione ed articolazione organizzata dell'SPDC.

DH Territoriale (DHT) (Funzione del CSM)

Costituisce un'area per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime di cura semiresidenziale. E' collocato di preferenza nella sede del CSM o, in alternativa, nel contesto territoriale più ampio dell'area in cui opera l'équipe ed è aperto di norma otto ore al giorno per sei giorni la settimana.

In esso si realizzano interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi su casi psichiatrici per i quali non sia previsto l'uso della degenza a letto, nè sia altresì prevedibile la possibilità di acutizzazioni della patologia di base o di altre concomitanti (ma non prevalenti nel tempo della cura alla malattia psichiatrica), tali da richiedere l'attivazione del regime di ricovero o la pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche.

Gli interventi terapeutici realizzati al DHT hanno un basso gradiente di attività diagnostica e si realizzano su pazienti con problematiche cliniche note.

Nel DHT l'azione terapeutica si avvale di un alto gradiente di integrazione socio sanitaria. Un posto in DHT non equivale ad un posto letto in SPDC.

Centro diurno (CD)

Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo), collocata di preferenza nel contesto territoriale per favorire gli scambi sociali, ed è aperta di norma otto ore al giorno per sei giorni la settimana.

L'azione terapeutico riabilitativa dovrà realizzarsi con pazienti che presentino menomazioni e disabilità conseguenti o correlate alla malattia mentale. Essa mirerà primariamente al recupero della piena possibilità di libera espressione dell'intenzionalità dei pazienti, al mantenimento e miglioramento della loro autonomia ed integrazione nel contesto sociale di appartenenza, utilizzando la relazione interpersonale, altre opportunità risocializzanti, espressive e formative, sino anche a favorirne l'eventuale inserimento lavorativo.

4.2.2.2 Strutture residenziali

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.2 Funzioni delle strutture delle équipe psichiatriche

4.2.1 Csm

4.2.2 Strutture intermedie

4.2.2.1 Strutture semiresidenziali

4.2.2.2 Strutture residenziali

Nella organizzazione dell'assistenza psichiatrica nel Veneto le strutture residenziali psichiatriche individuate dalla normativa vigente sono le seguenti: Comunità Residenziali Terapeutiche Protette (CTRP) attive e di mantenimento ad estinzione, nonché le Comunità Alloggio (CA). Entrambe le tipologie di CTRP sono sanitarie; le CA sono invece di tipo socio sanitario con paritaria componente sanitaria (per la cura), e sociale (per l'assistenza)

Le strutture residenziali accolgono pazienti con necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera. I pazienti vengono inseriti in tali strutture per ragioni cliniche e con un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, documentato, riscontrabile e periodicamente verificato dall'équipe che ha in carico il paziente. I pazienti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da patologia di pertinenza psichiatrica.

Il DSM per i casi, per i quali non sussiste di norma alcuna prevalente competenza psichiatrica (ad es. disabili, anziani, tossicodipendenti, ecc.), e siano assistiti da altri servizi sociali e sanitari in regime di residenzialità, garantisce l'apporto di consulenza e non di presa in carico.

Le strutture residenziali (CA e CTRP), debbono essere attivate in numero e tipologia rapportate ai bisogni accertati nella popolazione, come indicato dalla legislazione in vigore ed evidenziato dal sistema informativo regionale per i DSM, garantendo nel pubblico comunque il minimo uniforme previsto dalla programmazione regionale; oltre ad esso, in convenzione con il privato sociale e imprenditoriale, nonché con le associazioni di volontariato.

Il DSM, nella compatibilità della continuità terapeutica, favorirà il rientro dei pazienti collocati fuori regione, in strutture residenziali, sentiti il paziente o i suoi familiari.

