



COPIA

REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE

Estratto del processo verbale della seduta del 1 MAR. 2009**OGGETTO:** Approvazione Linee Guida per la Tutela della Salute Mentale

Alla trattazione dell'argomento in oggetto partecipano:

	Presente	Assente
1. Agazio LOIERO Presidente	X	
2. Domenico CERSOSIMO Vice Presidente	X	
e gli Assessori	=====	=====
3. Carmela FRASCA'	X	
4. Silvestro GRECO	X	
5. Damiano GUAGLIARDI	X	
6. Luigi INCARNATO		X
7. Demetrio NACCARI CARLIZZI	X	
8. Mario MAIOLO	X	
9. Mario PIRILLO	X	
10. Francesco SULLA	X	
11. Michelangelo TRIPODI		X

Assiste il Segretario Consigliere dr. Nicola Durante

Delibera N. _____ del _____
Cap. _____ Bilancio _____

STANZIAMENTO
VARIAZIONI + O -
TOTALE _____
IMPEGNI ASSUNTI _____
DISPONIBILITA' _____
IMPORTO PRESENTE IMPEGNO _____
IMPEGNO N. _____ DEL _____

Euro _____
Euro _____
Euro _____
Euro _____
Euro _____

IL DIRETTORE DI RAGIONERIA
Dr.ssa Angela Nicolace

N. 141 del registro
delle deliberazioni

Inviata al Dipartimento

Summa**2 APR. 2009**Inviata al
Consiglio Regionale

Il _____

Inviata alla
Corte dei Conti

Il _____

L'Assessore

Il Dirigente Generale
Dr. Andrea Garzoni

Il Dirigente di Settore
Dr. Antonino Bonura

Il Dirigente di Servizio
Dott.ssa Francesca Fratto

LA GIUNTA REGIONALE

Viste le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, emanate dal Ministero della Salute in data 18 marzo 2008;

Viste le Delibere di Giunta Regionale n. 105 del 19 febbraio 2007 "Linee Guida per la tutela della salute mentale" e n. 106 del 19 febbraio 2007 "Approvazione rette per strutture residenziali psichiatriche sanitarie e socio-sanitarie";

Vista la legge regionale 18 dell'11 agosto 2004 che all'art. 14, comma 1, lettera c), stabilisce che *"il fabbisogno di residenzialità è individuato nel rapporto percentuale dello 0,30 per mille abitanti su base complessiva regionale...."*

Ritenuto di dover modificare in alcune parti, la DGR 105/2007, al fine di rendere operative le linee guida allegate, e nell'intento di abbattere i costi, garantendo un migliore livello di qualità assistenziale, aumentando il numero massimo di posti letto attivabili nei moduli di Residenza ad alta intensità assistenziale e Residenza ad elevata integrazione sanitaria fino a 20 e mantenendo inalterato il numero di 6 posti letto nel Gruppo Appartamento, e prevedendo un maggior numero di personale, a garanzia della qualità della prestazioni, nella misura indicata nell'apposita tabella dei requisiti, inserita nelle linee guida;

Preso Atto che le modifiche apportate alla DGR 105/2007 e descritte al punto precedente, comportano un minor onere economico a carico del Fondo Sanitario Regionale;

Considerato:

- che le Case di Cura neuropsichiatriche esistenti nel Territorio della Regione, e specificatamente la casa di cura Villa Verde e la casa di cura Villa degli Oleandri, entrambe nell'ASP di Cosenza, la casa di cura Villa Nuccia in Catanzaro, nonché le due case di cura ex Gamp s.r.l. Villa Puca, oggi Villa Puca s.r.l., ed ex San Vincenzo La Salute s.r.l., oggi San Vincenzo s.r.l., entrambe in Catanzaro, devono riconvertire i posti letto ai sensi della l.r. n. 7 del 21/08/2006 e s.m.i. e della l.r. n.24 del 18 luglio 2008;
- che, al fine di consentire tale processo di riconversione, secondo un percorso che tenga conto anche dell'esigenza di mantenere gli attuali livelli di occupazione, nel rispetto della qualità dell'assistenza da erogare ai degenti, **esclusivamente per le 5 Case di cura neuropsichiatriche**, è consentito che nella stessa struttura possano coesistere 10 posti letto di elevata assistenza, con un modulo di 20 posti letto di residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (*Residenze sanitarie terapeutico-riabilitative a rilevanza sociale*) e un modulo di 20 posti letto di residenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria (*Residenze sociali a rilevanza sanitaria*);
- Analogamente, le Case Protette per Disabili possono trasformare 20 posti letto accreditati per disabili mentali in un modulo di 20 posti letto di residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (*Residenze sanitarie terapeutico-riabilitative a rilevanza sociale*) o un modulo di 20 posti letto di residenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria (*Residenze sociali a rilevanza sanitaria*);

Atteso che i posti letto per la riabilitazione psichiatrica sono allo stato insufficienti rispetto al fabbisogno sopra individuato e che appare opportuno incentivare iniziative private in tal senso;

