

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 30 marzo 2000

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

*Modalità di abbonamento e punti vendita:*

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

**Riproduzione anastatica**

## PARTE I

### ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 febbraio 2000, n. 236.

**Approvazione progetto obiettivo regionale: "Promozione e tutela salute mentale 2000 - 2002". Attuazione del progetto obiettivo nazionale: "Tutela salute mentale 1998 - 2000" approvato con D.P.R. 10 novembre 1999. .... Pag. 3**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2000, n. 418.

**Retifica errori materiali piano regionale di dimensionamento delle istituzioni scolastiche. Deliberazione di Giunta regionale n. 5654 del 30 novembre 1999 e revoca commissione tecnica di valutazione. .... Pag. 29**

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO  
.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL - 8 FEB. 2000

ADDI' - 8 FEB. 2000 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANLY	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Fasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.  
..... OMISSIS

ALEANDRI E MARRONI.

ASSENTI: \_\_\_\_\_

DELIBERAZIONE N° 236

Oggetto: Approvazione Progetto Obiettivo Regionale: "Promozione e tutela salute mentale 2000-2002" - Attuazione del Progetto Obiettivo Nazionale: "Tutela salute mentale 1998-2000" approvato con DPR 10 novembre 1999.



**OGGETTO** : Approvazione Progetto obiettivo regionale " Promozione e tutela salute mentale 2000-2002 età adulta".  
Attuazione del Progetto obiettivo nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000" approvato con DPR 10 novembre 1993

#### LA GIUNTA REGIONALE

su proposta dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute

- VISTA** la legge 13 maggio 1973 n° 180
- VISTA** la legge 23 dicembre 1978 n° 303
- VISTA** la LR 14 luglio 1983 n° 49 relativa a : " Organizzazione del Servizio Dipartimentale di salute mentale"
- VISTO** Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n° 502, così come modificato dal dig. 517, riguardante il riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992 n° 421
- VISTO** il DPR 7 aprile 1994 : " Approvazione del progetto obiettivo tutela della salute mentale 1994-1996"
- PRESO ATTO** della DGR 3140 del 13 aprile 1995 riguardante : " Direttive per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere"
- PRESO ATTO** della DGR 159 del 28 gennaio 1997 riguardante: " Approvazione linee guida : Chiusura ospedali psichiatrici e Approvazione linee guida attuative Progetto obiettivo tutela della salute mentale"
- VISTA** la DGR 143 del 3 febbraio 1998 concernente il regolamento per l'istituzione , funzioni e modalità operative del Dipartimento di salute mentale
- VISTO** il DPR 23 luglio 1996 riguardante il Piano Sanitario Nazionale 1996-2000



VISTO il Decreto legislativo 19 giugno 1990 n° 229 concernente: " Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della L 30 novembre 1988 n° 419

VISTO il DPR 10 novembre 1999 riguardante : " Progetto obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000"

CONSIDERATO che con la succitata deliberazione 139/1997 veniva avviato un processo volto al definitivo superamento degli ospedali ed istituti psichiatrici, da realizzarsi anche attraverso l'istituzione e/o l'ampliamento della rete dei servizi facenti capo al Dipartimento di salute mentale . Inoltre, veniva delineato un progetto Obiettivo regionale sulla scorta delle indicazioni fornite a livello nazionale

PRESO ATTO che i risultati conseguiti attraverso l'attuazione del progetto in argomento sono stati sicuramente positivi riguardo al superamento degli ex ospedali ed istituti psichiatrici; mentre, quelli relativi all'impianto e funzionamento dei dipartimenti di salute mentale non si possono definire soddisfacenti, soprattutto in relazione all'ampliamento dei posti letto nei servizi per diagnosi e cura ed in quelli di residenzialità terapeutico-riabilitativa. Altre problematiche ,invece, sono state avviate a soluzione , quale quella relativa alla riconversione delle cliniche neuropsichiatriche e troveranno attuazione nel prossimo triennio.

RITENUTO di dover prendere atto delle innovazioni introdotte, nel sistema sanitario nazionale, dal decreto legislativo 229/99

RITENUTO pertanto necessario predisporre un progetto obiettivo regionale che, alla luce delle summenzionate norme e degli indirizzi emanati a livello centrale, con il recente progetto obiettivo nazionale " Tutela della salute mentale 1998-2000", delinei non solo le caratteristiche strutturali, funzionali e gestionali del dipartimento di salute mentale ; ma , altresì, le attività che vi si svolgono, nell'ottica di fornire prestazioni sempre più appropriate ed efficaci volte al raggiungimento di una reale efficienza

RITENUTO di procedere, su richiesta dell'Assessore proponente, all'adozione del presente atto - visto l'art.4 comma 3 della L.R. 21/93 -

all'unanimità

*buu*



DELIBERA

di approvare il documento denominato : " Progetto obiettivo Regionale Promozione e tutela salute mentale 2000-2002 età adulta" allegato alla presente deliberazione che ne forma parte integrante

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art.17 comma 32 della legge 15 maggio 1997 n. 127

IL PRESIDENTE: f.to PIETRO BADALONI  
IL SEGRETARIO: Dott. SAVERIO GUCCIONE



14 FEB. 2000

## 1. Premessa

## 2. Obiettivi ed interventi

### 2.1 Obiettivi di salute

### 2.2 Politiche e programmi di salute

### 2.3 Interventi prioritari

## 3. Indicazioni generali

### 3.1 Budget/negoziazione

### 3.2 Standard di personale

## 4. Organizzazione del DSM

### 4.1 Dipartimento di salute mentale

### 4.2 Compiti istituzionali del DSM

### 4.3 Organi del DSM

### 4.4 Nucleo di Valutazione - Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)

### 4.5 Sistema Informativo

### 4.6 Procedure e Linee Guida

### 4.7 Formazione e Aggiornamento

### 4.8 Carta dei Servizi

## 5 Componenti Organizzative

### 5.1 Centro di salute mentale

### 5.2 SPDC

### 5.3 Strutture semiresidenziali (SSR); Day Hospital (DH) e Centro Diurno (CD)

#### 5.3.1 Day Hospital (DH)

#### 5.3.2 Centro Diurno (CD)

### 5.2 Strutture residenziali: Comunità Terapeutico Riabilitativa (CTR), Comunità Alloggio (CA), Gruppo Appartamento (GA)

#### 5.2.1 Comunità Terapeutico Riabilitativa (CTR)

#### 5.2.2 Comunità Alloggio (CA)

#### 5.2.3 Gruppo Appartamento (GA)

## 6. Ruolo degli enti locali

## 7. Volontariato e Privato Sociale

## 8. Ruolo delle Università

## 9. Tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva

## 10. Ruolo delle case di cura Neuropsichiatriche

## 11. Autorizzazioni - Accreditamento



PREMESSA

Il Piano sanitario nazionale prevede, come adempimento prioritario, l'elaborazione di specifici progetti-obiettivo ( nazionali e regionali ) in quegli ambiti di elevata complessità e problematicità, tra i quali si può sicuramente annoverare la tutela della salute mentale.

A livello nazionale il progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" è stato approvato con Decreto del presidente della repubblica del 10 novembre 1999.