CTRP

Le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP) si distinguono in CTRP di Mantenimento (ad estinzione) ed in CTRP Attive. Le prime proseguono esclusivamente la cura di pazienti provenienti dalla chiusura degli ospedali psichiatrici, senza ulteriori ammissioni, e possono accogliere al massimo venti ospiti; le seconde sono destinate unicamente ai nuovi casi di menomazioni e disabilità conseguenti o correlate alla malattia mentale, provenienti dal territorio di afferenza dell'équipe e di norma ospitano dodici utenti. Anche in questo ultimo tipo di CTRP i posti sono elevabili sino a venti in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi in tal caso obbligatoriamente di anno in anno. In entrambi i casi le CTRP possono essere anche miste. In esse l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti e la presenza di personale è garantita 24/24 ore die per tutti i giorni della settimana. Saranno inseribili in queste CTRP pazienti in trattamento prolungato per i quali è necessario un progetto terapeutico riabilitativo e residenziale personalizzato, da verificare periodicamente.

Ribadito che le CTRP sono strutture sanitarie, i pazienti ivi inseriti sono affidati alla responsabilità terapeutica dall'équipe psichiatrica. Le CTRP sono ubicate nel territorio di afferenza dell'équipe e non avulse dalla rete sociale ed abitativa locale. Situazioni difformi, eventualmente già presenti, si dovranno adeguare nel triennio di validità del presente progetto. Le CTRP sono una possibilità terapeutica, in ambiente extraospedaliero, contraddistinta dalla massima attivazione delle competenze terapeutico riabilitative dell'équipe per contrastare, anche tempestivamente, la evoluzione verso la cronicità e/o la deriva sociale.

CA

Le Comunità Alloggio, sono previste per utenti con capacità di vita personale e sociale, tale da consentire loro di vivere autonomamente alcune fasi della giornata senza continuativa presenza di operatori della salute mentale. In ogni CA possono essere ospitati massimo sei utenti. Le CA possono essere miste. L'inserimento in CA avviene previa formulazione di preciso e verificabile programma terapeutico individualizzato per ogni ospite. Le CA sono di norma delle case o degli appartamenti nei quali è preponderante l'azione terapeutica riabilitativa risocializzante. La presenza di personale è prevista in alcune fasi della giornata.

Le CA sono in numero stabilito da ciascun DSM e rapportato all'esigenza della popolazione servita con verifica periodica annuale, e comunque rientrano nell'ambito della dotazione strutturale dell'équipe sino a che in esse sia realizzata cura psichiatrica. Esse vanno individuate dall'Azienda ULSS nell'ambito dei comuni afferenti al territorio di competenza dell'équipe che le gestisce direttamente, in integrazione con il settore sociale.

Le CA sono strutture a componente paritaria tra sanitario e sociale, per le rispettive competenze. Particolarmente nella gestione delle CA è previsto il concorso degli ospiti alla partecipazione della spesa ed è indicata la collaborativa azione di una pluralità di soggetti istituzionali, nell'ottica di una piena integrazione tra sociale e sanitario.

In tal senso è qui particolarmente consentito e giustificato il ricorso a convenzioni con il privato sociale e imprenditoriale e le associazioni di volontariato, senza che questo comporti una riduzione della dotazione organica aziendale (configurando quindi unità di personale equivalenti a carico del fondo sociale, da considerarsi aggiuntive alla dotazione aziendale).

Qualora nelle CA i programmi di intervento sanitario per gli ospiti inseriti siano ritenuti conclusi dal responsabile dell'équipe, per dette CA è prevedibile che siano private della componente sanitaria ed integralmente assegnate, dal Direttore Generale, al settore sociale fino a che abbiano ad ospitare e gestire non più pazienti psichiatrici, ma persone appartenenti alle fasce deboli, disponendo altresì, e secondo documentato bisogno la contestuale attivazione di altre CA per pazienti psichiatrici, in diversa ubicazione (vedasi punto 4.1).

