



Consiglio Regionale della Campania
Gruppo Consiliare Regionale DS

PIANO REGIONALE OSPEDALIERO

2007 2009



- d'Aragona di Salerno ove già da molti anni opera un qualificato gruppo di lavoro.
- c) si prevede di istituire presso le AORN - nella misura di 1 per Provincia - la Banca del cordone ombelicale
 - d) Per quanto riguarda altri tessuti (muscolo scheletrico, tendini, cute) si renderà necessaria la verifica di una concreta disponibilità operativa nonché di sedi opportune nel corso del triennio successivo 2010-2012
- 4) Sviluppare, nel prossimo triennio ulteriori attività complementari:
- a) Attività di fegato diviso (split liver) al fine di poter realizzare due trapianti in contemporanea (due adulti o un adulto ed un bambino), fegato ridotto (per riceventi piccoli)
 - b) Trapianto di intestino, previsto nel protocollo d'intesa tra Regione ed AUP Federico II
 - c) Trapianto di cellule pancreatiche, come da protocollo d'intesa tra Regione ed AUP Federico II
- 5) proseguire l'opera di informazione rivolta innanzitutto all'ottenimento di una solida cultura della donazione negli studenti delle scuole medie superiori.

7.6 *La salute mentale*

Il Piano regionale ospedaliero riguarda la Salute Mentale per le articolazioni ospedaliere - strutturali e funzionali - del Dipartimento di Salute Mentale, costituite dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dalle attività di Consulenza ospedaliera.

Nei predetti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura viene effettuato il ricovero breve, di norma volontario o, quando necessario, obbligatorio, di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che ne abbiano necessità, garantendo la continuità terapeutica con i presidi e i ser-

vizi territoriali attraverso il massimo livello possibile di integrazione funzionale.

Per raggiungere questo obiettivo le caratteristiche, le funzioni e le attività del SPDC – tipologia delle strutture, organizzazione, rapporti con gli altri servizi, modalità di invio dei pazienti, trattamenti e loro durata, dimissioni ecc. – devono essere ispirate agli stessi modelli concettuali previsti per le attività dei presidi e dei servizi territoriali ed essere congruenti con le prassi operative in essi attuate, nonché con i principi contenuti nel progetto di legge in materia di regolamentazione della tutela della salute mentale, approvato dalla V Commissione Consiliare ed in via di perfezionamento legislativo.

E' quindi opportuno riproporre sinteticamente i presupposti scientifici e culturali che hanno ispirato in Italia i principi legislativi che hanno promosso un radicale cambiamento della concezione del disturbo psichico.

Soltanto a seguito della Legge 13 maggio 1978 n. 180, successivamente assunta pressoché integralmente nella Legge di Riforma Sanitaria del 23 dicembre 1978 n. 833, si è potuto progressivamente procedere a una vera e propria rifondazione dei criteri e delle metodologie relative alla cura e alla assistenza dei disturbi psichiatrici, i cui principali punti caratteristici possono essere così sintetizzati:

- 1) il riconoscimento alle persone portatrici di disturbi psichiatrici di tutti i diritti costituzionali, come tutti gli altri cittadini;
- 2) il superamento definitivo di quei modelli di cura "ospedaliera" dei disturbi psichiatrici, chiaro prodotto del rifiuto e della emarginazione delle "diversità", basati sulle grandi concentrazioni di persone rinchiusse forzosamente nei "grandi asili" manicomiali e ivi abbandonate, talora per sempre;

- 3) l' attivazione di una rete capillare di servizi e attività di territorio, ad un elevato livello di integrazione socio-sanitaria, in grado di realizzare, all' interno di una effettiva presa in carico delle problematiche globali del paziente: a) efficaci interventi di prevenzione dei disturbi psichici; b) risposte terapeutiche differenziate e personalizzate a seconda dei bisogni individuali; c) concreti percorsi di riabilitazione psicosociale, tali da promuovere negli utenti lo sviluppo e/o la ripresa di abilità individuali, il loro reinserimento nei circuiti di vita sociale e il loro reingresso nei circuiti produttivi;
- 4) la costituzione, all' interno di questa rete, di strutture comunitarie territoriali, in grado di dare risposte adeguate anche al bisogno di semiresidenzialità e di residenzialità sperimentando nuovi modelli a forte partecipazione dei familiari e di personale sociale non sanitario con l'obiettivo di ridurre l'apporto farmacologico e implementando l'uso di tecniche non aggressive;
- 5) il ricorso al ricovero ospedaliero, comunque di breve durata, solo per particolari situazioni caratterizzate da effettiva necessità clinica e da impossibilità di adottare in tempo reale misure alternative;
- 6) il superamento della tradizionale concezione della malattia mentale e la promozione di modelli di approccio al problema Salute Mentale attraverso il coinvolgimento e la partecipazione non solo degli operatori del settore ma anche di altre professionalità e, particolarmente, di altre istituzioni, del terzo settore, del volontariato, della gente comune.