A livello regionale s'intende recepire con il presente documento l'impostazione generale di quello nazionale e nel contempo fissare gli indirizzi programmatici specifici per soddisfare il bisogno di salute del territorio .

Il precedente piano, deliberato nel 1997, fissava sia le linee guida per la chiusura degli ospedali psichiatrici, che quelle per l'individuazione del modello organizzativo dei servizi e delle articolazioni del dipartimento di salute mentale , stabilendo l'ampliamento della rete dei servizi ospedalieri, nonché, di quelli residenziali.

La strategia d'intervento proposta con le linee guida in argomento, varate con DGR n° 159 del 28 gennaio 1997, si è collocata nella più ampia riorganizzazione della sanità regionale, conseguente all'aziendalizzazione delle AUSL, fornendo un quadro di riferimento organizzativo definito e sistematico dei servizi per la tutela della salute mentale.

I punti più significativi del piano in argomento possono essere così individuati :

- indicazione delle modalità e dei tempi per la definitiva chiusura degli ospedali e degli istituti psichiatrici;
- istituzione e regolamento del Dipartimento come modello gestionale e organizzativo di tutte le attività e servizi per la tutela della salute mentale;
- definizione delle funzioni proprie del DSM ed individuazione delle più importanti attività svolte nelle sue diverse componenti organizzative;
- definizione degli standard operativi del DSM, in rapporto alla popolazione ed alla tipologia delle componenti organizzative (CSM, SPDC, CD; DH, strutture residenziali);
- necessità d'integrare funzionalmente con gli altri servizi sanitari dell'AAUSL e con i servizi sociali dei Comuni le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del DSM.



A distanza di due anni, è già possibile valutare positivamente i risultati ottenuti dall'attuazione del piano, sia riguardo al superamento degli ex OP, che al processo di riorganizzazione, se pur con differenti gradi di realizzazione, dell'assistenza secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale ( vedi tab 1 e 2 ).

Il percorso volto al superamento degli ospedali psichiatrici pubblici, infatti, può considerarsi definitivamente concluso ; mentre per gli ex Istituti psichiatrici si registra una quasi totale riconversione in RSA. In merito, è necessario che i DD.SS.MM svolgano attivamente una funzione di vigilanza sulle strutture che accolgono i dimessi dagli ex OP e promuovano tutte quelle iniziative necessarie a tutelare la qualità di vita degli ospiti.

Per quanto concerne l'organizzazione dei DD.SS.MM, mentre emerge l'istituzione di una soddisfacente variegata rete di servizi, in grado di fornire un'assistenza sempre più diversificata rispetto ai bisogni emersi, si registra il mancato raggiungimento degli standard di posti letto previsti per SPDC e di posti di residenzialità terapeutico-riabilitativa. Ogni DSM, inoltre, ha deliberato il proprio regolamento istitutivo ed organizzativo ed ha istituito la Consulta dipartimentale per la salute mentale.

Nel contempo, l'Assessorato regionale alla Salvaguardia e cura della salute ha, secondo le proprie competenze, emanato direttive relative a:

- istituzione e regolamento del DSM (DGR n° 143/98);
- istituzione della Commissione Regionale Unica per la Salute Mentale ( CRUSAM L.R. 39/98);
- elaborazione e costruzione di un sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei DD.SS.MM;
- integrazione del lavoro svolto dalle cliniche neuropsichiatriche e dalle strutture residenziali private con la programmazione effettuata dai DD.SS.MM;
- avvio di progetti riguardanti la tutela della salute mentale in età prescolare e di intervento territoriale nella crisi preadolescenziale ed adolescenziale ( DGR 4871/ 98 e 1781/99 ).

Con il presente progetto obiettivo, l'Assessorato si propone di affrontare, tra l'altro, i seguenti aspetti ritenuti ancora particolarmente problematici:

- sistema autorizzativo : tutte le strutture debbono adeguarsi ai requisiti minimi previsti dal DPR 14 gennaio 1997 per poter ottenere il decreto autorizzativo, indispensabile per lo svolgimento di attività socio-sanitaria ( Dlg. 229/99. In tal modo l'offerta di posti di accoglienza potrà essere definita, onde impedire nuove e ambigue forme di istituzionalizzazione presso strutture non classificabili;
- carenza di personale di assistenza ( in particolare infermieri e assistenti sociali - vedi tab 2) rispetto alle piante organiche approvate ed agli standard di riferimento;
- carenza di posti in SPDC presso le AAUSL (Roma A e Roma B, in particolare);





- carezza di strutture residenziali terapeutico-riabilitative (presso le AAUSL Roma C - Roma D - Roma G - Roma H - VITERBO e LATINA, in particolare);
- necessità di sviluppare il ruolo strategico e le risorse degli EELL ( in particolare dei Comuni ) nel contribuire alla realizzazione di progetti innovativi per la salute mentale ( Art 3 sexties-Integrazione socio-sanitaria Dlg.229/99)
- necessità d'interventi innovativi rispetto alla popolazione detenuta ( Dlg. 230 del 22.06.99 ) e di progetti specifici nei confronti degli internati in OPG residenti nella Regione.
- necessità di porre particolare attenzione ai problemi specifici della salute mentale in età evolutiva, trattandosi di una fascia di popolazione particolarmente esposta al disagio psicologico-psichiatrico. Inoltre, appare necessario migliorare l'integrazione di quest'area con il DSM;
- necessità di porre maggiore attenzione ai processi di valutazione e di miglioramento continuo della qualità, nonché sulla raccolta sistematica e puntuale dei dati epidemiologici
- particolare cura ai percorsi di formazione ed aggiornamento degli operatori dei servizi accreditati ( pubblici e privati);
- interventi specifici per sviluppare e migliorare la rete sociale (iniziative di informazione, di sinergie tra pubblico e privato, associazioni, volontariato, cooperative etc. ).



5

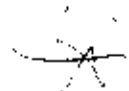
 A handwritten signature or set of initials, possibly "S.A.", located below the stamp.

## 2. OBIETTIVI ED INTERVENTI

### 2.1. Obiettivi di salute

In accordo con il piano sanitario nazionale, tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale devono, con azioni complementari e coordinate, perseguire i seguenti principali obiettivi di salute:

- a) promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria svolti dalle Aziende Sanitarie e/o dalle Pubbliche Amministrazioni ponendo particolare attenzione alle situazioni riconosciute a rischio sia personale che sociale (fascia d'età, condizione lavorativa-mobbing, popolazione di recente immigrazione etc.);
- b) prevenzione e cura dei disturbi mentali con particolare attenzione ai pazienti gravi, alle fasce sociali più deboli, alla popolazione di recente immigrazione, alla popolazione giovane attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e di disturbo e l'attivazione di tempestivi ed idonei interventi diagnostici e terapeutico-preventivi;
- c) riduzione delle conseguenze disabilitanti, considerate quale risultante del rapporto della persona sofferente con il suo contesto sociale (micro e macro) attraverso interventi mirati alla ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale e all'attivazione o riattivazione di reti sociali e di risorse della persona sofferente e del contesto di appartenenza;
- d) salvaguardia della salute e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente, da considerare come risorsa fondamentale nel processo di cura;
- e) riduzione dei suicidi, dei tentativi e dei mancati suicidi nella popolazione a rischio per specifiche patologie psichiatriche e/o per appartenenza a fasce di età particolarmente esposte (adolescenti/anziani).



