

LINEE GUIDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è dipartimento strutturale a direzione unica. E' struttura con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa, ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale. Gestisce le risorse del DSM indicate nel 5% della quota capitaria dell'Azienda.

Costituisce il sistema integrato di strutture, presidi, operatori che nell'ambito della Azienda Sanitaria (AS) programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale a favore degli utenti e le attività di formazione del personale, onde assicurare un'efficace e sostanziale tutela della salute mentale della popolazione, anche mediante l'integrazione socio-sanitaria.

FINALITA'

Il Dipartimento di Salute Mentale

- è struttura operativa dell'Azienda Sanitaria finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria ed all'organizzazione e promozione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini
- opera per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale partecipando a promuovere attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza
- garantisce una organizzazione unica e coerente per i servizi per la salute mentale dell'AS, assicura il coordinamento tra i servizi del DSM evitando qualsiasi frammentarietà
- promuove il raccordo e l'integrazione con gli altri servizi dell'AS, con particolare riguardo ai servizi del distretto, il raccordo con la comunità e le sue istituzioni.

FUNZIONI

Al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione a tutela della Salute Mentale nell'ambito territoriale delle AA.SS. il DSM assicura:

- 1) l'accoglienza e la valutazione della domanda della persona e della famiglia
- 2) la presa in carico degli utenti
- 3) la continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni
- 4) l'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii e degli Accertamenti Sanitari Obbligatorii,
- 5) gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro degli utenti
- 6) gli interventi per il coinvolgimento e il sostegno alle famiglie
- 7) i progetti terapeutico-riabilitativi individuali per utenti "gravi" e la loro realizzazione
- 8) il rapporto con i medici di medicina generale ed i servizi del distretto sanitario
- 9) il coordinamento con i servizi delle tossicodipendenze e con le aree del distretto ad alta integrazione: il materno infantile, la neuropsichiatria infantile, gli anziani, la riabilitazione, le cure primarie
- 10) la collaborazione con le associazioni di familiari ed utenti
- 11) il coordinamento con i servizi sociali del territorio ed l'utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti
- 12) le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e i rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale.
- 13) lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni di genere, di provenienza e di etnia.

ORGANISMI

Sono organismi del DSM:

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

1. Il Direttore

Il Direttore del DSM è nominato dal Direttore Generale della AS tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa del Dipartimento.

Il Direttore del DSM:

- negozia annualmente con il Direttore Generale il budget del DSM in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti
- garantisce lo svolgimento di adeguate attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra le UUOO
- definisce l'allocazione delle risorse, sentito il parere del Comitato di Dipartimento, assicurandone una omogeneità a partire da indicatori definiti
- cura il collegamento e l'integrazione tra le attività di salute mentale e le attività complessive dell'AS, nonché quelle di carattere socio-assistenziale
- verifica l'attuazione delle linee programmatiche adottate e redige analitica relazione consuntiva annuale
- elabora proposte finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori
- mantiene gli opportuni collegamenti con gli altri DSM regionali, promuovendo protocolli operativi inter-aziendali
- promuove ed incentiva attività di ricerca scientifica
- raccoglie, elabora e valuta i flussi informativi inerenti all'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza, curando in particolare l'omogeneità delle relative procedure, e provvede alla redazione e diffusione di una apposita relazione annuale da inoltrare anche al competente settore regionale
- ai fini di verifica e di programmazione, svolge attività di valutazione delle funzioni e delle prestazioni erogate, finalizzandola al raggiungimento di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità e soddisfazione del cittadino utente. Implementa progetti di miglioramento e valutazione della qualità.

2. Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è di nomina elettiva, ad esclusione dei membri di diritto. Sono membri di diritto i Direttori delle Strutture Complesse ed i responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale. La parte elettiva è composta da un rappresentante del personale dirigente non responsabile di struttura e dai rappresentati del personale non dirigente appartenenti ai differenti profili professionali.

Il Comitato di Dipartimento resta in carica tre anni. I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente una sola volta, salvo diverse previsioni dell'Atto Aziendale.

Il Direttore del Dipartimento fissa l'ordine del giorno, tenendo conto delle proposte dei Direttori delle strutture complesse. Per l'iscrizione di altri argomenti è necessaria la richiesta di almeno un terzo dei componenti.

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

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

Il Comitato di Dipartimento esprime parere sulle seguenti materie:

- a. modelli d'organizzazione del Dipartimento tesi al miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività
- b. razionale utilizzazione del personale del Dipartimento, nell'ottica della integrazione
- c. gestione degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate
- d. gestione del budget assegnato
- e. obiettivi annuali da realizzare
- f. adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita
- g. programmi di aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria e miglioramento continuo di qualità
- h. proposte d'istituzione di nuove strutture e/o di gruppi operativi interdipartimentali.

In particolare il Comitato di Dipartimento esprime parere obbligatorio sui seguenti atti del Direttore del Dipartimento:

- a. programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate al Direttore del Dipartimento dal Direttore Generale
- b. bilanci annuali e pluriennali e relative variazioni
- c. proposta di dotazione organica, carichi di lavoro e le relative variazioni sul budget da negoziare con la Direzione Generale
- d. istituzione, compiti e norme di funzionamento degli organismi e strutture di decentramento e partecipazione dipartimentali
- e. regolamento interno operativo
- f. nomina, designazione e revoca dei propri rappresentanti richiesti dall'Azienda.

3. L'Assemblea di Dipartimento

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

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

4. La Consulta di Dipartimento

Va favorita la costituzione di una Consulta per la Salute Mentale a livello aziendale dove sia garantita in particolare la partecipazione delle associazioni dei familiari e le associazioni dei cittadini utenti.

ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Le principali articolazioni organizzative sono:

- a. *Centro di Salute Mentale*
 - a.1 *Day Hospital*
 - a.2 *Centro Diurno*
 - a.3 *Strutture Residenziali*
- b. *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura*
 - b.1 *Day Hospital*

Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è responsabile della domanda di salute di un territorio definito. E' struttura con competenza distrettuale o pluridistrettuale. Attua gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento mantenendo autonomia tecnica, operativa e gestionale, costituisce centro di costo. Il territorio per ogni CSM è di norma 60-80mila abitanti, il CSM può articolarsi anche attraverso ambulatori territoriali, in relazione a particolari morfologie e bisogni del territorio.

La direzione del CSM, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 30/12/92 n°502, art.16 del D.P.R. 7/12/93 n°517 e dell'art.12 del Decreto Legislativo 229/99 è conferita dal Direttore Generale ad un dirigente sanitario, secondo le modalità previste dalla normativa vigente. Il Direttore del CSM assicura l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture ed i servizi al fine di garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati multidisciplinari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il CSM dispone di una equipe multidisciplinare secondo gli standards previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale, tenendo conto delle caratteristiche demografiche e geomorfologiche del territorio di competenza.

Garantisce l'apertura per almeno 12 ore nei giorni feriali e deve tendere ad adottare strategie e modalità di lavoro volte a prefigurare l'apertura anche nei giorni festivi.

Si prevede in alcune AA.SS., definite dall'Assessorato alla Salute, la sperimentazione di CSM operanti sulle 24 ore e dotati di 4 posti letto per l'accoglienza diurna-notturna.

Compiti del CSM:

1. analisi della domanda
2. intervento sulle situazioni di crisi, anche attraverso l'accoglienza nel CSM
3. attività ambulatoriale
4. attività domiciliare
5. filtro della domanda di ricovero e controllo delle degenze in corso
6. Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio
7. sostegno alle famiglie e supporto alla dimensione associativa
8. sostegno e supporto alla dimensione associativa degli utenti
9. informazione ed educazione sanitaria
10. attività di consulenza sulle tematiche di salute mentale correlate alle procedure di medicina legale
11. raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi ed invio agli organi sopradeterminati
12. rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale sottoposti a misura di sicurezza negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
13. rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale detenuti nelle strutture penitenziarie
14. consulenza e collegamento ai presidi ospedalieri.

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.

Il Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) promuove attività di riabilitazione, socializzazione, formazione ed inserimento lavorativo a favore degli utenti attraverso progetti terapeutico-riabilitativi individuali. Il CD può essere attivato sia nella sede del CSM che all'esterno, opera attraverso personale proprio o si avvale dell'apporto di cooperative sociali, 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.

Le Strutture Residenziali

Ad ogni CSM afferisce, e ogni CSM ha il compito di organizzare, una rete di 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 modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento della persona nella struttura residenziale sono definite in uno specifico regolamento del DSM aziendale.

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 10. 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 operatori fino alle 14 ore, con un numero di posti residenza fino a 10. 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 residenze 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), 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.

In ordine alle strutture residenziali attualmente attive nella Regione, pubbliche o private, vanno evidenziate alcune criticità di ordine generale: il numero elevato di posti residenza, anche superiore a 20, il permanere di logiche e di pratiche di tipo custodialistico, la mancanza di progetti terapeutico-riabilitativi individuali, la non interazione con i CSM, la mancanza di integrazione nella comunità. Questo necessita di una radicale rivisitazione organizzativa e gestionale da parte di ogni DSM che preveda l'individuazione di progetti e strategie finalizzati al superamento delle criticità sopradette e alla realizzazione di percorsi abilitativi individuali escludendo la permanenza di utenti con differenti bisogni assistenziali e di abilitazione nelle stesse strutture.

Rispetto alla programmazione ed attivazione di Strutture Residenziali in ogni DSM, va rilevato che nella regione Calabria esiste una prima necessità che si riferisce ai bisogni della popolazione già dimessa dagli ospedali psichiatrici, e in genere delle persone con lunga storia di malattia e disabilità o con istituzionalizzazione protratta. Ci si riferisce alle persone attualmente ricoverate in strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, o di altra 'specie' nelle quali insistono pazienti psichiatrici. Tra questa popolazione esistono anziani che vanno assistiti come tali, anziani con preminenti problemi organici, ma anche anziani psicotici che vanno diversamente assistiti. Appare inoltre urgente trovare risposta a giovani utenti dei CSM con rilevanti problemi di salute mentale, con importanti disabilità e assenza o nocività della rete familiare, che, nella carenza di risorse residenziali e di programmi terapeutico-riabilitativi da parte dei CSM, trovano ricovero anch'essi presso strutture non idonee, in strutture extraregione o risultano abbandonati nel territorio. Per questa popolazione è necessario immaginare un fabbisogno complessivo di posti residenziali di circa 2-3 posti per 10.000 abitanti, al fine di eliminare alla radice il ricovero in comunità non adeguate, l'utilizzo di contenitori impropri e aspecifici, la fuga fuori regione, l'abbandono.

E' necessario quindi in ogni DSM a tale scopo prevedere:

