

Spedizione in abbonamento postale  
Art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Fil. di Perugia

**REPUBBLICA ITALIANA**

**BOLLETTINO UFFICIALE**

**DELLA**

**REGIONE DELL'UMBRIA**

PARTI PRIMA e SECONDA

PERUGIA - 30 luglio 1997

Prezzo L. 1.500  
(IVA compresa)

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

**ATTI DELLA REGIONE**

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE**

7 luglio 1997, n. **372**.

**Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale.**

## S O M M A R I O

## PARTE PRIMA

Sezione II

## ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 7 luglio 1997, n. 372.

**Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale** . . . . . Pag. 3

*ALLEGATO*

— RELAZIONE . . . . .	»	5
— IL DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE . . . . .	»	9
— LE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE . . . . .	»	13
— IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE . . . . .	»	19

PARTE PRIMA

Sezione II

**ATTI DELLA REGIONE**

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 7 luglio 1997, n. 372.**

**Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale.**

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

Visto l'atto amministrativo di iniziativa della Giunta regionale con deliberazione n. 219 del 28 gennaio 1997, concernente: «Linee guida per le Aziende sanitarie sulla organizzazione delle attività di tutela della salute mentale», depositato alla Presidenza del Consiglio regionale il 31 gennaio 1997 e trasmesso al parere dalla IV commissione consiliare il 6 febbraio 1997;

Atteso che in data 21 marzo 1997 si è tenuta in Perugia un'apposita audizione con tutti i soggetti interessati;

Visto il parere e la relazione della IV commissione consiliare illustrati dal relatore Nadia Antonini;

Visti gli emendamenti proposti ed approvati;

Uditi gli interventi dei consiglieri regionali e del rappresentante della Giunta regionale anche a titolo di dichiarazione di voto;

Visto il DPR 7 aprile 1994 concernente il Progetto obiettivo «tutela della salute mentale» per il triennio 1994-1996;

Visto il comma 5 dell'art. 3 della legge 724/94;

Visto il DPR 14 gennaio 1997;

Visto lo Statuto regionale;

Visto il Regolamento interno;

Con 25 voti favorevoli espressi nei modi di legge dai 25 consiglieri presenti e votanti

delibera:

— di approvare il «Piano regionale dei servizi e delle attività di tutela della salute mentale» come da allegato che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Consigliere segretario  
*Alfredo De Sio*

*Il Presidente*  
GIANPIERO BOCCI

*Allegato*

**PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ DI  
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

RELAZIONE

## RELAZIONE

Nell'ambito del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» per il triennio 1994-96, approvato con DPR 7 aprile 1994 e successivamente ribadito dall'art. 3, comma 5 della legge 724 del 1994, si impone alle regioni di provvedere alla chiusura degli ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996.

La legge finanziaria per il 1997 ribadisce la volontà del legislatore di sollecitare l'avvio e la conclusione di un processo, da realizzare con modalità e tempi correttamente programmati, attraverso l'adozione di strumenti di programmazione regionale che diano puntuali indirizzi volti a pervenire al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici. Al riguardo la normativa prevede anche penalizzazioni pecuniarie nell'attribuzione del fondo regionale, laddove la chiusura degli ospedali psichiatrici avvenga in tempi successivi al 31 dicembre 1996.

Il Ministro della sanità, con note rispettivamente del 17 e 20 dicembre 1996, ha sollecitato le Regioni ad adottare gli appositi strumenti di pianificazione per l'intero settore, collegando il processo di superamento degli ospedali psichiatrici alla realizzazione di strutture, servizi e residenze territoriali che ne costituiscono il necessario presupposto, fornendo a riguardo apposite linee - guida predisposte dall'Osservatorio sul superamento dei manicomi ed esitate dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 19 dicembre 1996.

Dall'odierno contesto normativo nazionale, la Regione dell'Umbria trae conferma alle azioni da tempo avviate ed intraprese dalla psichiatria Umbra già dalla fine degli anni '60. Azioni che hanno trovato puntuale riferimento negli obiettivi di settore della normativa regionale dei piani socio sanitari 1985/87 (L.R. 11/85) e 1989/91 (L.R. 9/90).

Le disposizioni sin qui impartite dalla Regione sono andate oltre l'emanazione di disposizioni sul definitivo superamento di quanto considerato già ex ospedale psichiatrico. È, infatti, a tutti noto che il lento e graduale processo di deistituzionalizzazione e destrutturazione del manicomio di Perugia e delle sue sezioni di Città di Castello, Foligno e Spoleto ha portato il residuo O.P. dagli iniziali 1.068 degenti del 1965 a poco più di un centinaio di ospiti (97 a Perugia e 18 nella sezione femminile di Spoleto) al 31 dicembre 1996, avviando al contempo alternative assistenziali su tutto il territorio regionale che hanno anticipato modalità assistenziali oggi raccomandate, garantendo le forme più civili e idonee al trattamento della malattia mentale. Oggi, i progetti delle Aziende USL 2 e 3 di definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico che hanno ottenuto l'approvazione di congruità regionale (Del. G.R. 29 ottobre 1996, n. 7587 e Del. G.R. 6 dicembre 1996, n. 8706) permettono di poter affermare che il processo di chiusura dell'O.P. si è concluso, avendo all'uopo provveduto ad individuare in n. 22 ospiti a Perugia e n. 18 a Spoleto le unità che dovranno permanere in area psichiatrica protetta e per le quali sono già disponibili soluzioni alloggiate, ed in n. 75 le unità di ospiti dell'ex O.P. di Perugia la cui assistenza verrà effettuata in apposita RSA, ma che nell'attuale fase transitoria - in attesa delle necessarie trasformazioni strutturali degli ex padiglioni dell'O.P. - trovano già accoglienza ed assistenza adeguata.

La Regione è quindi impegnata a seguire il corso delle procedure aziendali, necessarie a pervenire nei tempi più rapidi alla definizione delle nuove misure assistenziali.

Peraltro, la Regione a seguito dell'evoluzione legislativa intervenuta nella organizzazione del nuovo sistema sanitario con la emanazione del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, oltre che per la specifica legislazione di settore sopra richiamata, intende con il presente atto, ridefinire la programmazione regionale dei servizi per la tutela della salute mentale con assetti organizzativi e strumenti operativi omogenei e ridisegnati nell'ottica dell'organizzazione dipartimentale.

Non ultima, va richiamata la necessità di pervenire ad una più puntuale definizione dell'organizzazione dei servizi, sulla base di quanto l'osservazione epidemiologica permette di conoscere. L'attività dei servizi fa registrare un generico aumento di utenza, di tutte le fasce d'età, utenza che si rivolge ai servizi psichiatrici con nuova domanda e con nuovi bisogni che richiedono risposte sempre più marcatamente di natura specialistica.

La riorganizzazione dei servizi, vuole riportare alla specificità psichiatrica l'agire degli operatori impegnati in questa area, ed affidare ad altre aree socio sanitarie l'assistenza di soggetti di cui spesso ed impropriamente hanno dovuto farsi carico i servizi psichiatrici (es. alcune tipologie di handicaps ed alcune patologie degli anziani).

