

PROGETTO OBIETTIVO TUTELA SALUTE MENTALE 2002 – 2004

REGIONE CAMPANIA

TESTO APPROVATO UNANIMAMENTE DALLA COMMISSIONE TECNICA REGIONALE IN DATA 8 MAGGIO 2002 E POSTO ALL'ATTENZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

INDICE:

PREMESSA

CAPITOLO 1:

LINEE DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

CAPITOLO 2:

IL PERSONALE

CAPITOLO 3:

IL LAVORO DI SALUTE MENTALE NEL TERRITORIO. IL CENTRO DI SALUTE MENTALE

CAPITOLO 4:

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

CAPITOLO 5:

LE STRUTTURE RESIDENZIALI: I PROGRAMMI

CAPITOLO 6:

URGENZA PSICHIATRICA E 118

CAPITOLO 7:

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E REINSERIMENTO SOCIALE LAVORATIVO

CAPITOLO 8:

SALUTE MENTALE E SISTEMA SANITARIO

CAPITOLO 9:

SALUTE MENTALE ED ETA' EVOLUTIVA

CAPITOLO 10:

SALUTE MENTALE E SISTEMA PENITENZIARIO

CAPITOLO 11:

SALUTE MENTALE E OPG

CAPITOLO 12:

DIFFERENZA DI GENERE

CAPITOLO 13:

MMG E PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE E COLLEGAMENTO

CAPITOLO 14:
EMPOWERMENT

CAPITOLO 15:
IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI

CAPITOLO 16:
IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITA'

CAPITOLO 17:
SPERIMENTAZIONI ORGANIZZATIVE

CAPITOLO 18:
AREE CRITICHE EMERGENTI

CAPITOLO 19:
ISTITUZIONE DI UN OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

CAPITOLO 20:
SISTEMA INFORMATIVO

CAPITOLO 21:
FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

CAPITOLO 22:
RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

ALLEGATO:
LIBRO BIANCO, MAPPATURA DEI SERVIZI PUBBLICI DI SALUTE
MENTALE DELLA CAMPANIA

PREMESSA

Il difficile percorso di sviluppo dei servizi per la tutela della salute mentale trova un preciso punto di riferimento nei Progetti Obiettivo nazionali. Appare opportuno che in linea con essi la Regione Campania si doti di più articolato e pertinente progetto in armonia con le distinte competenze, per dare concrete articolazioni e precisi omogenei indirizzi alle ASL campane.

La necessità di definire più dettagliatamente aspetti organizzativi, modalità operative, risorse e specifici obiettivi accompagna il progetto di sviluppo come strumento per contribuire all'omogeneità dei livelli di assistenza in tutto il territorio regionale.

Alla fine del triennio, occorrerà valutare i risultati raggiunti per prefiggersene di più avanzati sulla base del consolidamento programmabile attraverso l'applicazione puntuale di quanto previsto nel presente documento.

Viene qui ribadita la centralità irreversibile dei servizi territoriali sostenendo le Aziende Sanitarie nell'identificazione di strumenti di governo, di livelli di responsabilità definiti, di servizi complessi strutturalmente coesi, in coerenza con lo spirito e la lettera della legislazione italiana nel settore.

CAPITOLO 1:

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DELLA REGIONE CAMPANIA

PREMESSA

Al fine di assicurare nell'ambito delle AA.SS.LL. della Regione Campania i livelli uniformi di assistenza sanitaria previsti dall'art.1, co.4, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modifiche ed integrazioni, quali indicati nel D.P.R. 1 marzo 1994, n.107; letta la legge regionale 3 novembre 1994 n° 32, ed in particolare gli artt. 6, 7, 8, 10, 11, 30; visto il Dlgs.229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", nonché il D.P.R. del 10/11/99 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998 - 2000"; letta la DGRC n° 1364 del 30/5/2001 "Principi organizzativi per l'adozione degli Atti Aziendali delle AA.OO. e delle AA.SS.LL."; viste le Leggi per l'integrazione socio-sanitaria, si istituiscono nelle AA.SS.LL. della Regione Campania i "Dipartimenti per la Tutela Della Salute Mentale" (D.S.M.).

A) DEFINIZIONE DEL D.S.M.

Il D.S.M. delle AA.SS.LL. è un Dipartimento Strutturale a Direzione unica. E' una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale. Gestisce le risorse del DSM stabilite dalla Regione Campania nel 5% dei ricavi dell'Azienda.

B) FINALITA' DEL D.S.M.

Esso costituisce il sistema integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di presidi, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti e di formazione degli operatori, necessarie per assicurare un'efficace e sostanziale tutela della salute mentale della popolazione, anche mediante l'integrazione socio-sanitaria.

C) FUNZIONI DEL D.S.M.

Al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione a tutela della Salute Mentale nell'ambito territoriale delle AA.SS.LL., il D.S.M., di concerto con le Direzioni dei Distretti e degli altri Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, mediante le proprie articolazioni operative assicura:

- 1) L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia.*
- 2) La presa in carico degli utenti.*
- 3) La continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni del DSM.*
- 4) Gli interventi d'emergenza e di emergenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.*
- 5) L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione.*
- 6) Gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti.*
- 7) Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie.*
- 8) I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi e la loro realizzazione.*
- 9) Il coordinamento con le U.O.M.I., la neuropsichiatria infantile, la geriatria, la riabilitazione ed i Ser.T.*
- 10) Il rapporto con i medici di base ed i servizi del distretto sanitario.*
- 11) La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti.*
- 12) Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti.*
- 13) Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale.*
- 14) Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.*

15) *Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni di genere, di provenienza e di etnia.*

D) ORGANI DEL D.S.M.

Sono organi del DSM:

1. *Il Direttore*
2. *Il Comitato di Dipartimento*
3. *L'Assemblea del Dipartimento*
4. *La Consulta di Dipartimento*

1. Il Direttore

Il Direttore del DSM è nominato dal Direttore Generale della ASL tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse (UOSM) del dipartimento, la durata dell'incarico è prevista per un periodo non superiore a tre anni e lo stesso può essere rinnovato, di norma una sola volta. La responsabilità della UOSM di cui è titolare il Direttore del DSM, viene affidata con atto formale del Direttore Generale ad un Dirigente Medico del Dipartimento per tutta la durata dell'incarico di direzione del DSM, su proposta del Direttore del DSM.

Il Direttore del DSM:

- a) negozia annualmente con il Direttore generale il budget del DSM in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti;
- b) garantisce lo svolgimento di adeguate attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra le UOSM;
- c) definisce l'allocazione delle risorse, sentito il parere del Comitato di Dipartimento, assicurandone l'allocazione omogenea;
- d) cura il collegamento e l'integrazione tra le attività di salute mentale e le attività complessive dell'ASL, nonché quelle di carattere socio-assistenziale eventualmente delegate dagli Enti Locali alla ASL;
- e) verifica l'attuazione delle linee programmatiche adottate, redigendo e pubblicando analitica relazione consuntiva annuale;
- f) elabora le iniziative finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori, utilizzando le risorse destinate a tale scopo dalla Regione, anche in collegamento con le Università, gli Istituti ed Enti di ricerca ed i Ministeri competenti, nonché ogni altra agenzia accreditata per le finalità di cui sopra. Per tali iniziative ci si può avvalere anche di singoli esperti qualificati per seminari, conferenze ed attività di supervisione, garantendo la pluralità degli indirizzi formativi ed il coinvolgimento di tutte le figure professionali;
- g) mantiene gli opportuni collegamenti con gli omologhi DSM, promuovendo protocolli operativi inter-aziendali,
- h) promuove ed incentiva attività di ricerca scientifica;
- i) raccoglie, elabora e valuta, in costante collegamento con le UOSM ed in raccordo con gli osservatori epidemiologici regionale e centrali, i flussi informativi inerenti all'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza, curando in particolare l'omogeneità delle relative procedure, e provvede alla redazione e diffusione di una apposita relazione annuale;
- l) ai fini di verifica e di programmazione, svolge attività di valutazione delle funzioni e delle prestazioni erogate, finalizzandola al raggiungimento di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità e soddisfazione del cittadino utente. Implementa progetti di miglioramento e valutazione della qualità, come da P.O.

Il Direttore del DSM per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali si avvale della collaborazione di:

- *di un nucleo Amministrativo Centrale* che coadiuva il Direttore del DSM nelle seguenti attività:
 1. gestione del personale, delle attrezzature e della loro manutenzione

2. funzione economica
 3. gestione delle risorse economiche connesse a finanziamenti specifici e finalizzati, provenienti anche da altri enti – organizzazioni ecc.
 4. tutte le altre funzioni amministrative del DSM, comprese la funzione di segreteria
- Il Nucleo amministrativo opera in collegamento con i referenti amministrativi delle UUOOSM

- *di Dirigenti Medici, Sanitari e Tecnici* del DSM di norma con impegno non superiore al 20% del debito orario dovuto alla propria sede di lavoro di provenienza, per le funzioni di: controllo di gestione, programmazione, MCQ, relazioni con il pubblico e quanto altro previsto; per tali funzioni si può proporre ricorso anche a consulenti esterni.
- *di un coordinatore dei servizi infermieristici.*

2. Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è di nomina elettiva, ad esclusione dei membri di diritto.

Sono membri di diritto i Direttori delle Strutture Complesse ed i responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

La parte elettiva è composta da un rappresentante di ciascun profilo professionale operante nelle UU.OO.S.M.

I tempi e le modalità delle elezioni sono stabiliti dal Direttore Generale previa concertazione con le OO.SS..

Il Comitato di Dipartimento resta in carica tre anni. I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente una sola volta.

Il Direttore del Dipartimento fissa l'ordine del giorno delle sedute accogliendo a tal fine i suggerimenti dei direttori delle strutture complesse. Per l'iscrizione di altri argomenti è necessaria la richiesta di almeno un terzo dei componenti.

La verbalizzazione delle sedute è curata dal Segretario del Comitato nominato dal Direttore del Dipartimento cui spetta la sorveglianza sulla corretta trascrizione degli interventi. I verbali di ogni seduta sono trasmessi al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario a cura del Segretario del Comitato.

La partecipazione alle riunioni del Comitato del Dipartimento è un obbligo per i suoi componenti. Le assenze o i ritardi devono essere giustificati al Direttore del Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento esprime parere sulle seguenti materie:

- a. *Modelli d'organizzazione del Dipartimento tesi al miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività*
- b. *Razionale utilizzazione del personale del dipartimento, nell'ottica della integrazione dipartimentale.*
- c. *Gestione degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate al dipartimento.*
- d. *Gestione del budget funzionale assegnato al dipartimento.*
- e. *Obiettivi da realizzare nel corso dell'anno.*
- f. *Adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita.*
- g. *Piani d'aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria, e miglioramento continuo di qualità.*
- h. *Proposte d'istituzione di nuove strutture e/o di gruppi operativi interdipartimentali.*
- i. *Schemi di deliberazioni da sottoporre al Direttore Generale.*

In particolare il Comitato di Dipartimento esprime pareri obbligatori sui seguenti atti del Direttore del Dipartimento:

- a. *Programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate al Direttore del Dipartimento dal Direttore Generale.*
- b. *Bilanci annuali e pluriennali e relative variazioni*
- c. *Proposta di dotazione organica, carichi di lavoro e le relative variazioni.*
- d. *Istituzione, compiti e norme di funzionamento degli organismi e strutture di decentramento e partecipazione dipartimentali.*
- e. *Regolamento interno operativo.*
- f. *Nomina, designazione e revoca dei propri rappresentanti richiesti dall'Azienda.*

3. L'Assemblea di Dipartimento

L'Assemblea del Dipartimento è costituita dai delegati degli Operatori di ciascuna UOSM nella percentuale di uno a dieci, assicurando in ogni caso almeno un rappresentante per ogni profilo professionale. Almeno una volta l'anno il Direttore di dipartimento indice la Conferenza di Dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per la raccolta di valutazioni, suggerimenti e proposte, che vengono verbalizzate e trasmesse al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario.

L'Assemblea si riunisce in sessione elettorale per gli adempimenti relativi all'elezione del Comitato di Dipartimento.

4. La Consulta di Dipartimento

In sede di definizione del Regolamento del DSM, le Direzioni Generali ed i Dipartimenti devono prevedere le forme più appropriate per garantire la partecipazione delle Associazioni dei Familiari alle Attività del Dipartimento attraverso la costituzione di una Consulta per la Salute Mentale a livello aziendale.

E) ARTICOLAZIONI DEL D.S.M

Il D.S.M. si articola in:

- a. *Strutture Complesse: Unità Operative di Salute Mentale*
- b. *Strutture Semplici (eventualmente a valenza dipartimentale)*
- c. *Articolazioni Funzionali*

Il D.S.M. può individuare aree tematiche tecnico-funzionali anche a termine.

F) LE UNITÀ OPERATIVE DI SALUTE MENTALE (UU.OO.S.M.)

Le UU.OO.S.M. sono strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale e provvedono alla realizzazione delle attività previste al punto B.

1. La UOSM attua gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento mantenendo autonomia tecnica, operativa e gestionale e costituisce centro di costo.
2. La direzione della UOSM, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 30/12/92 n°502, art.16 del D.P.R. 7/12/93 n°517 e dell'art.12 del Decreto Legislativo 229/99 è conferita dal Direttore Generale ad un dirigente medico, secondo le modalità previste dalla normativa vigente. Il Direttore della UOSM assicura l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture ed i servizi al fine di garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati multidisciplinari, di prevenzione cura e riabilitazione, ed ha autonomia tecnico-gestionale. E' membro di diritto del Comitato di Dipartimento.
3. La UOSM deve disporre di tutte le risorse di personale e di strutture come previsto dalle normative nazionali e regionali, comprese quelle derivanti dalla gestione di attività socio-assistenziali delegate alla ASL dagli Enti Locali (EE.LL.).
4. Le UUOOSM devono favorire attivamente la costituzione di associazioni di utenti, finalizzate all'elevazione della loro contrattualità sociale complessiva ed alla formalizzazione dei rapporti tra DSM ed associazioni.

La dotazione organica deve essere quella prevista dalla L.R. n° 32, all. D punto 7, tenendo conto delle caratteristiche demografiche e geomorfologiche del territorio di competenza.

G) ARTICOLAZIONI DELL'UNITÀ OPERATIVA DI SALUTE MENTALE

Nell'adempimento del piano aziendale, adottato dal DSM, la UOSM svolge in maniera integrata tutti i compiti di cui alla lettera *B* mediante articolazioni organizzative per le quali possono essere previsti specifici incarichi dirigenziali, secondo quanto contemplato nel P.O.

1. Le principali Articolazioni sono:
 - a. Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
 - b. Day Hospital (D.H.);
 - c. Centro Diurno (C.D.);
 - d. Strutture Residenziali (S.R.);
 - e. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).
2. Le Articolazioni Funzionali sono aree di responsabilità istituite per garantire e soddisfare specifici bisogni di salute mentale.

La collocazione delle Strutture Semplici Organizzative e delle Articolazioni Funzionali è concordata con il Direttore Generale ed i Direttori dei Distretti.

I dirigenti, ai quali verranno affidate le responsabilità di Strutture Semplici Organizzative e/o delle Articolazioni Funzionali, sono tenuti, comunque, all'adempimento di tutti i compiti istituzionali del DSM così come previsto dal CCNL.

La UOSM, tra l'altro, attraverso uno o più CSM esplica le seguenti funzioni:

1. Analisi della domanda d'intervento.
2. Interventi sulle situazioni di crisi.
3. Assistenza ambulatoriale.
4. Assistenza domiciliare
5. Filtro della domanda di ricovero e controllo delle degenze in corso.
6. Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio.
7. Rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi.
8. Informazione ed educazione sanitaria.
9. Attività d'informazione e d'istruzione delle procedure assicurative e previdenziali.
10. Attività di consulenza sulle tematiche di salute mentale correlate alle procedure di medicina legale.
11. Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi.
12. Attività socio-assistenziali, eventualmente delegate dagli EELL alla ASL, mediante atto d'intesa.
13. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica.
14. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale detenuti od internati in strutture penitenziarie non psichiatriche.
15. Consulenza e collegamento ai presidi ospedalieri e ai medici di base.

Le UU.OO.S.M. partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre UU.OO, ed in particolare con quelle di:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza agli anziani;
- materno- infantile;
- tossicodipendenza (SERT);
- prevenzione nei luoghi di lavoro;
- medicina legale ed invalidi civili;
- assistenza riabilitativa;

- relazioni con il pubblico ed integrazione sociale;
- prevenzione collettiva.

L'integrazione tra la UOSM e le altre UU.OO. deve essere finalizzata all'attuazione di una strategia unitaria che, nel rispetto delle singole competenze, soddisfi il bisogno di salute dell'utenza.

a. Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)

Il Centro di Salute Mentale è la sede delle attività territoriali. Esso funziona in tutte le sue articolazioni per almeno 12 ore consecutive in tutti i giorni feriali. Per gli interventi di urgenza o emergenza è attivo 24 ore al giorno per l'intero anno solare.

b. Il Day Hospital (D.H.)

Il Day Hospital è una modalità assistenziale semi-residenziale dell'UOSM in cui sono effettuati specifici programmi terapeutici e riabilitativi ed attività diagnostiche. Può essere allocato sia in Ospedale sede di SPDC, in stretto collegamento con esso, sia nel territorio in collegamento con il CSM. In quest'ultimo caso deve essere garantito anche il collegamento funzionale con una struttura ospedaliera per tutte le attività di supporto al ricovero.

Un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, articolo 2, commi 1 e 2.

c. Il Centro Diurno (C.D.)

L'UOSM assicura funzioni volte alla riabilitazione psico-sociale di tutti gli utenti di pertinenza che ne abbisognino. A tal fine predispone distinti progetti secondo la tipologia dei bisogni dei singoli assistiti. Tali progetti sono attivati sia in sede sia all'esterno. Il Centro Diurno (CD), ubicato in idonei locali, svolge le sue funzioni di norma, per almeno 8 ore, durante tutti i giorni feriali dell'anno solare. Tali funzioni possono essere svolte anche in giornate festive per specifici programmi.

d. Le Strutture Residenziali (S.R.)

Ogni UOSM dispone soluzioni abitative (Comunità protette, Case famiglia, Gruppi appartamento), al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate e flessibili (24 ore, 12 ore, per fasce orarie), in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento.

Le modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento degli ospiti nelle strutture residenziali sono definite in uno specifico regolamento del DSM aziendale.

e. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è una struttura semplice, eventualmente a valenza dipartimentale, provvede agli accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori in condizione di degenza ospedaliera nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Il SPDC garantisce la copertura del turno di guardia medica 24 ore al giorno.

Concorda con le UU.OO.S.M. del DSM aziendale specifici protocolli di collaborazione, il programma terapeutico, nonché modalità e tempi delle dimissioni dei pazienti afferenti a ciascuna delle UUOOSM.

L'attività in ciascun SPDC è garantita da un'équipe multidisciplinare.