4. STRUTTURA E FUNZIONI DELLE EQUIPE PSICHIATRICHE

4.3 Rapporti con le strutture private

Poichè le strutture private convenzionate che siano attive in un definito bacino di utenza di équipe psichiatrica, non sono da sole in grado di dare una risposta globale alle necessità terapeutiche dei pazienti psichiatrici, esse dovranno allora inserirsi nel sistema di rete della équipe psichiatrica pubblica che ha in carico il paziente, ancorchè eventualmente trattato in area privato/accreditata. Pertanto andranno definiti protocolli di intesa operativa tra DSM e strutture private che prendano in cura pazienti psichiatrici, al fine di rendere il loro intervento integrato alla rete dei servizi dipartimentali pubblici.

In tali protocolli dovrà essere esplicitamente previsto l'obbligo per le strutture medesime di comunicare tempestivamente, e comunque entro tre giorni dall'evento, l'avvenuto accoglimento di pazienti con patologia psichiatrica, realizzatosi anche in difformità ai predetti protocolli di intesa operativa. La comunicazione dovrà essere diretta al responsabile dell'équipe competente per l'area di residenza del paziente.

A fine trattamento, analoga comunicazione, contenente elementi descrittivi della cura effettuata in rapporto alla diagnosi rilevata, andrà inviata al responsabile della citata équipe, con l'indicazione della data di cessazione dell'accoglimento.

Tutto ciò nel rispetto della libertà di scelta del paziente e dell'autonomia sulle modalità di intervento delle strutture private.

5. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO NEL DSM

A cura del responsabile del DSM, è predisposto un piano annuale di formazione ed aggiornamento del personale in dotazione, congruente con le finalità del DSM e gli obiettivi delle singole équipe. La formazione del personale sarà diretta a migliorare sempre più le competenze professionali e la qualità delle prestazioni e ad ampliare la cultura etica nelle pratiche dei servizi.

E' predisposto altresì, con le medesime modalità, un piano di informazione, educazione e formazione sanitaria specifica per la popolazione residente, gli utenti, i familiari e per le reti sanitarie e sociali locali. Per i detti piani va riservata adeguata frazione del budget dipartimentale. E' nominabile in seno al DSM un responsabile della formazione ed aggiornamento.

Per ogni progetto formativo elaborato andranno specificati e definiti gli obiettivi e prevista una valutazione finale, da parte dei partecipanti, sulla pertinenza ed utilità del progetto medesimo. Tali iniziative e valutazioni vanno rese conoscibili nella relazione dipartimentale annuale.

5. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO NEL DSM

5.1 Ruolo e funzioni delle cliniche psichiatriche universitarie

Nelle aree delle Aziende -ULSS di Padova e Verona, nelle quali è presente la Facoltà di Medicina dell'Università, il personale universitario in quanto tenuto a svolgere anche attività assistenziale, oltre alla attività di didattica e ricerca, assicura presa in carico e terapia ai residenti in uno o più specifici bacini di utenza.

Le dimensioni dei bacini e le strutture territoriali assegnate, nonchè le funzioni terapeutiche assicurate dalle équipe universitarie, dovranno essere, nel rispetto delle intese Università-Regione, congruenti con il regolamento e gli obiettivi del DSM al quale afferiscono alla pari con le équipe territoriali.

Le équipe universitarie e territoriali devono darsi reciproci ed equilibrati carichi lavorativi, nell'ambito di identiche possibilità operative e di sviluppo.

Per le attività di formazione ed aggiornamento di cui al punto 5, le singole équipe ed il DSM in toto, possono avvalersi del contributo offerto dalle Cliniche Psichiatriche Universitarie, dalle Società Scientifiche di branca e/o di Agenzie ed esperti esterni qualificati.