Le aree ritenute asse strategico su cui incentrare le azioni organizzativo-gestionali delle aziende e quelle tecnico-operative degli operatori, così come riportate nell'allegato costituiscono parte integrante della presente deliberazione e si incentrano sulle seguenti aree tematiche:

- 1) Il dipartimento di salute mentale;
- 2) Il sistema informativo;
- 3) Le strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Si propone quindi, con il presente atto, oltre che di fornire gli indirizzi programmatici di settore, dare supporto tecnico-scientifico per le Aziende ed operatori.

In particolare si evidenzia che:

a) nel documento sul Dipartimento di salute mentale si danno indicazioni per ricondurre ad unico coordinamento l'attività svolta in un dato territorio, dalla rete dei servizi di salute mentale, tenendo presenti gli assetti territoriali del Sistema sanitario regionale della L.R. 1/95 che ha costituito 5 Aziende USL. Poiché tale assetto territoriale determina un bacino d'utenza minimale nella USL 4, bacino che non trova corrispondenza e giustificazione per la istituzione di un Dipartimento di salute mentale, in detta USL si è considerato essere più rispondente dover pervenire all'istituzione di un unico DSM, attraverso l'intesa delle Aziende USL 4 e 5.

Al riguardo si è evitato di indicare astratti bacini di riferimento, privilegiando il criterio di rispondenza del territorio del DSM con l'ambito gestionale di pertinenza aziendale.

Diversamente, è sembrato coerente indicare i bacini di utenza per i Centri di salute mentale. Quanto previsto, con riferimento alla dislocazione territoriale, corrispondente all'attuale consistenza di detti servizi. Si è cercato di risolvere il problema della istituzione di un CSM in Valnerina (non accreditabile secondo gli standards previsti nello stesso documento), con l'articolazione di altro CSM limitrofo, tenuto a garantire l'attività con le modalità decentrate ritenute più rispondenti alle esigenze assistenziali presentate dal territorio in questione.

Infine, con la previsione di assegnazione di budget aziendali per i dipartimenti di salute mentale si è voluto richiamare l'attenzione sulla necessità di individuare tutte le fonti di finanziamento necessarie all'espletamento delle varie prestazioni ed attività svolte dai vari servizi dell'area, in considerazione della peculiarità della natura dell'impegno operativo, idoneo a fungere da polo di aggregazione degli interventi sanitari e socio-assistenziali dagli stessi svolti.

Trattasi infatti di modalità organizzative definite per i progetti-obiettivo previsti per la programmazione sanitaria.

Pertanto, le risorse finanziarie sono individuate nel fondo sanitario regionale, nel fondo sociale regionale attribuito ai Comuni oltre che nelle quote di finanziamento degli Enti locali, con una assegnazione annuale da parte della Giunta regionale di quote che permettano ai DSM di poter attuare interventi sulla tutela della salute del cittadino, interventi che si pongano anche obiettivi di risocializzazione e riabilitazione in campo socio familiare e comunitario educativo, assistenziale a sostegno dell'attività sanitaria e di prevenzione, cura e riabilitazione fisica e psichica, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti.

b) Nel documento sul Sistema informativo si traccia il percorso metodologico seguito per perveni-

re all'istituzione di un sistema regionale, aziendale e di servizi che permetta di avviare la messa a regime dello stesso a far data dal 1998 con la predisposizione nel corso di quest'anno di tutti gli strumenti di rilevazione cartacea ed informatica. La Giunta regionale, quindi, dovrà provvedere con proprio atto a dotare i soggetti interessati del servizio sanitario regionale dei suddetti strumenti, sanando così il ritardo riscontrato nella predisposizione di flussi informativi omogenei, articolati e periodici, più rispondenti all'osservazione epidemiologica di quelli sinora utilizzati.

Per quanto riguarda le strutture intermedie individuate nel documento in considerazione della approvazione del DPR 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private», in via transitoria si dispongono le modalità di rilascio dell'autorizzazione al funzionamento purché sia sottoscritto apposito atto di impegno per l'adeguamento ai contenuti del DPR 14 gennaio 1997 fino all'approvazione del piano sanitario regionale e comunque entro due anni dall'approvazione del presente atto. Per quanto riguarda poi gli ulteriori parametri previsti per l'accredimento dal DPR si rinvia a successivi atti di programmazione regionale.

**PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ DI  
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

**IL DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA  
SALUTE MENTALE**

## DIPARTIMENTO DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (DSM)

### COMPITI, ARTICOLAZIONE, ORGANIZZAZIONE E RISORSE.

Il Dipartimento per la tutela della salute mentale (DSM) è la struttura operativa, organizzativa e tecnico gestionale dell'Azienda sanitaria locale che svolge le attività connesse alla promozione e tutela della salute mentale della comunità territoriale di riferimento.

Il DSM, nel rispetto delle disposizioni della Carta dei servizi a tutela dei diritti dei cittadini, svolge azioni integrate di coordinamento, organizzazione, supporto, progettazione e verifica in relazione alla:

- promozione, prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale;
- formazione ed aggiornamento del personale assegnato;
- ricerca scientifica.

Il DSM è articolazione organizzativa della Azienda USL con proprio budget.

La Giunta regionale stabilisce all'inizio di ogni esercizio finanziario la quota di risorse del fondo sanitario regionale da destinare alla attività di tutela della salute mentale, attribuendola alle Aziende sanitarie.

Il DSM coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nel territorio e nell'ospedale attraverso protocolli che regolino i rapporti tra la struttura dipartimentale e le strutture ospedaliere.

Qualora l'ospedale sede di Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) sia costituito in Azienda diversa, apposita convenzione aziendale regolerà i rapporti di dipendenza funzionale sia della struttura sia del personale del Dipartimento di tutela della salute mentale.

Ogni DSM definisce con chiarezza obiettivi e finalità delle sue azioni. Con regolamento approvato con atto deliberativo aziendale, rivedibile periodicamente, ed accessibile a chi ne faccia richiesta, si precisa la struttura organizzativa, gli ambiti delle interazioni, i campi di responsabilità, le procedure, gli scopi e le limitazioni delle funzioni, nell'ambito delle normative vigenti.

Garanzia di efficacia ed efficienza e di buon andamento gestionale del DSM è la Conferenza di organizzazione del Dipartimento. La Conferenza rappresenta occasione pubblica di verifica. Si riunisce almeno una volta l'anno e, su indicazione del Comitato di dipartimento, può articolarsi anche su aree tematiche di settore.

### DIREZIONE.

Al DSM è preposto un direttore nominato dal direttore generale aziendale. Il direttore risponde direttamente alla direzione aziendale con la quale negozia gli obiettivi e le risorse per la realizzazione del programma.

Esercita azioni di coordinamento, organizzazione, supporto, progettazione e verifica dei compiti istituzionali del Dipartimento di concerto con il Comitato di dipartimento, garantisce la gestione coordinata delle risorse umane; viene consultato sulle disposizioni organizzative delle Direzioni sanitarie e amministrative relative al complesso delle attività del DSM. È membro di diritto del Consiglio dei sanitari.

In ogni Dipartimento va costituito un Comitato di dipartimento composto da membri di diritto medici e non medici (di livello apicale e sub apicale) e da rappresentanti degli altri profili professionali. È presieduto dal direttore.

Il direttore è garante del corretto esercizio del diritto all'informazione e, secondo la normativa vigente, della promozione di forme di partecipazione propositiva, finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e dello svolgimento dei compiti d'istituto, nei confronti del personale delle varie strutture organizzative, degli utenti, dei familiari singoli o associati, dei vari soggetti istituzionali e collettivi presenti nel territorio.