NOTA

Il testo di questo capitolo è già stato approvato con delibera dalla Giunta Regionale il 27 dicembre 2001.

NOTA INTEGRATIVA

Le ASL entro un biennio dall'approvazione del presente progetto devono costituire UOMS su bacini di utenza mai superiori ai 150000 abitanti e possibilmente su bacini nettamente inferiori laddove le dimensioni più appropriate si aggirano sui 60/70000 abitanti.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Istituzione con atto formale del Dipartimento strutturale con nomina del/della Direttore

Nel primo anno:

1. Attribuzione del budget valorizzato nel 5% come previsto

2. Programmare l'attivazione per tutte le UOSM del DSM delle articolazioni organizzative previste

Nel triennio di validità del POR

1. Rendere operative le articolazioni organizzative e le funzioni programmate

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Redazione del regolamento

2. Attivazione di tutti gli organi previsti nel POR per i DSM

Nel primo anno:

1. Redazione e approvazione del Piano Triennale di Salute Mentale del DSM

Nel triennio di validità del POR:

Rendere operative le strutture programmate dalla ASL

CAPITOLO 2: IL PERSONALE

Il personale impegnato in Campania nei DSM risulta essere al gennaio 2002 di 3147 operatori, 1 operatore ogni 1860 abitanti; in presenza di uno standard di personale atteso in base alla normativa vigente di 1 operatore ogni 1500 abitanti.

Dalla lettura dei tassi di saturazione del personale si evidenzia tuttavia che solo pochi Dipartimenti approssimano o raggiungono la completa saturazione.

Le oscillazioni dei tassi di saturazione disegnano inoltre contesti molto diversificati dal 100% della Napoli 1 al 30% della Napoli 3.

Problematica appare peraltro la distribuzione delle figure professionali (ampiamente illustrata nel Libro Bianco della Commissione Tecnica S.M., pubblicato a cura della Regione a gennaio 2002) che evidenzia un ampio range di variazione delle varie tipologie professionali.

La prevalenza delle figure mediche e, soprattutto, infermieristiche, tende a "comprimere" le altre figure professionali. E' rilevante il dato sulla scarsa rappresentanza di figure tecniche, particolarmente quelle destinate all'attività riabilitativa.

Mentre sono complessivamente accettabili le risorse professionali del profilo medico e spesso completi i profili infermieristici; appaiono ovunque carenti i nuovi profili professionali e particolarmente quelli destinati alle prestazioni di tipo riabilitativo e di reinserimento sociale: tecnici della riabilitazione e animatori di comunità. Ciò particolarmente nelle articolazioni organizzative che ne avrebbero maggior necessità: le strutture residenziali e semiresidenziali, i centri diurni e le articolazioni territoriali per l'assistenza domiciliare.

Eguale carente appaiono le figure di assistenza non mediche: assistenti sociali, psicologi e sociologi.

Si tratta di programmare il riequilibrio delle figure professionali attivando procedure concorsuali per tutti i profili carenti in tutte le articolazioni organizzative.

Si considerano tuttora valide le indicazioni contenute nella L.R. 32 del 1994 integrate dalle previsioni di personale stabilite dal Piano Ospedaliero L.R. 2/98 per ciò che concerne la presenza di SPDC.

Ma quando si analizza un tema importante come quello delle risorse umane non si può fare a meno di considerare il ruolo del privato sociale nel rapporto con il pubblico. Il modello che si sta affermando è indirizzato verso una più netta separazione delle funzioni di gestione da quelle di programmazione e controllo, con un coinvolgimento sempre più importante dei diversi soggetti del terzo settore. E' evidente che ci si avvia ad una concezione di servizio pubblico in cui i soggetti erogatori delle prestazioni non sono solo pubblici, ma giacché alcuni di questi sono disponibili ad entrare nelle regole e nei principi etici di universalismo del servizio pubblico è indispensabile valutarne la presenza, le competenze e le necessità formative procedendo ad una stima in particolare delle cooperative e ONLUS dedicate attualmente presenti sul territorio regionale e delle necessità formative sia in riferimento alle attività che esse già svolgono che con riferimento alle attività che esse in prospettiva svolgeranno.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Monitorare le disponibilità di risorse umane dei DSM e predisporre gli atti per la copertura delle eventuali carenze di organico

Nel triennio di validità del POR:

1. Completare le procedure concorsuali

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Proporre l'assetto organizzativo e le relative attribuzione di responsabilità secondo il Piano Aziendale per tutti i profili professionali

Nel primo anno:

1. Predisporre gli obiettivi specifici annuali da assegnare alle UO anche in relazione alla valutazione di legge

Nel triennio di validità del POR:

1. Relazionare e vigilare sull'adeguamento delle piante organiche

CAPITOLO 3:

IL LAVORO DI SALUTE MENTALE NEL TERRITORIO. IL CENTRO DI SALUTE MENTALE

Il lavoro di salute mentale prende avvio e si espleta nel territorio, nei contesti di vita della persona, dove nasce e si sviluppa la sofferenza.

Nella comunità devono essere ricercate gli strumenti e le risorse da attivare per la presa in carico e lo sviluppo di percorsi di salute.

La reale integrazione tra risposta medico-clinica e risposta riabilitativa si attua nei CSM. Il CSM è la sede organizzativa, il motore della UOSM e deve farsi carico di tutta la domanda di salute del territorio di competenza, con particolare attenzione alle persone a rischio di esclusione sociale .

Si rimanda al capitolo 1 paragrafo G per le articolazioni e le funzioni espletate dal CSM. Si intende qui sottolineare l'importanza della presa in carico della persona nella sua globalità, nel contesto in cui vive, nella strategia della continuità terapeutica.

La presa in carico del paziente, in particolare del paziente "grave", necessita di azioni coordinate ed integrate, che coinvolgono varie professionalità in momenti contemporanei e/o distinti, ma sempre all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo unitario. L'insieme degli operatori, nel rispetto dei diversi ruoli, ma addestrato al lavoro di equipe, si costituisce come "comunità curante" creando condizioni per l'accoglimento, la cura e l'abilitazione e l'integrazione sociale del paziente.

Il paziente, a secondo delle necessità terapeutiche può attraversare le varie strutture del CSM, ma sempre in funzione di un progetto terapeutico che lo accompagna dal primo contatto fino al rientro nella sua comunità sociale, anche laddove necessiti di ulteriori e /o diversi supporti.

Il Servizio di Salute Mentale deve affiancare eventuali altri servizi che subentrino a sostegno del paziente per differenti esigenze, favorendo percorsi di emancipazione dello stesso e rispettando la sua contrattualità nelle scelte.

E' altresì indispensabile che nel mentre si lavora con il paziente, si attivino azioni opportune che incidano sul contesto, a partire da quello più vicino al paziente stesso, la famiglia.

In realtà prevenzione e riabilitazione non sono concetti tra di loro staccati, ma fortemente interdipendenti.

Se la famiglia segue il paziente nella sua crescita opera essa stessa una prevenzione secondaria nei confronti delle ricadute.

Se non nasconde il suo congiunto e non se ne vergogna, opera sul contesto riducendo fantasie di paura e diversità.

Se il contesto accoglie e sostiene l'utente opera anch'esso dilatando sentimenti di tolleranza ed apertura.

Se le strutture del CSM sono permeabili alla cittadinanza e calate nel sociale operano nel senso dell'abbattimento e dello stigma della malattia mentale e favoriscono l'integrazione degli utenti.

In questo senso, nell'ambito di progetti personalizzati, l'attività terapeutica svolta al domicilio del paziente si configura come un "essere con" nei suoi luoghi di vita; mediazione con il contesto piuttosto che burocratica funzione di controllo o mera erogazione assistenziale passivizzante.

Le dimensioni dell'assistenza domiciliare di conseguenza, non possono che essere quelle che scaturiscono dai progetti stessi, dalle esigenze dei pazienti se e quando necessitano, nel rispetto anche dei tempi del malato e della sua famiglia.

Per altro il progetto terapeutico non si costituisce come qualcosa di predefinito, ma va costruito nel fare, verificato dialogicamente all'interno dell'equipe, e della famiglia modificato, se necessario nel percorso.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nel primo anno:

1. *Programmare l'adeguamento delle articolazioni organizzative previste per i CSM*
2. *Programmare l'adeguamento dei bacini di utenza alle dimensioni ottimali per un CSM*
3. *Regolamentare i manuali di funzionamento*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Realizzare l'intera programmazione prevista nel primo anno*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Proporre un piano per l'adeguamento dei bacini di utenza ai CSM*
2. *Programmare le articolazioni organizzative previste da PO Regionale per i CSM*
3. *Proporre protocolli di funzionamento dipartimentale per i CSM con procedure condivise*

Nel primo anno:

1. *Rendere operativi i protocolli di funzionamento proposti*

Nel triennio di validità del POR:

Monitorare e validare i protocolli attivati

CAPITOLO 4:

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura è l'unico servizio deputato all'accoglimento di pazienti psichiatrici per i quali necessita il ricovero in ambiente ospedaliero vuoi in regime di TSV che di TSO.

Date le dimensioni delle ASL della Campania è imprescindibile che ogni Azienda sia dotata di almeno 1 SPDC di 15 posti letto. Ciò costituisce esigenza pregiudiziale e non rinviabile.

Attualmente le seguenti ASL non sono dotate di SPDC: ASL Napoli 2 (520.000 abitanti) e ASL Napoli 3 (393.000 abitanti). Tale parametro deve essere raggiunto entro un anno dall'approvazione del presente progetto.

I posti letto degli SPDC, non possono superare il parametro fissato dal PSR pari a 1 posto letto per 13.000 abitanti.

Si rileva che in presenza di un organico sistema di servizi dipartimentali, a regime, può essere considerato realizzabile ed adeguato l'obiettivo di definire il fabbisogno di posti letto ospedalieri in 1 ogni 20.000 abitanti se si attiva nei CSM la funzione di cui al cap. 16 comma 1.

I posti letto degli SPDC possono essere convertiti in presenza di adeguate condizioni, in posti letto di Day Hospital. Negli SPDC deve essere garantita la presenza di personale oltre che medico ed infermieristico, anche di altri profili professionali (psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psicosociale, animatore di comunità, etc.).

L'accettazione del ricovero avviene sempre previa valutazione operata presso il Pronto Soccorso.

Premesso che esperienze pluriennali hanno dimostrato che è del tutto evitabile la contenzione fisica dei pazienti ricoverati presso i SPDC, appare necessario sviluppare le condizioni atte a consentire di evitare di ricorrere alle stesse contenzioni.

Vanno assolutamente evitate pratiche che includano l'uso di sistemi di controllo elettronici, violazioni della privacy e camere di isolamento. Va perseguito in ogni caso il consenso informato.

Il SPDC si colloca per le sue funzioni sempre all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, di cui condivide e segue i progetti assistenziali coerenti con gli obiettivi di tutela di salute mentale programmati dal DSM. Ciò soddisfa l'interazione e la cooperazione ospedale-territorio, a salvaguardia della continuità terapeutica e dell'espletamento del progetto terapeutico integrato individuale.

Se il SPDC ha sede in A.O., la sua gestione resta sempre all'interno del DSM.

Fra A.O. e ASL, devono essere definite convenzioni sugli aspetti tecnici-organizzativi ed economico gestionali, restando fermo che fattori produttivi e ricavi afferiscono direttamente all'ASL.

Sul territorio di una sola ASL ci possono essere anche più SDPC in relazione al numero degli abitanti.

La dotazione organica del SPDC va sempre intesa come risorsa complessiva del DSM nel suo insieme, superando la logica dei servizi e degli organici separati ed autosufficienti quanto autoreferenziali. Resta fermo che il DSM, in quanto dotato di SPDC si dota del personale previsto a tal fine dal Piano Ospedaliero Regionale. Il DSM deve assegnare unità fisse all'SPDC per congrui periodi. Tale assegnazione può essere limitata, in dipendenza dall'organizzazione del lavoro di ciascun DSM, senza che ciò derivi da carenze di organico, a tre unità mediche fisse con servizio di guardia a rotazione tra tutti i medici del DSM. Per evitare la possibile, dannosa, separazione operativa, culturale e tecnico-assistenziale tra gli operatori del DSM, si raccomanda la rotazione degli operatori che abbiano prestato servizio in SPDC, con altri operatori medici e non, del territorio.

Il SPDC, struttura semplice eventualmente a valenza dipartimentale, è sotto la responsabilità di un dirigente medico designato dal Direttore di Dipartimento e incaricato dal Direttore Generale.

Il disturbo psicopatologico deve essere affrontato, di norma, nel territorio che vi provvede con le risorse terapeutico-assistenziali poste a capo al Centro di Salute Mentale.

Il CSM mobilita tutte le risorse collegate ai compiti istituzionali dell'équipe multidisciplinare e le utilizza per fornire le risposte nel luogo e nel tempo più vicini alla domanda, in particolare modo quando si profila l'eventualità di un TSO.

Quando il TSO si realizza quale unica scelta necessaria, gli operatori intervenuti, nella maggior parte dei casi in urgenza, sono obbligati a mettere in atto tutte le misure utili a rispettare dignità e diritti delle persone sanciti dalle leggi, e a promuovere il loro consenso e la loro partecipazione al trattamento.

L'intervento degli operatori psichiatrici non deve essere riduttivamente medico, ma deve collegare il disagio psicopatologico dell'individuo alla sua storia personale e alle sue relazioni sociali. Ciò evita che vi siano ragioni oltre quelle previste dall'art. 2 della L.180/78 a determinare la procedura del TSO.

Il TSO che preveda la degenza ospedaliera, si attua esclusivamente negli SPDC dei P.O. delle ASL e delle A.O.

Le UOSM anche attraverso i medici del SPDC assicurano le consulenze specialistiche intraospedaliere al Pronto Soccorso e nelle unità operative dell'ospedale 24h su 24, promuovendo con gli altri settori assistenziali dell'Ospedale una cultura della Salute Mentale per evitare una comprensione dei fenomeni patologici e/o psicopatologici esclusivamente sul piano dell'accidentalità o dell'evento naturale ineluttabile. Ciò deve favorire un utile *feed back* reciproco tra operatori di Salute Mentale e quelli di altre specialità mediche, attraverso una attività non ridotta a mera consulenza, ma convertibile in un collegamento istuzionalizzato su progetti specifici di collaborazione.

Agli SPDC può essere annesso un Day Hospital nel rispetto delle norme per i p.l. e per i requisiti minimi strutturali e organizzativi che regolano i D.H. ospedalieri. I ricoveri devono avere in questo caso un adeguato supporto familiare e/o del CSM. I DH non devono in nessun caso essere sovrapponibili ai Centri Diurni territoriali che sono caratterizzati dall'operatività di tipo terapeutico-riabilitativo di medio e lungo termine.

Gli SPDC devono avere i requisiti minimi strutturali previsti nella delibera di G.R. n° 3958 del 07/08/2002.

Gli SPDC devono rispondere agli indicatori di valutazione della qualità dell'insieme operativo del DSM.

Per gli SPDC devono essere validati:

- indicatori previsti dall'art. 14 ex D.L. 502/92 (personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, comfort alberghiero, informazione e privacy, prevenzione delle malattie iatrogene)
- indicatori previsti dal D.M. 24/07/95 ed articolati nelle aree della domanda, accessibilità, risorse, attività, controllo.

Gli SPDC devono avviare in ogni caso esperienze di utilizzo di indicatori localmente individuati attraverso il confronto e la validazione culturale e tecnica degli operatori.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Monitorare le disponibilità e programmare l'adeguamento di posti letto in riferimento al PSR

Nel primo anno:

1. Attivare i posti letto carenti

Nel triennio di validità del POR:

1. Monitorare a regime il funzionamento delle articolazioni previste

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

- 4. Superare le residuali pratiche di contenzione*
- 5. Proporre protocolli di funzionamento dipartimentale per i SPDC della ASL con procedure condivise di raccordo con i servizi territoriali*
- 6. Proporre protocolli di intesa con i DS degli ospedali e con le strutture dell'emergenza territoriale*

Nel primo anno:

- 2. Rendere operativi i protocolli di funzionamento dipartimentale proposti*
- 3. Rendere operativi i protocolli di intesa con i DS degli ospedali e con le strutture dell'emergenza territoriale proposti*

Nel triennio di validità del POR:

Monitorare e validare i protocolli attivati

CAPITOLO 5:

LE STRUTTURE RESIDENZIALI: I PROGRAMMI

Negli ultimi 4-5 anni in Italia, nelle aree in cui la chiusura degli ospedali psichiatrici pubblici è stata attuata a partire dalle leggi finanziarie del '94 e '96, sono state costituite molte strutture residenziali pubbliche che hanno accolto ospiti degli ex OP, ma è stato pure rilevante il trasferimento di questi in strutture private, case di riposo, cliniche neuropsichiatriche, istituti di riabilitazione, luoghi verso i quali bisognerà con attenzione e professionalità rivolgere l'azione.

Le strutture residenziali (SR) costituite per la chiusura degli OP progressivamente incominciano ad accogliere utenti provenienti dal territorio, senza peraltro di norma mutare la qualità dell'intervento, la tipologia e la formazione degli operatori, le risorse in campo. Si assiste quindi ad una commistione di utenza, permanendo una connotazione dell'intervento fortemente assistenzialistica, in alcuni casi troppo chiusa e cronicizzante.

Contemporaneamente si verifica che, quando i CSM funzionano come ambulatori e sono organizzati in maniera privatistica, gli/le utenti che presentano maggiore complessità, dal punto di vista psicopatologico e di contesto, vengono facilmente internati/e in strutture residenziali riabilitative private convenzionate, del profit e del no profit, spesso senza che il servizio pubblico formuli, segua e verifichi un progetto terapeutico-riabilitativo.

Le SR in un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) sono *risorsa* se fortemente connesse ed interagenti con le altre strutture e risorse del DSM e del territorio e possono rappresentare una condizione importante, anche se certo non sufficiente:

- ◆ per il superamento dell'ospedale psichiatrico,
- ◆ per combattere nuove forme di istituzionalizzazione in ambiti pubblici o privati, compresi i servizi di diagnosi e cura,
- ◆ per ostacolare/prevenire fenomeni di cronicizzazione ed abbandono,
- ◆ per dimettere utenti dagli OPG e/o come alternativa all'internamento negli OPG,
- ◆ per attivare progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti con rilevanti problemi di salute mentale, con importanti disabilità e/ assenza o nocività della rete familiare,
- ◆ per offrire sostegno ed habitat ad utenti dei CSM che, a causa di disabilità legate alla malattia, all'età, all'assenza di supporto socio-familiare, traggono vantaggio dalla vita comunitaria, evitando in particolare l'istituzionalizzazione degli anziani.

Programma Residenziale 1

Esiste una *prima necessità* che si riferisce alla rimodulazione della residenzialità per la popolazione uscita a suo tempo dagli ospedali psichiatrici, che spesso non ha ancora trovato risposte adeguate. Tra questa popolazione esistono anziani che andrebbero assistiti come tali, ma anche anziani psicotici che andrebbero diversamente assistiti. Esiste una popolazione affidata a strutture privatistiche che va accuratamente rivisitata. Esistono strutture pubbliche abbastanza adeguate, altre di eccellente livello, altre inadeguate. E' necessario un programma specifico aggiornato (programma residenziale 1) per questa popolazione.