6. INIZIATIVE CONSEGUENTI ALLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

Il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici e delle Case di Salute, conclusosi alle scadenze di legge, è parte integrante del presente Progetto Obiettivo, quanto ad ulteriori iniziative a fini di appropriatezza, e di ulteriore miglioramento qualitativo dell'attività assistenziale in favore delle persone dimesse le quali, se con problemi psichiatrici a diversa gravità, oppure con problemi di disabilità neuropsichiche o con patologie prevalentemente geriatriche, sono state riaccolte, rispettivamente, in CTRP di mantenimento oppure in RSA.

Si precisa che ai sensi e per gli effetti di cui a D.G.R. n. 751/2000, le CTRP di mantenimento, entro il 31/12/2000, dovranno essere definitivamente e del tutto assimilate alle CTRP attive.

A seconda delle caratteristiche dei pazienti, si riscontra conforme a legittimità ed equità l'assunzione di altre iniziative, parimenti idonee, quali il rientro in famiglia, l'inserimento in casa di riposo o altra struttura. Si assumono gli interventi e le verifiche previsti dalla relazione conclusiva della Commissione referente regionale per la dimissione degli ex OP (DGR 2583 del 15.7.97). Si fa obbligo di proseguire nel monitoraggio delle situazioni delle persone dimesse, in adempimento altresì del disposto di leggi statali e leggi regionali (n.39/93 e 3/98, art. 40 in particolare), con aggiornamento periodico, almeno annuale, dei dati d'interesse rilevanti e significativi, rimessi alle determinazioni della Giunta Regionale, con particolare riferimento a :

- Individuazione, da parte della direzione generale delle Az-ULSS interessate, di percorsi preferenziali e facilitati per l'inserimento, secondo le caratteristiche progressivamente compatibili, di alcuni degli ospiti già degenti negli ex Ospedali psichiatrici, nelle normali strutture di assistenza presenti ed operanti sul territorio (Case di Riposo, Comunità, etc.), ed attuazione delle soluzioni individuate.
- Conferma che il DSM prende in carico le persone dimesse con patologia psichiatrica tuttora attiva; e il Distretto Socio sanitario le altre, secondo le ordinarie modalità assistenziali per anziani e disabili;
- Conferma della destinazione al DSM pubblico di tutte le unità di personale in servizio presso gli ex Ospedali Psichiatrici e Case di Salute, con particolare riferimento alle professionalità mediche, infermieristiche, tecnico-sanitarie e comunque quelle più consone alle necessità riabilitativo-assistenziali attuali.

In ordine all'utilizzazione per la residenzialità delle strutture in area ex Ospedale Psichiatrico/Casa di Salute, tenuto altresì conto degli indirizzi interpretativi espressi dal livello nazionale sull'applicazione della legge 27 dicembre 1997, n. 449, art. 32, comma 6, si espone che le CTRP di mantenimento e le RSA per disabili e anziani in area ex OP/CS, in quanto individuate ed attivate in data anteriore (prima del 31.12.1997) all'entrata in vigore della citata legge, sono da considerarsi conformi a legittimità, fermo restando l'impegno a favorire l'urbanizzazione e utilizzazione sociale delle aree degli ex OP, destinando gli eventuali ricavi al potenziamento uniforme, su scala regionale, della assistenza psichiatrica pubblica. Manovre perequative della regione saranno attivate per compensare situazioni nelle quali la presenza di ricavi da dimissione delle aree degli ex OP darebbero potenziamento dell'assistenza psichiatrica unicamente alle Az-ULSS nelle quali i medesimi erano collocati, a scapito di quelle prive di sedi di ex OP.

8. LINEE GUIDA PER IL DSM NELLA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

La carta dei servizi sanitari presenta l'Az-ULSS ad ogni cittadino. In essa sono dichiarati i principi fondamentali osservati dalla medesima nella erogazione dei servizi sanitari, descrivendone inoltre le modalità di fruizione. La carta regola i rapporti tra cittadino ed Az-ULSS. Per il cittadino il primo e diretto punto di contatto con il vertice dell'Az-ULSS è l'Ufficio Rapporti con il Pubblico.