## 2.2. Politiche e programmi di salute

Nell'attuale fase di profonda riorganizzazione di tutta la Sanità regionale dove svolgono un ruolo incisivo diversi fattori tra i quali : la necessità di confrontare le specifiche esigenze di salute mentale con le risorse finanziarie disponibili, assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona, dell'equità nell'accesso all'assistenza, nella efficacia delle cure e della loro appropriatezza (com. 2 Art. 1 D.L. 229/99) ,è necessario ottimizzare l'organizzazione e il coordinamento dei servizi deputati alla tutela della salute mentale all'interno del DSM e tra questo e gli altri servizi sanitari dell'Azienda. Si tratta anche di definire, a livello regionale e aziendale, "strategie innovative che abbiano le caratteristiche di patto per la salute mentale stipulato tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, associazioni, risorse del territorio consulte dipartimentali) volto alla valorizzazione e moltiplicazione delle risorse umane, materiali, territoriali".

## 2.3. Interventi prioritari

L'attività istituzionale dei DD.SS.MM di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale, dovrà essere connotata, nell'arco del triennio del progetto obiettivo, da interventi volti ad evitare fenomeni di abbandono, interventi inappropriati, nuove forme di emarginazione ed a ridurre l'eccessivo carico familiare.

A questo fine occorre:

a) incentivare lo sviluppo ed il potenziamento della capacità di accoglienza dei DSM attraverso: l'implemento delle attività del CSM ,della disponibilità di posti letto nei SPDC - sino almeno ai due terzi dello standard di 550 p.l.- d i posti di accoglienza nelle diverse tipologie delle strutture residenziali, sino almeno ai due terzi dello standard, favorendo l'inserimento nei Centri Diurni delle persone con disturbi mentali gravi (con l'obiettivo, tra l'altro, di ridurre il numero dei suicidi nella popolazione a rischio); b) favorire il collegamento e la collaborazione con i servizi territoriali per la



7  
A

salute mentale in età evolutiva, con particolare riguardo alla fascia adolescenziale e dei giovani adulti;

c) elaborare un programma specifico che preveda iniziative di preformazione, formazione, tirocini di lavoro per favorire l'inserimento lavorativo, in applicazione della legge 68/99, per la creazione di nuove cooperative sociali di tipo B, il potenziamento imprenditoriale di quelle già esistenti, l'utilizzazione dei fondi comunitari destinati a tale scopo e l'istituzione di un'Agenzia regionale per l'impresa sociale e salute mentale con funzioni di consultazione, supporto e promozione delle attività di formazione e d'inserimento lavorativo in coordinamento con altri servizi e agenzie del settore;

d) elaborare un programma di interventi rivolti a situazioni di non collaborazione che interessano soggetti con disturbi gravi attraverso:

1. attuazione delle linee guida regionali;

2. definizione di un protocollo operativo con il sistema di emergenza regionale ( 118 )

3. attuazione delle disposizioni regionali (Circ. n. 27 del 14/6/99) per una corretta esecuzione dei TSO.

L'obiettivo è quello di evitare forme nuove e vecchie di emarginazione, abbandono, improprio carico familiare, processi d'invalidazione, di cronicizzazione e di perdita di competenze;

e) elaborare un programma di aiuto, di sostegno e di coinvolgimento delle famiglie- già iniziato con l'inserimento delle Associazioni dei familiari nella CRUsAM (L.R.:39/98)- attraverso: l'attivazione di specifici progetti, la costituzione ed il funzionamento delle consulte dipartimentali, la partecipazione a tutte le iniziative regionali e aziendali inerenti aspetti di programmazione e valutazione in ambito di salute mentale. E' necessario mettere in atto in ogni DSM iniziative e strategie di "empowerment" che promuovano e sostengano gruppi di auto-mutuo-aiuto composti da utenti e/o familiari e associazioni di utenti come punto di confluenza e aggregazione dei gruppi. L'obiettivo generale è ridurre il carico familiare, evitare meccanismi di rifiuto e di espulsione dal nucleo familiare, nonché migliorare la qualità della vita di tutto il nucleo familiare, anche mediante specifici interventi di sostegno psicologico;



f) elaborare un programma d'informazione per promuovere campagne di prevenzione volte a far diminuire i pregiudizi sulla salute mentale, favorire atteggiamenti di accettazione, evitare fenomeni espulsivi, facilitare l'accesso mirato ai servizi del DSM, promuovere la costituzione di Associazioni di volontariato sui problemi della salute mentale. Il programma deve , in particolare, rivolto: alla popolazione in generale, alla popolazione scolastica e alle categorie di cittadini che per la loro professione e ruolo possono svolgere funzioni di moltiplicatori (medici di base, insegnanti, vigili urbani, polizia di stato, operatori sociali etc.)

g) elaborare un programma specifico per la tutela della salute mentale della popolazione in stato di detenzione, in applicazione dei DL 230/99 e per favorire il rientro nel proprio contesto sociale e l'affidamento al DSM, territorialmente competente, della popolazione internata negli OPG secondo piani d'intervento da concordare con la Direzione Generale (DAP) competente del Ministero di Giustizia;

h) elaborare progetti da concordare con i distretti sanitari di riferimento e con i servizi socio-assistenziali ,in collaborazione con le associazioni di volontariato e con i medici di medicina generale, per sviluppare programmi di prevenzione, cura e riabilitazione, sia su singoli utenti ,sia su fasce di popolazione, nei quali il DSM gioca la funzione di moltiplicatore di risorse.



### 3. INDICAZIONI GENERALI

#### 3.1. Meccanismi di finanziamento

Viene ritenuto adeguato un impegno di risorse finanziarie a favore delle attività complessive del Dipartimento di Salute Mentale non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale. In sede locale tale parametro dovrà essere commisurato alle risorse esistenti ed agli obiettivi di piano delle singole AAUSL. Dovranno da altre fonti trovare finanziamento le spese in conto capitale relative ai piani di sviluppo di strutture così come individuati dal PON e dagli obiettivi regionali, anche in relazione al definitivo superamento degli ex-OP.

#### 3.2. Budget/Negoziazione

Il DSM è Centro di Responsabilità (CdR) e di Costo (CdC) con all'interno altri Centri di Costo. Al DSM sono assegnate specifiche risorse economiche e strutturali. L'utilizzo delle risorse è programmato in maniera omogenea per le finalità proprie della tutela della salute mentale. La gestione ed il controllo di gestione delle risorse è unitario tramite la Direzione del DSM.

Il budget del DSM viene negoziato, sulla base di quanto stabilito in proposito dalla normativa regionale, dal Direttore del DSM con la Direzione Generale dell'AAUSL, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti, sentito il parere della Conferenza sanitaria locale e della Consulta di Dipartimento.

E' opportuno che, al fine di incentivare un completo e corretto uso delle risorse disponibili - inteso in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi - in sede di contrattazione di budget vengano tenuti in debito conto quegli elementi atti ad attribuire un valore al prodotto-prestazione e ad introdurre un rapporto tra il valore del prodotto e quello delle risorse impiegate per produrlo.