Le attività di Salute Mentale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei disturbi psichiatrici sono dunque fondamentalmente territoriali e sono svolte dal Dipartimento di Salute Mentale, ai livelli strutturali, organizzativi, programmatici e operativi, utiliz-

zando apposite sedi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, ovvero intervenendo direttamente sul territorio, sia con interventi programmati che urgenti.

In questa visione complessiva il ricovero breve assume significato terapeutico esclusivamente in quanto segmento di un percorso di cura e di riabilitazione caratterizzato da una continuità di interventi territoriali anche differenziati includendo tipologie organizzative diverse, dalle residenze a copertura sanitaria *h24* fino alle case-famiglia per utenti autonomi senza personale di assistenza sanitaria in cui il centro territoriale interviene su richiesta.

7.6.1 Il servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), istituito ai sensi degli artt. nn.33-34-35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dalle successive leggi emanate dalla Regione Campania, in particolare la LRC 9 giugno 1980 n. 57 "Norme per la costituzione e il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali in attuazione della legge 23 dicembre 1978 n. 833", la LRC 3 gennaio 1983 n. 1 "Istituzione in ciascuna USL del servizio per la tutela della salute mentale", e secondo quanto previsto dal DPR 10 novembre 1999 "Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000", è l' esclusivo servizio ospedaliero deputato al ricovero breve per disturbi psichiatrici, di norma volontario (TSV) ovvero per Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da realizzarsi in degenza ospedaliera, qualora sia ritenuta clinicamente necessaria tale modalità.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è parte integrante del Dipartimento strutturale di Salute Mentale. Esso è ubicato presso Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali ovvero presso Aziende Ospedaliere. In questo secondo caso i rapporti tra le due

Amministrazioni sono regolati da apposite convenzioni per l'attribuzione dei costi di gestione per definire i livelli di responsabilità.

Il SPDC deve garantire:

- a) tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- b) formulazione/riformulazione della diagnosi;
- c) impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- d) riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- e) effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- f) osservazione e monitoraggio clinico;
- g) riconnessione dei rapporti di rete familiare.

Esso inoltre realizza:

- a) connessioni con l' Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica;
- b) attività di consulenza e di Collegamento al Pronto Soccorso, la Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative dell'Ospedale;

Le attività terapeutiche e assistenziali nel SPDC sono assicurate 24 ore su 24 da una équipe stabile pluriprofessionale di operatori assegnati dal Dipartimento di Salute Mentale o dal personale del medesimo Dipartimento che lavori part time presso il SPDC e presso altre articolazioni del DSM. Il SPDC è diretto da un dirigente sanitario psichiatra indicato dal Direttore del Dipartimento e incaricato dal Direttore Generale della ASL di appartenenza.

L' équipe svolge:

- a) attività psichiatrica specialistica;
- b) attività infermieristica;
- c) attività assistenziali per le principali funzioni vitali;
- d) attività indirizzate alla cura della persona e dell' ambiente;
- e) attività diagnostiche anche complesse, anche utilizzando com-

- petenze di altre Unità Operative ospedaliere;
- f) attività riabilitative mirate all'acquisizione e al mantenimento delle capacità comportamentali, cognitive e affettivo - relazionali;
 - g) attività di socializzazione e di supporto psicosociale;
 - h) attività di assistenza continuativa anche personalizzata alla singola situazione clinica;
 - i) preparazione, somministrazione di terapie farmacologiche e controllo degli effetti;
 - j) psicodiagnostica e colloqui clinici psicologici;
 - k) attività di informazione e di sostegno ai familiari.

La equipe deve essere composta da medici psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari, il cui numero deve essere rapportato al volume e alla tipologia delle attività terapeutiche e assistenziali necessarie, da svolgere nelle 24 ore, realizzando una ottimale distribuzione dei carichi di lavoro.

Devono essere previste, anche a tempo limitato, unità di personale proveniente dalle Unità Operative di Salute Mentale individuate come afferenti, per lo svolgimento di attività psicologiche, di assistenza sociale e di riabilitazione psicosociale.

Al fine di garantire la necessaria continuità terapeutica tra il momento ospedaliero e quello territoriale, ogni Azienda Sanitaria Locale deve obbligatoriamente dotarsi di propri SPDC, per un numero complessivo di posti letto rispondenti alle effettive esigenze di ricovero psichiatrico del proprio bacino di utenza, nel rispetto del numero massimo di posti letto previsto per ciascun SPDC.