- programmi circostanziati, monitorabili e calendarizzati per la costruzione o riorganizzazione di una rete di strutture residenziali di piccole dimensioni, fino a 10 posti residenza
- la utilizzazione delle strutture di piccole dimensioni, 8-10 posti residenza, costruite a tale scopo con i fondi dell'art.20 della legge 67/88 e non utilizzate o la ricerca, anche in accordo con gli EELL, di strutture/case per l'attuazione di tali programmi
- l'inserimento delle strutture residenziali nei piani di zona di cui alla legge 328/2000 con il coinvolgimento quindi dei Comuni nella gestione complessiva delle iniziative
- l'inserimento delle persone nelle residenze sulla base di un progetto terapeutico riabilitativo individuale di cui è titolare il CSM di competenza
- un lavoro terapeutico riabilitativo individuale fondato sullo sviluppo sulle autonomie personali, le capacità nell'abitare, le competenze sociali, il supporto nelle relazioni familiari e sociali, il reinserimento lavorativo, anche attraverso l'utilizzo della legge 68/99
- la co-gestione delle residenze con il privato no profit o con il privato profit con una consolidata professionalità ed esperienza, sulla base di contratti fondati su progetti terapeutico riabilitativi individuali- budget di salute. Risulta molto più appropriato l'utilizzo di uno strumento quale il progetto terapeutico riabilitativo individuale con risorse assegnate-budget di salute, che quello dell'affidamento delle strutture. Per ogni utente da parte di una équipe multidisciplinare viene predisposto un programma individuale che definisce gli obiettivi che si intende perseguire e le risorse a disposizione; il budget individuale prevede una differenziazione nel valore della remunerazione in stretta relazione con la differenziazione del programma terapeutico, degli obiettivi da raggiungere e della complessità del caso. Le risorse sono finalizzate ai processi piuttosto che alle strutture. Il budget di salute dovrà favorire, nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria, la dinamizzazione di un mix di risorse, tra cui quelle degli individui beneficiari, e il coinvolgimento dei diversi servizi aziendali, dei partner privati profit e non profit, delle associazioni e dei comuni.
- strategie per portare le attuali strutture residenziali a 20 posti, o superiori, a nuclei abitativi di proporzioni inferiori anche attraverso la riduzione dei posti letto e l'apertura in sito di un Centro Diurno con attività abilitative, formative e di socializzazione

Le SR devono essere ubicate nei contesti urbani, integrate nella comunità locale e in stretta relazione con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio. Sono dimensionate sul modello 'casa', quindi non sostenute da logiche e regole istituzionali, ma definite dal gruppo di convivenza, sia in riferimento all'habitat, sia in riferimento all'accessibilità e personalizzazione degli spazi e degli oggetti, alla proprietà, alla soggettivazione del tempo. Devono prevedere e garantire alle persone spazi privati, ma anche spazi di incontro e comuni, sono luoghi da cui partono attività, impegni dei residenti verso il territorio. Luoghi in cui si possa intravedere, nella continuità del rapporto temporo-spaziale, nella qualità dell'habitat e delle relazioni del piccolo gruppo, possibilità terapeutiche anche nelle situazioni in cui ogni altro tentativo è fallito.

In sintesi 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.

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 15, 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 alla dimissioni essere affidati al CSM di competenza, sia tanto più per "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 del DSM.

Devono essere messe in atto strategie e sviluppate condizioni per fare a meno di qualsivoglia procedura restrittiva. Dopo 1 anno dall'emanazione della presente DGR e la ristrutturazione della rete dei servizi la contenzione fisica deve essere completamente abolita.

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.

CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

Le Case di Cura Neuropsichiatriche nella Regione Calabria, site 2 nella provincia di Cosenza e 3 nella provincia di Catanzaro, presentano un numero complessivo di 494 posti letti, suddivisi nelle categorie di posti per acuti o ad elevata assistenza, posti di riabilitazione e posti di media e lungo degenza. Di contro a quello che succede in altre regioni italiane, i posti per acuti, per degenza breve e media, rappresentano il 20% dei posti totali, mentre la maggior parte dei posti letto è destinata alla lungodegenza. Si ricorda che in 3 delle Case di cura è presente un numero limitato di pazienti provenienti dal manicomio di Nocera Inferiore. Le Case di cura, nella maggior parte dei posti letto, vicariano quindi in maniera impropria le strutture residenziali, nella Regione Calabria non sufficienti, rispetto ai bisogni della popolazione.

Le Case di cura si presentano come strutture non integrate nei contesti urbani, a volte isolate, organizzate in reparti, fino a 50 posti letto, in cui sono ricoverati senza alcuna distinzione pazienti con bisogni assistenziali differenti: acuti e lungodegenti. Le attività riabilitative sono limitate all'utilizzo di pochi laboratori con attività ripetitive e non integrate nella comunità. La continuità terapeutica ed assistenziale tra le Case di cure e il servizio pubblico per i pazienti ricoverati o dimessi è debole o inesistente.

Il criterio di accesso nelle Case di cura è diverso nelle due province. A Cosenza il ricovero avviene su richiesta del medico di medicina generale e autorizzazione del Centro di Salute Mentale, di norma effettuata nelle stesse Case di cura, dopo il ricovero. A Catanzaro il ricovero avviene su richiesta del medico di medicina generale senza l'autorizzazione del Centro di Salute Mentale; durante la degenza viene verificata 'a campione' la congruità del ricovero attraverso il servizio ospedalità con l'apporto di uno psichiatra del CSM.

La situazione descritta necessita di una modulazione nuova sia dal punto di vista delle risposte ai bisogni dell'utenza sia dal punto di vista gestionale.

L'accesso nelle Case di Cura Neuropsichiatriche deve avvenire solo su proposta del MMG autorizzata preventivamente dal CSM di competenza territoriale della persona, dopo apertura della cartella clinica e predisposizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale. La proroga del ricovero può essere data dal DSM nella cui area territoriale insiste la Casa di cura, informando il CSM di competenza. Alla dimissione del paziente dalla Casa di cura va data informazione al CSM competente.

Tale modalità di accesso diventerà obbligatoria per tutte le Case di Cura a partire dal sessantesimo giorno successivo alla pubblicazione sul BURC della DGR di approvazione delle presenti "Linee Guida".

La DGR 477/04 prevedeva la riconversione da parte delle Case di cura del 50% dei posti letto ospedalieri, quelli per la lungodegenza, in posti letto residenziali ma tale riconversione al momento non è stata effettuata.