#### 3.3. Standard di personale

Il DSM ha tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti. In tale rapporto sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri, caposala, DAI, assistenti sociali, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, educatori, ausiliari o operatori tecnici di assistenza.

In tale rapporto non sono compresi gli operatori del SPDC, gli operatori che afferiscono al DSM per effetto del superamento degli Ospedali Psichiatrici e il personale amministrativo.

Il DSM ha un'unica pianta organica al fine di: salvaguardare la continuità terapeutica e l'unitarietà dell'intervento, contrastare gli episodi di drop-out dell'utenza, programmare una formazione finalizzata agli obiettivi individuati dalla AAUSL nel campo della salute mentale, favorire l'integrazione delle professionalità, attuare l'istituto della mobilità interna al DSM come arricchimento professionale.

Il Direttore del DSM, in accordo con la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, definisce ed esplicita le politiche di gestione delle risorse umane.



In particolare, tenendo presenti gli standard suddetti definisce il fabbisogno di personale - in termini di equivalenti di tempo pieno per professionalità e posizione funzionale - in rapporto agli obiettivi strategici definiti nel documento di sviluppo del DSM a medio termine ed agli obiettivi di budget, verifica periodicamente l'adeguatezza dello standard di personale rispetto alla tipologia e al volume delle attività svolte.

#### 4. ORGANIZZAZIONE DEL DSM

Il modello organizzativo che si ritiene più idoneo al fine di garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica nei servizi per la salute mentale dell'età adulta è il Dipartimento di Salute Mentale.

Il Dipartimento di Salute Mentale è un Dipartimento a struttura, configurando una struttura organizzativa complessa quella con compiti istituzionali, organi e articolazioni operative.

Le norme cui si fa particolare riferimento al riguardo sono le seguenti:

L. 833 del 23/12/78 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale);

LR 49 del 14/7/83 (Organizzazione del Servizio Dipartimentale di Salute Mentale);

RR 27/6/85, n4 (Regolamento per il S.D.S.M.);

DCR 1224 del 27/3/85 (Progetto dettagliato degli interventi per l'istituzione dei servizi dipartimentali per la salute mentale per il triennio 83/85);

D.Lg. 502 del 30.12.92 e D.Lg. 517 del 7.12.93

DPR 7/4/94 (Progetto Obiettivo Nazionale 1994 - 1996);

DGR 3140 del 13/4/95 ( Direttive per l'organizzazione ed il funzionamento delle AAUSL e delle AO);

DGR 159 del 28/1/97 (Approvazione linee guida: Chiusura ospedali psichiatrici e approvazione linee guida attuative del progetto obiettivo tutela della salute mentale 96-98);

DGR 143 del 3/2/98 (Regolamento concernente istituzione funzioni e modalità operative del Dipartimento di Salute Mentale)

DPR 23/7/98 (Piano sanitario nazionale per il triennio 98-2000)

Decreto Legislativo n229/99 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario Nazionale).

##### 4. 1. Dipartimento di Salute Mentale

Ogni Azienda Sanitaria istituisce, con atto formale, il DSM e ne approva il Regolamento secondo le linee guida emanate dalla Regione con atto deliberativo: DGR 143 del 3/2/98 (Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale ).

L'Azienda Sanitaria individua specifiche risorse, in particolare di organico, da impiegare nell'ambito delle attività per la tutela della salute mentale svolte dalle unità operative territoriali e ospedaliere del dipartimento.

L'unitarietà nella programmazione, gestione e controllo del DSM, nelle sue articolazioni territoriali e ospedaliere, è realizzata attraverso la Direzione del DSM.

Il modello organizzativo dipartimentale a struttura è da ritenersi il modello più idoneo a garantire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica. Esso comporta la necessità di assicurare una adeguata infrastruttura di supporto amministrativo per i compiti gestionali propri della Direzione del DSM.



#### 4.2. Compiti istituzionali del DSM

Il DSM attua trattamenti preventivi, curativi e riabilitativi in risposta ai bisogni di salute mentale del suo bacino di utenza garantendo continuità, omogeneità e coerenza ai progetti terapeutici.

Si richiamano a questo riguardo i principi che regolano l'operatività del DSM contenuti nel paragrafo "Strategie Operative" della DGR 159 del 28/1/97.

#### 4.3. Organi del DSM

Sono organi del DSM:

Il Direttore del DSM,

Il Comitato del DSM,

La Conferenza di Servizio del DSM,

La Consulta del DSM.

Il Direttore del DSM - D.L. 229/99 art.17 bis comma 2 - è nominato dal direttore generale, tale incarico comporta "l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti."

Il Direttore del DSM promuove attività di prevenzione tramite ricerche ed interventi in situazioni sulle quali agiscono fattori di rischio provati. Assicura l'integrazione tra le articolazioni operative del DSM e stipula protocolli di collaborazione con il Servizio 118 al fine di garantire gli interventi di emergenza-urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno. Assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità nell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la gestione del Sistema Informativo, nonché l'applicazione del presente Progetto Obiettivo.

Il Direttore del DSM adotta un documento in cui sono esplicitati:

la missione e la strategia d'intervento, gli obiettivi generali ed i problemi prioritari di salute; nonché gli obiettivi specifici che il DSM s'impegna a raggiungere, in accordo con il presente Progetto Obiettivo; l'organigramma, con il quale vengono individuate le linee di attività e le responsabilità delle varie componenti operative e dei progetti specifici; gli ambiti di attività per le varie figure professionali presenti nel DSM, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia dei rispettivi interventi, al fine anche di evitare confusioni, sovrapposizioni e conflitti di competenze.

Fatta salva la necessità di definire un piano annuale di attività, approva anche, in accordo con la direzione generale dell'azienda di appartenenza, il piano strategico, ossia un documento che specifichi le linee di sviluppo del servizio a medio termine, cioè a tre-cinque anni.

Il Direttore ed il Comitato del DSM predispongono, infine, il regolamento del Servizio, nonché l'istituzione ed il regolamento della Consulta.





#### 4. 4. Nucleo di Valutazione - Miglioramento Continuo di qualità (MCQ)

Ogni DSM attiva un nucleo per la valutazione ed il miglioramento continuo della qualità che collabora con gli uffici centrali dell'Azienda sanitaria, tale nucleo controlla, altresì, la qualità delle relazioni con il pubblico e agisce di supporto alle attività dirette a migliorare la qualità professionale, sia tecnica che gestionale e la soddisfazione degli utenti.

Il nucleo è, pertanto, impegnato nella valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e della appropriatezza delle attività del DSM.

Ogni anno, ciascun DSM deve essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità professionale, tecnica e gestionale ed alla qualità percepita.