Nelle 13 ASL della Campania sono presenti 62 S R per un totale di posti di 899 pari a 1,5 per 10.000 ab. La gran parte dei pazienti proviene dagli ex O P . Il personale è rappresentato in larga prevalenza da infermieri psichiatrici provenienti dagli ex O P .

In ordine alle strutture residenziali in essere si evidenziano criticità di ordine generale e criticità di tipo specifico.

Criticità specifiche riguardano a) le strutture con oltre 20 posti letto (una decina in Regione) b) strutture che sono dotate di un significativo numero di posti, e il cui statuto giuridico-formale è del tutto incoerente con l'attività effettiva svolta.

Per quanto riguarda queste strutture, le ASL di riferimento devono elaborare programmi circostanziati, monitorabili e calendarizzati entro tre mesi dall'approvazione del presente Progetto per il superamento della situazione di grave criticità, con obiettivi vincolanti per i Direttori Generali, richiedendo se necessario l'intervento regionale qualora la natura della struttura o altri vincoli travalichino i poteri effettivi delle ASL.

Criticità più generali richiedono che vengano considerate come prescrizioni univoche e non derogabili le seguenti:

1. che venga garantita la copertura di tutte le spese necessarie alla dignitosa vita delle persone e ad un complesso adeguato di attività riabilitative, chiamando a copertura di spese aggiuntive per ulteriori attività riabilitative famiglie ed utenti che ne siano in grado, anche attraverso l'attività di un ufficio tutele a livello dipartimentale;
2. che venga garantita la pluriprofessionalità degli addetti con presenza obbligatoria e costante di educatori, animatori di comunità, terapisti della riabilitazione psicosociale e degli altri servizi sanitari dell'ASL;
3. che si ricerchino le condizioni per far sì che, nel rispetto del limite invalicabile di 20 unità, si operi per portare le strutture residenziali esistenti a nuclei abitativi di proporzioni inferiori.

Per quanto concerne la quantificazione delle necessità di posti residenziali, si evidenzia che questa non è una variabile indipendente dall'organicità delle reti o dall'esistenza di servizi complessivamente adeguati.

Tuttavia è necessario individuare nel triennio uno standard flessibile di riferimento ai fini della programmazione delle risposte.

Programma Residenziale 2

E' necessario allestire un programma specifico per l'utenza non a provenienza dagli O.P. (programma residenziale 2). Per questa popolazione è necessario immaginare un fabbisogno di posti residenziali di 1,5 / 2 posti per 10.000 ab. per un totale di almeno 1000 posti da creare in regione.

In una ASL di 500.000 ab. necessitano almeno 75 posti siffatti se si vuole eliminare alla radice la fuga fuori regione in comunità discutibili, l'abuso del privato-privato, l'utilizzo di contenitori impropri e aspecifici.

I costi, sempre per una ASL di 500.000 abitanti, per siffatti posti, potrebbero aggirarsi sui 4/5 miliardi annui (pari a meno di un decimo del costo del sistema di salute mentale). I costi potrebbero essere ridotti da varie forme di partecipazione (comuni, associazioni di volontariato, famiglie, utenti stessi). Da molte parti vengono segnalate disponibilità di famigliari alla messa a disposizione di appartamenti in proprietà per la creazione di convivenze anche con altri pazienti assistite con garanzie da parte dell'ente pubblico. Potrebbero essere incoraggiate fondazioni ad hoc sostenute e controllate dall'ente pubblico.

- Il privato sociale dovrebbe essere chiamato a compartecipare alla gestione delle residenze sulla base di contratti aventi come natura progetti terapeutico riabilitativi individuali.
- L'inserimento nelle residenze dovrebbe sempre avvenire sulla base di progetti terapeutico riabilitativi individuali che come tali andrebbero remunerati dalle ASL realizzando con ciò il sostegno finanziario complessivo quantificabile e valutabile.

Si ribadisce che l'unità abitativa da programmare è il gruppo appartamento di civile abitazione per un numero limitato di ospiti.

- Vanno in ogni caso scoraggiate RSA psichiatriche e riconvertite varie SR esistenti in moduli più flessibili (posti residenziali + centro diurno + centri per attività riabilitative a tempo non pieno + ambulatori, con riduzione dei posti letto).

Per il 2002, considerando in 700 miliardi il finanziamento complessivo per la salute mentale, le ASL dovrebbero impegnare un decimo del finanziamento per la realizzazione dei mille posti del programma anche in stretta relazione con le iniziative proprie della legge 328, evitando in generale spese per edificazione (e gli incalcolabili tempi relativi) privilegiando il ricorso al

mercato immobiliare in termini preferibilmente di affittanza e preferibilmente a cura di cooperative sociali, che potrebbero reperire più agevolmente e mettere a disposizione i locali necessari. Il programma potrà anche essere realizzato con gradualità triennale.

Fondamentale per quanto sopra enunciato è l'esistenza di un DSM che trova il suo braccio operativo in un Centro di Salute Mentale 'forte', connesso con una rete di residenze, laboratori, cooperative e capace di attivare i soggetti sociali, che promuove e garantisce la salvaguardia, la promozione, la ri-acquisizione dei diritti umani, civili, politici degli/le utenti, senza distinzione per gravità, comportamento, genere, ceti, etnia, religione.

Va peraltro sempre sottolineato che primo impegno del servizio pubblico è mantenere le persone nei contesti naturali di vita, supportandoli nel raggiungimento del miglior equilibrio psico-fisico e sociale, costruendo forme di sostegno alle famiglie o favorendo un abitare indipendente.

- Il lavoro nelle residenze deve prevedere sempre la *dimissione e/o il passaggio da una condizione più assistita a quella meno assistita*. Nei fatti in molti DSM italiani le SR sono per la maggior parte sulle 24 ore, rispondendo ciò ad una minore assunzione di responsabilità da parte dei dirigenti, ma creando situazioni cronicizzanti per l'utenza, tale situazione può essere mutata attraverso la qualificazione e complessificazione delle risposte da parte dei CSM. Anche nei casi di ospiti di media età e/o provenienti dagli ex-OP il numero di 20 ospiti/residenza appare alto quando il lavoro voglia essere caratterizzato nel senso della riabilitazione.
- Le SR devono essere dimensionate sul *modello 'casa'*, devono prevedere e garantire agli/le ospiti spazi privati, devono essere ubicate nei contesti urbani ed integrate nella comunità. Non va peraltro mai dimenticato che la convivenza non è di norma scelta dalla persona, ma favorita ed organizzata dal servizio e/o richiesta dalla famiglia.
- Le strutture residenziali devono essere *luoghi sostenuti da logiche e regole non istituzionali*, anche se certamente definite dal gruppo di convivenza, sia in riferimento all'habitat, sia tanto più in riferimento all'accessibilità e personalizzazione degli spazi e degli oggetti, alla proprietà, alla soggettivazione del tempo, all'essere luogo da cui partono attività, impegni verso il territorio. Luoghi in cui si possa intravedere, nella continuità del rapporto temporo-spaziale, nella qualità dell'habitat e delle relazioni del piccolo gruppo, possibilità terapeutiche anche nelle situazioni in cui ogni altro tentativo è fallito, in cui la continuità è anche verifica continua di progettualità, tappa ineludibile di un percorso di salute.
- Nel DSM vanno definiti i *criteri di ammissione e di dimissioni* degli ospiti nelle strutture residenziali, ma tanto più quando si tratta di utenti provenienti dal territorio, va garantita da parte del CSM di competenza la continuità terapeutica.
- Il partenariato con il privato sociale può produrre qualità ed emancipazione se viene promosso il protagonismo e l'imprenditorialità del privato, ma se il pubblico garantisce la continuità della cura, la responsabilità della programmazione e della verifica dei progetti terapeutici-riabilitativi, una formazione comune agli operatori del DSM, un rapporto di supervisione costante ed informato.
- In particolare nella gestione delle strutture residenziali va garantita una forte sinergia, fino alla costruzione di società miste, tra pubblico e privato onde garantire l'uscita il più possibile dall'autoreferenzialità, una assistenza qualificata ed emancipativa per gli utenti e gli operatori. Nel rapporto con il privato vanno garantite da parte del pubblico gare di appalto che privilegiano i progetti e non il ribasso dei costi.

Schematicamente il lavoro nelle SR deve prevedere, oltre ai singoli programmi individualizzati:

- ◆ la *qualificazione continua dell'abitare*, utilizzando le risorse del pubblico, ma anche degli/le ospiti,
- ◆ la *diminuzione degli psicofarmaci e dei ricoveri psichiatrici*,
- ◆ la *ricostruzione di una identità* non solo legata alla malattia,

- ◆ lo sviluppo di *capacità e possibilità di scelta*
- ◆ il potenziamento della *cura di sé e del proprio ambiente*,
- ◆ ri-costruzione di una corretta *relazionalità familiare*,
- ◆ apprendimento, ri-acquisizione di *capacità di convivenza sociale*
- ◆ apprendimento, rafforzamento di *abilità e competenze sociali* attraverso attività con senso in piccoli collettivi.
- ◆ *formazione ed inserimento lavorativo*,
- ◆ *utilizzo degli spazi e dei servizi della città*.

In sintesi

Le strutture residenziali di lunga assistenza e riabilitazione:

1. non devono mai superare i venti posti letto
2. devono essere orientate ad una forte valenza riabilitativa
3. devono tendere a ridurre il numero dei letti, se originariamente superiore alla decina, sostituendoli con attività diurne o comunque a tempo parziale
4. devono articolare il massimo di contestualizzazione con i servizi e con il territorio

- le strutture più appropriate hanno da tre a otto posti letto, hanno le caratteristiche della casa-famiglia e dell'appartamento di gruppo, vedono coinvolti nella gestione gli ospiti, sono a gestione mista pubblica privata, privilegiano la titolarità degli ospiti nella stipula dei contratti di locazione e di proprietà.

-I criteri di accreditamento devono essere sempre richiesti e devono contenere questi elementi, mentre le caratteristiche strutturali dovrebbero essere il più possibile assimilate a quelle proprie di appartamenti di civile abitazione. Va differenziato ampiamente il personale.

5. le strutture residenziali devono essere inserite nei piani di zona di cui alla legge 328 con il coinvolgimento quindi degli enti locali nella gestione complessiva delle iniziative di contesto in cui devono collocarsi e relazionarsi. A livello dei piani di zona vanno individuate possibilità di inserimento in gruppi non omogenei.
6. Qualora la gestione venga affidata ad una ONLUS o al privato sociale o imprenditoriale, risulta molto più appropriato l'utilizzo dello strumento del budget di cura che quello dell'affidamento della struttura o alla struttura. In altre parole, per ogni utente è necessario predisporre un programma che definisca le specifiche risorse a disposizione e gli obiettivi da raggiungere, i budget individuali devono prevedere differenziazioni nel valore della enumerazione da caso a caso, da individuo a individuo in stretta relazione con la differenziazione del programma terapeutico, degli obiettivi da raggiungere e della complessità del caso.
7. Ovviamente anche le strutture private convenzionate devono adeguarsi agli indirizzi qualitativi qui indicati. Nel corso del triennio è opportuno che il ricorso ad una compartimentazione in "moduli" da 20 posti, mutuata da indicazioni per RSA venga a scomparire per quanto concerne l'assistenza psichiatrica rivelandosi del tutto inopportuna la concentrazione di un numero elevato di utenti in strutture coincidenti per sede e organizzazione logistica. Nelle more, appare indispensabile che ammissioni, eventuali proroghe di ricovero, dimissioni e programma terapeutico siano, senza eccezione alcuna, competenza del DSM di residenza civica del soggetto in trattamento e che sia la ASL di residenza del soggetto ad autorizzare l'ammissione, garantire il controllo e provvedere alle corresponsioni economiche relative.

Entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente progetto, le ASL di concerto con l'Assessorato Regionale alla Sanità, definiscono con le strutture in essere piani per favorire l'adeguamento alle prescrizioni anche strutturali previste dal presente testo.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

- 1. Ricognizione delle SSRR attivate ed individuazione delle necessità di residenzialità per l'utenza di competenza*

Nel primo anno:

- 1. Approntamento del piano per l'adeguamento di eventuali carenze di strutture ed attivazione delle procedure per le relative gare secondo i criteri dati nei programmi 1 e 2*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Attivazione delle strutture programmate con particolare attenzione alla qualità*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

- 1. Redazione di regolamenti e linee guida di funzionamento delle residenze*
- 2. Attribuzione delle responsabilità di gestione*
- 3. Predisposizione di protocolli per la valutazione qualitativa e per il monitoraggio*
- 4. Predisporre l'inserimento di specifici progetti della salute mentale nell'ambito dei piani socio sanitari di zona (residenze a basso livello assistenziale sanitario)*

Nel primo anno:

- 1. Attivazione di unità di valutazione e monitoraggio della qualità delle residenze*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Realizzare l'integrazione operativa con le altre articolazioni del DSM e con il territorio*

CAPITOLO 6:

URGENZA PSICHIATRICA E 118 - SERVIZIO INTEGRATO REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA (SIRES)

Il SIRES, comunemente noto come “118” e i Dipartimenti di Salute Mentale hanno specifiche competenze di intervento negli eventi di urgenza ed emergenza psichiatrica territoriale.

L'affermazione si fonda almeno su tre ordini di motivi:

- a) L'intervento sanitario nelle patologie psichiatriche, nelle fasi precedenti l'intervento specialistico delle UOSM, ricade nelle competenze dell'assistenza medica generale, anche se, almeno nella maggior parte dei casi, la dimensione psicosociale vi ha una co-presenza significativa;
- b) Gli eventi di urgenza ed emergenza psichiatrica (che si esprimono con o senza anomalie di comportamento) richiedono un'assistenza sulla crisi che abbia pari dignità con quella fruibile da altri ambiti della tutela della salute, al fine di evitare o di alimentare in psichiatria separatezze ed isolamenti provocati da una aprioristica aprioristica, invocata, specificità degli interventi in materia;
- c) Negli eventi di urgenza extraospedaliera, le normative nazionali e regionali indicano l'intervento del 118 nel primo soccorso da prestare a persone che presentino “patologia di origine psichiatrica”.

Successione funzionale e integrazione SIRES-DSM

La centrale operativa del SIRES, a cui perviene la richiesta di intervento, esaminata la criticità dell'evento segnalato, interviene attraverso il SAUT, o la Continuità Assistenziale, in situazioni definibile almeno mediamente critiche o molto critiche. Il medico, che dovrà essere presente a bordo dell'autoambulanza che interviene, dopo un rapido orientamento diagnostico ed eventualmente dopo aver praticato un sostegno terapeutico di urgenza, anche solo sintomatico, accertato che la patologia è di stretta pertinenza delle urgenze psichiatriche, interagendo con un centro ascolto DSM (UOSM o altro), specificamente deputato allo scopo, attivo 24h su 24, richiede ed attende l'intervento dello psichiatra (attivazione delle competenze mediche di appoggio), quale secondo livello di intervento.

Qualora le condizioni psicofisiche del paziente soccorso, o altre circostanze rilevanti ne rendessero utile la procedura, il medico del “118” accompagna in autoambulanza il paziente nel Pronto Soccorso ospedaliero più vicino, o in una sede prevista dal protocollo di intesa tra SIRES e DSM. Il P.S. procederà alla richiesta di consulenza psichiatrica, che di norma è presente in P.O., sede di SPDC. In un P.O. non sede di SPDC, il Pronto Soccorso attiva l'intervento specialistico dalle risorse territoriali del DSM.

L'operatore medico di Salute Mentale, comunque intervenuto, constatata l'effettiva pertinenza psichiatrica del caso, si farà carico degli approfondimenti diagnostici e terapeutici del caso:

1. soluzione dell'urgenza o emergenza localizzata nell'ambito dell'intervento;
2. interazione con la UOSM competente territorialmente,
3. interazione con il SPDC in caso di necessità di ricovero.

Linee di indirizzo sussidiarie

- 1) devono essere definiti protocolli di intesa organizzativi ed operativi tra i singoli DSM e i rappresentanti provinciali e/o sub-provinciali del “118”, in considerazione delle variegata realtà locali che presentano livelli organizzativi ed operativi da entrambi le parti non omogeneamente presenti in tutte le sedi di esercizio regionale;
- 2) devono essere programmate iniziative provinciali di formazione degli operatori del “118” sul tema specifico delle urgenze ed emergenze della Salute Mentale fino all'elaborazione di linee guida congiunte tra SIRES e DSM;

- 3) è raccomandabile la costituzione di un nucleo di monitoraggio costituito da SIRES, DSM e Direzione Sanitaria ASL, sull'andamento del fenomeno, nell'arco di tempo di 6 – 12 mesi assunto quale periodo utile all'avvio e alla messa a regime del sistema;
- 4) il centro ascolto del DSM e le altre Strutture sanitarie della Salute Mentale coinvolti negli eventi di urgenza, devono essere supportate da una rete di collegamento Intranet per la verifica in tempo reale dei pazienti in carico alle UOSM, nel rispetto delle procedure di protezione della privacy richieste dalla legge per l'accesso ai dati ultrasensibili. Tuttavia, ancora in assenza di procedure telematiche, suppliranno i supporti cartacei e perfino, ove possibile la notorietà dei pazienti agli operatori del DSM;
- 5) i pazienti in carico al DSM, hanno il diritto di ottenere la risposta direttamente dalla UOSM, o dal Centro ascolto per le urgenze in caso di necessità. A questo scopo occorre chiarire sempre, in via preventiva, ai pazienti stessi e ai loro familiari, tutti i modi in cui il DSM, attraverso le sue sedi di esercizio, deve dare risposte risolutive in merito all'evento per il quale vi è richiesta di aiuto;
- 6) se al "118" spetta il primo soccorso territoriale del paziente psichiatrico, o presunto tale, va salvaguardata la **non** psichiatrizzazione tout-court degli eventi di urgenza determinati da anomalie del comportamento delle persone. Alla psichiatria spetta la decisione definitiva dell'eventuale ricovero in SPDC. Non è ammissibile un **automatico** accompagnamento della persona in difficoltà ad opera di chicchessia, compreso il SAUT o la C.A., direttamente nel SPDC senza il preventivo intervento specialistico;
- 7) molto frequentemente la richiesta di intervento in urgenze territoriali è finalizzata per il committente, al ricovero in SPDC, quale modalità risolutiva di problematiche non sempre di stretta competenza psichiatrica (bisogni medici afferenti ad altri settori sanitari, bisogni geriatrici di lungodegenza, dell'handicap dell'adulto, delle tossicodipendenze, degli episodi acuti o cronici legati all'abuso di alcol e perfino bisogni esclusivamente sociali o di ordine pubblico). Ciò provoca frequentemente il coinvolgimento forzato e in conseguenza l'utilizzazione impropria delle risorse professionali del DSM, soprattutto in quelle situazioni non correlate a patologie psichiatriche, in cui solitudine, incomprensione, rifiuto, violenza, emarginazione, colpiscono persone che non hanno interlocutori significativi per risoluzioni congrue dei propri problemi. In questi casi, il DSM non deve espletare supplenze di carattere sanitario, sociale o persino di ordine pubblico che non gli competono.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. definizione dei Protocolli di Intesa tra DSM e 118

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Proposta di appositi Protocolli di Intesa

Adeguamento e regolamentazione dell'attività dei DSM nelle situazioni di emergenza psichiatrica

CAPITOLO 7:

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO

I PROGETTI Obiettivo Nazionali sulla Tutela della Salute Mentale e le Agenzie Sanitarie Internazionali, in tema di bisogni e diritti sociali connessi alle patologie psichiatriche gravi, sottolineano le seguenti priorità:

1. di non operare separazioni tra interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale, così come tra cura e riabilitazione, tra assistenza e terapia;
2. di porre come obiettivo in ogni trattamento psichiatrico l'integrazione sociale delle persone e di considerare come inadeguati i trattamenti che non includano sin dall'inizio le variabili sociali, familiari, economiche e culturali dei singoli pazienti;
3. di privilegiare e sostenere itinerari guidati per l'inserimento lavorativo, attraverso il collocamento obbligatorio nelle aziende dei territori di riferimento.
4. di stimolare l'utilizzo di quote finalizzate di abitazioni pubbliche, o acquisite dal pubblico sul mercato privato, con la finalità di dare corpo al diritto alla casa per i pazienti psichiatrici che ne necessitano.