Preso atto

- che nel Comune di Girifalco, esiste una struttura di proprietà dell'ASP di Catanzaro, suddivisa in più padiglioni immersi in un ampio parco, ab initio destinata alla riabilitazione di soggetti affetti da disabilità mentali;
- che detta struttura, allo stato non utilizzata, potrebbe essere resa disponibile per la realizzazione di strutture da adibire alla riabilitazione psichiatrica da parte di privati, con particolare riferimento alle Case di Cura Neuropsichiatriche già esistenti, che avrebbero dovuto riconvertirsi ai sensi della DGR 105/2007;

- che, comunque, persiste l'obbligo di riconversione che, per il 50% dei posti letto già esistenti, dovranno orientarsi verso altre patologie che necessitano di ricovero, tenendo conto del fabbisogno territoriale;
- che la Casa di cura "Villa Puca s.r.l." di Catanzaro ha già presentato un progetto di riconversione della ex "Villa Puca Camp", che prevede la realizzazione di n. 40pi divisi in due moduli di residenza psichiatrica presso una struttura sita nel Comune di Gizzeria, e la realizzazione di n. 20 p.l. da destinare al ricovero di pazienti affetti da S.L.A (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e 20 p.l. da destinare al ricovero di pazienti affetti da Demenza di tipo Alzheimer; _

Ritenuto opportuno, per le motivazioni espresse in premessa, con particolare riferimento alla valorizzazione del patrimonio immobiliare dell'ASP di Catanzaro, autorizzare quest'ultima all'espletamento delle necessarie procedure concorsuali per l'affidamento, anche parziale, dell'immobile sito in Girifalco a privati per la realizzazione di strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica;

Stabilito che il Dipartimento Tutela della Salute dovrà, unitamente all'ASP, operare puntuali valutazioni al fine di individuare la tipologia di strutture da realizzare, ferma la connotazione psichiatrica delle stesse, in coerenza con gli atti di programmazione regionale e con l'attuale offerta;

Viste le DDGR n. 105 e n. 106 del 2007;

Vista la L.R. 34/2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;

SU PROPOSTA del Presidente, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente Generale, a voti unanimi:

DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati e che qui si intendono integralmente riportati:

1. **Di Approvare** le Linee Guida per la tutela della salute mentale, allegate al presente atto e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale.
2. **Di determinare** che le tariffe giornaliere da corrispondere per ogni giornata di degenza effettiva nelle tre tipologie di Strutture Residenziali Psichiatriche, nella misura indicata nei prospetti allegati alle Linee guida, disumme per tipologia di CCNL applicato al personale dipendente.
Di autorizzare la ASP di Catanzaro all'espletamento delle necessarie procedure concorsuali per l'affidamento, anche parziale, dell'immobile sito in Girifalco a privati per la realizzazione di strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica;
3. **Di demandare** al Dipartimento Tutela della Salute, unitamente all'ASP di Catanzaro, la puntuale valutazione per l'individuazione della tipologia di strutture da realizzare, ferma la connotazione psichiatrica delle stesse, in coerenza con gli atti di programmazione regionale e con l'attuale offerta;
4. **Di dare atto** che il presente provvedimento non comporta aumento di spesa per il Fondo sanitario Regionale.
5. **Di autorizzare** il Dipartimento alla Tutela della salute all'attuazione della presente deliberazione.
6. **Di autorizzare** la pubblicazione del presente atto sul BUR Calabria.

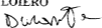
IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Del che si è redatto processo verbale che viene sottoscritto come appresso:

Il Presidente: f.to **LOIERO**

Il Segretario: f.to



Copia conforme per uso amministrativo

Li _____

IL SEGRETARIO

LINEE GUIDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Queste Linee Guida per la Tutela della Salute Mentale intendono attivare una nuova fase nella storia della salute mentale regionale che si fonda su:

- la pluralità degli attori, non limitati ai soli Servizi di Salute Mentale;
- approccio di salute pubblica;
- ulteriore qualificazione degli interventi.

Valori ed obiettivi

Obiettivi della politica di salute mentale nella Regione Calabria sono:

- la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio;
- la tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali di ogni tipo e gravità,

La politica di salute mentale comprende organicamente tutti gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, educazione sanitaria relativi alle persone con disturbi mentali, nonché le attività di formazione e ricerca necessarie ad un efficiente sistema curante e di comunità.

Le parole chiave di questa politica sono: **deistituzionalizzazione, innovazione, verifica.**

E' necessario promuovere una cultura di "**deistituzionalizzazione**" come pratica di superamento della lungodegenza psichiatrica, relativa alla vecchia e nuova cronicità, che preveda, quando non sia possibile la guarigione, la migliore qualità di vita possibile. significa anche attuare una politica sanitaria centrata sul territorio, che mira al raggiungimento degli obiettivi, quanto più possibile nei contesti ordinari di vita, o almeno in prossimità, del cittadino ed alla prevenzione ed al contrasto di fenomeni di istituzionalizzazione.

E' necessario che in tutte le condizioni di sofferenza, malattia e disagio, si dia risalto alla valorizzazione delle differenze e delle diverse abilità. Il paziente e dovrà avere a disposizione interventi appropriati, tempestivi ed efficaci, al fine di prevenire e contrastare la esclusione e la emarginazione. La lotta alle discriminazioni deve fondare l'intero sistema di cura e l'intero sistema di comunità. Bisogna che siano sempre più presenti e attuali l'umanizzazione, l'attenzione alla persona, l'equità, la cittadinanza, l'abilitazione, l'educazione.