Devono comparire nella carta dei servizi sanitari:

1. una definizione certa di obiettivi e programmi del DSM, con revisione periodica almeno annuale, ed

eventuale ridefinizione motivata degli stessi, quale esito del continuo confronto con le realtà umane, organizzative e strutturali, ad esso interne ed esterne;

2. una descrizione della organizzazione del DSM nella quale siano individuate e descritte le responsabilità a rilevanza interna ed esterna, precisando le figure direttive medico specialistiche psichiatriche del DSM e delle équipes che lo compongono;
3. una descrizione delle strutture operative in attività, con indicazione del relativo orario di apertura, del personale in servizio e delle finalità preventive, cliniche, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, precisando le modalità e procedure di accoglimento, trattamento e dimissione del paziente, dettagliando altresì le modalità di contatto e rapporto con le famiglie dei pazienti. Tali informazioni siano disponibili anche come opuscoli in distribuzione gratuita.
4. una descrizione delle attività integrate con il servizio socio assistenziale, e delle modalità locali di verifica dei loro esiti.

Per ogni cittadino, è prevista la possibilità di richiedere e ricevere la presa in carico psichiatrica eventualmente anche presso una équipe diversa da quella competente per zona di residenza; tale possibilità dovrà essere disciplinata nel documento di budget del DSM, in armonia con le disposizioni regionali relative alla mobilità sanitaria.

8. LINEE GUIDA PER IL DSM NELLA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

8.1 Rapporti con gli utenti

Si chiarisce che, qualora localmente emerga la necessità o l'opportunità di contatti con l'équipe psichiatrica territoriale, non già di fatto previsti ed attivati nella normale presa in carico terapeutica della malattia mentale, in ogni sua personale o sistemica manifestazione, i pazienti, i loro familiari, i medici di medicina generale o altri a qualunque titolo legittimamente interessati o coinvolti, hanno piena facoltà (vista e considerata la carta dei servizi sanitari di Az-ULSS), di segnalare quanto ritenuto all'Ufficio Rapporti con il Pubblico (URP) per le iniziative di rispettiva competenza, sino all'interessamento del Direttore Generale dell'Az-sanitaria competente.

I suddetti hanno altresì piena facoltà di segnalare quanto ritenuto, anche al responsabile del DSM medesimo, che ne risponde al Direttore Generale, udito il responsabile della équipe territoriale interessata (vedasi anche cap. 4.1, ultimo capoverso).

8. LINEE GUIDA PER IL DSM NELLA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

8.1 Rapporti con gli utenti

8.2 Volontariato

La collaborazione con associazioni di volontariato per attività inserite nei programmi assistenziali e/o di cura deve avvenire nel rispetto della specifica normativa in materia (l.266/91, d.lgs 502/92, legge sulle ONLUS, ecc.), anche avuto riguardo alla regolare costituzione delle stesse.

In presenza di azioni e programmi puntuali di attività, appare opportuno di favorirne il miglior esito anche attraverso concessioni (spazi, ausili), facilitanti l'attuazione dei programmi proposti, se concordati con

l'azienda Ulss e condivisi dalla stessa.

9. SISTEMA INFORMATIVO DEL DSM ED INDICATORI

La Regione Veneto intende monitorare l'attività delle équipe psichiatriche svolta su utenti non ricoverati in reparto ospedaliero (di seguito detta territoriale), mediante la conoscenza, per Aziende ULSS ed équipe eroganti (come previste da DGR Veneto 2223/95), del numero di utenti trattati, loro patologie, prestazioni loro erogate e strutture coinvolte, nel tempo. L'attività psichiatrica rivolta ad utenti ricoverati in reparto ospedaliero è intesa essere già documentata dalla scheda nosologica e dal DRG che genera.