Il Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale", del 10.11.1999, in riferimento ai bisogni e ai diritti sociali connessi alle patologie psichiatriche e alla salute mentale, ribadisce: "Si tratta di definire strategie innovative che abbiano le caratteristiche di una sorta di "Patto per la salute mentale" stipulato tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, forme della cittadinanza attiva, risorse del territorio) e volto alla valorizzazione delle risorse umane, materiali, territoriali. Gli Enti Locali, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano con proprie specifiche risorse alla realizzazione del presente Progetto Obiettivo, destinando allo scopo quote adeguate dei propri bilanci. In particolare i Comuni garantiscono il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria; assicurano la fruizione dei servizi sociali; garantiscono il diritto alla casa, anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare; destinano strutture per assicurare i servizi".

A più di due anni dall'entrata in vigore del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale", nella Regione Campania il tema dei diritti sociali e di cittadinanza dei soggetti con patologie psichiatriche rimane largamente irrisolto. In particolare i bisogni di casa e di lavoro assumono il carattere dell'emergenza. Sono largamente inevasi anche i bisogni di reddito minimo vitale, di alfabetizzazione e scolarizzazione, di formazione al lavoro, di accesso agli strumenti di acculturazione e di riproduzione sociale.

Il varo della L. 328/2000, in associazione al D.L. 229/99, ridisegna in un quadro organico la politica di interventi sociali e sanitari in favore delle fasce sociali più svantaggiate. Il Piano di Zona, previsto dalla L. 328/00, si propone di superare la logica di interventi per prestazioni ed introduce la dinamica del lavoro per progetti.

L'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione socio-sanitaria del 14.2.2001, nonché gli accordi Stato-Regioni del 22.11.2001, che hanno definito i livelli essenziali di assistenza (LEA), rideterminano i livelli rispettivi di impegno di risorse degli Enti Locali e delle ASL in riferimento all'area della Salute Mentale:

- deve essere esplicito che l'impostazione che la Regione Campania intende perseguire prevede che le prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale vengano garantite con risorse del Fondo Sanitario Nazionale (Aziende Sanitarie) e non possano che includere la presa in carico delle variabili sociali, familiari e di habitat dei pazienti. Si riferiscono a bisogni con prevalenza sanitaria e rilevanza sociale, con un orientamento delle prestazioni tecniche verso la progressiva integrazione sociale delle persone;
- l'accoglienza dei pazienti psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale ed i programmi personalizzati di inserimento sociale e lavorativo vengono finanziati con fondi provenienti per il 60% dai Comuni e per il 40% dalle ASL.

Per la prima volta una Legge dello Stato e i relativi accordi di indirizzo impegnano gli Enti Comunali e le ASL a indirizzare quote precise dei loro bilanci verso obiettivi sociali rivolti ai cittadini con problematiche di salute mentale.

I Piani Sociali di Zona diventano il terreno di una nuova realtà progettuale delle Unità Operative di Salute Mentale, in cui lavorare in modo integrato assieme alle altre Unità Operative territoriali dei Distretti Sanitari, ai Comuni degli AMBITI TERRITORIALI, alle Associazioni ed alle Cooperative del Privato Sociale.

Le risorse economiche provenienti dagli Ambiti Territoriali e utilizzabili per i pazienti dell'area della Salute Mentale, se coniugate in modo sostenibile con le risorse delle ASL assegnate ai Dipartimenti di Salute Mentale, devono dare risposte concrete alla realizzazione dei diritti sociali dei pazienti. L'assegnazione del 5% del bilancio delle ASL ai Dipartimenti di Salute Mentale deve permettere la destinazione di una quota di dette risorse finanziarie per la realizzazione di progetti riabilitativi, organizzati in budget di cura individuali, da gestire preferibilmente in forma mista tra pubblico e privato. Per budget di cura va inteso il complesso indivisibile di risorse quantificabili e di obiettivi esplicitati, relativi a percorsi individuali predefiniti di trattamento e presa in carico.

- In questo contesto vanno attivate micro-strutture per un massimo 4 posti, a basso sostegno assistenziale, in cui sperimentare le capacità di convivenza e di relazione dei soggetti, utilizzando anche il contributo parziale dei loro redditi individuali.
- Vanno attivati in forma generalizzata corsi di formazione al lavoro rivolti ai pazienti.
- È necessaria l'attuazione di 1000 borse di lavoro, complessivamente in tutti gli ambiti territoriali della Regione Campania, per favorire l'inserimento lavorativo di utenti presso imprese produttive e artigianali.
- Devono essere attivati progetti imprenditoriali, attraverso la creazione di Cooperative di tipo B, in partenariato con la Cooperazione disponibile del Privato Sociale. In ogni Dipartimento devono essere attivati almeno due progetti imprenditoriali ed almeno due cooperative di tipo B.
- Si devono individuare soluzioni concrete alle esigenze sociali dei singoli pazienti, utilizzando i programmi elaborati dalle Aree della Responsabilità Familiare, degli Anziani, del Contrasto alla Povertà del Piano di Zona.
- È necessario elaborare piani personalizzati di intervento riferiti ai soggetti molto anziani che lo necessitano e a disabili psichici, attraverso budget di cura individuali. I piani personalizzati di intervento devono coprire adeguatamente elementari bisogni sociali e riabilitativi, per contrastare processi di istituzionalizzazione e favorire il mantenimento delle capacità cognitive e di relazionalità sociali dei soggetti. Alla realizzazione di questi piani possono contribuire in vario modo ed in base ad accordi di programma ASL e Comuni.
- Si auspica la creazione di Agenzie per l'imprenditorialità sociale intesa come complesso di attività per l'inserimento occupazionale dei cittadini appartenenti alle fasce più vulnerabili, con particolare riferimento agli utenti dei servizi. Tali Agenzie potrebbero vedere coinvolti Comuni, Aree imprenditoriali, ASL, consorzi di cooperative sociali.
- Per le finalità riabilitativa e di inserimento produttivo in particolare le ASL sono autorizzate ad erogare fondi propri anche attraverso assegni ad personam.

Anche le risorse economiche provenienti dalla misura 3.4 del POR Campania 2000 2006, destinate al miglioramento dell'integrazione dei soggetti svantaggiati, costituiscono un'opportunità nuova per lo sviluppo di politiche di inserimento lavorativo. Attraverso la misura possono essere realizzate azioni di accoglienza, inclusione sociale, formazione, orientamento informativo e professionale. Gli interventi saranno programmati nell'ambito dei piani sociali di zona e, una volta completati i processi di delega, in collaborazione con le Province. Le iniziative dovranno riguardare prevalentemente la realizzazione di percorsi integrati per l'inserimento lavorativo, tirocini, attività formative per la creazione di imprese sociali ed azioni di sistema volte a formare i formatori e gli operatori pubblici e della cooperazione sociale.

Rispetto a tali obiettivi proprio la cooperazione sociale può svolgere un ruolo importante. La legge 381/91, che disciplina la cooperazione sociale identifica e suddivide le cooperative in due tipologie

diverse: di tipo “A” e di tipo “B”. In particolare, le cooperative di tipo “B” giustificano la loro ragion d’essere nell’inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (almeno il 30% dei soci lavoratori deve rientrare in questa condizione). Queste cooperative presentano due cicli di attività: il primo legato alla produzione del bene o del servizio – analogamente a tutte le altre imprese – il secondo legato al processo di reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati.

Il successo del progetto di inserimento lavorativo si presenta per questa categoria di impresa quale plus in uno con il processo produttivo. I soci svantaggiati non sono, infatti, solo dei lavoratori ma risultano, allo stesso tempo, anche fornitori ed utenti della cooperativa. Fornitori in quanto prestatori d’opera e utenti in quanto soggetti da reinserire e condurre verso una cosiddetta “normalità” professionale, sociale, relazionale.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Autorizzare la predisposizione di protocolli di intesa con gli Enti Locali preposti per le attività integrate

Nel primo anno:

1. Favorire e incentivare modalità operative integrate

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Redazione di progetti per la salute mentale nell’ambito dei piani di zona

2. Proporre protocolli di intesa con i Comuni degli ambiti territoriali per le attività socio sanitarie

Nel primo anno:

1. Attivare almeno 1 progetto integrato di intervento socio sanitario sul territorio di ogni UOSM

Nel triennio di validità del POR:

1. Predisporre a regime su tutto il territorio modalità operative integrate

CAPITOLO 8:

SALUTE MENTALE E SISTEMA SANITARIO

Il d.lgs n. 229/99 assegna ai servizi territoriali la responsabilità primaria di tutela della salute, intesa come equilibrio di una molteplicità di fattori (sanitari, economici, sociali, ecc.), circoscrivendo alla sola fase di acuzie e alle emergenze il ruolo dei servizi ospedalieri. A tal fine riconosce una fondamentale funzione alle attività di prevenzione da realizzare nel contesto territoriale e nei luoghi di vita e di lavoro della popolazione.

In tale quadro di contesto, il medesimo decreto legislativo riconosce espressamente una struttura organizzativa dipartimentale ai servizi di salute mentale in considerazione della particolare complessità che la vastità delle problematiche ad essi riconducibili pone. Infatti in detta struttura dipartimentale trovano posto una molteplicità di attività e prestazioni che abbracciano una vasta gamma di aree tematiche, quali la prevenzione primaria e secondaria, le attività di cura e di trattamento riabilitativo, servizi finalizzati al recupero e reinserimento sociale e lavorativo.

L'area della salute mentale coinvolge una sempre maggiore quantità di utenza per patologie emergenti e pone problemi sempre nuovi strettamente connessi alle trasformazioni dei costumi e dei modelli di vita quotidiana. Tutto ciò ha richiesto una profonda trasformazione anche negli approcci metodologici e organizzativi dei servizi così come emerge dall'ultimo progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale. Un progetto obiettivo che tende ad innovare profondamente modelli organizzativi e approcci culturali raccordando saldamente i servizi al territorio in un'ottica di reticolarità locale (enti locali, scuola, impresa sociale e volontariato) e di promozione della sussidiarietà orizzontale e dell'auto-aiuto. Ciò al fine di ridurre al minimo i percorsi di istituzionalizzazione e nell'intento di prevenire e curare senza astrarre le persone dal proprio contesto di vita e di lavoro. In tal modo si combatte anche lo stigma che spesso, se non sempre, connota la disabilità psichica.

Nel disegno generale del decreto di riforma assume valenza centrale il ruolo del distretto sanitario che viene a rappresentare la sanità sul territorio. Infatti, ai sensi dell'articolo 3 quater del d.lgs. 229/99, il distretto sanitario assicura "i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali".

A tal fine, il comma 3 dell'articolo 3-quinquies precisa che il rapporto tra il dipartimento di salute mentale e il distretto sanitario è di tipo funzionale. Cioè non di tipo gerarchico, bensì di collaborazione e di cooperazione dentro funzioni chiaramente distinte e definite, dove al distretto è attribuita la funzione di cooperazione dentro funzioni chiaramente distinte e definite, dove al distretto è attribuita la funzione di programmazione dei servizi e degli interventi e al dipartimento la funzione di produzione delle prestazioni sanitarie richieste. Tutto ciò all'interno delle procedure previste dalla normativa e dagli atti di indirizzo vigenti: le attività di programmazione dei servizi territoriali dovranno essere effettuate secondo quanto previsto dall'articolo 3-quater, comma 3, lettera C del d.lgs. 229/99 e le prestazioni del DSM secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale vigente.

Deve quindi essere evidente che da un lato il DSM è responsabile di budget globale e governa direttamente tutti i fattori produttivi necessari all'attività, dall'altro deve coordinarsi con i distretti a livello di ciascuna UOSM per fornire, alle indicazioni strategiche fissate dal distretto, coerente applicazione e supporto interdisciplinare ogni qualvolta questo venga richiesto nell'ambito della unicità e organicità di risposta ai bisogni di un soggetto. Di converso il distretto fornirà agli utenti dei servizi di salute mentale tutte le risposte sanitarie e sanitario-sociali ulteriori, attraverso la messa a disposizione delle proprie risorse strumentali, tecniche e professionali.

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

- 1. Predisporre a livello distrettuale modalità operative integrate tra UOSM e altri settori sanitari*
- 2. Implementare la collaborazione con gli Enti Locali, Scuola, Impresa Sociale, Volontariato*

Nel primo anno:

- 1. Sperimentare e monitorare almeno 1 progetto per ogni UOSM in collaborazione con Enti Locali, Scuola, Impresa Sociale o Volontariato*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Codificare le modalità operative efficaci sperimentate*

CAPITOLO 9: **SALUTE MENTALE ED ETÀ EVOLUTIVA**

La legge 285/97 individua i seguenti quattro grandi ambiti di intervento:

- (art.4) servizi di sostegno alla relazione genitori-figli, di contrasto alla povertà e alla violenza, nonché misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativi ed assistenziali;
- (art.5) innovazione e sperimentazione dei servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- (art.6) servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero;
- (art.7) azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Il P.O. 1998-2000 pone attenzione specifica ai problemi della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, in particolare nel capitolo "Area organizzativa dei Servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva", i punti operativi di riferimento sono:

- i valori demografici e le caratteristiche epidemiologiche della fascia d'età 0-18 anni;
- l'integrazione necessaria tra tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo;
- la forte comorbilità che esiste tra le tre aree di competenza suddette;
- la necessità conseguente della collaborazione tra le diverse professionalità;
- l'inderogabilità di un intervento globale di prevenzione ed educazione alla salute in stretta interazione con gli interventi socio-assistenziali;
- la stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale allargato alla famiglia e all'ambiente educativo-scolastico;
- la stretta interdipendenza tra le varie aree di sviluppo (motoria, affettiva, cognitiva e relazionale);
- l'attenzione specifica per le diverse fasce di età.

Gli obiettivi indicati dal P.O. sono:

- organizzazione dei Servizi per la salute mentale e la riabilitazione dell'età evolutiva;
- integrazione tra i momenti di prevenzione, diagnosi, presa in carico, terapia ed integrazione sociale;
- superamento dell'istituzionalizzazione e della "manicomializzazione" silenziosa;
- monitoraggio delle varie attività in autonomia di spesa;
- coordinamento con i servizi che operano per la tutela della salute mentale per attivare programmi comuni specie per le aree di confine;
- collaborazione con le Università per funzioni di assistenza, ricerca, formazione ed aggiornamento.

In concreto per l'area per la salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva sono quindi previsti:

- servizi ambulatoriali territoriali con funzioni preventive, diagnostiche e terapeutico-riabilitative concepiti come sede organizzative dell'équipe multidisciplinare ed in stretto contatto con altre strutture sanitarie, educative, scolastiche e giudiziarie;
- poli day-hospital e poli ospedalieri;
- comunità diurne e residenziali.

Situazione in Campania

Attualmente l'assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza nella Regione Campania è condizionata in modo particolare dai seguenti problemi:

- particolare caratteristica del territorio di competenza che presenta forti sacche di povertà e di subculture legate alla deriva sociale;

- forte presenza di organizzazioni criminali che influenzano incisivamente i modelli culturali proposti a bambini ed adolescenti, con il risultato di promuovere comportamenti asociali e devianze;
- insufficienza e disomogeneità degli interventi sanitari e dell'integrazione sul territorio con i servizi sociali, con i SERT e con i servizi-psichiatrici e con i servizi del c.d. privato sociale;
- carenza di un monitoraggio organico e strutturato (registro delle patologie neurologiche e psichiatriche);
- insufficienza, frammentazione e disarticolazione della abilitazione e della riabilitazione neuropsicomotoria e relazionale dell'età evolutiva.

In particolare, nella nostra regione sono molto evidenti fenomeni di emarginazione e di progressiva pauperizzazione che costituiscono fattore etiologico certo del disagio mentale in età evolutiva.

Il disadattamento scolastico, sociale e psichico riconoscono infatti come sicura causalità il basso reddito, al di là della presenza di altri ed ulteriori fattori di rischio, che hanno effetti significativi ma indipendenti.

Peraltro, in maniera ancora più preoccupante, incide la qualità delle risposte istituzionali che inducono ad un atteggiamento di delega totale all'operatore/servizio, ed annullano le potenzialità insite nella partecipazione attiva dell'utenza/famiglia.

Viene pertanto indicato come primo compito dei servizi per l'età evolutiva la difesa dei diritti dei malati e delle famiglie che metta in primo piano soprattutto la necessità di promuovere la partecipazione dell'utenza.

Compiti del servizio per l'età evolutiva riferiti alla tutela della salute mentale:

1) nell'ambito preventivo:

partecipare e cooperare all'opera di prevenzione in favore dell'età evolutiva, tramite l'elaborazione di programmi e la formazione professionale degli operatori allo scopo di:

- prevenire le cause di handicap psico-fisico-sensoriale e i fattori di rischio relativi a maltrattamento, abuso e abbandono nei confronti di minori operando contestualmente sul versante biologico (fattori genetici, rischio pre-peri e postnatale, etc.) e sul versante psichico (relazione madre-bambino, bambino-ambiente, familiare e sociale, etc.);
- prevenire il disadattamento minorile e la dispersione scolastica nell'ambito di un lavoro in rete tra scuola, famiglia, DSM, SerT, enti locali, agenzie del privato-sociale;
- sviluppare le attività di promozione alla salute con particolare riguardo agli aspetti di contesto che favoriscono condizioni idonee per un armonico sviluppo psico-affettivo e alle potenzialità autoorganizzative dell'utenza;
- promuovere forme incisive di sostegno e orientamento della famiglia nella sua azione formativa;
- intercettare le situazioni pre-cliniche o caratterizzate da sintomi sfumati strutturando un intervento di sostegno al minore e al suo ambiente.