Il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) definisce entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Ospedaliero il fabbisogno di SPDC nell'ambito del territorio provinciale di pertinenza e la loro dislocazione, secondo quanto previsto nel precedente

comma, tenendo in debito conto anche i ricoveri effettuati in altre A.S.L. della Regione, fuori regione e quelli nelle Case di Cura convenzionate.

Entro 3 mesi dall' entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero Regionale le Amministrazioni competenti provvedono ad aumentare almeno sino a 8 i posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che attualmente hanno una disponibilità di posti letto inferiore.

Per le necessità terapeutico-assistenziali nonché per criteri di economicità entro il primo anno dall' entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero Regionale tutti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura devono adeguare la dotazione dei posti letto effettivamente attivati alle esigenze assistenziali previste dai rispettivi DSM rispettando, qualora sia necessario, lo standard massimo di 16 posti letto, distinti per utenti di ambo i sessi, previsto dal DPR 10 novembre 1999 Progetto obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000". Gli SPDC dovranno essere programmati per soddisfare le esigenze dell'ASL di riferimento verificando costantemente la appropriatezza dei ricoveri posti in essere.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura afferisce all'Area di Medicina Generale delle strutture ospedaliere in cui è ubicato. In nessun caso esso si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico.

La collocazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in Presidi o Aziende Ospedaliere afferenti alla rete per l'emergenza non determina di per sé alcun diretto collegamento tra le funzioni dell'emergenza e il ricovero psichiatrico.

Il ricovero in SPDC è effettuato secondo i criteri e le modalità stabilite dagli artt. nn. 33-34-35 della Legge di Riforma Sanitaria 23 dicembre 1978 n. 833.

L' accettazione del ricovero avviene presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero ed è decisa dal medico psichiatra del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura soltanto dopo la prima valutazione clinica effettuata dal sanitario del Pronto Soccorso stesso.

Il personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura assicura la Consulenza psichiatrica alla struttura ospedaliera in cui è ubicato.

La Consulenza psichiatrica a strutture ospedaliere non sede di SPDC, laddove non garantita da autonoma organizzazione promossa dalle strutture ospedaliere stesse, è assicurata da personale delle Unità Operative di Salute Mentale competenti per territorio, secondo le afferenze e con le modalità stabilite dal DSM.

I posti letto dei Day-Hospital strutturati, attivati dalle Unità Operative di Salute Mentale territoriali, così come i posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura eventualmente trasformati in posti di Day-Hospital, sono a tutti gli effetti equivalenti a posti letto ospedalieri e rispondono ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla D.G.R.C. 7 agosto 2001 n° 3958 e successive integrazioni, nonché da quanto riportato in materia dal D.P.R. 10 novembre 1999 progetto obiettivo " Tutela Salute Mentale 1998 - 2000 "

I Day-Hospital possono essere utilizzati anche per riscontrate esigenze di osservazione breve, da realizzarsi nell'arco delle 24 ore.

Per i ricoveri in essi effettuati deve essere approntata apposita Scheda di Dimissione, da inoltrare alla Direzione della A.S.L. a cura della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale.

Fanno parte della rete regionale i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura allocati presso le due strutture universitarie, nella misura di 9 posti letto per la Clinica Psichiatrica del Policlinico dell' Ateneo Federico II, di 24 posti letto per il Dipartimento Assistenziale di

Psichiatria del Policlinico della Seconda Università di Napoli, distinti in 16 posti per la U.O. di Clinica Psichiatrica e 8 posti per la U.O. di Psichiatria TSO.

Detti posti letto sono utilizzabili sia per ricoveri volontari che per trattamenti sanitari obbligatori, per ambo i sessi e con bacino di utenza di estensione regionale, in considerazione delle finalità di ricerca e di didattica proprie dei 2 Atenei.

7.6.2 Case di cura a indirizzo neuropsichiatrico.

Le Case di cura a indirizzo neuropsichiatrico devono rientrare nelle tipologie previste dalla normativa nazionale e regionale per gli istituti di riabilitazione, adeguando le loro strutture, i modelli organizzativi e quelli operativi alle modalità previste per la riabilitazione intensiva multidisciplinare (cod. 56) e alla lungodegenza riabilitativa di base (cod. 60).

Le predette Case di cura possono proporre una riconversione delle loro strutture e attività, coerente con il modello strutturale, organizzativo e operativo del Dipartimento di Salute Mentale, per quanto attiene alle attività residenziali e semiresidenziali.

7.7 *La riorganizzazione dell'attività trasfusionale*

- ***Obiettivi***

La riorganizzazione dell'attività trasfusionale in Campania, coerentemente con le previsioni della Legge 21 ottobre 2005 n. 219, e in attuazione della direttiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio deve essere orientata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 1) Autosufficienza regionale ed iniziative per la cooperazione interregionale, anche attraverso l'attivazione di un nuovo flusso