Per lo svolgimento dell'attività progettuale e delle azioni di propria specificità il DSM si confronta con tutte le aree dell'Azienda: presidi ospedalieri, medici di medicina generale, dipartimento di prevenzione, distretti sanitari, servizio sociale.

Ai fini del buon governo l'Azienda USL dovrà prevedere all'interno delle risorse assegnate al DSM:

— un fondo che consideri i costi per le prestazioni rese per attività terapeutico-riabilitative e di integrazione e di intermediazione sociale, svolte in qualunque sede o luogo;

- adeguati supporti gestionali ed amministrativi;
- adeguata individuazione dei centri di costo e dei carichi di lavoro.

Il DSM dovrà assicurare:

— adeguata registrazione ed elaborazione dei dati di attività;

— adeguata organizzazione del livello dei flussi informativi, utilizzabili uniformemente dalle varie strutture operative.

Per le particolari caratteristiche dell'agire operativo, deve essere prevista per ogni DSM l'attribuzione di un fondo annuo economico gestito da un funzionario delegato del DSM.

Il direttore, sentito il parere del Comitato di DSM, ripartisce le risorse finanziarie ed umane assegnate dalla direzione aziendale a seguito di negoziazione, assicurandole alle strutture operative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati con progetti annuali.

Le strutture operative destinatarie delle risorse gestiscono le stesse con autonomia tecnico professionale, provvedendo ad indicare alla direzione del DSM le utilizzazioni stabilite.

Ciascuna Azienda USL costituisce di norma nel proprio territorio un DSM.

I DSM si articolano nella rete dei servizi territoriali denominati: Centro di salute mentale (CSM), nella rete delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali dedicate alle specifiche attività terapeutico-riabilitative e nel Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC). Il DSM garantisce anche il coordinamento con le strutture ad articolazione e sede autonoma dedicate all'infanzia.

## LA RETE DEI SERVIZI

### CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM).

I CSM, hanno un bacino di utenza da un minimo di 50.000 ad un massimo di 80.000 abitanti, vengono dislocati territorialmente:

USL 1 n. 2 CSM

USL 2 n. 6 CSM

USL 3 n. 2 CSM con articolazione in Valnerina

USL 4 e 5 n. 3 CSM.

Il Centro di salute mentale è la struttura fondamentale del Dipartimento. Assicura la coerenza delle risposte nel territorio con autonomia tecnico-operativa. È il nodo strategico della rete delle strutture e delle azioni dipartimentali.

In ogni DSM va valorizzato l'intervento rivolto all'età evolutiva. Gli operatori a cui va riconosciuta tale specificità formativa ed operativa, assicurano l'erogazione delle prestazioni in forma multiprofessionale e con modalità che evitino la separazione dell'intervento tra infanzia, adolescenza ed adulti.

Il CSM assicura l'accoglimento, la valutazione, l'orientamento della domanda e della relativa risposta nell'arco delle 24 ore, compresi i festivi, attraverso le attività programmate dal DSM, di concerto con le altre articolazioni sanitarie dell'Azienda.

L'accesso deve essere assicurato con l'apertura di almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana.

Il CSM garantisce l'integrazione delle proprie attività con il complesso dei presidi socio sanitari del territorio di riferimento svolgendo attività:

- diagnostica e terapeutica medica e psicologica: in sede ambulatoriale e domiciliare (compresa l'emergenza) per tutte le fasce d'età;

- partecipazione al servizio di guardia medica psichiatrica presso il SPDC;

- consulenza e collaborazione alle istituzioni sanitarie e socio assistenziali, scolastiche e giudiziarie;

- consulenza e sostegno alle famiglie ed alle associazioni di familiari;

- accoglienza e ospitalità in strutture intermedie;

- realizzazione, avvalendosi anche del privato e privato sociale, di progetti terapeutico riabilitativi in forma: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare;

- ricerca programmata di inserimenti formativi e lavorativi, in collaborazione con cooperative integrate, e servizio sociale territoriale;

- erogazione di sussidi a sostegno della finalità terapeutico-riabilitativa;

- verifica di qualità degli interventi;

- ricerca, formazione;

- cura dei flussi del Sistema informativo regionale ed aziendale.

Per la formazione dell'équipe multiprofessionale, le indicazioni sono le seguenti: 1 medico psichiatra ogni 12.000 abitanti per popolazione in età adulta superiore ai 18 anni, 1 neuropsichiatra infantile ogni 20.000 abitanti per popolazione inferiore ai 18 anni, 1 psicologo ogni 12.000 abitanti, 1 assistente sociale ogni 40.000 abitanti, 1 infermiere professionale e/o operatore psichiatrico ogni 2.000 abitanti. Il personale di dotazione funzionale può essere supportato da altre figure professionali, comprese quelle del terzo settore appartenente al privato sociale.

Il CSM è diretto da un medico psichiatra.

La sede del CSM risponde ai requisiti strutturali e funzionali delle normative vigenti, con particolare attenzione alla rispondenza del facile accesso per l'utenza ed alla adeguata diversificazione degli spazi da utilizzare per le varie attività svolte.

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC).

Il SPDC dovrà essere dimensionato nel prossimo biennio su un totale di 0,6 p.l. per 10.000 abitanti compresi i servizi di Perugia, Terni e l'istituendo SPDC a Spoleto. Le Aziende USL prive di SPDC potranno realizzare tale attività nell'ambito del proprio DSM o convenzionarsi con altre Aziende USL per l'utilizzo del servizio, con conferimento della propria dotazione teorica di posto letto e relativo organico.

Le indicazioni per la dotazione di personale per ogni SPDC dovranno rispettare i seguenti rapporti di minima:

- 1 operatore ogni 3 pazienti per turno;

- 1 unità medica presente nei due turni (h 8 - 20) e l'attivazione della pronta disponibilità notturna (h 20 - 8).

L'Azienda USL dovrà provvedere a garantire i servizi generali (pasti, lavanderia, igiene ambientale).

Il SPDC costituisce articolazione operativa del DSM per l'effettuazione di ricoveri ordinari e in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da attuare con le modalità di cui all'art. 35 della L. 833/78.

Deve assolvere la funzione di «Centro crisi» per le fasi acute che richiedono una accoglienza tale da garantire i massimi livelli di attenzione.

Strutturalmente deve avere spazi riservati a uomini e donne, e spazi interni ed esterni idonei ad assicurare, oltre che lo svolgimento dell'attività clinica, anche delle attività di animazione e di gruppo.

LE STRUTTURE INTERMEDIE DI AREA PSICHIATRICA.

Il DSM per corrispondere alla diversificazione della domanda si dota di ognuna delle strutture residenziali a varia tipologia per i livelli terapeutico-riabilitativi (Comunità terapeutica riabilitativa di tipo 1 e 2, Unità di convivenza, gruppo appartamento) e di centri per l'accoglienza diurna (CAD) collegati in rete, attraverso i quali si attuano programmi terapeutico-riabilitativi, anche complessi, integrati con altre agenzie di territorio.

RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ.

Le Agenzie USL e l'Università degli studi di Perugia definiranno in apposite convenzioni i rapporti riguardanti le attività di assistenza psichiatrica da integrare con quelle didattiche e di ricerca della cattedra di psichiatria e scuola di specializzazione riconducendole nell'ambito dei rispettivi DSM.

RAPPORTI CON PRIVATO E PRIVATO SOCIALE.