Nel DSM, nel corso del triennio, dovranno essere valutati e, dove necessario, migliorati i seguenti aspetti critici elaborando specifici progetti di MCQ:

- si dovrà effettuare una rilevazione sulla soddisfazione degli utenti, dei familiari e della popolazione entro la quale opera il DSM, per poi elaborare un progetto di MCQ;
- un progetto per migliorare la qualità della documentazione clinico-sociale degli utenti;
- un progetto per migliorare la continuità dell'assistenza;
- un progetto per migliorare l'appropriatezza dell'uso degli psicofarmaci;
- un progetto per migliorare la soddisfazione degli operatori;
- un progetto per migliorare la collaborazione con i familiari;
- un progetto per la riduzione delle recidive.

Inoltre, ciascun DSM parteciperà al progetto "Monitoraggio, valutazione e programmazione dei DSM - un sistema regionale di indicatori - Quali DSM". Nell'ambito delle attività di valutazione vengono anche effettuati studi di follow-up su particolari categorie di utenti e vengono identificati eventi sentinella (quali, ad esempio, i suicidi dei pazienti in carico, atti di aggressività, reati commessi, drop-out di pazienti gravi), sui quali attivare inchieste confidenziali.

#### 4. 5. Sistema Informativo

Presso la Direzione del Dipartimento è collocato il sistema informativo dipartimentale, che raccoglie, elabora e archivia i dati relativi ai bisogni di salute, alla domanda, alla struttura, al processo ed agli esiti, con gli obiettivi di:

- consentire di valutare e di ridefinire le politiche e gli obiettivi del Dipartimento;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sopra ordinati;
- integrare le informazioni prodotte dalle singole componenti organizzative del DSM, in modo, ad esempio, che sia possibile avere un quadro unico della prevalenza e dell'incidenza degli utenti in carico, senza duplicazioni;
- fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione ed un glossario standardizzati;
- conoscere il numero dei drop-out;
- analizzare i dati sul turn over e l'assenteismo del personale forniti dall'azienda;
- rilevare il numero e la proporzione di utenti provenienti da zone esterne al bacino di utenza e conoscere il numero degli utenti del proprio territorio che facciano ricorso a servizi esterni, differenziando tra gli utenti inviati e non inviati dal servizio;



*[Handwritten signature]*

- rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza e i costi relativi, distinguendo tra i pazienti inviati e non inviati dal servizio stesso;
- rilevare il numero degli interventi riabilitativi individualizzati e gli inserimenti lavorativi in ambiente protetto e non protetto;
- analizzare i dati relativi ai residenti nel territorio di competenza ricoverati con diagnosi psichiatrica nei reparti ospedalieri diversi dallo SPDC;
- ricavare indicatori che permettano di valutare il carico di lavoro del personale e l'entità dell'assistenza fornita in rapporto alla popolazione del bacino di utenza, di confrontare l'attività ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di ricovero (distinguendo tra ricoveri volontari e TSO);
- diffondere i dati e gli indicatori da essi derivati a tutti gli istituzionalmente interessati.

#### 4.6. Procedure e Linee Guida

Nei 24 mesi dall'entrata in vigore del progetto obiettivo, i DSM adatteranno, attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi:

- modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- criteri per la presa in carico;
- modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi;
- modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza (coordinamento tra SPDC e territorio, turni di lavoro del personale che assicurino il minor numero possibile di cambiamenti di curanti, nomina di un operatore di riferimento);
- modalità per assicurare gli interventi di emergenza-urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno;
- criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO;
- criteri, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari e negli altri ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- riconoscimento e trattamento degli effetti collaterali dei farmaci;
- modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie;
- reazioni del servizio alla segnalazione di disturbo grave in persona che rifiuta l'intervento;
- reazioni del servizio a mancata presentazione agli appuntamenti o ad abbandono da parte del paziente grave;
- coordinamento e collaborazione con i servizi di salute mentale dell'età evolutiva;
- rapporti di collaborazione e consulenza con reparti ospedalieri diversi dal SPDC, inclusa la tutela del paziente in carico, ricoverato per patologia somatica;
- rapporti di collaborazione e consulenza con i servizi per l'alcoolismo e le tossicodipendenze;
- rapporti con i medici di medicina generale e con i servizi del distretto socio-sanitario;
- collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari e di utenti della zona;
- coordinamento con i servizi sociali e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e imprenditoriale;



*Handwritten signature or initials.*

- rapporti con le strutture psichiatriche private accreditate, all'interno di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati;
- raccordo, nell'ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione, con gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e con le case di cura e custodia esistenti nel territorio, sulla base di specifici accordi tra il Ministero della Sanità, il Ministero di Giustizia e le Regioni e le Province Autonome;
- modalità di facilitazione dei reclami, di classificazione e risposta degli stessi.

La stesura delle suddette linee guida avverrà seguendo le apposite linee d'indirizzo sulla metodologia e i criteri fondanti, nonché le procedure di consenso professionale per una buona pratica clinica emanate dal Ministero della Sanità e dalla Regione.

#### 4.7. Formazione e Aggiornamento

Il Direttore del DSM, individuati i bisogni formativi degli operatori, predisponde un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del Dipartimento stesso, collegato con altri DSM, con altri servizi della AUSL, con l'Università e con altri istituti, nominando ed indicando un responsabile del piano stesso.

Tale piano deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali e, nello stesso tempo, favorire la capacità di lavoro in équipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale e deve avere come obiettivo il miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni erogate.

Gli interventi formativi riguarderanno in particolare i seguenti temi:

- problematiche relative all'accoglienza, alla valutazione della domanda e alla presa in carico;
- aggiornamenti sulle metodiche diagnostiche, sugli interventi farmacologici, psicoteraputici, riabilitativi, familiari e sulle strategie di intervento integrato (va data priorità alle strategie terapeutico riabilitative la cui efficacia sia provata da evidenze scientifiche, secondo i principi della Medicina Basata su Prove di Efficacia (Evidence Based Medicine);
- conoscenze di base sul riconoscimento dei disturbi psichici, sul loro trattamento e in particolare sul riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, soprattutto per quegli operatori privi di formazione specifica;
- abilità di comunicazione e di relazione interpersonale;
- identificazione e attivazione di risorse comunitarie e territoriali;
- acquisizione di competenze sulle metodologie e sulle pratiche dell'intervento di rete;
- principi e metodologia del MCQ (miglioramento continuo di qualità);
- rilevazione corretta dei dati per il sistema informativo.

I progetti formativi da articolare con altri servizi (M.I, Servizio tossicodipendenze, Distretto etc) devono riguardare le tematiche inerenti le patologie di confine (AIDS, Demenze, Adolescenza, doppie patologie, abusi ai minori ecc).

Ogni programma formativo, promosso o patrocinato dal DSM, dovrà avere obiettivi specifici di apprendimento formulati con criteri di qualità. Dovrà essere valutato il raggiungimento di tali obiettivi sia al termine del programma ( valutazione di apprendimento) sia successivamente ( valutazione d'impatto) accertando le applicazioni di quanto appreso, nel lavoro quotidiano. Interventi formativi da sviluppare anche in collaborazione con altri DSM - regionali e nazionali - dovranno riguardare in particolare i temi di etnopsichiatria e la tutela della Salute Mentale della popolazione in stato di detenzione.