La L.R. 15 del 16 agosto 2006 ha stabilito, con riferimento ai posti letto attualmente accreditati presso le Case di Cura Neuropsichiatriche, che gli stessi 'nel limite del 50% della attuale dotazione, dovranno essere riconvertiti entro il 31/12/2007 secondo le indicazioni formulate con indicazione di Giunta Regionale '. Tenuto conto quindi del limite stabilito dalla legge, il 50% dei posti letto, appare necessario formulare nuove ed esplicite indicazioni per il processo di riconversione, con l'obiettivo di assicurare la piena compatibilità delle strutture residenziali che saranno realizzate in tale fase dai titolari delle Case di Cura con i modelli residenziali definiti nel paragrafo specifico.

Per quanto concerne il 50% dei posti letto delle Case di Cura Neuropsichiatriche, che rimangono, in relazione alla utilizzazione prioritariamente per la lungodegenza, fino alla assunzione di capacità di presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle persone che necessitano di breve e media degenza, si precisa che 10 posti letto (50% di quelli per acuti o ad elevata assistenza) rimane per l'elevata assistenza e la restante quota continuerà ad essere utilizzata per la lungodegenza.

I posti letto oggetto di riconversione dovranno essere rimodulati in posti di:

- Residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale con presenza di operatori fino alle 24 ore, con un numero di posti residenziali fino a 10
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria con presenza di operatori fino alle 14 ore, con un numero di posti residenziali fino a 10
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociali fino a un numero di 6 posti residenziali.

Si tratta in tutte e tre le tipologie di strutture residenziali ubicate nei contesti urbani, integrate nella comunità locale e in stretta relazione con gli altri servizi sanitari e sociali. Residenze dimensionate sul modello 'casa', quindi non sostenute da logiche e regole istituzionali, ma definite dal gruppo di convivenza, sia in riferimento all'habitat, sia in riferimento all'accessibilità e personalizzazione degli spazi e degli oggetti, alla proprietà, alla soggettivazione del tempo. Tali strutture residenziali devono essere istituite in tutto il territorio regionale, onde rispondere ai bisogni della popolazione di differenti territori, garantendo quindi alla persona in trattamento residenziale la vicinanza con i contesti naturali di vita nonché la continuità terapeutica con il CSM di riferimento.

In relazione alle differenti tipologie delle strutture residenziali attivate dalle Case di Cura Neuropsichiatriche nella riconversione dei posti di media e lungo degenza, per il 50% dei posti attuali, le figure professionali previste sono:

- 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 10:
 1. H 7-14: 1 operatore a tempo pieno con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, 1 OSS, OTA, OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore
 2. H 14-21: 1 operatore a part-time, per 24 ore, con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, 1 OSS, OTA, OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore
 3. H 21-7: 2 operatori quali OSS, OTA, OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore.
 4. 108 ore settimanali di infermiere professionale
 5. 18 ore settimanali psichiatra
 6. 10 ore settimanali psicologo
 7. 6 ore settimanali assistente sociale
 8. deve essere prevista la presenza per 10 ore settimanali di maestri d'arte, artisti, professionali non sanitari per le attività o laboratori di abilitazione e formazione
- I servizi generali sono affidati a personale non socio-sanitario.
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Residenze sociali a rilevanza sanitaria) con presenza di operatori fino alle 14 ore, con un numero di posti residenza fino a 10:
 1. H 7-14 : 1 operatore a tempo pieno con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, 1 OSS, OTA, OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore
 2. H 14-21 : 1 operatore a part-time, per 24 ore, con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, 1 OSS, OTA, OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore
 3. 72 ore settimanali di infermiere professionale
 4. 15 ore settimanali psichiatra
 5. 10 ore settimanali psicologo
 6. 6 ore settimanali assistente sociale
 7. deve essere prevista la presenza per 10 ore settimanali di maestri d'arte, artisti, professionali non sanitari per le attività o laboratori di abilitazione e formazione.
- I servizi generali sono affidati a personale non socio-sanitario.

- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociali fino a un numero di 6 posti residenza:
 1. 1 operatore fino a 6 ore al giorno, distribuite in fasce orarie differenziate a secondo dei bisogni, con qualifica di OSS, OTA, OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore.

Legenda:

Per *Educatore* si intendono: Educatore professionale; educatore di comunità e animatore di comunità (corso biennale organizzato dalla Regione Calabria ad esaurimento);

Per *Operatore addetto all'assistenza* si intendono: OTA (operatore tecnico addetto all'assistenza), OSS (Operatore socio-sanitario); OSA (operatore socio-assistenziale: titolo conseguito nella Regione Calabria, autorizzato dall'Assessorato alla Formazione Professionale, ad esaurimento).

Per le richieste di nuove autorizzazioni sono escluse le figure professionali di OSA.

L'ingresso dell'utente nella Strutture Residenziali è autorizzato dal DSM di competenza che predispone il progetto terapeutico riabilitativo individuale e verifica mensilmente l'andamento e gli esiti del processo.

La permanenza dell'utente nella Strutture Residenziali non può superare i 2 anni, può essere previsto il passaggio da una residenza a maggiore intensità riabilitativa ad una a minore intensità.

STRUTTURE RESIDENZIALI RIABILITATIVE GESTITE DAL PRIVATO

In riferimento alle Strutture Residenziali Riabilitative proposte dal privato va specificato che le stesse devono soddisfare i requisiti strutturali, di personale e le indicazioni operative definite nel paragrafo delle Case di Cura Neuropsichiatriche.

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 devono adeguarsi ai criteri sopradetti e alle indicazioni regionali in materia di accreditamento entro 24 mesi a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURC della DGR in oggetto.

Si specifica che appare totalmente inadeguato oltre che impropriamente definito, il riferimento a RSA nel campo della psichiatria, così come indicato nella DGR 477/04, essendo le RSA strutture specificamente destinate al trattamento di Anziani e Disabili (DGR N. 695/03) e non essendo presente nessun riferimento a RSA psichiatriche nel DPR 14/1/97 che regola i requisiti minimi organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, comprese quelle per la salute mentale.

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE EX DPCM 85

Si rileva che un numero significativo di persone con problemi di salute mentale è inserito in maniera impropria, per tempi più o meno lunghi e con diverse modalità, nelle strutture socio-sanitarie ex DPCM 85.