Si deve perseguire l'obiettivo di far partecipare la collettività ai problemi di chi è affetto da condizioni disabilitanti ed alle soluzioni adottate per farvi fronte; così come bisogna far sì che il cittadino ammalato partecipi il più possibile alla formulazione del proprio piano.

La "**continuità assistenziale**" è un principio che implica diversi valori ed impegna il sistema di cura e quello di comunità su più fronti: continuità della relazione di cura, tempestività, specificità ed appropriatezza degli interventi, disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata, ma soprattutto autenticità della relazione di cura. Ogni intervento, oltre che essere tecnicamente fondato, deve prevedere la partecipazione emotiva del professionista coinvolto. L'organizzazione deve consentire che gli interventi giusti, appropriati e tempestivi vengano prestati nella cornice della "cura", della umana "preoccupazione" senza la quale le persone sofferenti andrebbero perdute o si sentirebbero perse perché avvertirebbero che il destino della propria esistenza non sta in testa a nessuno. Si tratta di un valore e di un impegno che deve vedere ogni attore del sistema coinvolto ai fini della preservazione e della valorizzazione del patrimonio professionale in tutte le sue competenze soprattutto quelle emotive e motivazionali. Questi contenuti sono parte del processo di supervisione e formazione continua che l'organizzazione promuove.

Nel campo della psichiatria "**innovazione**" e **sperimentazione** sono sempre più necessari ed indispensabili, proprio perché ci troviamo in campo dove ogni giorno affiorano nuove esigenze, nuove e particolari situazioni in relazione ai cambiamenti dello scenario sociale che richiedono di lavorare per programmi, di rimodulare organizzazioni e competenze. Perseguire l'innovazione in ogni sua forma, tecnica, organizzativa, culturale significa valorizzare il capitale più importante di cui le istituzioni dispongono, il capitale umano e sociale.

La possibilità della "**verifica**" è un valore fondante in quanto riconosce ad ogni soggetto il diritto controllare che i fatti corrispondano agli impegni dichiarati. Ciò implica una chiara definizione dei processi



di lavoro e degli standard dei prodotti offerti, una declinazione degli impegni non solo su base etica ed ideologica, ma concretamente radicata nei contenuti e nelle pratiche. Implica inoltre fare in modo che ciò non si limiti all'esercizio burocratico finalizzato ad una corretta gestione dei servizi, ma che sostanzialmente il sistema di garanzie al cittadino ed alla popolazione, arrivando anche a monitorare gli indicatori di efficacia e di esito.

Attori

Molti attori concorrono con compiti diversi ma con pari dignità e piena integrazione alla realizzazione della politica di salute mentale in Calabria.

La Regione Calabria, con il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, per i suoi compiti di elaborazione di politiche e nel monitoraggio della loro realizzazione;

Gli Enti Locali per le loro competenze di indirizzo, programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in accordo con le ASP per quanto attiene gli interventi di integrazione socio - sanitaria previsti dagli artt. 13 e 16 della legge 23/2003, di quanto stabilito con il PSR;

Le Aziende Sanitarie Provinciali, con le loro competenze di governo e di gestione, tramite le loro molteplici articolazioni organizzative e l'insieme delle loro competenze professionali. In particolare sono pienamente coinvolti nei processi di salute mentale:

- le direzioni aziendali nelle loro componenti centrali e distrettuali, con particolare riferimento a queste ultime, per lo sviluppo della collaborazione con gli EELL e nell'assicurare l'accesso all'assistenza primaria ed ai servizi socio-sanitari;

- i dipartimenti di produzione ospedalieri e territoriali, con particolare riferimento a quelli di sanità pubblica, cure primarie, emergenza-urgenza ed ovviamente salute mentale;

- il corpo professionale che nel suo insieme concorre alla realizzazione della politica, nel rispetto delle forme organizzative e nella corresponsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti del comparto, dei MMG;

L'Università, come riferimento per le specifiche competenze di formazione e ricerca, ed in integrazione con gli altri attori nel campo tecnico-operativo;

Il privato sociale ed imprenditoriale, nella condivisione dei valori, delle strategie e degli obiettivi della politica di salute mentale, attraverso gli strumenti dell'accreditamento e tramite accordi specifici regionali e locali;

La scuola, per i suoi compiti di formazione del cittadino e come ambito di socializzazione ed educazione nel quale realizzare concretamente i principi di umanizzazione, attenzione alla persona, equità, cittadinanza.

L'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento a quelle aree in cui esercita tutela su soggetti fragili (Giudice Tutelare, Tribunale dei Minori).

Gli utenti ed i loro familiari, anche attraverso le associazioni che li riuniscono e li rappresentano, secondo i meccanismi partecipativi previsti dalle presenti Linee Guida;

Le associazioni del volontariato e le fondazioni, per quanto di loro competenza.