2) nell'ambito diagnostico curativo:

- erogare prestazioni di diagnosi e cura per disturbi di natura neurologica, neuropsicologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa dell'età evolutiva;
- elaborare strategie terapeutiche in grado di superare la logica della normalizzazione neurochimica e la conseguente istituzionalizzazione farmacologica optando per interventi dinamici di confronto anche in dimensione grupppale;
- effettuare una prevenzione secondaria delle cause di handicap psicofisico-sensoriale e dei fattori di rischio relativi a maltrattamento, abuso e abbandono nei confronti di minori attraverso una presa in carico precoce;
- concorrere, con interventi specialistici di supporto alle funzioni educative sia integrative di quella familiare come tutela, affidamento temporaneo, sostegno psico-sociale, sia sostitutive come affidamento, adozioni, case famiglia, comunità educative;

- fornire prestazioni specialistiche di supporto ai servizi scolastici al fine di perseguire le migliori condizioni psico-pedagogiche per lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva.

3) nell'ambito riabilitativo:

- erogare le prestazioni di abilitazione-riabilitazione neuromotoria, psicomotoria e logopedica nonché di assistenza allo sviluppo, per tutti quei soggetti in età evolutiva portatori di disfunzioni o disabilità transitorie e durature, per cause di natura psicofisica e sensoriale. Ciò in stretta integrazione con gli specialisti e gli operatori delle attività di recupero e rieducazione funzionale ciascuno per le proprie competenze. L'intervento riabilitativo in età evolutiva deve tenere conto delle funzioni in via di sviluppo e della complessità del momento evolutivo in cui la patologia si esprime, deve costituire una specifica funzione delle attività di N.P.I. e deve configurarsi come intervento globale, orientato non solo sul bambino nel suo particolare momento evolutivo, ma anche sul suo contesto significativo;
- favorire l'integrazione scolastica e sociale dei soggetti in situazioni di handicap con la partecipazione ai gruppi di lavoro stabiliti dai singoli protocolli d'intesa, ai sensi della normativa vigente;
- partecipare a programmi di inserimento sociale con consulenze e sostegno ai centri socio-riabilitativi ed educativi diurni a valenza educativa e alle comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali;
- favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti in situazione di handicap con la predisposizione di progetti integrati;
- promuovere forme incisive di sostegno e orientamento della famiglia nella sua azione formativa.

Tali interventi devono essere considerati in una visione dinamica e globale e devono essere integrati in sede di programmazione e realizzazione mirando al raggiungimento della maggiore armonia possibile sul piano personale e di relazione con i pazienti.

Più specificamente:

La pianificazione degli interventi deve prevedere a livello di strutture:

- Unità territoriali col compito di:
 1. supportare ogni forma di intervento sociosanitario previsto dai LEA, dalla Legge 229 del 1999 e dai piani di zona, secondo la Legge Nazionale 328 del 2000, considerando azioni prioritarie:
 - 1.1 la costituzione di uno sportello aperto almeno 12 ore/24 di ascolto, confronto, presa in carico dei minori e delle relative famiglie che per qualsiasi ragione richiedano interventi urgenti sia direttamente che attraverso l'autorità tutoria ed i canali istituzionali. Vanno previsti spazi di accoglienza temporanea e mezzi per gli spostamenti.
 - 1.2 Lo sviluppo di programmi con i plessi scolastici che prevedano la consulenza continuativa agli insegnanti e l'erogazione di interventi singoli o di gruppo per l'integrazione scolastica, per diminuire l'abbandono scolastico dei minori d'età portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale e per prevenire le situazioni di grave rischio e vulnerabilità.
 - 1.3 Lo sviluppo di reti di "case famiglie" e di famiglie affidatarie con formazione e sostegno a cura dell'Unità Operativa Territoriale competente.
 - 1.4 L'individuazione di spazi all'interno dei Distretti Sociosanitari per lo svolgimento delle attività territoriali, terapeutiche e riabilitative e ciclo diurno e di spazi dedicati alle riunioni di équipe ed alla discussione dei casi.
 - 1.5 Il sostegno specifico per l'accesso dei minori d'età portatori di disabilità negli spazi di aggregazione esistenti nel territorio, facilitando l'accesso alle strutture sportive e

ricreative anche attraverso convenzioni specifiche con le organizzazioni operanti in merito.

- 1.6 Il sostegno, in collaborazione con le agenzie a ciò dedicate, ai percorsi formativo-professionali in “situazioni” per i minori con disabilità, favorendo, attraverso i comuni e le organizzazioni del terzo settore, la messa in opera di borse di formazione / studio / lavoro e la formazione ad hoc di tutors / animatori dei minori in percorso formativo.
2. per quanto concerne l'utilizzo di strutture ospedaliere a fini diagnostici e di trattamento si ritiene appropriata la presenza di personale specializzato nelle strutture ospedaliere di pediatria, sia in rapporto con i punti nascita sia a supporto specialistico delle sedi di trattamento, in stretto raccordo con le unità operative territoriali per la dovuta continuità terapeutica e riabilitativa da effettuarsi nei contesti naturali di vita dei minori di età.
 - 2.1 le strutture residenziali e semi-residenziali devono essere identificate nella residenzialità familiare (case famiglia, famiglie affidatarie) con progressivo superamento delle strutture protette esistenti.
 - 2.2 Nel triennio di riferimento del piano e in dipendenza dall'applicazione dei piani di zona deve essere data priorità alla costruzione, ricostruzione ed implementazione di ogni forma di residenzialità familiare
 - 2.3 Ogni Asl, in raccordo con il Gruppo di Piano dei rispettivi ambiti, censirà prioritariamente la sussistenza di strutture residenziali inappropriate ed in sede di approvazione dei piani di zona dovrà predisporre programmi coerenti per la creazione di sistemi di welfare familiare e comunitario.
 - 2.4 Per ogni altro adempimento si rinvia alle linee guida regionali per l'attuazione dei Piani di Zona ed al fine di mettere in opera risposte non discutibilmente integrate ed espressamente indicate nei LEA
3. promuovere operazioni di formazione ed informazione permanente, allo scopo di superare ostacoli di tipo pregiudiziale e stereotipi;
 - 3.1 elaborare piani di educazione alla salute in collaborazione con le scuole e con le realtà di aggregazione giovanile (gruppi di volontariato, centri sociali, comunità religiose etc.); combattere, attraverso una reale forma di prevenzione che contrasti le dinamiche sociali e relazionali emarginanti, ogni forma di istituzionalizzazione;
4. erogare prestazioni specialistiche con progetti modulati sul territorio e sulle diverse fasce di età; prendere in carico il bambino o l'adolescente con disagio psichico; collaborare con le istituzioni scolastiche e giudiziarie e con gli enti locali; programmare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi; attuare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica; utilizzare al massimo le competenze di figure professionali (animatori) in grado di interagire e di strutturare relazioni profonde con il minore tramite strategie (di gioco, di drammatizzazione etc.) alternative all'intervento tradizionalmente inteso.
5. Attivare strutture semiresidenziali e residenziali protette in integrazione con l'ambito socio-sanitario e socio-assistenziale destinate alle gravi situazioni di maltrattamento, abuso, abbandono e con l'obiettivo della più rapida deistituzionalizzazione possibile; strutture di abilitazione e riabilitazione in grado di fornire spazi ed occasioni di processi trasformativi incisivi e condivisi.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. *Ricognizione sulle strutture (pubbliche e private) e le attività rivolte a utenti di cosiddetta “età evolutiva”, con particolare attenzione ai fenomeni di istituzionalizzazione di minori*

Nel primo anno:

1. Programmazione di nuovi servizi e attività

Nel triennio di validità del POR:

1. Realizzazione di quanto programmato

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Predisporre modalità operative di assistenza rivolte a giovani e adolescenti in collaborazione con i Distretti, le UO Materno Infantile e UO D.P.

Nel primo anno:

1. Predisporre almeno 1 progetto di ricerca-intervento sulla diagnosi precoce in età evolutiva

Nel triennio di validità del POR:

Garantire la continuità assistenziale in raccordo tra le varie aree e settori che si occupano della salute mentale dei minori

CAPITOLO 10:

LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN AMBITO CARCERARIO

E' ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari. Nella nostra Regione è in corso un rilevamento epidemiologico sull'incidenza delle patologie psichiatriche, sulle strutture presenti negli istituti e sul personale che, con varie competenze, è impegnato su questo versante.

Nel progetto obiettivo per la tutela della salute mentale in ambito penitenziario (decreto ministeriale del 21 Aprile 2000, pubblicato sulla G.U. del 25/5/2000) è sottolineata l'importanza e la centralità di una risposta in questo settore che coinvolga l'intero assetto sanitario del carcere, cioè tutte le figure professionali (educatori, agenti di polizia penitenziaria, assistenti sociali, medici, infermieri, psichiatri, psicologi) in un progetto di presa in carico complessiva e in stretto collegamento con i dipartimenti della salute mentale esistenti sul territorio.

Per quanto attiene alla tutela della salute mentale il primo obiettivo sarà quello di modulare le risposte dei DSM a tale compito in armonia con lo stile, le modalità e la prassi che hanno caratterizzato l'evoluzione storica della psichiatria pubblica in questi ultimi decenni, allo scopo di superare pregiudizi e indirizzi custodialistici ed emarginanti.

Pare inderogabile, ai fini della estensione di un progetto obiettivo regionale, andare a riaffrontare alcune questioni psichiatriche i cui termini, in ambito carcerario, si presentano con modalità e contenuti profondamente differenti.

Alcune riflessioni di natura preliminare

Nella gestione della salute mentale dei recluso si rischia di operare una pericolosa categorizzazione (i tossicomani, gli extracomunitari, i vagabondi) che finisce per orientare gli interventi sul campo ad una visione schematica dell'essere umano, appiattendolo e svilendo ogni relazione possibile.

Il disagio del recluso rischia di essere trattato, come avviene anche nelle realtà esterne che risentono esclusivamente di una cultura chimico-farmacologica, allestendo una prassi tendente al riequilibrio delle tensioni su base neurochimica, negando cioè la centralità al problema della persona.

L'obiettivo del trattamento corre il pericolo di intersecarsi fino a confondersi con quello della istituzione, che in parte per lo meno, tende a negare la personalità precedente del recluso (cambiare vita ha qui il senso di rinnegare ciò che si era prima) in una logica volta all'annullamento della propria cultura.

Il sonno, ed i suoi disturbi, possono assumere significati di stati di coscienza alterati tendenti a dissociare la propria presenza dal reale; l'attività fisica del recluso talora può divenire simbolo di una ricerca analgesica al dolore, anche quello mentale; l'autolesionismo non è solo sintomo di fenomeni autoaggressivi; frequentemente è segno analogico delle ferite che non lasciano tracce, oltre che tentativo di riappropriazione del proprio corpo dissociato effettuato inscrivendosi sopra le vicende esistenziali.

I fenomeni di normalizzazione del recluso comportano dinamiche adattative che non sempre e comunque testimoniano una reale vicenda trasformazionale..

La creatività del detenuto, risorsa irrinunciabile di ogni progetto di salute mentale, tende a volte in maniera iterativa a contrapporre alla propria condizione un immaginario da inventarsi al momento per raggiungere una forma di dissociazione.

Questa iteratività può divenire l'inganno in cui relegare nello sfondo il dolore, può essere vissuta come l'unica strategia possibile a questo scopo e pertanto, in quanto unica ed irrinunciabile, assumere essa stessa i valori di una detenzione.

Il bisogno di formazione, maggiormente presente in chi ne ha meno, difficilmente riesce a trasformarsi in richiesta e inoltre la verifica della formazione risulta sovente falsata dal contesto carcerario.

Obiettivi del progetto regionale

Il P.O. Regionale per la tutela della salute mentale avrà quindi come finalità:

- la valutazione dei disturbi mentali dei detenuti;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- l'individuazione di apposite articolazioni organizzative nell'ambito dei DSM;
- l'organizzazione di una strategia complessa della cura che superi la cultura dell'urgenza e favorisca la domiciliatura della cura, l'elaborazione di strategie multidisciplinari, la presa in carico personalizzata, la continuità del trattamento e la formulazione di progetti terapeutici personalizzati;
- l'istituzione di zone nelle quali l'osservazione, l'intervento clinico e la riabilitazione nel contesto carcerario si integrino;
- la collocazione in istituti della regione di residenza originaria di soggetti con disturbi mentali;
- l'attivazione di scambio e cooperazione tra sistema sanitario e penitenziario individuando a questo scopo, come terreno di sperimentazione, il servizio c.d. "nuovi giunti" nei cui confronti andranno costruite strategie ed approcci di collaborazione tra psicologi e psichiatri. Tali strategie avranno come finalità quella di modellare un'integrazione tra le esigenze trattamentali e quelle della tutela e della promozione della salute mentale;
- il collegamento funzionale tra operatori del DSM e del DAP al fine di definire interventi terapeutici e riabilitativi;
- la dotazione di risorse per gli istituti o i servizi speciali per infermi o minorati detenuti e per gli istituti minorili, risorse in grado di attivare anche collaborazioni con altri ministeri per scopi di ricerca e intervento;
- la riorganizzazione delle attività riabilitative da potersi svolgere anche all'esterno.

Indirizzi di tipo organizzativo

Il DSM, una volta conosciuta l'entità della domanda di salute dell'istituto penitenziario, dovrà:

- valutare come calibrare la propria risposta;
- valutare le risorse esistenti;
- considerare quale strategia è possibile per l'intervento;
- accertare l'eventuale inadeguatezza (di uomini, di strutture, di tempi) e predisporre quindi le modalità organizzative per superarla;
- evitare il rischio che si crei una sorta di psichiatria penitenziaria e quindi la nascita di una microequipe che finisca per interessarsi esclusivamente dei detenuti, determinando così un ostacolo alla crescita di una cultura critica sulla detenzione da parte di tutto il DSM ed una rigidità di stampo paraspecialistico, fatti salvi i basilari criteri della continuità terapeutica;
- interpretare dinamicamente le chiavi di lettura dei fenomeni che inducono al TSO o al ricovero, considerando la specificità del luogo in cui avvengono e le differenti condizioni da cui nascono.

Compiti del progetto della Regione

La Regione Campania

- Indica gli obiettivi di salute: delinea cioè le linee di ispirazione dell'intervento, gli obiettivi cui tende in relazione alle specificità dell'ambito cui si rivolge, le strategie e i codici di lettura delle conflittualità di cui prendersi cura in relazione ai risultati emersi nella fase sperimentale che andranno ad integrare e migliorare quanto previsto dal presente progetto;
- specifica i modelli organizzativi per ogni penitenziario di concerto con il DSM territorialmente competente;
- struttura un'osservazione quantitativa e qualitativa dell'attività;
- armonizza l'intervento dei vari DSM promuovendo periodici confronti;
- prevede l'inserimento del detenuto in attività di riabilitazione esterne ed interne;
- individua percorsi reintegrativi interni al carcere;
- indica modalità e tempi della disponibilità del servizio (24h./24, 7gg./7);

- definisce gli strumenti di supporto alle ASL;
 - indica risorse umane e materiali necessari per il raggiungimento degli obiettivi indicati;
 - stabilisce procedure e tempi da dare alle ASL e dispone che la fase di sperimentazione dell'intervento sia intrapresa su tutto il territorio e in tutti gli istituti penitenziari della regione;
 - elabora programmi di formazione;
 - predispone corsi di formazione e aggiornamento per le varie figure professionali, compreso il personale dell'amministrazione penitenziaria;
 - realizza una relazione periodica sullo stato di salute nei penitenziari;
 - predispone un'articolazione della relazione evidenziando la frequenza delle varie forme di disagio psichico, gli interventi praticati (a scopo diagnostico, terapeutico, di supporto ed integrazione, riabilitativo), la loro qualità e capacità di impatto.
- Tale relazione verrà approntata in base ai dati periodicamente raccolti nell'ambito degli incontri tra i DSM delle varie ASL a livello regionale.
- controlla l'operato delle ASL;
 - elabora programmi di informazione;
 - identifica i distretti coinvolti per competenza territoriale

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. *Nomina del referente ASL per il P.O. Assistenza Sanitaria e Sistema Penitenziario*
2. *Ricognizione delle risorse umane e di struttura esistenti*

Nel primo anno:

1. *programmazione e avvio delle integrazioni operative previste nel PO ASSP*

Nei triennio di validità del POR:

1. *Monitorare le attività del DSM nel settore e pubblicizzare i risultati*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Predisporre modalità di integrazione tra il personale del DSM e quello delle amministrazioni penitenziarie*
2. *Progettare programmi di formazione specifici*

Nel primo anno:

1. *Integrazione nella rete informatica dipartimentale e aziendale*

Nel triennio di validità del POR:

Portare a termine i programmi di formazione progettati

CAPITOLO 11:

SALUTE MENTALE E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Tra gli aspetti tuttora problematici, che devono ancora essere affrontati nella Regione Campania, la persistenza di situazioni di pesanti e negative “istituzionalizzazioni”, non toccate dalla pratica e dal processo di superamento degli ex O.P. assume valore di forte criticità cui dare risposta.

In quest’ambito, la realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari si evidenzia come emergenza prioritaria soprattutto nella Regione Campania dove insistono due dei sei O.P.G. esistenti in Italia.

Obiettivi strategici

E’ opportuno ed urgente, quindi, mettere in essere una strategia, con proposte operative che in prima istanza abbiano i seguenti obiettivi:

- sapere quanti cittadini Campani sono ancora ricoverati negli O.P.G.,
- sapere di quante persone i DSM della Campania devono farsi carico,
- definire le modalità operative più adeguate per tale compito,
- definire le risorse da mettere in campo.

Tutto ciò al fine di avere finalmente, sull’argomento in questione, un quadro di riferimento chiaro e determinato per dare avvio ad una pratica di trasformazione e superamento reale della situazione esistente.

Quest’impostazione non deve trascurare il raccordo con i vari disegni di legge già elaborati ed in discussione sul superamento degli O.P.G., né con le sperimentazioni Regionali avviate in Italia in materia di trasferimento della gestione della salute dei cittadini detenuti negli istituti penitenziari, al sistema sanitario nazionale, con le quali è doveroso collegarsi ed inserire la strategia proposta.

Strumenti operativi

Un censimento quali-quantitativo, effettuato nei sei O.P.G. italiani, finalizzato ad individuare il numero e le singole problematiche degli internati residenti nella Regione Campania deve dare risposta ai primi due obiettivi:

- a) quanti cittadini campani sono ricoverati negli O.P.G. ed in quali.
- b) di quante persone e di quali “storie individuali” ciascun DSM della Campania si deve prendere carico.