*Handwritten signature*

#### 4. 8. Carta dei Servizi

La direzione del dipartimento provvede alla stesura e relativa diffusione della parte riguardante i servizi di salute mentale della carta dei servizi dell'azienda di appartenenza. La carta dei servizi comprende come minimo:

- la descrizione delle strutture presenti, con modalità di accesso e orari;
- la descrizione delle priorità del DSM e delle principali attività svolte;
- l'indicazione dei responsabili di tutte le strutture;
- le modalità di segnalazione dei reclami e l'impegno a dare loro risposta;
- l'indicazione dei tempi di attesa prevedibili;
- i costi per gli utenti;
- l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti e del volontariato.

### 5. COMPONENTI ORGANIZZATIVE

Ogni DSM con bacino di utenza superiore a 150.000 abitanti può essere suddiviso in Unità Modulari coincidenti di norma con le Circoscrizioni o con i Distretti al fine di favorire una distribuzione capillare e omogenea dei servizi di salute mentale in grado di integrarsi con le agenzie e le istituzioni sociali e sanitarie del territorio. Il Modulo Dipartimentale è una Unità Operativa Complessa sottoordinata rispetto al DSM. Ad essa fanno capo tutti servizi e le strutture costitutivi dell'Unità stessa che insistono nel territorio di riferimento.

I servizi costitutivi del DSM e di ciascun modulo (ove presente), sono:

il Centro di Salute Mentale (CSM),

il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC),

le Strutture Semiresidenziali (SSR): Day Hospital (DH) e Centro Diurno (CD),

le Strutture Residenziali: Comunità Terapeutico Riabilitativa (CTR), Comunità di Convivenza (COdiCO).

#### 5. 1. Centro di Salute Mentale (CSM)

Il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, relativamente al territorio di competenza del CSM, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il CSM svolge:

- attività di promozione ed educazione alla salute;
- attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali se sprovvisti di SPDC;
- attività di accoglienza, analisi della domanda, valutazione e diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi secondo le modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di accoglimento integrato;



16  
Handwritten signature or initials.

- attività di intervento in situazioni di emergenza urgenza anche in collaborazione con il Servizio 118;
- attività di prescrizione, verifica e valutazione dei ricoveri nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- attività di programmazione e verifica, secondo la normativa regionale, degli interventi che prevedono un periodo di residenzialità presso strutture accreditate;
- interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, etc.) anche in collaborazione con le associazioni di privato sociale;
- attività di collegamento con i Medici di Medicina Generale (MMG) sia a fini operativi che formativi;
- integrazione operativa sia come attività di consulenza, sia su progetti specifici con i servizi "di confine" (servizi e strutture per alcolisti, tossicodipendenti, anziani, disabili, infanzia)
- attività di promozione, formazione e raccordo con le associazioni degli utenti e dei familiari e con le associazioni di volontariato;
- attività di documentazione e di comunicazione all'OER (sistema informativo);
- iniziative di MCQ.

Il CSM di norma è aperto almeno per 12 ore al giorno, per 6 giorni a settimana.

Deve essere presente almeno un CSM per ogni modulo tipo. Nel caso il territorio di competenza presenti particolari caratteristiche (aree rurali, di difficile accesso, etc.) possono essere istituiti altri CSM o presidi territoriali con orari e attività programmate funzionalmente collegati con il CSM di riferimento.

Tutte le risorse facenti capo alla struttura del CSM sono definite in sede di negoziazione di budget in relazione ai programmi, alle funzioni, agli obiettivi che vengono assegnati al CSM ed agli specifici bisogni di salute del territorio bacino di utenza, fermi restando i requisiti minimi definiti dal DPR 14/1/97, i parametri minimi individuati dal presente Progetto Obiettivo Regionale e quanto definito dal progetto "Costruzione di un sistema regionale di indicatori per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della regione Lazio - Quali DSM".

Deve inoltre avviarsi una fase di sperimentazione che preveda l'ampliamento delle funzioni e delle attività dei CSM e in particolare delle attività di accoglienza nei giorni festivi e nelle 24 ore con la possibilità di offrire anche ospitalità per brevi periodi in sostituzione o in alternativa al ricovero ospedaliero (SDPC) o all'inserimento in strutture residenziali.

La sperimentazione territoriale deve tener conto, dal punto di vista epidemiologico, delle caratteristiche del territorio servito, della domanda di ricovero e della tipologia del progetto terapeutico-riabilitativo; inoltre, dal punto di vista strutturale e delle risorse deve tener conto: della dotazione di P.L. in SPDC, della disponibilità di posti nelle S.R., delle caratteristiche strutturali del CSM, delle risorse e della tipologia del personale.

I progetti sperimentali devono essere costantemente monitorati per la valutazione di efficacia tenuto conto del rapporto costi/benefici



## 5. 2. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il SPDC è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

In particolare il SPDC svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con i Centri di Salute Mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di pronto soccorso nel contesto del Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA);
- attività di Day Hospital se situato in ambito ospedaliero (vedi "Day Hospital");
- attività di documentazione e di comunicazione all'OER (sistema informativo);
- iniziative di MCQ.

Il SPDC è ubicato nel contesto di presidi ospedalieri delle Aziende AUSL, di Aziende Ospedaliere, di Policlinici Universitari, di Ospedali Classificati dotati di P.S.

E' parte integrante del DSM anche quando l'ospedale nel quale è ubicato non sia amministrato dall'Azienda Sanitaria di cui il DSM fa parte. In tal caso i rapporti tra le due Amministrazioni sono regolate da convenzioni obbligatorie e da protocolli operativi.

La dotazione minima di personale per un SPDC con 15 posti letto è la seguente:

n 9 medici

n 2 psicologi

n 1 assistente sociale

n 1 caposala

n20 infermieri

n 4 ausiliari ovvero operatori tecnici di assistenza forniti dall'ospedale.

Il numero complessivo dei posti letto in SPDC è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti.

Ciascun SPDC ha un numero non superiore a 16 posti letto e non inferiore a 12 posti letto.

Le risorse di personale e strutturali del SPDC sono definite in sede di negoziazione di budget in relazione ai programmi, alle funzioni, agli obiettivi che vengono assegnati al SPDC ed agli specifici bisogni di salute del territorio bacino di utenza, fermi restando i requisiti minimi definiti dal DPR 14/1/97, i parametri minimi individuati dal presente Progetto Obiettivo Regionale e quanto definito dal progetto "Costruzione di un sistema regionale di indicatori per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della regione Lazio - Quali DSM".

## 5. 3. Strutture Semiresidenziali (SSR): Day Hospital (DH) e Centro Diurno (CD)

### 5. 3. 1. Day Hospital (DH)

Il DH costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

In particolare il DH svolge:

- accertamenti diagnostici;
- interventi farmacologici e psicoterapeutico riabilitativi;



*[Handwritten signature]*

- attività finalizzate alla riduzione del numero e della durata dei ricoveri;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con i Centri di Salute Mentale del bacino di utenza;
- attività di documentazione e di comunicazione all'OER (sistema informativo);
- iniziative di MCQ.

Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento gestionale e funzionale con il SPDC. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, in collegamento gestionale e funzionale con il CSM, o il modulo territorialmente competente.