Il privato ed il privato sociale collaborano alla attività delle articolazioni operative del DSM, costituendone risorsa operativa.

RAPPORTI CON LA REGIONE.

Trovano riferimento e coordinamento nell'Assessorato regionale alla sanità e per quanto di competenza nell'Assessorato alle politiche sociali:

- la formazione permanente degli operatori (corsi annuali ed incontri allargati con responsabili di strutture dei DSM della regione);

- Conferenza dei direttori generali e direttori di DSM.

LA FORMAZIONE.

Si è assistito in questi ultimi anni ad un articolarsi

e differenziarsi delle prestazioni che i servizi di salute mentale devono erogare. Ciò sia in relazione al moltiplicarsi degli ambiti di esercizio quali l'ambulatorio, il domicilio del paziente, le sedi di istituzioni sanitarie ed assistenziali, l'ospedale, le strutture intermedie residenziali e semiresidenziali, che in relazione allo specificarsi delle richieste per fasce d'età, per le nuove ed emergenti problematiche patologiche e del disagio esistenziale per quanto afferenti agli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale.

Da qui la necessità di poter disporre nei servizi di salute mentale di competenze sempre più specifiche che superino gli stessi confini tradizionali delle professioni quali sono codificate dagli iter formativi accademici per l'area della salute mentale.

Pertanto il sistema dei servizi, per essere adeguatamente alimentato, richiede processi di aggiornamento continuo, calibrato sulle esigenze rilevate e, quindi, correlato ad obiettivi, procedure, programmi, tecniche diagnostiche, approcci riabilitativo-terapeutici, organizzazione dei servizi, collaborazioni interprofessionali.

Occorre pertanto pervenire ad una più sistematica attività di aggiornamento professionale permanente per tutti gli operatori con particolare riguardo per gli operatori dall'incerto profilo professionale (educatori ed operatori di comunità) utilizzati nell'ambito dei rapporti convenzionali tra USL e privato sociale.

A riguardo è ipotizzabile pervenire ad un programma regionale da affidare alla organizzazione ed alla gestione di un'Azienda USL quale referente per i vari Dipartimenti di salute mentale della regione.

#### IL SUPERAMENTO DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO.

Solo per memoria si richiama l'attenzione sullo stato di attuazione del processo di superamento

dell'Ospedale psichiatrico, conformemente alle disposizioni della legge finanziaria per il 1997 del 23 dicembre 1996 n. 662 artt. 20-25.

La storia della psichiatria, che ha visto in Umbria dar corso al processo di deistituzionalizzazione e di destrutturazione dell'Ospedale psichiatrico di Perugia e delle sezioni di Città di Castello, Foligno e Spoleto già dalla fine degli anni sessanta, permette oggi di poter affermare che sia formalmente che sostanzialmente si è giunti al definitivo superamento dell'istituto manicomiale.

Tuttavia, in conformità con le disposizioni della legge finanziaria 724/94, riconfermate dalla finanziaria per il 1997, la Regione ha provveduto ad approvare i progetti delle Aziende USL 2 e 3 per la riconversione assistenziale del residuo ospedale psichiatrico di Perugia e della sezione femminile di Spoleto, onde pervenire al definitivo superamento dell'O.P.

La Regione ha pertanto provveduto a trasferire all'Azienda USL 2 l'attuale patrimonio immobiliare, consistente nei tre residuali padiglioni dell'ex O.P. di Perugia, destinati ad essere ristrutturati in funzione della definitiva collocazione degli attuali ospiti in strutture più rispondenti ed idonee. Degli attuali ospiti dell'ex O.P. di Perugia: n. 22 soggetti resteranno in area assistenziale psichiatrica, assistiti in piccole comunità terapeutiche a differenziata protezione medico-psico-sociale e n. 75 saranno trasferiti in altra area assistenziale con la realizzazione di apposita RSA.

Per l'Azienda 3 è stato approvato il progetto per il definitivo superamento della sezione di Spoleto. Detta sezione si articolerà in due strutture sempre di area psichiatrica a diversa protezione medico-psico-sociale per la cui realizzazione occorre provvedere alla ristrutturazione minimale della stessa sede, operando solo una più idonea separazione degli ambienti.

**PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ DI  
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

**LE STRUTTURE RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI PER LA TUTELA  
DELLA SALUTE MENTALE**

## DEFINIZIONE, MISSIONE, OBIETTIVI.

La complessità dei bisogni emergenti nella popolazione dei pazienti affetti da patologie mentali gravi richiede risposte di cura e riabilitazione variamente articolate, in cui le strutture intermedie (semiresidenziali e residenziali) vengono a svolgere una funzione centrale, a supporto ed integrazione di quei programmi di cura individuali, attraverso cui si realizza la presa a carico da parte dei Centri di salute mentale di competenza territoriale.

Le strutture intermedie, semiresidenziali e residenziali, costituiscono, quindi, parte integrante della rete complessiva di risorse e servizi, afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Tali strutture devono rispondere a bisogni diversi e riconducibili al tipo di patologia presentata, all'età dell'utente, ed all'incidenza di problematiche non strettamente psichiatriche, legate al contesto familiare e sociale di cui l'utente fa parte.

Si individuano, in questa sede, le principali tipologie di strutture intermedie, ciascuna definita da specifiche finalità terapeutico-riabilitative e dall'esistenza di livelli più o meno elevati di «protezione psicomédico-sociale».

Si precisa che non si prevede l'istituzione di strutture residenziali e semiresidenziali specifiche per gli utenti in età evolutiva essendo in questi casi possibile, e più idoneo, il ricorso alle strutture socio-assistenziali già esistenti nei diversi territori, che possono più utilmente gestire i bisogni di tipo sociale dell'utenza, spesso associati alle problematiche cliniche emergenti.

I servizi di salute mentale territoriali partecipano, esercitando le loro specifiche competenze, alla realizzazione dei progetti integrati di trattamento, per tale fascia di utenti.

Allo stesso modo, per quanto riguarda il gruppo di utenti anagraficamente anziani, con problematiche psichiatriche pregresse, con emergenza di bisogni specificatamente legati alle patologie dell'anziano, va previsto l'utilizzo delle strutture realizzate per la popolazione anziana, quali residenze protette, RSA, ecc., a seconda del grado di eterodipendenza.

L'intervento psichiatrico si configura, in questi casi, come consulenza specialistica, per bisogni psichiatrici specifici, o per la gestione di dinamiche relazionali eventualmente disfunzionali.

## a) Centro diurno

Il Centro diurno è una struttura semiresidenziale territoriale, componente, insieme alle strutture residenziali, della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Il Centro diurno attua programmi terapeutico-riabilitativi, in collegamento con altri presidi dei Dipartimenti di salute mentale, realizzando collaborazioni con soggetti ed istituzioni della rete sanitaria e sociale esterna ai DSM stessi.

Tali strutture svolgono:

— attività valutativo-diagnostica sia relativa agli aspetti psicopatologici, che alle abilità sociali, relazionali, lavorative, ecc. del paziente, che alle caratteristiche peculiari dei contesti di provenienza e delle loro risorse, in integrazione e coordinamento con l'attività valutativa svolta dal servizio inviante;

— attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, coordinati con i programmi di terapia individuale sia di tipo psicofar-

macologico, che psicoterapico, svolti presso il servizio inviante;

— attività di accoglienza alternativa a misure di ricovero ospedaliero, sia nel senso dell'evitamento di tale misura, che nel senso della abbreviazione del periodo di ricovero, per pazienti in carico, in collaborazione con i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura;

— attività di accoglienza, in collaborazione con strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici, in sostegno all'inserimento dei pazienti nella struttura residenziale.