-In merito poi agli altri due obiettivi, affrontando la problematica prioritariamente su scala regionale, i DSM delle Aziende Sanitarie della Campania, i Tribunali di Sorveglianza di Napoli e di S.M. Capua Vetere, nonché le direzioni sanitarie degli O.P.G. di Aversa e di Napoli, dovranno realizzare dei protocolli di intesa, finalizzati a costituire, da un lato un gruppo di lavoro integrato e dall’altro il quadro organizzativo e burocratico all’interno del quale operare per raggiungere i quattro obiettivi individuati nella strategia di primo intervento. Successivamente si verificherà se persistono ancora condizioni tali da dover riproporre lo schema operativo anche sul livello nazionale.

I protocolli di intesa nel merito devono predisporre chiare risposte sul come e con quali risorse occuparsi degli attuali circa centodieci cittadini campani ricoverati negli O.P.G. e pertanto tali protocolli definiranno:

- attribuzione del territorio di appartenenza dell’internato,
- istituzione di un equipe multidisciplinare integrata tra ciascun DSM e l’equipe di osservazione e trattamento del singolo O.P.G prevedendo in quest’equipe la partecipazione ed il contributo dei magistrati di sorveglianza,

- individuazione e stanziamento di finanziamenti finalizzati, (da ricavare sia attraverso il budget del DSM Aziendale, sia utilizzando il collegamento con progetti obiettivo sulla questione)
- potenziamento di risorse strutturali ed umane specifiche,

- formazione ed aggiornamento permanente congiunto di tutti gli operatori (DSM ed O.P.G)
 - coinvolgimento dei servizi sociali del Tribunale e dei Comuni di residenza
 - istituzione a livello dell'assessorato alla Sanità Regionale settore Fasce particolarmente deboli, di un gruppo di lavoro con funzione d'osservatorio permanente, di studio, di supporto tecnico, monitoraggio e verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi.
- A tale gruppo da parte dell'equipe integrata DSM-O.P.G., saranno attribuite le risorse umane e da parte della Regione la dotazione di strumenti informatici necessari.
- Nel biennio verrà realizzata la Ricerca "Costi e budget per il superamento degli OPG", come da finanziamento specifico ottenuto dal Ministero della Sanità (Ricerca Nazionale che vede la Regione Campania come struttura capofila).

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. *Inserire la questione OPG tra le priorità da indicare ai DSM*

Nel primo anno:

1. *Verificare i programmi in atto*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Verificare il raggiungimento dell'obiettivo di rientro di almeno il 50% di ospiti OPG*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Censimento degli utenti dei territori ospitati nei vari OPG*

Nel primo anno:

1. *Predisposizione di un piano di presa in carico da parte delle UOSM competenti*
2. *Sperimentare forme di "dimissione in prova"*
3. *Predisposizione di un piano per il reinserimento familiare o la per la collocazione in residenze*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Completare il rientro e reinserimento di almeno il 50% degli utenti ospiti in OPG*

CAPITOLO 12: **DIFFERENZA DI GENERE.**

Nell'ambito della attenzione alle differenze (di genere, di razza, religione, etc.) nel campo della salute mentale, particolare rilevanza va data alla differenza di genere, prima diversità naturale divenuta "diseguaglianza sociale", significando questo per le donne minore potere contrattuale, minore visibilità, differente possibilità di accesso alla produzione, ai beni e ai servizi.

Finora la scienza psichiatrica e le sue istituzioni non hanno dato attenzione che marginalmente alla differenza di genere. E ciò ha significato per gli utenti, uomini e donne, il non riconoscimento della specificità di percorsi di ammalamento, dei bisogni di cura e di abilitazione; per gli operatori la svalutazione delle capacità di cura, patrimonio delle donne storicamente acquisito, e della leadership al femminile.

Oggi però i servizi di salute mentale, se vogliono promuovere interventi efficaci e di qualità, devono invece sviluppare tale attenzione in riferimento sia agli utenti che agli operatori.

A) Gli utenti.

Nei servizi di salute mentale vanno dunque introdotte ed utilizzate come primo passo le statistiche di genere, con la raccolta dei dati disaggregati per sesso. Così si potranno studiare, in relazione alla variabile genere, l'incidenza e la prevalenza dei vari disturbi, le espressioni di sofferenza anche sintomatologica, il decorso ed il trattamento.

Appare anche necessario evidenziare in riferimento al genere i fattori di rischio e di protezione e le differenti modalità di approccio e di relazione fra operatori / operatrici ed utenti uomini e donne. Va altresì garantita agli utenti, nel rapporto di cura, la possibilità di scelta del genere dell'operatore. La sofferenza degli utenti deve essere letta e decodificata a partire dalla storia di vita e dal contesto relazionale e sociale, ma anche dalla storia del genere, assumendo quindi come variabili importanti i condizionamenti e gli stereotipi legati ai modelli educativi e sociali di ruolo.

Con la conoscenza delle diversità è possibile progettare servizi in grado di offrire interventi mirati a livello di prevenzione, cura e riabilitazione e quindi in grado di essere più efficaci e di migliorare la qualità di vita dell'utenza. Particolare attenzione andrà data ai gruppi a rischio di esclusione sociale (emigrate, profughe, rifugiate, etc.). Va altresì promossa la possibilità di accesso per i due generi a spazi e momenti separati, onde favorire il riconoscimento, l'aumento di consapevolezza, la possibilità di aggregazione e l'aumento di potere contrattuale.

Nell'ambito infine della valutazione dei servizi si dovranno individuare ed utilizzare indicatori sensibili al genere.

B) Gli operatori.

Sempre dall'utilizzo delle statistiche di genere si svilupperanno analisi dei dati degli operatori e conseguenti riflessioni e ci si muoverà per progettare azioni positive al fine di assicurare una partecipazione equilibrata dei due generi al pubblico impiego. Fra le azioni positive vi è sicuramente quella di promuovere e divulgare lo stile della "leadership al femminile", uno stile cioè volto alla collegialità, orientato a costruire relazioni e collegamenti fra operatori e fra servizi, che dà attenzione alle diversità e fra queste a quelle di genere, che promuove una più equilibrata presenza femminile ai livelli dirigenziali, che dà attenzione e autorità a professionalità scarsamente valorizzate, etc.

Ancora l'attenzione al genere si tradurrà nell'attenzione ai differenti stili di lavoro degli operatori (uomini e donne) sia a livello dell'organizzazione dei servizi, sia a livello della relazione individuale con gli utenti.

Raccomandazioni ai Direttori di DSM
Nei primi 6 mesi:

- 1. Monitorare la presenza di genere nella dirigenza e favorire il riequilibrio nei percorsi di carriera*
- 2. Predisporre programmi di formazione orientata*
- 3. Introdurre statistiche di genere*

Nel primo anno:

- 1. Favorire la strutturazione di percorsi differenziati per prevenzione, presa in carico, cura e riabilitazione tenendo conto delle differenze di genere*

Nel triennio di validità del POR:

Realizzare almeno 1 progetto di formazione orientata per il personale e 1 progetto di presa in carico per l'utenza

CAPITOLO 13:

MMG E PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE E COLLEGAMENTO

Benché non ancora in linea con gli standard europei e dei paesi anglofoni, abbiamo assistito nell'ultimo ventennio ad una crescita progressiva nella Psichiatria italiana dell'interesse per le prassi di Consultazione e Collegamento nelle varie aree cliniche ed organizzativo-sanitarie con cui è entrata in contatto.

Tuttavia la situazione sul territorio nazionale appare ancora fortemente disomogenea ed in alcune regioni scarsamente sviluppata. Nella nostra regione come si rileva dal Libro Bianco pubblicato a gennaio 2002 solo il 26% delle UOSM ha una attività di consultazione e collegamento con l'Ospedale formalizzata (con atti deliberativi e o protocolli di intesa) e il 28% la dichiara non formalizzata. La percentuale è ancora più bassa nel caso di rapporti con i MMG, formalizzati 10% non formalizzati 17%.

Numerose evidenze sostengono la necessità di una stretta collaborazione tra operatori della Salute mentale e i Medici di Medicina generale; i MMG sono il primo filtro per pazienti anche con patologie psichiatriche; i pazienti con disturbi psichici sono il 25-40% di quelli che frequentano gli ambulatori dei MMG; questi ultimi non riconoscono almeno in 1/3 dei casi patologie psichiatriche ed hanno comunque difficoltà ad effettuare un corretto invio ai servizi di Salute Mentale; scarsa è allo stato l'integrazione tra i due servizi, per cui ognuno di essi tende alla presa in carico esclusiva, con conseguente sovraffollamento dei servizi, mancata lettura del disagio psichico, aumento della disabilità, aumento complessivo dei costi.

L'attività va dunque, implementata ed allo scopo è necessario definire, oltre alla necessità di collaborazione, le modalità operative con le quali l'integrazione con la Medicina di Base possa di fatto realizzarsi. Sarebbe pertanto opportuno prevedere all'interno di ogni UOSM una attività strutturata di Consultazione e Collegamento con i MMG e con l'Ospedale, costituito da un gruppo di operatori "dedicati" con tempi e modi definiti, che sviluppino competenze specifiche, in collegamento con il gruppo allargato di tutti gli operatori.

Per ciò che riguarda l'attività con i MMG il servizio si occuperà di:

- Sviluppare la rete tra UOSM e MMG sia direttamente che per tramite del Distretto Sanitario, anche con utilizzo di strumenti di comunicazione ad hoc.
- Mettere a punto modelli operativi per l'invio fra i due servizi e per la successiva presa in carico; tali modelli dovrebbero prevedere, ad esempio, una graduazione degli interventi che va dalla presa in carico totale della salute mentale per pazienti gravi, a prese in carico condivise CSM-MMG, ad attività di sola consulenza psichiatrica per utenti con disturbi mentali medio-lievi.

Sviluppare programmi di formazione con i MMG con specifici obiettivi, quali ad esempio, il miglioramento della terapia farmacologica dei casi solo seguiti dai MMG anche con adeguato supporto da parte dei CSM, programmi di formazione per psichiatri al lavoro di Consultazione e Collegamento.

Per ciò che riguarda, invece il rapporto con l'Ospedale Generale le ricerche evidenziano che la presenza di disturbi psichici in pazienti ricoverati, allunga i tempi di ricovero, mentre la presenza di patologie rapportabili a disturbi somatoformi appaiono correlate ad elevato numero di ricoveri, anche in revolving door, e all'effettuazione di inutili e costosi esami strumentali.

Il rispetto per il disagio psicologico che già la sola esperienza di ospedalizzazione può produrre, l'attenzione per le gravi esperienze di malattia, ma anche per la qualità della vita della équipe ospedaliera devono essere considerati obiettivi prioritari di un processo di umanizzazione dell'Ospedale.

Sarà inoltre opportuno tenere presenti una serie di fenomeni emergenti che hanno contribuito a modificare, in parte, la tipologia dell'utenza che afferrisce all'ospedale

- Il miglioramento delle condizioni di vita con allungamento della vita media comporta

una aumento della prevalenza dei disturbi psicopatologici legati all'invecchiamento ed in particolare alle demenze.

- Il considerevole incremento di numero di ammalati cronici con frequenti problematiche di ordine psichiatrico e/o psicosociale.
- L'aumento dei casi di sieropositivi e di AIDS.
- L'aumento di incidenza, soprattutto nella popolazione giovanile, di comportamenti e stili di vita che risultano dannosi per la salute (abuso di alcool, sostanze stupefacenti, comportamenti violenti, tentati suicidi, disturbi dell'alimentazione).
- Situazioni di stress maggiore in conseguenza dei ritmi di vita frenetici e convulsi si associano ad un aumentata vulnerabilità alle malattie fisiche e psichiche.

E' pertanto indispensabile che i Servizi di Salute Mentale instaurino nell'Ospedale Generale una attività di Consultazione e Collegamento tali da prevedere percorsi assistenziali ai pazienti e alle famiglie in diversi contesti della cura; si individuino spazi, tempi e modi di relazione costante con l'Ospedale avviando, in accordo con i Responsabili dei reparti, programmi di precoce ed efficace trattamento di disturbi psichici in corso di patologie organiche specifiche, di attenzione a disagi psicologici in corso di ospedalizzazione svolgendo, tra l'altro, attività di formazione e di supporto al personale dei reparti, comprendendo anche le associazioni di volontariato spesso presenti negli ospedali.

Raccomandazioni alla Regione:

Nei primi 6 mesi:

1. *Verificare nell'ambito della contrattazione decentrata con i MMG le modalità di inserimento di forme strutturate di integrazione*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Favorire protocolli operativi condivisi con i MMG*
2. *Approntare protocolli di funzionamento per le attività di consulenza ospedaliera*

Nel primo anno:

1. *Realizzare almeno 1 ricerca o sperimentazione operativa di integrazione UOSM e MMG*

Nei triennio di validità del POR:

1. *Monitorare a regime il lavoro di consulenza ospedaliera e le attività integrate tra DSM e MMG*

CAPITOLO 14: EMPOWERMENT

Nei Dipartimenti e nelle Unità operative di salute mentale particolare attenzione sarà data alla prassi di empowerment. In campo di salute mentale il termine empowerment deve essere inteso come spinta ad "accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita". L'impostazione operativa di una politica di empowerment dei cittadini con problemi di salute mentale in Campania dovrà scegliere fra molte forme operazionali e metodologiche. In via preliminare, considerando il possibile cambio in itinere di prospettive e di metodologie come legato alle peculiarità antropologico-sociali stesse del campo considerato, andrebbe scelta una dimensione ampia di empowerment, basato sulle seguenti portanti pragmatiche:

1. la difesa dei diritti dei malati mentali come portante pragmatica generale;
2. il self-help, nella sua variante spinta di istigazione all'auto-organizzazione territoriale dell'utenza;
3. il ridimensionamento della delega medico-psicologica istituzionale;
4. la formazione degli operatori quale tappa iniziale insopprimibile dell'empowering.

In generale la difesa dei diritti dei malati mentali dovrebbe essere, per definizione, centralità di coscienza operativa nei servizi. Ogni flessione di tale coscienza direttamente conduce a una lesione forte del diritto che giunge fino alla negazione totale di ogni diritto, come avveniva una volta nei manicomi ed oggi in molti servizi ospedalieri di diagnosi e cura e in alcune strutture intermedie residenziali. Gli stessi servizi territoriali di salute mentale che dovrebbero essere la sede alta e inattaccabile dei diritti alla salute mentale li negano di fatto nel rifiuto o nella burocratizzazione dell'intervento, nella chiusura notturna e festiva, nella somministrazione di dosi altissime di psicofarmaci, nell'uso massivo e spregiudicato di neurolettici long-acting, nello stabilire turni di attesa per le prestazioni, prenotazioni, rifiuti, etc. Senza un rovesciamento di queste situazioni, senza un rimedio forte e inappellabile di queste carenze, parlare di diritti dei malati mentali diviene una beffa atroce.

In Campania il processo di empowerment attraverso la tutela dei diritti dei malati mentali, un empowerment dunque radicale ed autentico, dovrà passare per le seguenti fasi:

1. dibattito interno programmato e intenso dei Dipartimenti e delle UOSM;
2. redazione di un documento etico di autoregolamentazione dei Dipartimenti e delle UOSM;
3. contatto e dibattito esterno con tutte le strutture del sociale organizzato e del sociale fluente che si occupano dei diritti delle persone malate e sofferenti nonché con i gruppi di self help eventualmente esistenti nel territorio di competenza;
4. discussione dell'argomento con gli utenti, soprattutto al passaggio da una fase intra-istituzionale a una extra-istituzionale dell'assistenza e/o da un momento protetto a un momento non-protetto delle attività di self help;

consulenza legale agli utenti e apertura di vertenze a tutela dei loro diritti in tutte le sedi, comprese quelle amministrative o sanitarie sovraordinate alle strutture di salute mentale.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Dare un forte impulso all'aggiornamento culturale e formazionale del DSM quale nodo della rete dei servizi di prevenzione e cura dell'esclusione e della sofferenza

Nel primo anno:

1. Integrare le attività del DSM con le contigue attività della rete dei servizi di prevenzione e cura

Nel triennio di validità del POR:

1. Valutazione e implementazione di tutte le attività di empowering della rete

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

- 1. Attivare uno specifico momento di formazione sui processi di empowering dell'utenza in tutto il DSM*
- 2. Attivare operazioni iniziali di istigazione al self-help e di promozione dell'autonomia dei pazienti stabilizzati*

Nel primo anno:

- 1. Collegare la formazione sui processi di empowering dell'utenza e di self help con tutte le altre attività formative del DSM*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Completare e valutare processi di empowering dell'utenza nelle singole UOSM*

CAPITOLO 15:

LE FAMIGLIE

Le associazioni degli utenti e dei familiari, nate intorno agli anni 80, “a difesa dei diritti dei malati mentali”, giocano oggi un ruolo di vigilanza critica, e di stimolo e di collaborazione operativa con i Servizi Pubblici Dipartimentali e le Istituzioni.

Le famiglie devono trovare risposte adeguate alle loro istanze nell’ambito della operatività dei pubblici servizi, anche per contenere il ricorso all’assistenza privata. Esse sono una risorsa imprescindibile ed è essenziale che i servizi sviluppino ogni iniziativa perché tale affermazione trovi la sua piena estrinsecazione.

E’ appropriata richiesta dei familiari, che a fronte del carico materiale emotivo dell’utenza/famiglia, che spesso convive con il sofferente psichico, il servizio Pubblico Dipartimentale, si qualifichi per la capacità di fornire: 1) Approcci integrati in modo da poter operare a tutti i livelli e contesti nei quali si manifesta la sofferenza del paziente; 2) Capacità di attuare per ciascun caso, una strategia che possa combinare approcci terapeutici e psico-terapeutici, socio-assistenziali e riabilitativi .

Ciò comporta la realizzazione di almeno 5 condizioni.

1. Che i servizi riescano a realizzare azioni fortemente sussidiarie quando il contesto familiare non riesce a esprimersi come risorsa sufficiente, senza voler sostituirsi ad essa.
2. Che i servizi siano in grado di sostenere le famiglie anche sotto l’aspetto sociale e socioeconomico.
3. Che i servizi siano in grado di sostenere la fuori uscita della famiglia quando voluta dai pazienti sostenendo positivamente, comunque, le relazioni fra soggetto e famiglia.
4. Che i servizi siano in grado di realizzare l’accoglienza in strutture adeguate di pazienti continuando comunque a sostenere le relazioni fra soggetto e famiglia
5. Che i servizi attuino l’approccio organizzativo in un ottica di reticolarità locale coinvolgendo parimenti: ente locale, scuola, volontariato, privato-sociale e famiglia di origine dell’utente.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. *Costituzione di una Consulta per la salute mentale a livello aziendale*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Monitorare la presenza sul territorio di Associazioni di familiari e di utenti*

Nel primo anno:

1. *Coinvolgere sistematicamente le Associazioni nella programmazione dell’attività del DSM*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Attivare programmi di formazione e di sostegno concreto all’attività dell’associazionismo dei familiari e degli utenti*

CAPITOLO 16: **IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITÀ**

Ogni DSM svolge attività di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) ed a tal fine attiva un nucleo per miglioramento di qualità e per le relazioni con il pubblico dell'azienda e agisce di supporto alle attività dirette a migliorare la qualità professionale, la qualità percepita e quella manageriale.