Il presente Progetto Obiettivo recepisce lo strumento informativo per l'assistenza specialistica territoriale prodotto dalla Regione Veneto (DGR 320 del 10/02/1998). Gli scopi del sistema informativo attivato sono:

- a. Per le Aziende ULSS ed équipe, concorrere alla predisposizione del documento di budget locale e monitorare i gradi di scostamento dagli obiettivi concordati ed attesi, nonché contribuire a definire i criteri per la assegnazione e valutazione delle responsabilità ed autonomie dirigenziali;
- b. Per la Regione, dotarsi di uno strumento informativo che, considerate anche incidenza e prevalenza dei casi psichiatrici trattati, sia di sostegno a una azione di governo mirata e incisiva, monitorabile nei risultati, a verifica e valutazione dello stato di attuazione del Progetto Obiettivo.

Ogni DSM attiva e alimenta regolarmente il sistema regionale di rilevazione della quantità degli utenti trattati e delle prestazioni rese, sistema che diviene standard minimo per corrispondere all'obbligo informativo disposto dalla Regione. Tale strumento informativo potrà successivamente essere integrato e/o potenziato dalle équipe psichiatriche che possano ed intendano farlo localmente. Il flusso informativo generato coinvolge reciprocamente la Regione, le Aziende ULSS e i DSM.

Nelle singole Aziende ULSS, la rilevazione della quantità di prestazioni rese all'utenza è agganciabile alla rilevazione dei carichi di lavoro degli operatori (distinti per profilo professionale). La determinazione dei carichi di lavoro è agganciabile alla determinazione delle dotazioni organiche. La verifica del raggiungimento degli obiettivi dichiarati nella carta dei servizi sanitari e nel documento di budget è correlabile al sistema di incentivi legato alla quota variabile della retribuzione degli operatori.

La Regione Veneto assume gli indicatori di quantità e qualità nazionali e individua ulteriori propri indicatori raccordati con gli obiettivi del presente progetto obiettivo.

- Indicatori di attività (vedasi allegato 1)
- Indicatori di qualità dell'attività e dei processi (vedasi allegato 2)
- Indicatori sulla qualità percepita (vedasi allegato 3)

Ogni DSM può altresì individuare, sentite anche le associazioni dei familiari, aggiuntivi ed opportuni indicatori, precisando sempre nel dettaglio, per ogni indicatore, lo scopo, la modalità di calcolo e lo standard desiderato.

L'accesso alle informazioni è regolato da criteri di trasparenza e rispetto della legge n° 675 del 31/12/1996: "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

10. INDICATORI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO

La Giunta Regionale individua alcuni indicatori di realizzazione del Progetto Obiettivo, calcolati per semestre e consuntivo annuale. Essi sono:

- a) la presenza o assenza di formale deliberazione ed attivazione del DSM per ogni Azienda ULSS (dipartimento interaziendale per le Aziende Sanitarie di Padova e Verona);
- b) il numero e la tipologia delle strutture assegnate alle singole équipe psichiatriche, strutture effettivamente realizzate ed operative rispetto agli standard prefissati dal Progetto Obiettivo;
- c) il numero e la tipologia del personale assegnato dalle Aziende ULSS alle diverse équipe psichiatriche, rispetto allo standard di almeno un operatore ogni 1500 abitanti;
- d) il numero di operatori psichiatrici provenienti da ex ospedali psichiatrici, realmente assegnati dall'Azienda ULSS alle équipe psichiatriche locali con specifica del luogo di servizio di provenienza ed équipe psichiatrica di assegnazione;
- e) la presenza o assenza, nonché la realizzazione, del piano annuale di formazione ed aggiornamento degli operatori del DSM, nonché la presenza o assenza della relazione dipartimentale annuale;
- f) la presenza o assenza del piano di zona dei servizi sociali, quale indicatore di avviato processo di integrazione istituzionale ed operativa tra servizi sociali e socio-sanitari;
- g) il recepimento ed attivazione o il mancato recepimento ed attivazione del sistema informativo regionale per la specialistica territoriale, nella sua versione per la psichiatria;
- h) la produzione o la mancata produzione nei tempi richiesti del flusso informativo di attività specialistica territoriale ed ospedaliera, come già definito;
- i) la presenza o assenza in ogni Azienda ULSS della carta dei servizi sanitari relativa alla assistenza psichiatrica nonché il grado di diffusione e fruibilità della medesima presso l'ufficio relazioni con il pubblico dell'azienda.