E' necessario rivalutare, con apposito approfondimento, la definizione istituzionale di queste strutture definendo la mission, rivalutare i pazienti che accolgono, le risposte erogate e gli stili operativi.

Non può mancare un riferimento specifico all'Istituto Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello. Per detta struttura, gestita da una Fondazione, è stato elaborato sin dal novembre 2005 un apposito progetto, sulla base dei dati forniti dalla Commissione istituita dall'AS di Paola nel giugno 2004 e della documentazione acquisita dalla Fondazione. Nella fase attuale, l'AS di Paola, accompagnata dal Dipartimento regionale alla Salute, sta approfondendo gli aspetti più problematici della vicenda, con l'obiettivo finale, previsto dal progetto sopra richiamato, di ricollocare gradualmente gli attuali ospiti in strutture adeguate alle specifiche esigenze e bisogni assistenziali e riconvertire il Papa Giovanni XIII in una struttura riabilitativa.

La difficile fase di transizione non trova immediato riscontro nelle 'linee guida' e non può che essere affrontata con indicazioni specifiche che tengano conto dei bisogni assistenziali e riabilitativi dei singoli ospiti attraverso progetti terapeutico-riabilitativi individuali, supportati da personale adeguato.

Altresì la Regione attraverso il Dipartimento regionale alla Salute si impegna:

- a sostenere il processo di riorganizzazione delle attività di assistenza e di riabilitazione
- a monitorare e verificare il processo di deistituzionalizzazione delle persone ospiti con problemi di salute mentale e la presa in carico da parte dei DD.SS.MM. della regione
- di coordinare i flussi informativi in relazione alla tipologia dell'utenza e alle attività espletate
- ad attivare gli Enti preposti per la riqualificazione e l'aggiornamento professionale degli operatori.

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 da un tecnico nominato dall'Assessore con funzione di coordinamento, dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS. della Regione Calabria, da un rappresentante delle Associazioni dei Familiari e un rappresentante delle Associazioni degli Utenti maggiormente rappresentative, dal Dirigente del Settore competente o suo delegato. 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.

Allegato A

PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN PSICHIATRIA

Premesse e finalità

L'emanazione della Legge 833/78 ha sancito l'ingresso della Psichiatria nel Servizio sanitario nazionale, restituendole dignità di branca medica con compiti eminentemente terapeutici, ha messo fine allo statuto speciale per le persone con disturbo mentale e spostato l'asse dell'intervento dalla custodia, fondata sulla pericolosità del malato di mente, alla cura.

Con il presente allegato si intende delineare un modello operativo per la corretta e omogenea esecuzione su tutto il territorio regionale, delle procedure relative agli 'accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori' in psichiatria. Si vuole nello specifico:

- analizzare le condizioni per l'attivazione dei provvedimenti di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio (ASO-TSO) a persone con disturbo mentale;
- specificare e definire le funzioni e i compiti dei diversi referenti istituzionali coinvolti.

Le condizioni per l'attuazione di Interventi Sanitari Obbligatori

Al fine di una corretta applicazione delle procedure, appare opportuno richiamare alcuni aspetti delle condizioni nelle quali è possibile effettuare trattamenti sanitari obbligatori a persone con disturbo mentale.

Secondo il dettato legislativo di cui all'art. 34 della Legge 833/78 dette condizioni si verificano nei casi:

- in cui "... esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici..." La valutazione di "alterazione psichica" ed "urgenza" spetta esclusivamente alla responsabilità professionale del medico
- in cui gli interventi terapeutici "... non vengono accettati dall'infermo...". In presenza di questa condizione il sanitario deve mettere in atto ogni utile tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente. Detto consenso deve essere valutato analizzando concretamente la possibilità di un accordo su un progetto realistico e verificabile, al fine di evitare un consenso apparente usato in maniera strumentale
- in cui "...non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere... il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in speciali Servizi psichiatrici di diagnosi e cura". Lo spirito della riforma vede nella natura del TSO in regime ospedaliero una significativa limitazione della libertà personale, tanto che il legislatore ne prevede particolari misure di tutela giurisdizionale, quali la convalida della proposta da parte di un secondo medico appartenente al servizio sanitario nazionale, nonché la convalida dell'ordinanza da parte del giudice tutelare.

Accertamento Sanitario Obbligatorio

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) si configura come strumento eccezionale che viene attivato per entrare in contatto con una persona altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il fondato sospetto della presenza delle condizioni di legge previste per intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

E' il Sindaco che emette l'ordinanza di ASO in base alla certificazione di un solo medico, contenente le motivazioni alla richiesta di tale provvedimento.

Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso di ospedale civile ove sia presente una accettazione psichiatrica o sia comunque attivabile una consulenza psichiatrica).

L'accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

Trattamento Sanitario Obbligatorio in regime di degenza ospedaliera.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in regime di degenza ospedaliera si può attuare solo in presenza di tutte e tre le condizioni di legge sopra richiamate.

Si ribadisce che la proposta di TSO in regime di degenza ospedaliera deve avere la convalida da parte di un secondo medico appartenente al servizio sanitario nazionale, nonché la convalida dell'ordinanza da parte del giudice tutelare e che lo stesso può essere attuato esclusivamente presso un Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura.

La durata di un'ordinanza di TSO in regime di degenza ospedaliera è fissata in 7 giorni, eventualmente rinnovabili o revocabili.

E' il Sindaco che emette l'ordinanza di TSO in base alle certificazioni, del medico che effettua la proposta e del medico che convalida, le motivazioni alla richiesta di tale provvedimento.

Trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero

E' possibile ricorrere al TSO extraospedaliero quando si verificano le prime due condizioni previste dalla legge per poter intervenire in forma obbligatoria (gravi alterazioni specifiche e non consenso alla cura) e quando esistono le condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Ai fini dell'emissione dell'ordinanza occorre una singola certificazione medica di proposta, ampiamente motivata e dettagliata in ordine all'esistenza delle suddette condizioni, la cui valutazione è affidata alla discrezionalità professionale del sanitario.

La durata di un'ordinanza di TSO extraospedaliero è fissata, in analogia a quanto previsto per il provvedimento in degenza, in 7 giorni, eventualmente rinnovabili o revocabili.

Trattamento Sanitario Obbligatorio nei minori

Per quanto concerne i trattamenti sanitari obbligatori nei confronti di minori, fermo restando le indicazioni generali, si possono verificare particolari situazioni:

- minore bisognoso di cure urgenti, consenziente ad esse, ma genitori contrari all'intervento proposto dal sanitario;
- minore bisognoso di cure urgenti, non consenziente, con genitori favorevoli all'intervento.

In detti casi il TSO va sempre formalizzato, specificando in modo dettagliato la motivazione al fine di rendere possibile il coinvolgimento del Giudice tutelare rispetto al provvedimento che, per la sua natura eccezionale, prevede un duplice livello di garanzia: sia rispetto all'obbligo in sé, sia rispetto al fatto che tale obbligo si esplica nei confronti di un minore o comunque del suo contesto familiare.

Le certificazioni

Premesso che è solo l'ordinanza del Sindaco che fa scattare il provvedimento di intervento obbligatorio e che tale ordinanza non è una conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un atto responsabile sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi, si ritiene indispensabile, al fine di una procedura corretta e rispettosa del dettato legislativo, la creazione di un effettivo coinvolgimento del Sindaco su tali tematiche.

Ai fini della corretta emissione del TSO appare auspicabile che in ogni Comune sia resa attiva una reperibilità del Sindaco o degli Assessori da lui delegati alla firma, al fine di rendere esecutiva in tempi e modi corretti l'ordinanza.

Il medico a cui sia giunta segnalazione dell'esistenza di una persona affetta da gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e per la quale si richiede un TSO, prima di redigere il certificato di proposta, deve verificare direttamente e personalmente la situazione, la quale non può essere assolutamente desunta da notizie, anche dettagliate, fornite da parte di terzi. Le stesse procedure devono essere applicate anche per la certificazione relativa alla convalida.

Nella compilazione delle certificazioni mediche da parte del sanitario, va sempre rispettato il concetto di "proposta motivata" nella quale devono essere contenute in modo dettagliato le notizie cliniche relative al paziente e non semplici definizioni diagnostiche nonché la descrizione delle condizioni e delle circostanze attuali che rendono necessario il provvedimento.

Si ritiene pertanto necessario non utilizzare moduli prestampati recanti genericamente le condizioni previste dalla legge; l'incompletezza della certificazione medica può infatti rendere illegittimo il provvedimento con cui il Sindaco dispone il TSO:

Rispetto alla certificazione di convalida prevista per il TSO in regime di degenza, si ritiene importante che la stessa sia fatta dagli psichiatri del Dipartimento di Salute Mentale, dei Centri di Salute Mentale, del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura operanti nel territorio anche in regime di reperibilità territoriale.

Funzioni e compiti dei referenti istituzionali

Ordinanza del Sindaco

Come previsto dagli artt. 33 e seguenti della Legge 833/78, gli Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco, nella sua veste di autorità sanitaria.

Il provvedimento che dispone il TSO rientra pertanto nella competenza dell'ente Comune, sia sotto il profilo dell'autorità che lo emana sia sotto il profilo dell'organo chiamato a dargli attuazione.

L'ordinanza del Sindaco ha carattere di provvedimento amministrativo diretto alla generale tutela, sotto il profilo sanitario, dell'interesse della collettività alla salute.

Nella fase di attuazione di un'ordinanza ASO o di TSO il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione della medesima e quindi un potere-dovere di vigilanza da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia municipale, in quanto l'impostazione forzata che ne discende riveste, come per tutte le ordinanze, il carattere di una operazione di "polizia amministrativa" diretta all'osservanza di regolamenti e di provvedimenti dell'autorità, quali i trattamenti sanitari obbligatori.

La notifica e l'esecuzione di una ordinanza non si configurano, sul piano giuridico, come atti sanitari e pertanto il personale di cui il Sindaco si deve avvalere, per dare esecutività al proprio provvedimento, non può essere individuato in via prioritaria od esclusiva fra il personale sanitario.

Il ruolo del personale sanitario

Il ruolo del personale dei servizi di salute mentale territoriali non deve essere inteso come consulenza specialistica all'atto coercitivo, ma come adempimento di quei doveri sanitari che non vengono meno anche durante l'esecuzione di una ordinanza e la cui omissione si può configurare quale reato di omissione di soccorso.

Nelle realtà territoriali dove il Servizio psichiatrico territoriale non è in grado di garantire la presenza di propri operatori per tutto l'arco delle 24 ore, si farà riferimento, per i periodi non coperti, al personale sanitario del Dipartimento di emergenza- 118.

Integrazione delle competenze

Le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia municipale, durante l'esecuzione di una ordinanza il personale sanitario continua ad essere titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente sottoposto al provvedimento, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso.

L'intervento della Polizia municipale non può ritenersi subordinato a quello del personale sanitario bensì contestuale, e tale contestualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara dei rispettivi ambiti di intervento. L'intervento della polizia municipale, oltre a garantire la corretta esecuzione dell'intervento, può essere utilizzato per vincere la particolare resistenza opposta dal paziente.

Interventi sanitari che non necessitano di TSO

Esistono condizioni che, pur presentandosi urgenti e complesse, non richiedono necessariamente l'attivazione delle procedure per interventi sanitari obbligatori. Dette condizioni si ravvisano nei seguenti casi:

1. Esistenza dello stato di necessità

Il sanitario in presenza di situazioni nelle quali si riconosca un grave e attuale pericolo per l'incolumità del paziente o altrui, non solo può, ma deve intervenire (direttamente), pur limitando la libertà del paziente e, ove ne sussistano i presupposti, può fare ricorso all'intervento delle forze dell'ordine.