Oltre ai soggetti direttamente interessati alla realizzazione della rete molti altri rivestono un ruolo importante nella creazione di una cultura condivisa basata sui principi esplicitati in questo Piano; l'intero mondo della politica, le Società scientifiche dei professionisti, le Organizzazioni Sindacali, l'intero mondo del lavoro, gli organi di informazione. Con ognuno di questi interlocutori devono essere definiti ambiti di discussione e collaborazione.

IL SISTEMA DEI SERVIZI PER LA CURA E LA PRESA IN CARICO

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Missione

La missione del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute psichica dei cittadini, presenti nel territorio di propria competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologia dei servizi e delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale, realizzando la propria attività secondo criteri di efficacia, di efficienza e di appropriatezza. L'obiettivo fondamentale della tutela e promozione della Salute Mentale viene perseguito secondo i riferimenti culturali e concettuali della psichiatria di comunità (o territoriale); particolare importanza viene attribuita alle situazioni di maggiore gravità. Al fine di migliorare le condizioni di vita delle persone in cura ai Servizi di Salute Mentale si attuano interventi capaci di garantire continuità terapeutica e integrazione delle prestazioni, in una logica di integrazione con i Servizi Sanitari ed in collaborazione con altri Enti istituzionali, soggetti pubblici e/o privati (privato sociale e imprenditoriale), rappresentanti dei familiari e del volontariato. I percorsi di cura si realizzano attraverso processi emancipativi capaci di ricostruire i tessuti affettivi, familiari, relazionali e sociali.

Finalità

Il D.S.M. è la struttura operativa complessa unica per ogni Azienda Sanitaria Provinciale, centro di responsabilità, finalizzata alla Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione nel campo della Salute Mentale e degli interventi rivolti all'intera comunità dei cittadini.

È compito del D.S.M. operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigma, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e di disturbo mentale e promuovere attivamente i pieni diritti di cittadinanza.

persegue i seguenti obiettivi:

- promozione della salute mentale anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio;
- prevenzione terziaria ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali;
- salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente;
- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio.
- Indirizzare, coordinare e verificare i programmi di prevenzione, gli interventi clinico diagnostici, il lavoro terapeutico riabilitativo;
- promuovere iniziative finalizzate all'inserimento lavorativo degli utenti stabilendo rapporti con il privato sociale e imprenditoriale;
- assicurare gli interventi domiciliari attivando l'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di mantenere il più possibile l'utente nel proprio ambito familiare, programmando anche interventi per il coinvolgimento e il sostegno alle famiglie;
- assicurare il coordinamento con i SERT e i servizi del Distretto, specie quelli di Neuropsichiatria Infantile, Materno Infantile, e quelli che trattano il disagio;
- verificare che le attività delle strutture si svolga nel pieno rispetto degli indirizzi e degli obiettivi fissati nel piano annuale dell'ASP;
- svolgere attività di programmazione e di verifica dei risultati e della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture;



- organizzare e gestire il Sistema Informativo, nel rispetto delle direttive emanate dal Dipartimento Regionale, assicurandone la regolare e tempestiva trasmissione dei flussi;
- realizzare attività di ricerca, innovazione e diffusione di buone prassi;

Il Direttore Del DSM, con le strutture proprie e coinvolgendo tutti gli attori, ha il compito di:

- garantire l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di stigmatizzazione;
- sviluppare le attività terapeutico riabilitative al fine di erogare prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente alla formulazione ed alla realizzazione del proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- garantire alla utenza di riferimento una presa in cura effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, quando necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO non dipartimentali od altri enti;
- garantire la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali per la popolazione ristretta negli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale.
- Collaborare alle politiche di integrazione sociale e sanitaria ed alla promozione della salute mentale della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale.

SISTEMA INFORMATIVO

È necessario sviluppare e potenziare un sistema informativo regionale al fine di garantire il monitoraggio delle strategie e delle politiche di intervento, nonché a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Nel rispetto della privacy degli utenti bisogna costruire una base di dati integrata, incentrata sul paziente, che permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti effettuati in risposta ai bisogni degli utenti.

Le principali funzioni sono:

- Monitoraggio dei servizi esistenti, delle loro attività, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- Supporto alle attività gestionali del DSM, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- Supporto alla costruzione di indicatori di struttura;
- Supporto alla attività di de istituzionalizzazione e di verifica dei risultati;
- Supporto alla ricerca, alla innovazione e al miglioramento della qualità;

Tale sistema informativo diventa lo strumento necessario ed indispensabile per la programmazione, l'organizzazione e la verifica della qualità delle attività dei servizi.

RETE DEI SERVIZI DIPARTIMENTALI

L'organizzazione dei servizi dipartimentali è articolata su più livelli di attività multidisciplinari, integrati paritariamente con altri servizi sanitari e sociali. È necessario, però, puntare su una maggiore integrazione dei servizi interni al dipartimento e garantire la continuità della cura, magari attivando azioni di monitoraggio sugli esiti delle prestazioni.



4

Centri di salute mentale

I CSM mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell'utenza, presso di loro si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione e veicolano su di sé la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti.