Il nucleo presieduto dal direttore del DSM, con la presenza di almeno un rappresentante per ogni figura professionale, può giovare della presenza o della consulenza regolare di un esperto di MCQ, e di rappresentanti di associazioni di familiari tiene una riunione almeno ogni 2 mesi, con un ordine del giorno e verbale ed è impegnato continuamente nello sviluppo dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal DSM.

Ogni anno, ciascun DSM dovrebbe essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita.

Gli obiettivi ed i risultati dei progetti vanno inviati obbligatoriamente alla Consulta di Dipartimento. Nel DSM, nel corso del triennio, dovrebbero essere effettuati almeno i seguenti progetti di MCQ:

- un progetto che valuti la soddisfazione degli utenti, dei familiari e della popolazione entro la quale opera il DSM
- un progetto per migliorare la qualità della documentazione clinico-sociale degli utenti;
- un progetto per migliorare la continuità dell'assistenza;
- un progetto per la razionalizzazione dell'uso degli psicofarmaci;
- un progetto sulla valutazione e sul miglioramento della soddisfazione degli operatori;
- un progetto per migliorare la collaborazione con i familiari
- un progetto per la riduzione delle recidive.

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, perdita di vista di pazienti gravi), sui quali attivare inchieste confidenziali.

Si evidenzia che sono *strumenti del sistema qualità*:

- Sostegno della direzione, espresso in particolare con un sistema premiante orientato alla qualità.
- Disponibilità di sostegno metodologico, segretariale, informatico e statistico (unità o ufficio qualità o di MCQ).
- Disponibilità di una buona biblioteca, ma soprattutto di collegamento con banche dati e di competenze nel loro utilizzo.
- Formazione nei principi e nelle pratiche del MCQ e della medicina basata sulle evidenze;
- Coordinamento tra ufficio qualità, URP, nucleo di valutazione, ufficio epidemiologico.
- Collegamento col controllo di gestione, per la definizione di obiettivi di qualità non solo manageriale, ma anche professionale e percepita e collegamento con il sistema premiante.
- Modalità di gestione per obiettivi.

Gli *scopi del sistema qualità* sono:

- Garantire che venga favorita l'espressione delle lagnanze e dei suggerimenti degli utenti, che vi si risponda sempre e che se ne tenga conto (se le lagnanze sono giustificate e i suggerimenti ragionevoli).
- Contenere la spesa per i farmaci e per gli esami diagnostici senza scapito per la qualità.

- Disporre di o sviluppare un sistema di *indicatori* per verificare l'applicazione delle linee guida e degli altri obiettivi e per monitorare gli esiti di salute, tra cui almeno alcuni eventi indesiderati (eventi sentinella).
- Garantire la qualità dei dati del sistema informativo e la qualità della documentazione clinica.
- Avere un sistema organizzato che porti all'esecuzione di progetti di miglioramento professionale, organizzativo e relativi alla qualità percepita.

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nel primo anno:

1. *Programmare ed avviare almeno 1 progetto di miglioramento della qualità in ogni UOSM*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Portare a termine almeno 1 progetto di accreditamento volontario per una articolazione organizzativa del DSM*

CAPITOLO 17: SPERIMENTAZIONI ORGANIZZATIVE

I DSM possono sperimentare forme di innovazione tecnologica e organizzativa, purché ne formalizzino il progetto alle direzioni aziendali e dipartimentali producendo specifici report e ne documentino i risultati con dati epidemiologici di supporto.

1. Si individua quale terreno privilegiato la ricerca e la sperimentazione organizzativa nell'individuazione di modalità di gestione della crisi psichiatrica favorendo la gestione extraospedaliera della stessa. Allo scopo si consente l'adesione volontaria dei singoli DSM alla sperimentazione già avviata in 3 ASL attivando una funzione di accoglimento di situazioni di crisi, anche con ospitalità continuativa sulle 24h e per più giorni nelle sedi dei CSM, considerando che l'attività di intervento sulla crisi costituisce attività importante nell'operatività del DSM. Al fine sia di attivare tutte le strategie finalizzate alla gestione extra-ospedaliera della crisi psichiatrica sia di favorire quanto più possibile la continuità terapeutica (secondo quanto indicato dalla normativa vigente nazionale e regionale) si raccomanda l'attivazione di questa funzione di accoglienza presso ciascun CSM, con un numero flessibile, ma comunque estremamente ridotto, di posti di ospitalità. Tale funzione non può costituire in alcun caso una nuova articolazione organizzativa, ma deve eventualmente configurarsi quale funzione del CSM riferendosi tale definizione ad una parte (quella relativa alla gestione in strutture territoriali della crisi psichiatrica acuta), il che comporta la necessità di assolvere a tale funzione con le risorse di UOSM disponibili e quindi ottimizzando allo scopo l'uso delle strutture e del personale sulla base di precise strategie organizzative. Ciò allo scopo di produrre vantaggi terapeutici migliorando la continuità di presa in carico da parte dell'équipe territoriale e potrebbe consentire di ridurre ulteriormente il ricorso all'ospedalizzazione, permetterebbe di abbassare la degenza media e di ridurre i ricoveri extra ASL, che sono mediamente quelli a tempi più lunghi di degenza. E' demandata alla Direzione di ciascun DSM la stesura di un apposito regolamento relativo alle modalità di realizzazione di detta funzione.
2. Si raccomanda inoltre la sperimentazione di comunicazione a distanza via Internet tra l'utenza ed il servizio, attraverso l'implementazione di pagine Web dedicate e la messa a disposizione della tecnologia necessaria. L'attivazione della comunicazione a distanza sembra auspicabile al fine di favorire la più libera espressione in particolare di nuovi utenti che possano avvicinare il servizio, consultandolo, relazionandosi con esso, richiedendo informazioni, anche tecniche, ricevendo suggerimenti e ricevendone risposte tempestive. Lo strumento comunicativo informatizzato, potrà consentire anche i familiari di potersi relazionare anche dialetticamente con il Servizio ed anche qui ottenendo informazioni, opportuni suggerimenti, appropriate rassicurazioni. Lo strumento potrebbe, con opportuni accorgimenti (forum di discussione), favorire anche la comunicazione tra utenti ai fini dello sviluppo di azioni di self-help.
3. Si raccomanda l'istituzione presso ogni DSM e/o ogni ASL di un ufficio tutela che provveda, secondo procedure trasparenti, regolamentate e validate anche dalla concertazione con i giudici tutelari, a supportare nella gestione ricercando il consenso dell'interessato, risorse economiche o patrimoniali dei soggetti che non siano in grado di farlo pienamente con autonomia operando per ridurre il ricorso a forme di interdizione e inabilitazione agendo in qualità di amministratori di sostegno. Il personale (preferibilmente di servizio sociale) a ciò dedicato, elabori trimestralmente relazioni scritte sul proprio operato che devono essere trasmesse alla direzione generale dell'ASL, al giudice tutelare ad alla consulta di dipartimento.

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Favorire e implementare progetti di sperimentazione clinica e organizzativa

Nel primo anno:

1. Verificare i progetti avviati e generalizzarne la sperimentazione dipartimentale

Nel triennio di validità del POR:

1. Strutturare a regime e normare le innovazioni sperimentate

CAPITOLO 18:

AREE CRITICHE EMERGENTI

Nell'ambito della operatività dei servizi psichiatrici emergono molteplici aree critiche che necessitano di riflessione e sperimentazione clinico organizzativa. Siano esse di natura prevalentemente diagnostica (disturbi dell'alimentazione) che di tipo organizzativo o di funzionamento integrato (interventi socio sanitari) che infine connesse alle trasformazioni in atto nei modelli socio-culturali o di costume (immigrati). Considerate di prioritario interesse quelle a cui sono dedicati appositi capitoli, si selezionano tra queste quattro aree critiche emergenti che si pongono all'attenzione della sperimentazione operativa ed organizzativa:

1. *Area del rischio suicidario*: I servizi di salute mentale debbono approntare appropriate strategie di prevenzione del rischio suicidario, individuare le fasce sociali e di età a maggior rischio, sperimentare modelli di prevenzione e di intervento sociale, sia in termini di informazione che di educazione alla salute, istituendo dove necessario presidi di ascolto e di attenzione integrati con le altre aree di intervento socio sanitario coinvolte, con particolare attenzione al rilevamento del disagio nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle istituzioni di accoglienza (anziani, disabili, immigrati, etc.). Tale obiettivo già ampiamente trattato dal POTSM 98-00 va perseguito con particolare riferimento alle fasce di età giovanile.
2. *Area del disturbo della condotta alimentare (DCA)*: Secondo i dati pubblicati nel 2001 dal Ministero della Salute in Italia circa 65.400 donne, corrispondenti al 1,5 % delle giovani comprese tra i 15 ed i 24 anni, soffrono di anoressia e di bulimia con 8500 nuovi casi all'anno. Per quanto riguarda la regione Campania i dati epidemiologici, desunti dalle ricerche svolte e dal sempre crescente numero di persone che si rivolgono alle poche strutture esistenti, mettono in evidenza una effettiva importanza del problema nella nostra regione. Nei centri operanti, inoltre, mancano standard omogenei di funzionamento. Il riconoscimento e la gestione delle patologie legate ai DCA è affidato ad una serie molteplice di strutture e di servizi che operano spesso senza una precisa definizione dei limiti di rispettiva competenza, quindi con vuoti o sovrapposizioni e soprattutto senza canali precostituiti per lo scambio di informazioni, la collaborazione e l'invio. Si auspica la sperimentazione organizzativa e l'elaborazione di linee guida per il funzionamento delle strutture ambulatoriali, di day hospital e di degenza ospedaliera per DCA.
3. *Area dell'immigrazione*: I servizi di salute mentale della Campania saranno pienamente impegnati, nell'area allargata di loro competenza, nell'assistenza agli immigrati, collegandosi a rete con l'attività degli Enti pubblici, delle associazioni laiche e religiose di volontariato, delle comunità locali, dei singoli cittadini per la realizzazione, attraverso una prima fase di assistenza e sostegno, di condizioni migliori di vita, di prospettive reali di eguaglianza e di pari dignità, di superamento della sofferenza e dell'estraneamento vitale. I servizi di salute mentale debbono farsi carico dei bisogni di cura, di assistenza, di sostegno, di apprendimento, d'inserimento di tutti gli immigrati "regolari" o "irregolari" con cui vengono in contatto; debbono affrontare con impegno le difficoltà linguistiche e culturali, così come da tempo fanno le strutture di assistenza internazionali e nazionali, pubbliche o volontarie. Nessun diniego delle prestazioni e della cura può essere giustificato da problemi di tickets, di budget, di regolamentazione. La pratica dei diritti alla vita e alla salute degli immigrati non può essere ignorata né lateralizzata dai servizi di salute mentale: vengono da essa un mutamento teorico e una profonda influenza su tutte le prassi di lavoro dei servizi. Inoltre l'intervento attivo nella comunità locale del territorio di competenza contro la discriminazione e il pregiudizio verso gli immigrati è compito indeclinabile di prevenzione primaria dei servizi di salute mentale, nella generale sensibilizzazione della comunità al superamento dell'ideologia della discriminazione e dell'esclusione.
4. *Area della patologia da disadattamento lavorativo (Mobbing)*: La patologia da disadattamento lavorativo è particolarmente diffusa nel settore terziario e in tutte quelle situazioni in cui

componenti fondamentali dell'organizzazione del lavoro sono la relazione interpersonale, la distribuzione delle responsabilità decisionali e progettuali, la definizione degli ambiti di autonomia. La patologia indotta dal mobbing sul luogo di lavoro assume rilevanza particolare per la frequenza e la gravità delle ripercussioni cliniche e sociali.

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Avviare il monitoraggio dei fenomeni connessi alle aree critiche più rappresentate sul territorio

Nel primo anno:

1. Progettare momenti strutturati clinici e di monitoraggio delle patologie più rappresentate

Nel triennio di validità del POR:

1. Predisporre modalità operazionali connesse agli eventi monitorati

CAPITOLO 19:

ISTITUZIONE DI UN OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Ci si propone l'istituzione, presso l'assessorato alla Sanità della Regione Campania, di un Osservatorio Epidemiologico sulla Salute Mentale.

Tale struttura di supporto tecnico scientifico sarà nominata con apposito atto deliberativo dall'Assessore alla Sanità, sarà composta da 5 tecnici del nucleo centrale individuati dall'Assessore sulla base delle specifiche competenze epidemiologiche e scientifiche e da un nucleo di 13 collaboratori nominati 1 per ogni DSM della Regione Campania.

L'Osservatorio potrà avvalersi, su specifiche questioni tecniche, di consulenze professionali di operatori del Servizio Sanitario Nazionale, dell'Università e di Agenzie di ricerca nazionali e regionali (Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Fondazioni, etc.).

Le attività dell'Osservatorio saranno finanziate con un apposito fondo regionale da istituire in sede di elaborazione della Legge di bilancio con apposito capitolo di spesa, utilizzando quota parte delle risorse finanziarie assegnate dalla normativa vigente alla Regione Campania per l'assistenza sanitaria. Il fondo potrà anche coprire l'eventuale spesa per contratti a termine di giovani ricercatori.

L'Osservatorio non sostituisce o surroga in alcun caso né il tavolo di consultazione regionale (costituito dai rappresentanti delle Associazioni professionali e delle Organizzazioni degli utenti e dei familiari), né l'insieme degli interlocutori tecnici istituzionali rappresentato dai Direttori di DSM, ma dovrà fornire all'Assessorato la documentazione scientifica di supporto necessaria per il lavoro di programmazione e per l'attività legislativa.

Avrà, tra gli obiettivi principali da perseguire:

1. La gestione dei flussi di debito/credito informativo ASL-Regione e da questa verso il Ministero della Sanità, con relativa produzione di report periodici da distribuire ai DSM ed a ricercatori o utenti e familiari che ne facessero richiesta;
2. La unificazione regionale dei protocolli di rilevamento epidemiologico per la raccolta dei dati di struttura e dei volumi di attività e di prestazioni erogate in tutte le articolazioni organizzative dei DSM, a partire dai vari protocolli già in uso;
3. La elaborazione, la distribuzione e la messa a regime di specifici software di gestione per la documentazione informatizzata dei volumi di attività, per il controllo di gestione e della spesa dei DSM; ciò utilizzando, dove possibile, le esperienze già avviate nelle realtà territoriali e valorizzando le esperienze ed i risultati già ottenuti;
4. La promozione di progetti di ricerca e di programmi regionali (e locali) di Miglioramento Continuo di Qualità;
5. L'attivazioni di Centri specializzati per il Controllo ed il Monitoraggio di qualità di particolari articolazioni organizzative (la rete delle Strutture Residenziali, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le Cliniche Convenzionate, etc.).

Raccomandazioni alla Regione Campania

Nei primi 6 mesi:

1. Istituire formalmente l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) per la salute mentale

Nel primo anno (obiettivi dell'OER):

- 1. Monitorare i dati epidemiologici e produrre report da restituire ai DSM*
- 2. Progettare programmi di ricerca epidemiologica e completare la ricerca sui costi del sistema*
- 3. Aggiornare periodicamente il "Libro Bianco"*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Portare a conclusione i programmi di ricerca progettati e redarre i relativi rapporti di ricerca*
- 2. Monitorare l'implementazione del presente PO Reg. e suggerire in progress le opportune indicazioni in ordine ad ostacoli e difficoltà organizzative*

CAPITOLO 20:

SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

La Commissione Regione per la Tutela della Salute Mentale ha individuato nel software di gestione informatizzata del DSM della ASL Salerno 1 quello da adottare e mettere in rete su tutto il territorio regionale. Il Sistema, a livello dipartimentale, raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito, 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 sovraordinati;
- integrare le informazioni prodotte dalle singole componenti organizzative dei DSM, in modo che sia ad esempio possibile ottenere il quadro unico della prevalenza ed incidenza degli utenti in carico, senza duplicazioni;
- fornire dati sulle prestazioni effettive, adottando una classificazione ed un glossario standardizzati;
- conoscere il numero dei persi di vista;
- 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;
- rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza ed i costi relativi, distinguendo tra i pazienti inviati e non inviati dal servizio stesso;
- rilevare il numero di 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 pubblici diversi dall'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 le 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 interessati; analizzare i dati sul turnover.

La necessità di un software di gestione nasce dall'esigenza di informatizzare i DSM per raccogliere, manipolare e analizzare tutte le informazioni gestite dai Centri di Assistenza e dagli Uffici Amministrativi. Il software è strutturato in sottoprogrammi (moduli), ognuno dei quali realizzato in modo da risultare adeguato alle esigenze delle singole strutture. I vari sottoprogrammi si integrano fra loro in modo da rendere agevole lo scambio dei dati e la conseguente analisi statistica.

Tramite un'interfaccia è consentito l'inserimento e la modifica di dati in maniera semplicissima, riducendo al minimo gli errori di immissione.

Le caratteristiche principali sono riportabili alla schematizzazione che segue:

1. Suddivisione modulare del programma, differenziato a seconda dell'utilizzo previsto all'interno delle varie strutture operative.
2. Gestione anagrafica completa dei pazienti, con possibilità di memorizzare tutte le variazioni apportate ad essi, in modo da poterle visionare successivamente (anamnesi anagrafica).
3. Gestione del registro delle prestazioni effettuate a pazienti o presso enti esterni, con maschera di inserimento riferita a un paziente singolo o a gruppi di pazienti.
4. Gestione del registro dei progetti terapeutici.
5. Gestione dei ricoveri effettuati in SPDC.
6. Tabelle di supporto per semplificare l'inserimento dei dati da parte dell'operatore e per normalizzare le informazioni archiviate nella banca dati (ad esempio titoli di studio, professioni, collocazioni ambientali, tipi di prestazioni, progetti terapeutici).
7. Gestione anagrafica degli operatori, suddivisi per profili professionali.

8. Banca dati completa delle diagnosi ICD-IX o qualunque altro sistema strutturato di classificazione diagnostica, raggruppate per codice, descrizione e dettaglio.
9. Analisi statistica, in forma grafica e tabellare, delle operazioni effettuate nelle varie unità operative, in particolar modo su ricoveri e prestazioni.
10. Interscambio via rete o MODEM per l'integrazione e l'analisi statistica dei dati.
11. Gestione ed elaborazione dei dati regolate da un sistema di protezione e da meccanismi di tutela della privacy configurabili solo dall'amministratore del sistema sia a livello centrale che a livello di postazioni terminali.
12. Connessione e trasferimento dei dati immessi direttamente nella cartella clinica computerizzata, con possibilità di indicare, da parte del responsabile di sistema, il tipo e la quantità di informazioni da trasferire in automatico.