L'art. 54 del codice penale prevede infatti che non è punibile chiunque compie azioni che altrimenti si configurerebbero come reati, nella necessità di salvare sé od altri da pericolo attuale di danno grave alla persona non evitabile. Al riguardo pare opportuno sottolineare che l'avvio delle procedure di TSO non presuppone necessariamente l'esistenza di uno stato di necessità.

2. Stato di coscienza gravemente alterato.

La presenza di stati confusionali o di stato di coscienza gravemente alterato - la cui origine può essere più o meno nota o verificabile clinicamente o con esami di laboratorio - può determinare, da parte del paziente, l'incapacità di esprimersi nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario.

In questo caso si assiste, piuttosto che alla mancanza di un consenso, alla impossibilità di esprimere un valido dissenso.

Il sanitario è pertanto tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza dover ricorrere alla formalizzazione di un TSO.

Occorre tuttavia precisare che, per quanto gli psichiatri siano di frequente chiamati per il trattamento di simili pazienti, a causa delle grandi difficoltà e complessità di gestione che essi comportano, questo tipo di intervento è di più specifica competenza di medici di base e di servizio di assistenza ospedaliera.

3. Richiesta al medico psichiatra di trattamento sanitario obbligatorio per patologie non psichiatriche

Il medico psichiatra interpellato da altro medico allo scopo di legittimare l'imposizione di trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche sulla base dell'art. 33 della Legge 833/78 non è tenuto ad intervenire.

Qualsiasi intervento sanitario è praticabile in forma obbligatoria solo quando le finalità e le modalità operative sono previste da uno specifico strumento normativo oppure quando è in atto una minaccia alla salute e alla incolumità della collettività. L'art. 33 non può pertanto essere utilizzato come strumento di contrasto contro un'opposizione del singolo ad interventi medici volti al trattamento di affezioni morbose produttive di nocimento, anche estremo, alla sola salute individuale.

E' lecito infatti sostenere che il cittadino è titolare di un diritto inalienabile alla libera autodeterminazione anche nei confronti della "aggressione medica" ai fini diagnostici e terapeutici egli ha cioè il diritto di rimanere ammalato.

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE E LA GESTIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Premesse e finalità

Le Strutture Residenziali (SR) svolgono funzioni terapeutico-riabilitative a favore di utenti del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che necessitano di un programma individualizzato all'interno di una situazione di abitare comunitario ed assistito.

Gli interventi hanno l'obiettivo di promuovere la cura della persona e dell'ambiente, l'acquisizione di abilità negli atti della vita quotidiana, la costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Devono rispettare la dignità, le aspettative, le differenze e i desideri delle persone, favorendo la costruzione di una immagine e di una identità positiva.

Impegno primario nel lavoro nelle SR è il continuo miglioramento dell'abitare, nel senso del passaggio verso un abitare meno assistito o il ritorno verso una situazione abitativa autonoma.

La gestione delle Strutture Residenziali può avvenire attraverso personale del DSM o la co-gestione dei progetti riabilitativi individuali può essere affidata, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, al privato sociale o imprenditoriale, rimanendo il Centro di Salute Mentale (CSM) territorialmente competente, titolare dei progetti terapeutico-riabilitativi degli utenti e della verifica degli stessi, nonché referente delle prestazioni sanitarie.

Strutture

Le strutture in cui si costituiscono i nuclei di convivenza nell'abitare assistito possono essere di proprietà della Azienda Sanitaria, o da questa messe a disposizione, degli stessi utenti, o loro familiari, o messe a disposizione dal privato profit o no-profit, al quale sono affidati i progetti terapeutico riabilitativi individuali.

In caso di affido delle SR al privato sociale o imprenditoriale, ove le strutture residenziali sono messe a disposizione dalla Azienda, sono a carico della stessa le utenze, mentre a carico del co-gestore le spese di attività, nonché le pulizie, le riparazioni e le manutenzioni conseguenti a danni o incuria causati dall'aggiudicataria sia verso le strutture sia verso gli arredi e le attrezzature in esse contenuti, preventivamente inventariati. Le spese per la manutenzione ordinaria, esclusivamente finalizzate al mantenimento delle strutture nello stato di fatto rilevato alla consegna da parte dell'AS, saranno a carico del partner.

In tal caso il budget per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale è abbattuto del 20%.

In caso di strutture messe a disposizione dal privato sociale o imprenditoriale, queste devono essere ubicate nei territori di residenza dei cittadini utenti ed essere conformi alla normativa in vigore, nonché rispondenti ai requisiti previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997. La struttura deve essere organizzata ed arredata secondo le necessità date dalla convivenza e dalla garanzia alla *privacy* per ogni residente e in accordo con il progetto terapeutico riabilitativo individuale. Si considera di fondamentale importanza la cura dell'arredo, l'armonia degli ambienti, la luminosità e gradevolezza, il decoro, quindi le qualità estetiche complessive degli spazi e degli arredi.

In tal caso il budget per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale viene corrisposto per intero.

In relazione alle residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (Gruppi di convivenza), ove queste fossero messe a disposizione degli stessi utenti, o dai loro familiari, la retta si abbatta del 10%.