Compiti dei CSM sono:

- Presa in cura. La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il "core" della missione dei CSM. I CSM si impegnano a migliorarne ulteriormente i processi sviluppando una maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione:
 - garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente;
 - favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione; realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del *case management*;
 - ricomprendere all'interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato;
 - adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell'utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'empowerment ed alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;
 - favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto; l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione;
 - incentivare la funzione di consulenza, collegamento, formazione e supervisione di altri operatori (piuttosto che orientarsi verso la presa in carico diretta di tutte le forme di disagio psichico) in particolare nei confronti di Medici di Medicina Generale, Centri Demenze, Comunità specialistiche per Minori (vedi DGR 632/2007), Medina Legale e servizi per disabili adulti (con una funzione prevalente di consulenza), servizi oncologici, hospice, ed altri servizi ad alto impatto emotivo (con prevalente funzione di supporto, formazione e supervisione);
 - evitare in tutte queste attività di accentrare nella figura del medico psichiatra le responsabilità progettuali ed invece valorizzare tutte le figure operanti nei servizi. In questo senso è di riferimento l'esperienza delle Psicologie Cliniche per le funzioni ospedaliere e del *case manager* infermieristico, sociale o educativo per le funzioni di presa in carico a lungo termine;
 - raccogliere, elaborare e valutare i flussi informativi ed inviarli agli organi sovra determinati.

Nello sviluppo di pratiche di supporto delle reti contestuali e dei *care - giver* occorre dare una particolare rilevanza alle attività di sostegno alle famiglie. Nel nostro sistema sociale, che fa ancora molto affidamento sulla famiglia tradizionale, la famiglia può porsi di volta in volta come risorsa o come portatrice di bisogni, e può incidere positivamente o meno sul decorso del disturbo mentale. Il sistema di sostegno alle famiglie deve essere in grado di differenziare i bisogni dei nuclei parentali e di concordare con loro le soluzioni più idonee per ogni specifico caso, includendo azioni sul sostegno temporaneo, sulla socialità, sull'informazione, sulla specifica formazione alla corretta gestione della relazione con il loro congiunto nelle varie fasi della vita e sulla salvaguardia della salute emotiva delle persone coinvolte.

Ulteriore attenzione deve essere riservata all'attivazione nell'intero territorio dell'importante figura dell'Amministratore di Sostegno, Istituto che può permettere ad utenti e a familiari in un particolare momento di crisi, di superare tali criticità.

Sistema di Emergenza-Urgenza

L'insieme dei servizi sanitari del territorio fornisce le risposte alla emergenza-urgenza nel campo psichiatrico. Le risposte del sistema alle situazioni di emergenza urgenza devono essere omogenee sul territorio regionale e rispondere a elevati standard etici e tecnici.

E' utile distinguere urgenza ed emergenza psichiatrica, avendo tale distinzione precise conseguenze sul piano operativo. L'urgenza è una situazione acuta e grave che richiede intervento terapeutico immediato (ad es.: crisi di agitazione o maniacali, crisi deliranti e/o allucinatorie, crisi d'ansia o depressive). L'emergenza è invece una situazione in cui può anche esservi una condizione clinica acuta o grave, ma il cui elemento caratteristico è la rottura di equilibrio con l'ambiente; l'emergenza è legata piuttosto a conflittualità, disagio o disadattamento sociale e richiede spesso interventi di tipo sociale.

Il DSM è responsabile della formulazione e della manutenzione di un apposito piano delle emergenze-urgenze in psichiatria, al quale partecipano anche UU.OO e professionisti esterni al DSM. Gli elementi essenziali del piano devono essere:

- Prevenzione del maggior numero possibile delle emergenze tramite accorgimenti e personalizzazioni del piano di cura individualizzato per i cittadini presi in carico dai CSM o da altre strutture del DSM;
- Precisa definizione delle modalità di intervento dei CSM sulle emergenze/urgenze negli orari di apertura programmata;
- Manutenzione delle procedure di ASO e TSO con tutti i soggetti coinvolti,
- Valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione (Centri crisi, Day Hospital, Residenze sanitarie terapeutico riabilitative);
- Precisa definizione degli ambiti di intervento dei servizi di emergenza-urgenza generale (118; guardia medica) negli orari di chiusura dei CSM, come espressamente previsto dall'allegato A alla DGR 105/2007;
- Gestione della emergenza-urgenza tesa alla minore istituzionalizzazione possibile, consentendo l'accesso al SPDC per i casi che richiedono maggiore contenimento e garantendo l'accesso sulle 24 ore ai presidi a minore protezione come le Residenze sanitarie terapeutico riabilitative);
- Mantenimento delle esperienze dei CSM 24 ore laddove esistenti e possibilità di sperimentarne altri laddove gli aspetti logistici lo consentano;

Il CSM opera attraverso la presa in carico, la continuità terapeutica; il progetto terapeutico riabilitativo individuale e promuove il sostegno alla vita quotidiana delle persone con disturbo mentale. Primo impegno del CSM è mantenere la persona nei contesti naturali di vita, supportandola nel raggiungimento del miglior equilibrio psico-fisico e sociale e nell'accesso ai diritti di cittadinanza, costruendo forme di sostegno alla famiglia o favorendo un abitare indipendente.