Le attività sopra elencate prevedono la realizzazione di programmi individualizzati a breve, medio e lungo termine elettivamente per:

— pazienti adulti, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, con grave patologia psichiatrica (sindromi psicotiche, disturbi di personalità), con storia recente di malattia.

In tali pazienti, la patologia compromette le potenzialità individuali (scolastiche e lavorative) e le relazioni interpersonali (familiari e sociali) in un periodo della vita in cui tale perdita porta, se non si interviene in modo adeguato, allo stabilizzarsi di gravi situazioni di handicap. Sono pertanto necessari programmi a breve - medio termine grazie ai quali poter riattivare, a partire da una situazione protetta, le risorse e le capacità evolutive individuali.

I Centri diurni possono inoltre ospitare pazienti aventi le medesime caratteristiche, dal punto di vista psicopatologico, descritte sopra, ma di età più avanzata e con lunga storia di malattia; situazioni in cui una condizione di handicap si è comunque stabilizzata, con notevole compromissione delle capacità espressivo-comunicative e conseguente ritiro sociale, unito a deterioramento delle relazioni interpersonali e familiari.

In tali situazioni sono necessari programmi a medio-lungo termine per garantire, in una situazione protetta, in cui si propongono stimoli idonei, molteplici esperienze di comunicazione e socialità.

Le strutture semiresidenziali, infine, sono aperte anche a quei pazienti che, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche o di storia di malattia, possano giovare di specifiche attività, o programmi in vigore nei centri, compatibilmente con la recettività di questi ultimi.

Le strutture semiresidenziali operano in stretta connessione con le agenzie sociali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato, attive nel settore della animazione culturale e ricreativa, della formazione professionale e del lavoro, sia per la realizzazione delle attività relative ai programmi per pazienti in carico, sia per l'inserimento in settori a loro idonei di pazienti dimessi dai programmi semiresidenziali.

## b) Comunità terapeutico-riabilitativa

La Comunità terapeutico-riabilitativa è una struttura residenziale territoriale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimenti di salute mentale.

Distinguiamo due tipologie:

Tipo 1 - È destinata ad utenti con patologia grave e stabilizzata da tempo, che hanno bisogno di risposte terapeutiche a bisogni primari, all'interno di progetti complessivi di cura che necessitano dell'assistenza per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. La presenza continuativa del personale nelle 24 ore, con

rapporto operatore/utente meno elevato rispetto alle strutture di tipo 2, permette agli utenti di riapprendere, attraverso operazioni concrete, capacità semplici di uso di oggetti, di spazi e tempi individuali e di gruppo.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.

La dimissione avviene in tempi medio-lunghi, superiori ai 24 mesi e comunque in base alla valutazione di esito del programma di trattamento individuale.

**Tipo 2** - È destinata ad utenti con grave patologia psichiatrica, con storia recente di malattia ed anagraficamente giovani, con necessità di trattamenti intensi, articolati e da svolgersi al di fuori dell'abituale ambiente di vita, per un periodo di tempo definito e rivalutabile in corso di trattamento, della rata, in media, tra i 12 e i 24 mesi.

La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di funzionali livelli di autonomia, in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura che prevedono - accanto alla residenzialità, con presenza continuativa del personale nelle 24 ore - anche momenti di articolazione con attività diurne svolte nei centri semiresidenziali, oltre che trattamenti specifici presso i servizi di salute mentale.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.

La dimissione dalla residenza può dar luogo al pieno reinserimento nell'abituale ambiente di vita, oppure all'ammissione in altre strutture a minore livello di protezione, per completare e rafforzare il percorso terapeutico-riabilitativo.

#### c) Unità di convivenza.

È una struttura intermedia residenziale destinata ad utenti con bisogno di assistenza non continuativa nelle 24 ore.

La presenza del personale è finalizzata a sostenere l'utente, negli orari in cui si compiono atti quotidiani significativi per la gestione della giornata, come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne, sia lavorative che all'interno di strutture semiresidenziali dipartimentali, con cui la residenza si articola funzionalmente, pur essendo la Unità di convivenza sotto la responsabilità del Centro di salute mentale del territorio in cui è collocata la struttura.

Tali strutture, destinate sia ad utenti giovani con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale, che ad utenti con più lunga storia di malattia con bisogni prevalenti di risocializzazione, sono individuabili come appartamenti per nuclei di convivenza piccoli, dalle 4 alle 8 persone.

L'ammissione e la dimissione dei pazienti avvengono in seguito a valutazione del CSM cui compete la responsabilità della struttura.

#### d) Gruppo appartamento.

È una struttura intermedia residenziale destinata ad utenti con disturbi cronicizzati, ma non conservate, o recuperate, capacità di autogestione individuale,

per i quali la presenza di personale - senza specifiche competenze psichiatriche - non è continuativa nelle 24 ore ed è finalizzata al sostegno degli utenti in orari particolari della giornata, per il soddisfacimento di bisogni specifici, legati ai momenti di vita comunitaria nella residenza.

La funzione/attività prevalente è di risocializzazione.

#### REQUISITI DI PROCESSO.

##### *Criteria di ammissione e modalità di accesso.*

Le diverse tipologie di struttura individuate nel documento sono tutte all'interno della rete dei servizi psichiatrici e quindi, per ognuna di esse, il DSM di cui la struttura fa parte, va aggiornato periodicamente sul movimento in entrata e in uscita dei pazienti, con conseguenti possibilità di accoglienza.

L'accoglienza è in tutte prevista solo per pazienti di prevalente competenza psichiatrica e ne vanno quindi esclusi:

— soggetti che abbiano bisogno di custodia (per es. per gravi disturbi del comportamento, tossicodipendenze, alcoldipendenze, farmacodipendenze);

— soggetti le cui problematiche prevalenti non siano di pertinenza psichiatrica (per es. handicap neurologici, anziani con problemi assistenziali dovuti all'età, anziani con patologie prevalentemente organiche).

#### a) Centro diurno.

##### a) Provenienza:

— soggetti in terapia presso i servizi territoriali del DSM cui la struttura semiresidenziale fa riferimento;

— eccezionalmente altro DSM limitrofo purché il Centro diurno sia facilmente (per tempo e per mezzi di trasporto da impiegare) accessibile dall'utente.

##### b) Presupposti vincolanti:

— compatibilità del malato che si vuole inserire con il gruppo-ospiti già presente;

— compatibilità tra le principali esigenze di quel soggetto e le prestazioni che sono possibili in quella struttura;

— collaborazione tra i soggetti che prendono parte all'articolazione del progetto terapeutico-riabilitativo e buona integrazione degli interventi.

##### c) Priorità:

— quando le necessità siano equiparabili, hanno precedenza i soggetti la cui patologia sia di inizio più recente.