Operatori. Compito degli operatori delle Strutture Residenziali

In relazione alla tipologia delle residenze, fermo restando che la titolarità del progetto terapeutico-riabilitativo per ogni residente rimane al CSM di competenza, è compito degli operatori delle Strutture Residenziali, siano questi del DSM o operatori del privato sociale o imprenditoriale:

- mantenere con gli utenti relazioni di ascolto, di comprensione dell'esperienza soggettiva, di attenzione ai bisogni espressi
- favorire la partecipazione degli utenti al progetto terapeutico-riabilitativo
- annotare quotidianamente in un apposito diario le attività svolte, i programmi messi in atto e quanto di rilievo avvenuto
- partecipare e collaborare a progetti di valutazione e di raccolta dati, proposti dal Dipartimento di Salute Mentale, secondo modalità concordate
- segnalare tempestivamente al CSM di riferimento, ed alla Direzione del DSM o alle autorità competenti in caso di urgenza, entro le prime 24 ore, ogni e qualsiasi avvenimento di rilevanza, e in particolare in riferimento alla salute e/o all'incolumità psicofisica dei soggetti, dopo aver contattato il referente della struttura
- mantenere e sostenere, secondo le modalità indicate dal CSM e secondo quanto previsto dal progetto individuale, il rapporto con le famiglie, riconoscendo alle stesse il valore di "risorsa" e di interlocutore privilegiato
- organizzare, a carico del referente della struttura, riunioni settimanali degli operatori per la verifica dell'attività svolta, la diffusione delle informazioni significative per l'attuazione dei programmi in atto. L'attività rientra nel normale orario di lavoro
- mettere in atto strategie volte a garantire la cura, il decoro ed il rispetto della persona, dei suoi effetti personali e dell'ambiente in cui vive
- supportare le persone negli atti comuni della vita quotidiana, promuovendo la gestione del tempo secondo scadenze relative ad attività-impegni e l'appropriarsi dello spazio, proprio e comune
- favorire la relazionalità e la comunicazione, pure nel piccolo gruppo
- favorire l'acquisizione di abilità individuali e il potenziamento di quelle residue, attraverso l'esperienza di vita quotidiana nella casa, per il raggiungimento della maggiore autonomia possibile
- supportare la persona nella relazione con i componenti del nucleo familiare
- agire e promuovere reti sociali di supporto, anche di carattere informale, capaci di sviluppare effettivi percorsi di protagonismo e di autonomia
- promuovere le istanze necessarie all'attuazione dei progetti di formazione e inserimento lavorativo

- supportare e sostenere, ove richiesto, le persone nell'amministrazione, quotidiana, settimanale o mensile, del loro denaro al fine di poter soddisfare i propri bisogni, con l'obiettivo della ri-acquisizione della capacità di gestione del proprio reddito in un processo di autonomia ed emancipazione. Tale attività/prestazione avverrà in accordo con il CSM di riferimento
- sostenere e supportare l'utente nel passaggio ad un abitare più autonomo.

Qualora i progetti terapeutico riabilitativi individuali degli utenti delle strutture residenziali siano affidati alla gestione del privato sociale o imprenditoriale, le figure professionali previste sono:

- 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 10:
 - 1.H 7-14 : almeno 3 (tre) operatori, di cui 1 (uno) con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, gli altri OSS, OTA ed OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore
 - 2.H 14-21 : almeno 2 (due) operatori, di cui almeno 1(uno) con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, gli altri OSS, OTA ed OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore
 - 3.H 21- 7 : 2 (due) operatori quali OSS, OTA ed OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore.
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Residenze sociali a rilevanza sanitaria) con presenza di operatori fino alle 14 ore, con un numero di posti residenza fino a 10:
 - 1.H 7-14 : almeno 2 (due) operatori, di cui 1 (uno) con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, gli altri OSS, OTA ed OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore
 - 2.H 14-21 : almeno 2 (due) operatori, di cui 1 (uno) con la qualifica di educatore o tecnico della riabilitazione, gli altri OSS, OTA ed OSA o operatori con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario forniti di diploma di scuola media inferiore.
- Residenze sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (Gruppi di convivenza), fino a un numero di 6 posti residenza:
 1. 6 ore/operatore quale OSS, OTA ed OSA o operatore con certificata esperienza di almeno 1 anno nel socio-sanitario fornito di diploma di scuola media inferiore, distribuite in fasce orarie, differenziate a secondo dei bisogni.

Ruolo e funzione del CSM. Compito degli operatori

Il CSM si impegna a :

- individuare le persone da inserire nelle differenti tipologie di SR, a secondo del progetto terapeutico riabilitativo individuale
- produrre le storie di vita
- formulare il progetto individuale di cui il CSM mantiene titolarità e responsabilità
- garantire supporto e formazione agli operatori del partner per una migliore articolazione e formulazione in progress del progetto
- fornire le prestazioni specialistiche necessarie: prescrizioni farmacologiche, sostegni psicoterapici, visite domiciliari, interventi sulla crisi, ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del DSM
- fornire prestazioni infermieristiche e socio-assistenziali, ove le SR sia affidate al privato sociale ed imprenditoriale
- supportare le famiglie, in particolare degli utenti ad alto carico
- verificare la specifica formazione, la professionalità e la motivazione del personale fornendo eventuale supporto professionale
- individuare un referente per ogni struttura residenziale con il compito di supportare gli operatori della struttura nella gestione dei progetti individuali, essere di raccordo con il CSM, partecipare alle riunioni settimanali, organizzare momenti di verifica e monitoraggio mensili sui programmi terapeutico riabilitativi individuali insieme ai partner, individuando le aree di eventuale problematicità e fornendo il sostegno per il loro superamento.

Ruolo e funzione del partner nella cogestione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali.

Il partner deve garantire la gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale elaborato dal CSM e provvedere alla sua concreta realizzazione.

In particolare il partner si impegna a:

- mettere a disposizione proprio personale in possesso delle professionalità necessarie alla realizzazione del progetto individuale
- nominare il referente di ogni struttura
- provvedere a tutti gli adempimenti di legge relativi al rapporto di lavoro del proprio personale
- garantire momenti di aggiornamento e formazione specifica del personale, da realizzarsi al di fuori dell'attività lavorativa, in accordo con il Direttore del DSM o suo delegato, e favorire la partecipazione del proprio personale alle attività di formazione e seminari promosse dal DSM che abbiano attinenza con gli obiettivi del lavoro