Il Day Hospital

Il Day Hospital è una modalità assistenziale semi-residenziale in cui sono effettuati specifici programmi terapeutici e riabilitativi ed attività diagnostiche, finalizzati alla riduzione del ricorso al ricovero o alla diminuzione della sua durata. Può essere allocato sia nel CSM che nel SPDC.



6

Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) promuove attività di riabilitazione, socializzazione, formazione ed inserimento lavorativo a favore degli utenti attraverso progetti terapeutico - riabilitativi individuali. La gestione del CD può essere attivata direttamente dall'ASP, tramite il CSM, o può essere affidata al privato sociale, tramite appositi protocolli e accordi istituzionali, dopo avere ottenuto le prescritte autorizzazioni e accreditamenti, avvalendosi anche di associazioni culturali e di volontariato, come di artigiani e maestri di arte per attività o laboratori specifici.

Il CD opera di norma per 8 ore nei giorni feriali. Tali funzioni possono essere svolte anche in giornate festive per specifici programmi.

Il CD, in stretto collegamento con il CSM deve essere in grado di differenziare gli interventi e le attività in ragione alle diverse esigenze dei pazienti: per pazienti, il cui quadro psicopatologico genera una forte disabilità, si rende necessario un ambiente accogliente e protettivo che sia in grado di valutare le capacità residue e stimolare un processo di apprendimento e di sviluppo emotivo; per pazienti, invece, con prevalente disfunzione delle capacità relazionali, ma meno compromessi da sintomi negativi e con minore alterazione delle capacità cognitive, si rende necessario un ambiente di supporto, a maggiore impronta psicoterapica, capace di mediare con il contesto sociale più generale.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è collocato in ospedali sede di DEA, è parte integrante del DSM anche quando l'ospedale, in cui è ubicato, è Azienda diversa da quella a cui afferisce il DSM e condivide gli obiettivi di tutela della salute mentale, opera nella continuità assistenziale e nel rispetto della dignità e dei diritti della persona.

Ogni DSM è dotato di 1 SPDC con un numero di posti letto fino a 16, tranne che in situazioni particolari legate alla geografia del territorio e alla popolazione residente.

Il SPDC provvede agli Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari ed Obbligatorii in condizione di degenza ospedaliera. Il ricovero presso il SPDC avviene previa valutazione medica presso il Pronto Soccorso ospedaliero.

I dirigenti sanitari del SPDC effettuano le consulenze, ordinarie ed urgenti, richieste dai reparti dell'ospedale in cui esso insiste, preoccupandosi, ove necessario di segnalare la persona al CSM di competenza per una presa in carico.

Il SPDC opera in stretto raccordo con il CSM di riferimento per la persona; onde garantire la continuità terapeutica, concorda con il CSM il programma terapeutico, nonché modalità e tempi delle dimissioni.

Va contrastata la presenza di ambulatori nei SPDC, sia per i pazienti già ricoverati che devono, alle dimissioni, essere affidati al CSM di competenza, sia, tanto più, per " i nuovi" pazienti che devono trovare nel CSM le risposte alla domanda di salute.

Il SPDC garantisce la copertura della presenza medica nelle 12 ore diurne e la guardia o la reperibilità notturna e festiva.

L'attività in ciascun SPDC è garantita da un'équipe multidisciplinare. La dotazione organica del SPDC va sempre intesa come risorsa complessiva dei DSM.

Devono essere messe in atto strategie e sviluppate condizioni per fare a meno di qualsivoglia procedura restrittiva.

Vanno 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.

Le Strutture Residenziali

La loro realizzazione e qualificazione si estrinseca nel DSM, in quanto esse non rappresentano un contenitore a se stante. Il CSM rimane il centro di progettazione e coordinamento dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche per tutta la durata della permanenza nella



residenza. L'esistenza di un progetto riabilitativo personalizzato e verificabile è requisito indispensabile e imprescindibile.

Le Strutture Residenziali (SR) al fine di garantire interventi terapeutico - riabilitativi a favore di utenti che necessitano di un programma individualizzato che preveda per un tempo definito un abitare assistito. Le strutture residenziali hanno forme di protezione differenziate e flessibili, su 24 ore, 12 ore, per fasce orarie, in rapporto alle condizioni psicopatologiche degli utenti e in relazione ai differenti programmi individuali. Titolare del programma individuale per l'utente ancorché inserito nella SR è il CSM. Le SR sono gestite dal Dipartimento, anche attraverso il privato sociale e/o imprenditoriale.

Le Strutture residenziali si possono articolare in:

- Residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (*Residenze sanitarie terapeutico - riabilitative a rilevanza sociale*) con presenza di operatori fino alle 24 ore, con un numero di posti residenza fino a 20. Rispondono ai bisogni di persone con:
 1. problemi rilevanti di salute mentale
 2. elevata disabilità
 3. assenza o nocività della rete familiare.

Sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti della malattia.

- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (*Residenze sociali a rilevanza sanitaria*) con presenza di un tutor fino alle 24 ore, con un numero di posti residenza fino a 20, Rispondono ai bisogni di persone, con ridotte capacità di vita autonoma, che necessitano di un supporto per le attività della vita quotidiana; sono finalizzate all'obiettivo di supportare la persona con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Tali strutture rispondono ai bisogni in particolare di persone:

1. già degenti nell'Ospedale Psichiatrico;
 2. con lunga storia di istituzionalizzazione, anche in strutture private;
 3. utenti dei CSM con lunga storia di malattia e disabilità che non possono più permanere nel nucleo familiare o che non hanno più un nucleo familiare.
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (*Gruppi di convivenza o Gruppo Appartamento*), fino a un numero di 6 posti residenza, anche in abitazioni di proprietà delle stesse persone in carico, finalizzati a sostenere l'abitare e la vita sociale, con la presenza di operatori per alcune ore al giorno.

Le strutture residenziali rappresentano una condizione per dare risposta ai percorsi di deistituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici, di pazienti lungodegenti o con ripetuti ricoveri, istituzionalizzati attualmente presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private. Con tali modalità assistenziali possono altresì trovare attuazione i progetti terapeutico - riabilitativi individuali a favore di giovani utenti dei CSM con rilevanti problemi di salute mentale, con importanti disabilità e assenza o nocività della rete familiare, nonché i progetti anche di lungo periodo a favore di 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. Per le RS di nuova istituzione, i soggetti pubblici e/o privati, possono realizzare un solo modulo di residenza sanitaria terapeutica riabilitativa o di residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria o di residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (*Gruppi di convivenza o Gruppo Appartamento*).

Modalità di accesso nelle SR

Condizione necessaria per l'accesso alle strutture residenziali è la proposta, a seguito di valutazione, del CSM nel cui territorio risiede l'assistito.

Tale proposta deve contenere una valutazione globale delle condizioni del paziente con la definizione dei bisogni, e dovrà indicare, a grandi linee, un progetto personalizzato dell'iter terapeutico riabilitativo se trattasi di ricovero in residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (*Residenze sanitarie terapeutico - riabilitative a rilevanza sociale*), un progetto socio riabilitativo con annesso



protocollo farmaco-terapico e/o psicoterapico, se trattasi di ricovero in residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (*Residenze sociali a rilevanza sanitaria*), un progetto socio-riabilitativo se trattasi di ricovero in Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (*Gruppi di convivenza o Gruppo Appartamento*), più idoneo alla patologia del paziente, copia di tale documentazione dovrà essere trasmessata alla struttura ospitante.

La struttura che accoglie il paziente dovrà, entro dieci giorni dal ricovero, definire un programma personalizzato di intervento che tenga conto sia delle necessità assistenziali sia di quelle sanitarie, in accordo con quanto suggerito dal C.S.M. che ha il compito di seguire il paziente nel territorio e di prenderlo in carico a dimissione avvenuta. In particolare deve indicare gli obiettivi da raggiungere, i contenuti e le modalità dell'intervento nonché il piano delle verifiche da concordare con l' A. S.P., tenuta ad espletare i controlli e le proprie valutazioni diagnostiche almeno due volte l'anno.

Occorre rispettare le opzioni del cittadino utente ed, in particolare, la libera scelta della struttura di ricovero.

E' fatto obbligo ai gestori delle strutture di tenere la cartella degli ospiti e i registri **delle presenze**, debitamente aggiornato, da mettere a disposizione degli organi di vigilanza.

Requisiti strutturali per SR

Le Strutture Residenziali, al fine di permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale, debbono essere ubicate in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso dei mezzi pubblici.

Capacità ricettiva per singola struttura:

- un modulo da massimo 20 posti letto, per le residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (*Residenze sanitarie terapeutico - riabilitative a rilevanza sociale*);
- un modulo da massimo 20 posti letto, per le residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (*Residenze sociali a rilevanza sanitaria*);
- un modulo da massimo 6 posti letto, per le residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (*Gruppi di convivenza o Gruppo Appartamento*)

Ogni modulo deve essere dotato di una o più zone pranzo, una o più zone per attività ricreative e per il tempo libero, per una superficie utile complessiva di 8 mq per ospite, distinta dagli spazi destinati alle camere da letto.

Può essere consentita anche una sola sala da pranzo, per l'intera struttura, in caso di casa di cura neuropsichiatrica riconvertita o di casa protetta per disabili con trasformazione.

Tali spazi devono essere organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy.

Le caratteristiche strutturali ed organizzative devono consentire l'erogabilità delle attività collettive, di socializzazione e di mobilitazione.

Camere da letto : singole e doppie.

Ampiezza camere

- strutture nuove camere ad un posto : mq 12 camere a due posti : mq 18
- per le case di cura neuropsichiatriche riconvertite: camere ad un posto : mq 9, camere a due posti : mq 14

Servizi igienici: servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine, in numero almeno di uno ogni 20 posti letto, uno ogni 10 posti letto per le residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (*Gruppi di convivenza o Gruppo Appartamento*).

I servizi igienici devono essere in numero di uno ogni 4 posti letto.

Nelle strutture per disabili mentali: 1 bagno assistito per tutta la struttura.

Devono, inoltre, essere dotate di:

- Ambulatorio medico con annesso spazio attrezzato per l'attesa e servizio igienico.