##### d) Modalità di accesso:

— il terapeuta richiedente, attraverso la scheda di presentazione della struttura, o una sua conoscenza diretta, prende visione della realtà operativa in cui intende inserire il paziente;

valuta l'opportunità della frequentazione confrontando le esigenze dell'utente proposto con le caratteristiche di quella struttura e le prestazioni che vi vengono erogate;

pone la sua richiesta alle idonee istanze del DSM ed al referente della struttura semiresidenziale;

— l'accettazione, immediata o in attesa, deve tener conto della disponibilità di posti, della situazione attuale degli ospiti già presenti, e della fase progettuale che la struttura sta attuando;

— se c'è possibilità di accoglienza ed il soggetto proposto risponde alle caratteristiche richieste dai criteri di ammissione, il referente della struttura procede ad alcuni incontri preliminari:

- con il terapeuta, per idonea conoscenza del progetto terapeutico, individuazione di alcuni obiettivi minimi, accordo di base sulla attribuzione dei compiti da integrare nel progetto, compilazione di una scheda di accoglienza con le informazioni con il Centro diurno ritiene utili ai fini dell'inserimento;

- con il paziente proposto;

- con i familiari per presentare l'intervento che si è pensato di attivare ed il suo significato;

— si definiscono i tempi, le modalità della frequentazione e le modalità di rapporto con i familiari;

— l'ingresso è determinato da un «contratto» a termine che, al suo scadere, se il paziente si sta giovando dell'inserimento presso la struttura, può essere protratto e rinnovato quanto possibile e necessario; ciò non accade però automaticamente, ma solo dopo valutazione degli esiti dell'inserimento e ridefinizione delle sue regole, o conferma di quelle preesistenti;

— nel corso della frequentazione vanno previste verifiche sistematiche tra servizio inviante ed équipe del Centro diurno.

#### b) Comunità terapeutico-riabilitativa.

##### a) Provenienza:

— soggetti in terapia presso i servizi territoriali afferenti al DSM, cui la struttura residenziale fa riferimento;

— eccezionalmente altro DSM limitrofo purché la struttura sia facilmente accessibile per le attività di coordinamento e per gli altri contatti, utili al progetto terapeutico-riabilitativo.

##### b) Presupposti vincolanti:

— compatibilità del malato che si vuole inserire con il gruppo-ospiti già presente;

— compatibilità tra le principali esigenze di quel soggetto e le prestazioni che sono possibili in quella struttura;

— collaborazione tra i soggetti che prendono parte all'articolazione del progetto terapeutico-riabilitativo e buona integrazione degli interventi.

##### c) Priorità:

— quanto le necessità sono equiparabili, hanno precedenza, per le strutture di tipologia 1, i soggetti più compatibili con quelli già inseriti e per le strutture di tipologia 2, i soggetti la cui patologia sia di inizio più recente.

##### d) Modalità di accesso:

— Il terapeuta di riferimento per l'utente che ha necessità di accoglienza in struttura residenziale, compila la richiesta, su modulo predisposto allo scopo, e la presenta al DSM, cui le Comunità terapeutico-riabilitative afferiscono, che nelle istanze più opportune, prende visione della medesima e di tutti gli elementi necessari allo scopo di individuare, tra i possibili, l'inserimento più idoneo.

— Individuata la struttura, il referente di quella struttura stabilisce un calendario di incontri:

- con il terapeuta per prendere visione del progetto terapeutico in atto, concordare tempi e modi dell'inserimento e suoi obiettivi, definire l'attribuzione dei compiti da integrare nel progetto, compilare insieme

una scheda di accoglienza per le informazioni che la struttura ritiene utili ai fini dell'inserimento;

- con il soggetto proposto, per presentargli la struttura ed il programma che lo riguarda, oltre che per avere il suo consenso;

- con i familiari per presentare loro la struttura ed i suoi obiettivi, avere il loro consenso all'inserimento, definire tempi e modi dei loro contatti col malato.

Vanno previsti incontri sistematici tra servizio inviante ed équipe della struttura.

#### c) Unità di convivenza.

##### a) Provenienza:

— pazienti che fanno riferimento ai servizi territoriali del DSM cui appartiene la struttura.

##### b) Presupposti vincolanti:

— compatibilità del malato che si vuole inserire col gruppo-ospiti già presente.

##### c) Priorità:

— pazienti del DSM cui la struttura fa riferimento.

##### d) Modalità di accesso:

— il terapeuta di riferimento per il paziente che necessita di accoglienza fa la sua segnalazione alle idonee istanze del DSM;

— il DSM concorda l'inserimento con il responsabile del DSM cui la struttura fa riferimento;

— successivamente si definiscono i necessari accordi tra il terapeuta ed il referente della struttura e tra quest'ultimo ed il paziente e la sua famiglia.

#### d) Gruppo appartamento.

##### a) Provenienza:

— paziente del DSM cui la struttura fa riferimento;

— in seconda istanza pazienti che fanno riferimento ad altri servizi del DSM cui appartiene la struttura.

##### b) Presupposti vincolanti:

— compatibilità del paziente che si vuole inserire col gruppo-ospiti già presente.

##### c) Priorità:

— definita dal DSM cui la struttura fa riferimento.

##### d) Modalità di accesso:

— il terapeuta di riferimento per il paziente che necessita di accoglienza concorda l'inserimento col responsabile del DSM e contestualmente trasmette idonea segnalazione al DSM;

— successivamente si definiscono i necessari accordi tra il terapeuta ed il referente della struttura e tra quest'ultimo ed il paziente e la sua famiglia.

#### PROCESSI TECNICO-SPECIFICI.

##### a) Centro diurno.

Il Centro diurno è uno degli ambiti in cui si svolgono, o si coordinano, le attività di riabilitazione psicosociale.

— Tali attività si svolgono sulla base di programmi riabilitativi individualizzati, che tengono conto delle specifiche disabilità, dello stato clinico e della fase che il paziente attraversa, dell'adesione dell'utente ai programmi stessi, anche sulla base delle sue componenti affettive e psicodinamiche, e che si integrano con i programmi complessivi di cura.

— Le attività riabilitative possono essere svolte individualmente o in gruppo.

— Le attività riabilitative individuali sono quelle maggiormente legate al rapporto duale utente-operatore, e perseguono obiettivi specifici in relazione ai programmi individualizzati per utenti particolarmente gravi, o in fase critica.

— Le attività riabilitative gruppali (massimo 10 utenti per gruppo), possono porsi obiettivi:

- 1) di apprendimento;
- 2) espressivi;
- 3) corporei.

— Le finalità generali sono quelle di favorire la socializzazione all'interno del gruppo e all'esterno verso la comunità sociale, attraverso iniziative specifiche, e collaborando e coordinandosi con le altre agenzie sociali presenti sul territorio, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i servizi di integrazione lavorativa e le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed Istituzioni pubbliche che possono essere utili al processo di integrazione degli utenti nella rete sociale, e che possono contribuire in vario modo alla vita del Centro diurno.

— Le finalità specifiche sono quelle relative agli obiettivi fissati nei programmi individualizzati, concordati tra l'equipe che opera nel Centro e il Servizio inviante.

— I Centri diurni devono poter disporre delle risorse necessarie per lo svolgimento delle attività riabilitative (spazi adeguati, strumenti e beni di consumo, possibilità di utilizzazione di rapporti di consulenza con esperti nelle singole attività).

— Vanno favorite le attività che raccolgono consensi tra gli utenti e gli operatori, dal momento che sono quelle che dispongono della maggiore motivazione all'attività stessa. La motivazione all'esperienza riabilitativa è infatti di grande importanza per la sua buona riuscita.

— Vanno inoltre favorite le attività che possono permettere la realizzazione di obiettivi di inserimento e reinserimento lavorativo e/o scolastico.