11. FINANZIAMENTI AL PROGETTO OBIETTIVO

Si assumono i riferimenti di cui a:

- Legge regionale 3/2/98 n° 3 Finanziaria Regionale, Art. 40-41 (provvidenze straordinarie a favore di degenti di ex OP; almeno il 4% del FSR e almeno un operatore ogni 1500 abitanti).
- Programma pluriennale di investimenti in sanità - legge 67/1998 Art. 20, seconda fase/ finanziamento strutture per malati psichiatrici (BUR Veneto 28/11/97 n° 99).

Entro l'arco temporale di validità del piano socio sanitario regionale, la percentuale di finanziamento destinata per l'assistenza erogata dalle équipe psichiatriche, dovrà essere del 5%.

12. VERIFICHE PERIODICHE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO

Entro sei mesi

I direttori generali delle Az-ULSS dovranno presentare alla Regione Veneto il piano di allocazione delle risorse destinate alla attività psichiatrica delle équipes, in conformità alle direttive di predisposizione del bilancio economico preventivo e budget.

Entro un anno

- 1) Adeguatezza degli interventi realizzati successivamente alla chiusura degli Ex OP
- 2) Attivazione del DSM in ogni Az-ULSS
- 3) Piena disponibilità per le équipes di strutture e personale

Entro due anni

- 1) Pieno regime del flusso informativo sulla attività delle équipes

Entro tre anni

- 1) Indicatori di qualità pienamente disponibili in Az-ULSS e Regione

La mancata realizzazione dei citati obiettivi determina la ridefinizione da parte della Regione Veneto delle modalità di attribuzione del budget per la psichiatria a livello di singola Az-ULSS, nonché la conseguente valutazione dei Direttori Generali. La verifica regionale avrà cadenza almeno annuale attivando, nel caso di marcate inadempienze, apposita commissione, sentite comunque anche le rappresentanze delle parti coinvolte.

La Regione Veneto si impegna comunque a potenziare la conoscenza del bisogno di salute mentale, finanziando ricerche finalizzate e programmi di sorveglianza epidemiologica. Si impegna altresì a promuovere la qualità dell'attività delle équipes e dei DSM, nonché attività di aggiornamento dei medici di medicina generale in tema di salute mentale.

13. GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI

DSM

Il Dipartimento di Salute Mentale è funzionale. Consiste nella integrazione funzionale e nel coordinamento organizzativo delle équipes psichiatriche di una ASL e di ogni altra entità organizzativa riconosciuta che nella medesima ASL operi per la promozione e tutela della salute mentale. Tale integrazione e coordinamento dipartimentali sono finalizzati al raggiungimento degli obiettivi organizzativi, terapeutici ed assistenziali del presente Progetto Obiettivo, altrimenti non realizzabili.

I componenti del DSM, pur mantenendo la loro indipendenza, autonomia, e responsabilità, nel medesimo tempo riconoscono la loro interdipendenza in funzione del raggiungimento degli obiettivi predetti e, nel rispetto delle linee guida del presente Progetto Obiettivo, adottano codici concordati e consensuali di comportamenti clinico assistenziali, didattici e di ricerca, comuni, accettati e condivisi nei risvolti operativi, collaborativi, etici, medico legali ed economici.

DSM COMPONENTE STRUTTURALE

E' costituita e determinata dalle singole e distinte équipes psichiatriche multidisciplinari ed integrate che insistono in una ASL.