Di norma è aperto 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

La Regione, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definisce il numero di posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC, ai sensi del DPR 20/10/92, art. 2, commi 1 e 2. I posti in DH non potranno comunque essere superiori al 10% dei posti complessivi previsti per gli SPDC.

Le risorse di personale e strutturali del DH sono definite in sede di negoziazione di budget in relazione ai programmi, alle funzioni, agli obiettivi che vengono assegnati al DH ed agli specifici bisogni di salute del territorio bacino di utenza, fermi restando i requisiti minimi definiti dal DPR 14/1/97, i parametri minimi individuati dal presente Progetto Obiettivo Regionale e quanto definito dal progetto "Sistema regionale di indicatori per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della regione Lazio - Quali DSM".

### 5.3.2. Centro diurno (CD)

Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale.

In particolare il CD svolge:

- attività terapeutico riabilitative finalizzate a:
  - prevenire e contenere il ricovero ospedaliero;
  - acquisire abilità nella cura di sé e adeguate al proprio contesto ambientale;
  - sviluppare capacità espressive;
  - sviluppare capacità comunicative;
  - sviluppare competenze sociali e professionali;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con i Centri di Salute Mentale del bacino di utenza;
- attività di documentazione e di comunicazione all'OER (sistema informativo);
- iniziative di MCQ.

È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana.

Deve essere presente almeno un CD per ogni modulo tipo. Nel caso il territorio di competenza presenti particolari caratteristiche (aree rurali, di difficile accesso, etc.) possono essere costituiti CD con caratteristiche adeguate ai bisogni del bacino di utenza. È dotato di una propria équipe eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali i cui rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni e da organizzazioni di volontariato è collegato per gli aspetti gestionali e funzionali con il CSM o il modulo territorialmente competente.

Per le attività di risocializzazione e formazione i Comuni contribuiscono con specifici fondi finalizzati (DL /99).

Le risorse di personale e strutturali del CD sono definite in sede di negoziazione di budget in relazione ai programmi, alle funzioni, agli obiettivi che vengono assegnati al CD ed agli specifici bisogni di salute del territorio bacino di utenza, fermi restando i requisiti minimi definiti dal DPR



Handwritten initials or signature.

14/1/97, i parametri minimi individuati dal presente Progetto Obiettivo Regionale e quanto definito dal progetto "Sistema regionale di indicatori per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della regione Lazio - Quali DSM".

#### 5. 4. Strutture Residenziali (SR): Comunità Terapeutico Riabilitativa (CTR), Comunità di Convivenza (CodiCO)

Si definisce SR una struttura extra ospedaliera collegata per funzione e gestione con il CSM o il modulo territorialmente competente in cui si svolge una parte del progetto terapeutico riabilitativo e socio riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

In particolare la SR svolge:

- attività terapeutico riabilitative finalizzate a:
  - prevenire e contenere il ricovero ospedaliero;
  - acquisire abilità nella cura di sé e adeguate al proprio contesto ambientale;
  - sviluppare capacità espressive;
  - sviluppare capacità comunicative;
  - sviluppare competenze sociali;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con i Centri di Salute Mentale del bacino di utenza;
- attività di documentazione e di comunicazione all'OER (sistema informativo);
- iniziative di MCQ.

Le SR costituiscono parte integrante della rete complessiva dei servizi di cui si dota il DSM cui spetta la competenza della funzione socio riabilitativa. Nondimeno, tale funzione per essere svolta appieno necessita del concorso di altri soggetti istituzionali provenienti dalla società civile o dal privato. Gli interlocutori privilegiati del DSM in questo ambito sono l'Ente Locale e il privato sociale.

Le SR debbono essere:

- collocate in contesti urbani e facilmente accessibili;
- strettamente collegate alla rete dei servizi socio sanitari del territorio;
- caratterizzate da dimensioni tali da favorire relazioni interpersonali significative tra gli ospiti.

Di seguito si individuano 2 tipologie di SR in base alle seguenti aree:

- finalità assistenziali;
- grado di protezione;
- numero di ospiti;
- gradiente sanitario/sociale;
- modalità di finanziamento (EL, AAUSL, compartecipazione dell'utente).



*Chi*



5. 4. 1. Comunità Terapeutico Riabilitativa (CTR)

- finalità assistenziali: progetti terapeutico-riabilitativi;
- grado di protezione: 24 ore al giorno;
- numero di ospiti: massimo n20 ospiti;
- gradiente sanitario/sociale: sanitario;
- modalità di finanziamento: AAUSL.

5. 4. 2. Comunità di convivenza distinte in:

A) Comunità Alloggio (CA)

- finalità assistenziali: progetti socio-riabilitativi;
- grado di protezione: sino a 24 h.;
- numero di ospiti: massimo n10 ospiti;
- gradiente sanitario/sociale: intermedio;
- modalità di finanziamento: compartecipazione di AAUSL, EL e utente.

B) Gruppo appartamento (GA)

- progetti socio-riabilitativi;
- grado di protezione: variabile in relazione ai bisogni degli ospiti;
- numero di ospiti: massimo n6 ospiti;
- gradiente sanitario/sociale: intermedio;
- modalità di finanziamento: compartecipazione di AAUSL, EL e utente.

Tra le SR deve essere presente almeno una CTR ed una Co.di.co. per ogni modulo tipo. Nel caso il territorio di competenza presenti particolari caratteristiche (presenza di SR sorte a seguito del superamento degli O.P., contesto, di difficile accesso, etc.) le SR saranno costituite in numero adeguato ai bisogni del bacino di utenza.

Tra le SR, la CTR è dotata di una propria équipe. Nelle CA e nei GA opererà personale del DSM, con orari definiti sulla base delle esigenze del servizio, eventualmente integrato da operatori di cooperative sociali, i cui rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, e organizzazioni di volontariato.

Per le attività di risocializzazione i Comuni contribuiscono con specifici fondi finalizzati (DL 229/99).

Le risorse di personale e strutturali delle SR sono definite in sede di negoziazione di budget in relazione ai programmi, alle funzioni, agli obiettivi che vengono assegnati alle SR ed agli specifici bisogni di salute del territorio bacino di utenza, fermi restando i requisiti minimi definiti dal DPR 14/1/97, i parametri minimi individuati dal presente Progetto Obiettivo Regionale e quanto definito dal "Sistema regionale degli indicatori per i servizi di salute mentale per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della Regione Lazio - Quali DSM".



## 6. RUOLO DEGLI ENTI LOCALI

L'area della tutela della salute mentale è compresa tra le aree le cui prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (D.L. 229/99 Art. 3 sept. com. 4 e 5).

In attesa che con atto d'indirizzo e coordinamento il Ministro della Sanità e il Ministro della Solidarietà sociale individuino quali prestazioni siano da ricondurre tra quelle sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria e i criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza delle ASL e dei Comuni (D.L. 229 Art. 3 sept. com 2 e 3) i Comuni della Regione assicurano agli utenti dei DSM:

- 1) La fruizione dei servizi sociali rivolti alla generalità dei cittadini (Assistenza domiciliare, soggiorni di vacanza, etc);
- 2) il diritto alla casa nel rispetto di quanto stabilito dalle L.L.R.R.33/87 e 49/95 che destinano in modo specifico quote di edilizia popolare agli utenti dei DSM;
- 3) l'assegnazione di strutture di proprietà dei Comuni per l'attivazione di servizi residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali dei DSM.