— L'organizzazione e la gestione delle attività riabilitative deve essere dotata della flessibilità necessaria per adattarsi alle specifiche disabilità degli utenti che ne prendono parte, disabilità connesse anche alle variazioni legate all'andamento ciclico dei disturbi.

— Accanto alle attività strettamente riabilitative, vanno previste attività di gruppo meno strutturate e caratterizzate soltanto da obiettivi di convivialità, di gioco e di relazione, che possono contribuire utilmente al buon clima affettivo-emotivo dell'esperienza.

#### b) Comunità terapeutico-riabilitativa.

Queste strutture residenziali, caratterizzate dalla presenza di utenti con patologia grave e più o meno stabilizzata nel tempo, e dalla presenza continuativa del personale nelle 24 ore, devono essere in grado di garantire:

- 1) l'assistenza continuativa agli utenti;
- 2) la gestione delle dinamiche di gruppo che si originano dalle relazioni degli utenti tra di loro e con il personale;
- 3) la possibilità di accesso degli utenti alla programmazione e all'organizzazione della vita comunitaria, attraverso idonei spazi di comunicazione e di collaborazione;

4) il coordinamento delle funzioni svolte dal personale coerentemente con il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato;

5) l'integrazione e il coordinamento con le altre risorse presenti nel territorio, sia nella forma di altri Servizi del dipartimento di salute mentale, che di agenzie sociali esterne, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i Servizi di integrazione lavorativa, le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed Istituzioni pubbliche.

È quindi necessario, all'interno di tali comunità, garantire sia prestazioni relative alla struttura, quali: la cura degli ambienti, le pulizie, l'approvvigionamento e la preparazione dei pasti, la segreteria, la tenuta dell'archivio, la documentazione, la farmacia, l'amministrazione del fondo cassa, ecc. che prestazioni principalmente rivolte ai pazienti, quali:

— attività riabilitative interne legate alla dimensione di convivenza (ad esempio attività di cucina, di giardinaggio, di cura dell'ambiente domestico);

— attenzione e stimolo a che gli ospiti abbiano sufficiente cura di sé, a partire dall'igiene personale ed immagine sociale, oltre ogni altro necessario aspetto di accudimento degli stessi;

— somministrazione di farmaci;

— accompagnamento e sostegno in piccoli acquisti e disbrigo di pratiche burocratico-amministrative;

— aiuto per eventuali necessità sanitarie, sia all'interno che all'esterno della struttura;

— attività esterne che garantiscano l'allargamento della rete sociale dell'utente (facilitando la frequenza di luoghi in cui gli utenti possono conoscere altre persone e integrarsi con loro in qualche attività); la riabilitazione (frequenza di centri semiresidenziali in cui si svolgono attività riabilitative, ma anche frequenza di palestre, corsi di musica o di teatro, club fotografici, etc); e la progressiva riacquisizione dell'autonomia;

— mediazione nel rapporto con i familiari, quando particolarmente difficoltoso, ed ogni necessario contatto con gli stessi;

— attivazione di situazioni informali di intrattenimento e tempo libero;

— organizzazione e mediazione di situazioni esterne di svago e socializzazione (pasti in pubblici esercizi, situazioni culturali e sportive, gite e vacanze);

— sostegno in progetti individualizzati di riabilitazione psicosociale (integrazione scolastica e/o lavorativa);

— partecipazione alla vita comunitaria, in particolare attraverso riunioni ed incontri a cadenza almeno settimanale, condotte da professionisti con competenze di psicoterapia dei disturbi psicotici, nel corso delle quali gli utenti possano esprimersi sulla vita comunitaria, sui problemi legati alla loro residenzialità, sulla loro personale forma di collaborazione e di propositività alla vita della Comunità. Questa attività può infatti favorire il senso di responsabilità degli utenti, la loro dignità di persone e il loro sentimento di appartenenza al gruppo, e può realizzare obiettivi terapeutici che vanno integrati ogni volta che ne sussistono le condizioni, con la psicoterapia individuale;

— costante disponibilità ed apertura alle comunicazioni degli utenti, cosa che va considerata come una caratteristica di base dello stile operativo.

c) *Unità di convivenza.*

Tali strutture residenziali devono anch'esse garantire le seguenti funzioni:

1) la gestione delle dinamiche di gruppo che si originano dalle relazioni degli utenti tra di loro e con il personale;

2) la possibilità di accesso degli utenti alla programmazione e all'organizzazione della vita comunitaria, attraverso idonei spazi di comunicazione e di collaborazione;

3) il coordinamento delle funzioni svolte dal personale coerentemente con il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato;

4) l'integrazione e il coordinamento con le altre risorse presenti nel territorio, sia nella forma di altri Servizi del dipartimento di salute mentale, che di agenzie sociali esterne, quali ad esempio le Associazioni di familiari di utenti psichiatrici, il volontariato, i Servizi di integrazione lavorativa, le Cooperative integrate di tipo B, i Comuni e gli altri Enti ed istituzioni pubbliche.

Le prestazioni da erogare, pertanto, sono sovrapponibili a quelle sopra citate, relative alle Comunità terapeutico-riabilitative, ma, date le più semplici caratteristiche di tali strutture (minori necessità assistenziali, maggiore autonomia degli utenti, minore gravità delle loro disabilità, ed anche possibile minore numero degli utenti stessi), possono realizzarsi in forma meno intensiva e strutturata, più legata all'emergere del bisogno specifico, dato l'orientamento maggiormente diretto alla valorizzazione dell'autonomia dell'utente ed alle sue scelte personali.

Importante però è anche qui garantire il costante coordinamento del personale, la continuità del programma riabilitativo e la sua integrazione con i programmi di cura.

d) *Gruppo appartamento.*

Pur confermandosi, in linea generale, le funzioni e le prestazioni sopra accennate per le precedenti tipologie residenziali, occorre sottolineare che, per tali strutture residenziali la funzione prevalente è quella di sostegno alla persona ed al gruppo, nei bisogni della vita quotidiana e nella socializzazione.

Pertanto, accanto alle prestazioni relative particolarmente alla struttura, quali: la cura degli ambienti, le pulizie, l'approvvigionamento e la preparazione dei pasti, l'amministrazione del fondo cassa, ecc. vanno garantite tra le prestazioni principalmente rivolte ai pazienti:

— attenzione e stimolo a che gli ospiti abbiano sufficiente cura di sé, a partire dall'igiene personale ed

immagine sociale, oltre ogni altro necessario aspetto di accudimento degli stessi;

— somministrazione di farmaci;

— accompagnamento e sostegno in piccoli acquisti e disbrigo di pratiche burocratico-amministrative;

— aiuto per eventuali necessità sanitarie sia all'interno che all'esterno della struttura;

— attivazione di situazioni informali di intrattenimento e tempo libero;

— organizzazione e mediazione di situazioni esterne di svago e socializzazione (pasti in pubblici esercizi, situazione culturali e sportive, gite e vacanze);

— cura della comunicazione tra i membri del gruppo e della condivisione di talune aspetti della vita comunitaria.