All'interno del programma è integrata la gestione della cartella clinica. Oltre alla parte anagrafica la gestione della cartella clinica consente di raccogliere, per ogni paziente i seguenti dati:

1. Dati di anamnesi (familiare, fisiologica, patologica, corredate da un eventuale dettaglio sulle allergie e/o idiosincrasie)
2. Eventuali indicatori di rischio
3. Precedenti psichiatrici (terapie farmacologiche, psicoterapie, test psicodiagnostici)
4. Esami psichici
5. Diario delle prestazioni e dei progetti terapeutici
6. Diario clinico

Il sistema produce statistiche che raggruppano e analizzano tutti i dati relativi alle prestazioni, ai pazienti, ai percorsi terapeutici. I risultati statistici vengono presentati principalmente in forma tabellare, sulla base di parametri considerati e dipendenti dal tipo di statistica richiesta, ma dove se ne presenta l'esigenza, essi possono essere posti anche in forma grafica con didascalie e leggende orientate ad una facile interpretazione dei dati riportati. Tutte le statistiche sono esportabili in formato CSV per poter effettuare analisi più complesse anche da altri fogli elettronici come Excel e Cricket Graph.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. *Disporre l'attivazione di uno specifico SI per il DSM collegato all'OER*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. *Favorire programmi di formazione per il personale addetto al SI*

Nel primo anno:

1. *Attivare a regime il funzionamento del SI*

Nel triennio di validità del POR:

1. *Produrre report specifici per le UOSM, per la ASL e per gli Enti e le strutture pubbliche e private collegate*

CAPITOLO 21:

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

A gennaio 2002 gli operatori della salute mentale erano 3147 così distribuiti: medici 566, psicologi 99, sociologi 43, caposala 71, infermieri professionali 1761, tecnici della riabilitazione 25, educatori/animatori 57, amministrativi 73, OTA 82, ausiliari 124, assistenti sociali 115, altre figure tecniche 39, altro 28. Questo universo di operatori deve essere oggetto di programmi di formazione permanente. Ferma restando la possibilità di una proposta formativa anche di nozioni di base propria dell'ambito psichiatrico, elemento centrale e caratterizzante di un programma di formazione è il suo legame con l'operatività del servizio (es.: discussione con finalità didattica di situazioni di lavoro) e con la ricerca e la sperimentazione di nuove possibilità e assetti organizzativi dei servizi.

La formazione sul campo nasce dalla gamma di situazioni variegata fornita dal lavoro stesso nei servizi; queste possono diventare fattori di crescita per gli operatori se suffragate da una griglia di lettura che consenta una comprensione degli avvenimenti in atto.

Più concretamente il Direttore di DSM al fine di garantire la necessaria continuità dell'istituto formativo, proporrà agli organi del dipartimento e al DG un piano triennale di formazione ed aggiornamento del personale in tutte le sue articolazioni professionali.

Individuerà, inoltre, tempi e modi della formazione per gli operatori delle altre discipline in tema di psichiatria alla quale sarà dedicato un numero congruo di ore.

Sarà individuato un responsabile che opererà in collegamento con l'ufficio formazione aziendale, dove istituito, ed in sintonia con le nuove disposizioni ministeriali per i crediti formativi.

Il responsabile della formazione potrà avvalersi della collaborazione di un nucleo di operatori dell'area sanitaria e tecnica in stretto collegamento con i responsabili delle UOSM per la rilevazione di specifici bisogni formativi. Il piano dovrà favorire capacità di lavoro in equipe, nonché la implementazione delle motivazioni e delle culture pratiche e teoriche dei servizi, in una prospettiva ampia, aperta al collettivo ed al sociale.

Sarà redatto entro i termini previsti per il piano annuale.

- Le attività di formazione permanente devono fruire di risorse finanziarie quantizzate in risorse finanziarie adeguate destinate a valere sulle risorse assegnate al DSM. La risorsa finanziaria va intesa come destinabile sia alla formazione dei dipendenti direttamente assegnati al settore, sia per iniziative sanitarie attinenti al tema della salute mentale, sia per progetti formativi rivolti ad operatori di altri servizi (118, MMG, aree di confine, cooperative sociali, etc.) e aperti agli operatori del privato sociale e imprenditoriale (previo appositi protocolli d'intesa).
- Le aziende devono garantire annualmente corsi di formazione in tema di salute mentale al personale addetto all'emergenza.
- Nelle scuole per infermieri professionali devono essere previste non meno di 150 ore di formazione riferite alle tematiche della salute mentale.

Il Dipartimento deve garantire a tutto il personale una formazione quantizzabile in almeno il 10% del tempo totale di lavoro.

La formazione va collegata con la ricerca e la sperimentazione innovativa sia in termini organizzativi che tecnologici, prevedendo nel piano triennale specifici programmi di ricerca e sperimentazione.

La riforma sociale (L.328) è molto chiara nel mettere al primo posto i servizi per l'autonomia dei soggetti e in posizione seconda i servizi di assistenza. I servizi sociali devono costituire un'unica rete, non solo con i servizi sanitari, ma anche con il sistema formativo e le politiche attive del lavoro. L'indicazione che viene rispetto alle professioni socio sanitarie è, dunque, di evolvere tutte in senso educativo e promozionale; questo comporta l'esportazione di alcune competenze in tutti i servizi, soprattutto per sostenere e sviluppare le attività di orientamento, inserimento al lavoro, sostegno alla creazione di impresa e lavoro autogestito.

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

- 1. Richiedere, ottenere e valicare il piano di formazione triennale per la salute mentale*

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

- 1. Predisporre il piano di formazione e aggiornamento triennale per la salute mentale*
- 2. Individuare un responsabile dipartimentale per la Formazione e/o eventuali collaboratori*

Nel triennio di validità del POR:

- 1. Attivare a regime progetti formativi integrati rivolti anche ad operatori di servizi di confine e del terzo settore*

CAPITOLO 22:

RACCOMANDAZIONI AL PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE TUTELA SALUTE MENTALE 2002 – 2004

CAPITOLO 1: LINEE DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

2. Istituzione con atto formale del Dipartimento strutturale con nomina del/della Direttore

Nel primo anno:

3. Attribuzione del budget valorizzato nel 5% come previsto
4. Programmare l'attivazione per tutte le UOSM del DSM delle articolazioni organizzative previste

Nel triennio di validità del POR

1. Rendere operative le articolazioni organizzative e le funzioni programmate

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Redazione del regolamento
4. Attivazione di tutti gli organi previsti nel POR per i DSM

Nel primo anno:

2. Redazione e approvazione del Piano Triennale di Salute Mentale del DSM

Nel triennio di validità del POR:

1. Rendere operative le strutture programmate dalla ASL

CAPITOLO 2: IL PERSONALE

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Monitorare le disponibilità di risorse umane dei DSM e predisporre gli atti per la copertura delle eventuali carenze di organico

Nel triennio di validità del POR:

1. Completare le procedure concorsuali

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

2. Proporre l'assetto organizzativo e le relative attribuzioni di responsabilità secondo il Piano Aziendale per tutti i profili professionali

Nel primo anno:

1. Predisporre gli obiettivi specifici annuali da assegnare alle UO anche in relazione alla valutazione di legge

Nel triennio di validità del POR:

1. Relazionare e vigilare sull'adeguamento delle piante organiche

CAPITOLO 3: IL LAVORO DI SALUTE MENTALE NEL TERRITORIO. IL CENTRO DI SALUTE MENTALE

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nel primo anno:

4. Programmare l'adeguamento delle articolazioni organizzative previste per i CSM
5. Programmare l'adeguamento dei bacini di utenza alle dimensioni ottimali per un CSM
6. Regolamentare i manuali di funzionamento

Nel triennio di validità del POR:

2. Realizzare l'intera programmazione prevista nel primo anno

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

7. Proporre un piano per l'adeguamento dei bacini di utenza ai CSM

8. Programmare le articolazioni organizzative previste da PO Regionale per i CSM

9. Proporre protocolli di funzionamento dipartimentale per i CSM con procedure condivise

Nel primo anno:

4. Rendere operativi i protocolli di funzionamento proposti

Nel triennio di validità del POR:

1. Monitorare e validare i protocolli attivati

CAPITOLO 4: SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Monitorare le disponibilità e programmare l'adeguamento di posti letto in riferimento al PSR

Nel primo anno:

1. Attivare i posti letto carenti

Nel triennio di validità del POR:

1. Monitorare a regime il funzionamento delle articolazioni previste

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

10. Superare le residuali pratiche di contenzione

11. Proporre protocolli di funzionamento dipartimentale per i SPDC della ASL con procedure condivise di raccordo con i servizi territoriali

12. Proporre protocolli di intesa con i DS degli ospedali e con le strutture dell'emergenza territoriale

Nel primo anno:

5. Rendere operativi i protocolli di funzionamento dipartimentale proposti

6. Rendere operativi i protocolli di intesa con i DS degli ospedali e con le strutture dell'emergenza territoriale proposti

Nel triennio di validità del POR:

2. Monitorare e validare i protocolli attivati

CAPITOLO 5: LE STRUTTURE RESIDENZIALI: I PROGRAMMI

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

2. Ricognizione delle SSRR attivate ed individuazione delle necessità di residenzialità per l'utenza di competenza

Nel primo anno:

2. Approntamento del piano per l'adeguamento di eventuali carenze di strutture ed attivazione delle procedure per le relative gare secondo i criteri dati nei programmi 1 e 2

Nel triennio di validità del POR:

1. Attivazione delle strutture programmate con particolare attenzione alla qualità

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

5. Redazione di regolamenti e linee guida di funzionamento delle residenze

6. Attribuzione delle responsabilità di gestione

7. Predisposizione di protocolli per la valutazione qualitativa e per il monitoraggio

8. Predisporre l'inserimento di specifici progetti della salute mentale nell'ambito dei piani socio sanitari di zona (residenze a basso livello assistenziale sanitario)

Nel primo anno:

2. Attivazione di unità di valutazione e monitoraggio della qualità delle residenze

Nel triennio di validità del POR:

2. Realizzare l'integrazione operativa con le altre articolazioni del DSM e con il territorio

CAPITOLO 6: URGENZA PSICHIATRICA E 118

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

2. definizione dei Protocolli di Intesa tra DSM e 118

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

2. Proposta di appositi Protocolli di Intesa

3. Adeguamento e regolamentazione dell'attività dei DSM nelle situazioni di emergenza psichiatrica

CAPITOLO 7: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E REINSERIMENTO SOCIALE LAVORATIVO

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Autorizzare la predisposizione di protocolli di intesa con gli Enti Locali preposti per le attività integrate

Nel primo anno:

2. Favorire e incentivare modalità operative integrate

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Redazione di progetti per la salute mentale nell'ambito dei piani di zona

4. Proporre protocolli di intesa con i Comuni degli ambiti territoriali per le attività socio sanitarie

Nel primo anno:

1. Attivare almeno 1 progetto integrato di intervento socio sanitario sul territorio di ogni UOSM

Nel triennio di validità del POR:

1. Predisporre a regime su tutto il territorio modalità operative integrate

CAPITOLO 8: SALUTE MENTALE E SISTEMA SANITARIO

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Predisporre a livello distrettuale modalità operative integrate tra UOSM e altri settori sanitari

4. Implementare la collaborazione con gli Enti Locali, Scuola, Impresa Sociale, Volontariato

Nel primo anno:

2. Sperimentare e monitorare almeno 1 progetto per ogni UOSM in collaborazione con Enti Locali, Scuola, Impresa Sociale o Volontariato

Nel triennio di validità del POR:

1. Codificare le modalità operative efficaci sperimentate

CAPITOLO 9: SALUTE MENTALE ED ETA' EVOLUTIVA

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

2. Ricognizione sulle strutture (pubbliche e private) e le attività rivolte a utenti di cosiddetta "età evolutiva", con particolare attenzione ai fenomeni di istituzionalizzazione di minori

Nel primo anno:

1. Programmazione di nuovi servizi e attività

Nel triennio di validità del POR:

1. Realizzazione di quanto programmato

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

2. Predisporre modalità operative di assistenza rivolte a giovani e adolescenti in collaborazione con i Distretti, le UO Materno Infantile e UO D.P.

Nel primo anno:

1. Predisporre almeno 1 progetto di ricerca-intervento sulla diagnosi precoce in età evolutiva

Nel triennio di validità del POR:

1. Garantire la continuità assistenziale in raccordo tra le varie aree e settori che si occupano della salute mentale dei minori

CAPITOLO 10: SALUTE MENTALE E SISTEMA PENITENZIARIO

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

3. Nomina del referente ASL per il P.O. Assistenza Sanitaria e Sistema Penitenziario
4. Ricognizione delle risorse umane e di struttura esistenti

Nel primo anno:

1. programmazione e avvio delle integrazioni operative previste nel PO ASSP

Nei triennio di validità del POR:

1. Monitorare le attività del DSM nel settore e pubblicizzare i risultati

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Predisporre modalità di integrazione tra il personale del DSM e quello delle amministrazioni penitenziarie
4. Progettare programmi di formazione specifici

Nel primo anno:

2. Integrazione nella rete informatica dipartimentale e aziendale

Nel triennio di validità del POR:

1. Portare a termine i programmi di formazione progettati

CAPITOLO 11: SALUTE MENTALE E OPG

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Inserire la questione OPG tra le priorità da indicare ai DSM

Nel primo anno:

1. Verificare i programmi in atto

Nel triennio di validità del POR:

1. Verificare il raggiungimento dell'obiettivo di rientro di almeno il 50% di ospiti OPG

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Censimento degli utenti dei territori ospitati nei vari OPG

Nel primo anno:

4. Predisposizione di un piano di presa in carico da parte delle UOSM competenti
5. Sperimentare forme di "dimissione in prova"
6. Predisposizione di un piano per il reinserimento familiare o la per la collocazione in residenze

Nel triennio di validità del POR:

1. Completare il rientro e reinserimento di almeno il 50% degli utenti ospiti in OPG

CAPITOLO 12: DIFFERENZA DI GENERE

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

4. Monitorare la presenza di genere nella dirigenza e favorire il riequilibrio nei percorsi di carriera

5. Predisporre programmi di formazione orientata
6. Introdurre statistiche di genere

Nel primo anno:

2. Favorire la strutturazione di percorsi differenziati per prevenzione, presa in carico, cura e riabilitazione tenendo conto delle differenze di genere

Nel triennio di validità del POR:

1. Realizzare almeno 1 progetto di formazione orientata per il personale e 1 progetto di presa in carico per l'utenza

CAPITOLO 13: MMG E PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE E COLLEGAMENTO

Raccomandazioni alla Regione:

Nei primi 6 mesi:

2. Verificare nell'ambito della contrattazione decentrata con i MMG le modalità di inserimento di forme strutturate di integrazione

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Favorire protocolli operativi condivisi con i MMG
4. Approntare protocolli di funzionamento per le attività di consulenza ospedaliera

Nel primo anno:

2. Realizzare almeno 1 ricerca o sperimentazione operativa di integrazione UOSM e MMG

Nel triennio di validità del POR:

2. Monitorare a regime il lavoro di consulenza ospedaliera e le attività integrate tra DSM e MMG

CAPITOLO 14: EMPOWERMENT

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Dare un forte impulso all'aggiornamento culturale e formativo del DSM quale nodo della rete dei servizi di prevenzione e cura dell'esclusione e della sofferenza

Nel primo anno:

1. Integrare le attività del DSM con le contigue attività della rete dei servizi di prevenzione e cura

Nel triennio di validità del POR:

1. Valutazione e implementazione di tutte le attività di empowering della rete

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Attivare uno specifico momento di formazione sui processi di empowering dell'utenza in tutto il DSM
2. Attivare operazioni iniziali di istigazione al self-help e di promozione dell'autonomia dei pazienti stabilizzati

Nel primo anno:

1. Collegare la formazione sui processi di empowering dell'utenza e di self help con tutte le altre attività formative del DSM

Nel triennio di validità del POR:

1. Completare e valutare processi di empowering dell'utenza nelle singole UOSM

CAPITOLO 15: IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Costituzione di una Consulta per la salute mentale a livello aziendale

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Monitorare la presenza sul territorio di Associazioni di familiari e di utenti

Nel primo anno:

1. Coinvolgere sistematicamente le Associazioni nella programmazione dell'attività del DSM

Nel triennio di validità del POR:

2. Attivare programmi di formazione e di sostegno concreto all'attività dell'associazionismo dei familiari e degli utenti

CAPITOLO 16: IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITÀ

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nel primo anno:

2. Programmare ed avviare almeno 1 progetto di miglioramento della qualità in ogni UOSM

Nel triennio di validità del POR:

2. Portare a termine almeno 1 progetto di accreditamento volontario per una articolazione organizzativa del DSM

CAPITOLO 17: SPERIMENTAZIONI ORGANIZZATIVE

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

2. Favorire e implementare progetti di sperimentazione clinica e organizzativa

Nel primo anno:

2. Verificare i progetti avviati e generalizzarne la sperimentazione dipartimentale

Nel triennio di validità del POR:

2. Strutturare a regime e normare le innovazioni sperimentate

CAPITOLO 18: AREE CRITICHE EMERGENTI

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Avviare il monitoraggio dei fenomeni connessi alle aree critiche più rappresentate sul territorio

Nel primo anno:

1. Progettare momenti strutturati clinici e di monitoraggio delle patologie più rappresentate

Nel triennio di validità del POR:

1. Predisporre modalità operazionali connesse agli eventi monitorati

CAPITOLO 19: ISTITUZIONE DI UN OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE (OER) PER LA SALUTE MENTALE

Raccomandazioni alla Regione Campania

Nei primi 6 mesi:

1. Istituire formalmente l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) per la salute mentale

Nel primo anno (obiettivi dell'OER):

4. Monitorare i dati epidemiologici e produrre report da restituire ai DSM

5. Progettare programmi di ricerca epidemiologica e completare la ricerca sui costi del sistema

6. Aggiornare periodicamente il "Libro Bianco"

Nel triennio di validità del POR:

3. Portare a conclusione i programmi di ricerca progettati e redarre i relativi rapporti di ricerca

4. Monitorare l'implementazione del presente PO Reg. e suggerire in progress le opportune indicazioni in ordine ad ostacoli e difficoltà organizzative

CAPITOLO 20: SISTEMA INFORMATIVO

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Disporre l'attivazione di uno specifico SI per il DSM collegato all'OER

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

1. Favorire programmi di formazione per il personale addetto al SI

Nel primo anno:

1. Attivare a regime il funzionamento del SI

Nel triennio di validità del POR:

1. Produrre report specifici per le UOSM, per la ASL e per gli Enti e le strutture pubbliche e private collegate

CAPITOLO 21: FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Raccomandazioni ai DG delle ASL

Nei primi 6 mesi:

1. Richiedere, ottenere e valicare il piano di formazione triennale per la salute mentale

Raccomandazioni ai Direttori di DSM

Nei primi 6 mesi:

3. Predisporre il piano di formazione e aggiornamento triennale per la salute mentale
4. Individuare un responsabile dipartimentale per la Formazione e/o eventuali collaboratori

Nel triennio di validità del POR:

2. Attivare a regime progetti formativi integrati rivolti anche ad operatori di servizi di confine e del terzo settore