La Regione e i Comuni inoltre:

- favoriscono la partecipazione degli utenti dei DSM alle attività di formazione finalizzata all'inserimento lavorativo utilizzando anche i finanziamenti CE;
- nel rispetto della vigente normativa, promuovono le attività imprenditoriali delle Cooperative Sociali di tipo B;
- destinano, secondo quanto previsto da specifico regolamento, risorse economiche per assegni terapeutici finalizzati, in particolare, all'inserimento lavorativo (tirocini) ed a favorire processi di deistituzionalizzazione. L'assegno terapeutico è strumento fondamentale del progetto d'intervento personalizzato e deve essere tempestivamente erogato per rispettarne l'efficacia.

## 7. VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE

Il DSM, ai fini di una maggiore integrazione sociale dei propri utenti in carico, ricerca la collaborazione, sottoscrivendo specifici protocolli di intesa e convenzioni, con le associazioni di volontariato e di privato sociale presenti nel territorio. Ciò, in particolare, nelle seguenti aree di attività:

- attività espressive e risocializzanti;
- inserimenti lavorativi;
- inserimenti abitativi.



*[Handwritten signature]*

## 8. RUOLO DELLE UNIVERSITA'

Tramite protocolli d'intesa tra la Regione, le Università e le Aziende Sanitarie Locali definiti da linee guida elaborate ai sensi dell'Art. 6 bis D.L. 229/99 vengono individuate le modalità per l'affidamento alle Cliniche Psichiatriche Universitarie, agli Istituti e Dipartimenti Universitari di psichiatria di attività assistenziali, proprie dei DSM svolte in modo complementare a funzioni di formazione e ricerca. Nei Policlinici Universitari deve essere attivato un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con almeno 12 p.l. ed assicurata l'attività di consulenza (obbligatoria) presso il DEA e i reparti.

Le cliniche, istituti, dipartimenti psichiatrici universitari possono concorrere alla realizzazione di quanto previsto nel presente P.O.R. assumendo e gestendo anche funzioni assistenziali in una parte definita del territorio della AAUSL coincidente con un modulo tipo o con parte di questo garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale per gli utenti residenti. Il Dirigente della funzione assistenziale fa parte di diritto del Comitato del DSM, e le strutture a gestione universitaria sono parte integrante del DSM.

I rapporti tra Università e AAUSL per quanto concerne la formazione specialistica e i diplomi universitari sono regolamentati rispettivamente dal D.M. MURST del 17.12.97 e dal D.M. MURST 29.09.97 fino alla emanazione di quanto previsto dal comma 1 Art. 6 bis L.D. 229/99.

## 9. RUOLO DELLE CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

Nella Regione Lazio (e in poche altre Regioni) l'offerta di ricovero rappresentata dalle Case di cura Neuropsichiatriche (C.C.N.P.) è stata e continua ad essere particolarmente significativa. Nate come circuito alternativo al ricovero manicomiale, negli anni del dopo riforma, pur riducendosi nel numero, hanno continuato ad offrire una possibilità di risposta al bisogno di ricovero in psichiatria supplendo alle carenze dei servizi pubblici sia per ricoveri volontari acuti (SPDC) sia per ricoveri prolungati (strutture residenziali). Negli ultimi tre anni la collaborazione tra la Regione e l'AIOP/AIRS ha permesso di monitorare l'utilizzazione dei 1300 p.l. in convenzione divisi tra le 13 C.C.N.P. della Regione utilizzando sia le schede dei dimessi nell'anno sia il criterio del census day. L'analisi del monitoraggio (vedi allegato) permette d'individuare che vi è un processo di variazione (lenta ma significativa) della collocazione di questa offerta nel circuito assistenziale psichiatrico. Dei 1300 p.l. una stima attendibile permette di valutare un fabbisogno di p.l. per assistenza psichiatrica pari a circa il 60% di circa 800 p.l. (divisi tra CTR e degenze entro 30/90 gg.); il restante 40% di p.l. può essere utilizzato per accoglienza residenziale e semiresidenziale di anziani e disabili (RSA), accoglienza residenziale e semiresidenziale di malati Alzheimer, centri per cure palliative, centri per patologie alcool correlate, etc.



Per le funzioni di natura psichiatrica le strutture autorizzate accreditate derivanti dal processo di trasformazione delle CCNP dovranno trovare integrazione organizzativa e funzionale con i DSM, sia per progetti personalizzati concordati, sia per programmi assistenziali collegati in via preferenziale con uno o più DSM. Il personale impiegato in queste strutture (idoneamente riqualificato) deve partecipare alle attività formative e di aggiornamento organizzate dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie.

Per facilitare il processo di riconversione delle Case di cura Neuropsichiatriche è stata proposta una modifica della L.R. 55/95 Art. 12 com. 5.

## 11. AUTORIZZAZIONI - ACCREDITAMENTO

### Errore. Il segnalibro non è definito.

La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (di cui Art. 1 D.L. 229/..) avvalendosi dei Dipartimenti di Salute Mentale istituiti in tutte le AAUSL., delle aziende universitarie nonché di soggetti accreditati (Art. 8 ter e 8 quater D.L. 229).

A motivo delle caratteristiche clinico-organizzative dei servizi, strutture e attività per la prevenzione cura e riabilitazione nell'area della salute mentale è opportuno che i cittadini facciano riferimento al DSM competente per area territoriale pur nella salvaguardia del diritto di libera scelta. L'accesso al Centro di Salute Mentale del DSM è libero e non richiede prescrizione. L'accesso alle altre strutture del DSM avviene su protocolli concordati tra gruppo di lavoro del DSM e gruppo di lavoro della struttura residenziale e semiresidenziale. L'accesso ai servizi privati accreditati è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta secondo quanto previsto D.L. 229/99 Art. 8 b com. 2.

### Autorizzazioni

L'esercizio delle attività di strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni terapeutico-riabilitative per utenti psichiatrici sia in regime di ricovero ospedaliero per acuti (a ciclo continuativo o diurno) sia in regime residenziale CTR; case alloggio; gruppo - appartamento; Centri Diurni (a ciclo continuativo o diurno) è subordinato ad autorizzazione regionale. Le autorizzazioni si applicano (com. 1 Art. 8 ter D.L. 229) "alla costruzione di nuove strutture, all'ampliamento o alla trasformazione, nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate".

L'esercizio delle suddette attività sanitarie e socio-sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private presuppone (com. 4 Art. 8 ter D.L. 229/..) il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti dalla legge 59/97 e nel rispetto di quanto previsto dal comma 3, Art. 8 ter D.L. 229/99.



*Handwritten signature*

## Accreditamento

Alle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate che ne facciano richiesta viene rilasciato dalla Regione l'accREDITAMENTO istituzionale, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La Regione in tal senso provvederà, nel rispetto dell'Art. 8 quater D.L. 229/99, utilizzando il "Sistema di indicatori per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione dell'assistenza psichiatrica della regione Lazio - Quali DSM".



A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.