DSM COMPONENTE FUNZIONALE

E' costituita e determinata da ogni altra entità e/o organizzazione (diversa dall'équipe psichiatrica) che in

una ASL abbia iniziative dirette o indirette per la promozione e tutela della salute mentale.

REGOLAMENTO DI DSM

Disciplina i rapporti tra componente strutturale e componente funzionale del DSM, in ordine al raggiungimento degli obiettivi almeno del presente Progetto Obiettivo. Deve essere espressione partecipata e condivisa nella ASL della migliore organizzazione per la più congrua ed uniforme cura e tutela della salute mentale.

EQUIPE PSICHIATRICA

E' il nucleo centrale e strutturale del DSM. E' multidisciplinare ed integrata al fine di garantire la presa in carico, la completezza e la concludibilità del processo di cura erogato all'utenza propria.

CSM

Centro di Salute Mentale. E' alla base della organizzazione dell' équipe psichiatrica ed è il punto di programmazione, impulso e coordinamento di tutte le sue attività.

CD

Centro Diurno. E' una funzione del CSM.

CA

Comunità Alloggio.

CTRP

Comunità Terapeutica Residenziale Protetta.

DHT

Day Hospital Territoriale. E' una funzione del CSM.

DHO

Day Hospital Ospedaliero. E' una funzione dell' SPDC.

SPDC

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

TSO

Trattamento Sanitario Obbligatorio.

ASO

Accertamento Sanitario Obbligatorio.

DOCUMENTO DI BUDGET

E' l'insieme delle azioni ed obiettivi per la realizzazione dei quali sono individuate ed assegnate, dalla direzione generale dell'ASL all'équipe psichiatrica, specifiche risorse organizzative. La conseguente valutazione di uso ed esito delle risorse assegnate, è preventivamente precisata e dichiarata, da tutte le

parti coinvolte, chiarendo preventivamente i risultati attesi e gli indicatori per verificarli.

PIANI DI ZONA

Sono lo strumento, predisposto ed approvato dalla conferenza dei sindaci del territorio di una ASL per l'analisi della evoluzione dei bisogni sociali e sanitari, lo sviluppo di forme di assistenza adeguate, la integrazione delle risorse pubbliche e private, nonché la definizione delle prestazioni sociali e sanitarie da erogare e/o acquisire, in una ottica integrata tra comunità locali ed amministrazione di ASL. Il direttore dei servizi sociali dell'ASL rappresenta la figura di raccordo per la concreta attuazione di ogni piano di zona. La sede ove ha luogo l'integrazione operativa realizzante il piano di zona è il Distretto.

CARTA DEI SERVIZI SANITARI

Presenta l'ASL ad ogni cittadino che intenda rivolgersi ad essa per ottenere delle prestazioni sociali o sanitarie. La carta dei servizi sanitari regola i rapporti tra cittadino/utente ed ASL/erogante. Ogni ASL deve essere dotata di una carta dei servizi.

PSICHIATRIA DI LIAISON

E' la forma di attività delle équipes psichiatriche che realizza consulenza e collegamento per altri colleghi medici specialisti, di solito direttamente in un reparto medico o chirurgico, fornendo consulenza e trattando dal punto di vista psichiatrico i pazienti ivi ricoverati.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

E' l'intervento integrato tra competenze sanitarie e competenze sociali al fine di realizzare la massima continuità tra i momenti di prevenzione, cura e riabilitazione. La sede naturale di impostazione e svolgimento della stessa è il Distretto.

SISTEMA INFORMATIVO

E' l'insieme coerente delle informazioni relative a strutture, attività ed esiti delle organizzazioni (ASL ed équipes psichiatriche in questo caso), utilizzato per produrre indicatori.

INDICATORE

E' un supporto informativo sintetico che consente decisioni ponderate per il governo e la gestione di un sistema (ad es. il DSM).