#### AUTORIZZAZIONI PROVVISORIE AL FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE PUBBLICHE E PRIVATE

Atteso che con il D.P.R. 14 gennaio 1997, sono stati determinati i requisiti minimi necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, il presente atto fissa le modalità per il rilascio dell'autorizzazione provvisoria al funzionamento delle strutture psichiatriche in attesa della disciplina complessiva dei requisiti ulteriori necessari per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

La Giunta regionale effettua la ricognizione delle strutture esistenti e funzionanti già autorizzate o che abbiano inoltrato domanda di autorizzazione precedentemente all'entrata in vigore del DPR 14 gennaio 1997.

Alle strutture suddette l'autorizzazione provvisoria è confermata o rilasciata qualora facciano pervenire, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente piano, autocertificazione relativa al possesso dei requisiti minimi o apposito atto di impegno per l'adeguamento ai contenuti del DPR 14 gennaio 1997 fino all'approvazione del piano sanitario regionale e comunque entro due anni dall'approvazione del presente atto.

Il procedimento di cui ai punti precedenti dovrà concludersi entro 90 giorni.

La Giunta regionale, in attesa dell'emanazione delle ulteriori norme riguardanti l'accreditamento, stabilisce in via provvisoria sulla base dei requisiti minimi, le remunerazioni delle prestazioni da corrispondersi alle strutture autorizzate tenendo conto del grado di complessità della attività svolta e delle risorse umane e strutturali a disposizione per realizzarla.

**PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ DI  
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

**IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE  
PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

## PREMESSA.

a) I servizi di salute mentale in Umbria, per la loro storia, articolazione e radicamento territoriale, certamente costituiscono un osservatorio privilegiato sull'andamento delle patologie psichiatriche, della evoluzione nelle offerte e nelle strategie operative predisposte dai servizi stessi, dei risultati relativi alle diverse modalità d'intervento. Non è stato però finora possibile utilizzare, ai fini programmatici, di valutazione e ricerca, la vasta gamma delle informazioni potenziali, a causa della mancanza di modalità unitarie di raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati relativi all'utenza e alle prestazioni erogate nel corso del tempo, nelle diverse Unità sanitarie locali e nei diversi servizi di salute mentale.

b) Va sottolineata, quindi, la funzione determinante che può svolgere l'attivazione di un sistema informativo che permetta la rilevazione sia delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei singoli pazienti che degli interventi ad essi erogati.

c) È pertanto indispensabile diffondere e rendere uniformi, su tutto il territorio regionale, gli strumenti di rilevazione, sia cartacei che informatici dell'attività dei Dipartimenti di salute mentale, in modo da poter delineare ed aggiornare costantemente il quadro della situazione psichiatrica umbra.

d) Si tratta di costruire passaggi successivi che, a partire dalla individuazione di flussi informativi e dall'informatizzazione dei servizi, pongano le basi, per la valutazione della qualità dei processi e per la rilevazione degli esiti delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione in psichiatria.

e) La partecipazione degli operatori a tale processo è condizione per la qualità ed efficienza del sistema informativo che va attivato.

D'altro canto, gli stessi operatori saranno i primi «utenti» di tale sistema che sarà loro utile per comunicare più efficacemente con gli amministratori, per ragionare su obiettivi di salute, per la riflessione e organizzazione, per le attività programmatiche e gestionali.

Altri soggetti interessati sono, evidentemente, le Aziende USL, che disporranno in tal modo di dati epidemiologici legati sia all'utenza che alle risposte affidabili ed utilizzabili per le attività programmatiche e valutative di rilievo aziendale.

Non ultimo in importanza, anche per i cittadini per i quali saranno accessibili maggiori informazioni, accrescendo così la trasparenza e la verificabilità dei servizi erogati.

## OBIETTIVI.

Si intende, quindi, realizzare uno strumento, secondo il modello del registro di servizio, che consenta la rilevazione dei dati anagrafici, socio-demografici e clinici dei singoli pazienti e dei loro contatti con le diverse strutture dei DSM.

Il registro di servizio permette la registrazione cumulativa, longitudinale nel tempo e centrata sul paziente, dei contatti sia territoriali che di ricovero con una serie definita di servizi di tutela della salute mentale (quelli afferenti ai DSM); esso fa inoltre riferimento ad una popolazione definita.

Va quindi, a rappresentare solo i contatti con le strutture dei DSM e non quelli con altre agenzie psichiatriche, dentro e fuori il territorio di competenza.

Il registro di servizio permette di:

— rilevare i tassi di prevalenza ed incidenza limitatamente alla domanda psichiatrica espressa nel contatto con i servizi di tutela della salute mentale;

— identificare pattern di utilizzazione dei servizi e percorsi terapeutico assistenziali tra le diverse strutture dei DSM;

— fornire una base di dati per indagini più a carattere qualitativo (di VRQ, di valutazione di efficacia e di esito);

— misurare i cambiamenti policy e nell'utilizzo dei servizi;

— confrontare tra loro l'attività svolta dai diversi servizi.

## STATO DEI LAVORI.

a) Al fine di avanzare in questa direzione sopra esposta, si sta procedendo alla individuazione delle attività rilevanti dei servizi, attraverso il confronto ed il consenso tra tutti i servizi di salute mentale della regione.

b) Sulla base di tale definizione consensuale si è già individuata la struttura di base del registro di servizio.

c) Verranno, quindi, valutate e definite le soluzioni informatiche più idonee, facendo riferimento anche a quei sistemi informativi di altre Regioni che hanno mostrato maggiore gestibilità e capacità di produrre dati ed informazioni.

d) Si procederà, quindi, alla istituzione del Sistema informativo di salute mentale regionale e di USL attraverso l'attivazione dei referenti di servizio, la temporizzazione dei flussi informativi e la definizione dei modelli per il sistema di reports.

e) Il Sistema informativo di salute mentale regionale avrà come base il Registro dell'attività territoriale dei servizi e delle strutture dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Umbria.

La registrazione delle attività territoriali sarà concepita in modo da essere utilizzata sia per la rilevazione cartacea, che per l'inserimento dei dati in idoneo software.

Il registro rileverà le attività territoriali erogate in tutte le strutture dei DSM.

All'interno di ciascuna struttura territoriale del DSM dovrà pertanto essere presente un registro per la rilevazione delle attività secondo le indicazioni di sistema.

Le strutture dei DSM che devono essere dotate di registro sono:

— Centri di salute mentale

— Servizi psichiatrici di diagnosi e cura

— Centri diurni ed altre strutture intermedie non residenziali

— Strutture intermedie residenziali.

Verranno rilevati all'interno del registro gli interventi erogati nei confronti dei pazienti da parte del personale, sia dipendente che convenzionato.

La registrazione riguarderà tutti i contatti che il singolo paziente ha con le varie strutture nel corso del tempo.

Per ogni contatto verranno segnalati la struttura, la sede in cui avviene l'intervento, la tipologia dell'intervento e gli operatori che lo hanno realizzato.

Sul versante del paziente, il sistema prevede la presenza di una scheda contenente notizie anagrafiche,

variabili socio demografiche, precedenti contatti psichiatrici, caratteristiche diagnostiche.

Il sistema che s'intende attivare permetterà, inoltre di poter disporre di «dati di attività» svolti dai vari servizi di tutela della salute mentale non riferiti esclusivamente all'utente, ma rivolti a soggetti istitu-

zionali diversi (supervisioni a progetti o altro genere di consulenze).

Il software utilizzato dovrà garantire la facile consultazione delle diverse informazioni, oltre che l'elaborazione statistica dei dati inseriti e di passaggio ai programmi ed ai fogli elettronici più utili.