- Locale per il personale con spogliatoi distinti per sesso e con autonomo servizio igienico per ogni modulo; nelle strutture per disabili essenziali: un locale per il personale con spogliatoi distinti per sesso e con autonomo servizio igienico per tutta la struttura.
- Locale per deposito biancheria sporca.
- Locali adibiti a cucina e dispensa, se non si ricorre a servizi esterni.
- Lavanderia e guardaroba; se i servizi sono all'interno, con relativo servizio igienico ad uso esclusivo del personale.
- Presenza per ciascun modulo di una postazione telefonica abilitata a disposizione dell'utenza.
- Per le strutture nuove l'ascensore deve essere secondo le norme vigenti.
- Le strutture con differenza di quota non superiore a 4 m possono utilizzare, al posto dell'ascensore, la piattaforma elevatrice o il servoscala, aventi le caratteristiche previste dalle normative vigenti.
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc..
- Armadio farmaceutico.



10

CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

Le Case di cura neuropsichiatriche avrebbero dovuto, ai sensi della legge regionale 21 agosto 2006, n. 7, riconvertirsi nel limite del 50% della dotazione dei posti letto.

La stessa DGR 477/2004 aveva previsto la riconversione del 50% dei posti letto, sia ospedalieri che di lungodegenza, in posti letto residenziali, ipotizzando, quindi, il superamento della lungodegenza psichiatrica.

La legge regionale 18 luglio 2008, n. 24, all'art. 10, ha previsto che **"le case di cura neuropsichiatriche devono riconvertirsi in strutture residenziali per la salute mentale, ovvero modificare la propria natura funzionale orientandosi verso altre patologie che necessitano di ricovero, possono presentare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge conseguenti progetti di riconversione per almeno la metà degli attuali posti letto..."**

Si precisa, pertanto, che le 5 case di cura neuropsichiatriche (3 in Catanzaro e 2 in Cosenza), devono essere riconvertite in posti letto residenziali nella misura del 50% dei posti letto accreditati per elevata assistenza e per lungodegenza, e precisamente:

nella stessa struttura, possono coesistere: 10 posti letto per elevata assistenza

20 posti letto di residenza sanitaria terapeutica-riabilitativa
a rilevanza sociale

20 posti letto di residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione
sanitaria.

Per il restante 50% dei posti letto accreditati, è possibile attivare un solo modulo di RS per struttura, secondo le tipologie prima descritte, e in Comuni diversi, proprio per soddisfare le esigenze di territorialità.

Per le RS di nuova istituzione, i soggetti pubblici e/o privati, possono realizzare un solo modulo di residenza sanitaria terapeutica riabilitativa o di residenza socio - sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

ad uno dei due moduli è possibile associare nella stessa struttura un solo modulo di Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (Gruppo Appartamento).

STRUTTURE RESIDENZIALI RIABILITATIVE GESTITE DAL PRIVATO

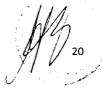
Per le strutture residenziali riabilitative private già accreditate, ivi comprese quelle accreditate ai sensi della DGR 477/04, presenti nel territorio regionale, va specificato che le stesse avrebbero dovuto adeguarsi ai criteri dettati dalla DGR 105/2007 entro 24 mesi a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURC della citata DGR 105/2007. Le stesse strutture dovranno adeguarsi alle direttive emanate con la presente deliberazione entro il termine perentorio di 12 mesi dalla sua pubblicazione sul BUR Calabria, in caso di non adempimento entro tale termine verrà disposta la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento con annullamento del contratto in corso.

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE EX DPCM 85

Le Case Protette per Disabili Mentali, ex DPCM 8/8/85, e regolamentate con DGR 685/2002, vengono trasformate in Case Protette per Disabili, intendendo per disabili i soggetti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale, non certamente i soggetti affetti da patologia psichiatrica in atto.

Per requisiti si fa riferimento alla DGR n. 61 del 9 febbraio 2009.

Le Case Protette per Disabili Mentali, autorizzate ed accreditate ai sensi della DGR 685/2002, possono convertire 20 posti letto per disabili mentali in 20 posti letto di residenza sanitaria terapeutica riabilitativa o di residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, purché mantengano separati i degenzanti e gli spazi che devono essere fruibili solo dagli utenti della tipologia di struttura di riferimento.



COMMISSIONE REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Viene istituita presso il Dipartimento alla Salute la Commissione regionale per la Tutela della Salute Mentale. La commissione è composta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, competente per la materia, con funzione di coordinamento, dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASP della Regione Calabria, da un rappresentante delle Associazioni dei Familiari, un rappresentante delle Associazioni degli Utenti maggiormente rappresentative.

Compito prioritario della Commissione è di supportare l'applicazione, in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, delle Linee Guida; monitorare la riorganizzazione dei Servizi; verificare le criticità e valutare gli sviluppi - in progress degli stessi, di definire le modalità di raccolta dei flussi informativi.

Funzione delle Associazioni dei Familiari e degli Utenti è di rappresentare i bisogni delle persone con disturbo mentale e dei propri familiari, le carenze dei servizi, e collaborare alla costruzione di strategie per il superamento delle criticità.

Le riunioni della Commissione, di norma mensili, vengono convocate dal Dipartimento alla Salute su specifico o.d.g. Il competente Settore avrà il compito di predisporre il regolamento operativo della suddetta commissione.



21