

SALUTE MENTALE REGIONE PIEMONTE

In applicazione della normativa nazionale e regionale vigente (D.P.R. 7.4.94 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96", L.R. 61/1997 "Piano Sanitario Regionale 1997/99", D.P.R. 10.11.1999 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000"), l'assistenza psichiatrica in Piemonte è organizzata nei **Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)** presenti in tutte le Aziende Sanitarie. Il modello dipartimentale è quello risultato più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica dei servizi di salute mentale dell'età adulta. La popolazione servita dai D.S.M. è quella delle 22 Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso moduli tipo di circa 150.000 abitanti, comprendenti tutte le strutture previste dalla normativa. Solo le ASL 1, 5 e 13 sono dotate di due DSM poiché hanno una popolazione di riferimento superiore del 50% al modulo tipo di 150.000 abitanti e la contemporanea presenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interno dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO), convenzionata con l'Università per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Il D.S.M. è un dipartimento unico, in alcuni casi interaziendale (quando l'S.P.D.C. ha sede nell'Azienda Ospedaliera) ed è diretto da un Direttore, che assicura il coordinamento fra le articolazioni organizzative (Moduli) ed è responsabile di tutte le attività svolte dal dipartimento nonché della gestione delle risorse assegnate.

Ciascuna unità modulare del D.S.M. è diretta da un dirigente medico, responsabile degli interventi erogati nell'ambito territoriale di riferimento.

Come previsto dalla legislazione vigente, il DSM è costituito dalle seguenti strutture: Centro di Salute Mentale (CSM), strutture semiresidenziali (Centro Diurno CD e Day Hospital DH), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Strutture Residenziali (SR).

Il **Centro di Salute Mentale (CSM)** è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza anche negli ospedali senza SPDC. Dovrebbe essere attivo 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. L'accesso può essere diretto dell'utente anche se per lo più i pazienti vengono inviati dai Medici di Medicina Generale.

Il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** è collocato all'interno degli Ospedali Generali, in stretto collegamento con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) del Pronto Soccorso. Attualmente in Piemonte il numero dei posti letto in SPDC è di 0,7 ogni 10.000 abitanti. Tutti i DSM hanno un SPDC tranne le ASL 7e 12 che si avvalgono dei posti letto rispettivamente delle ASL 6 e 11. Il SPDC è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti sanitari volontari e obbligatori (TSV o TSO) in condizione di ricovero; inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

Il numero dei posti letto in SPDC, a livello regionale, è integrato dalla disponibilità di 663 posti letto convenzionati nelle 9 Case di Cura Neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate. Nelle Case di Cura vengono anche ricoverati pazienti inviati dalla Neurologia e dai Servizi per le alcol-tossicodipendenze (Ser.T.). Il ricorso al ricovero nelle case di cura può avvenire tramite l'impegnativa del Medico di Medicina Generale o dallo specialista dell'Azienda Sanitaria o mediante trasferimento dall'Ospedale successivamente ad una fase acuta della malattia.

La normativa regionale prevede in particolare quanto segue.

La L.R. 23 ottobre 1989, n. 61 contiene: “Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici”.

Istituisce n. 25 Servizi Dipartimentali nella Regione Piemonte, che hanno il fine di collegare organicamente e funzionalmente i Servizi ed i Presidi Psichiatrici ospedalieri ed extraospedalieri.

Il Servizio Dipartimentale psichiatrico ha il compito di garantire, in un'area che comprenda una o più UU.SS.SS.LL. con una popolazione complessiva indicativamente compresa tra i 100.000 e i 250.000 abitanti, il coordinamento e la programmazione degli interventi integrati di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali, nella popolazione adulta, attuati dalla rete dei Servizi e Presidi psichiatrici presenti sul suo territorio.

Il Servizio Dipartimentale psichiatrico è costituito dalle Unità Operative Psichiatriche delle UU.SS.SS.LL. afferenti.

Coordina la propria attività attraverso il Consiglio Dipartimentale, di cui fanno parte i responsabili delle singole Unità Operative Psichiatriche e, a fini consultivi, da un rappresentante eletto da ciascuna delle categorie professionali operanti nel servizio. Il Consiglio dipartimentale è diretto da un Primario Psichiatra coordinatore, nominato dalla Giunta Regionale, scelto sulla base dei titoli presentati e valutati ai sensi del DM 30 gennaio 1982, con il compito di verificare l'attuazione delle decisioni operative prese dal Consiglio, nel rispetto di protocolli tecnico-organizzativi definiti di concerto con gli uffici di direzione delle UU.SS.SS.LL. interessate, in conformità agli indirizzi programmatici stabiliti d'intesa fra loro, dai Comitati di Gestione, al fine di salvaguardare il rapporto équipe-paziente e l'unitarietà del programma terapeutico nei vari momenti dell'intervento. L'incarico di Coordinatore ha durata biennale ed è rinnovabile.

Il responsabile dell'Unità Operativa Psichiatrica, intesa come unità operativa autonoma ai sensi della vigente normativa in materia di organizzazione delle UU.SS.SS.LL., insieme al Coordinatore del Dipartimento, partecipa con funzioni consultive agli Uffici di Direzione della U.S.S.L. ogni volta che vengono discussi problemi inerenti la psichiatria.

Qualora l'ambito della U.S.S.L. coincida con quello del Servizio Dipartimentale psichiatrico, le funzioni del Servizio Dipartimentale vengono garantite dall'Unità Operativa Psichiatrica della U.S.S.L. stessa.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il Servizio Dipartimentale psichiatrico, per rispondere con interventi efficaci di prevenzione, cura e riabilitazione ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie mentali nei vari stadi della loro evoluzione, si articola in una completa rete di attività e presidi psichiatrici diversificati che comprende:

- a) il Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
- b) il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.);
- c) il Centro di Terapie Psichiatriche (C.T.P.);
- d) la Comunità Protetta (C.P.);
- e) la Comunità Alloggio (C.A.);

Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) è la sede del progetto terapeutico e degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socioterapeutici ambulatoriali, nonché il centro organizzativo degli interventi a domicilio e nelle Comunità Alloggio. Il Centro di Salute Mentale collabora al progetto terapeutico dei propri pazienti ricoverati nei SS.PP.D.C., nei CC.T.P. e nelle CC.PP.

Il Centro di Salute Mentale, nelle sue attività sul territorio, collabora con l'organizzazione distrettuale ed in particolare con i medici di Medicina Generale.

Ogni U.S.S.L. deve essere dotata di un C.S.M.

Le USL con più di 50.000 abitanti o con estensione territoriale particolarmente vasta possono organizzare l'attività del C.S.M. in più sedi operative possibilmente coincidenti con gli ambiti di uno o più distretti.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Ogni Servizio Dipartimentale psichiatrico dispone per le esigenze di diagnosi e cura ospedaliera del proprio territorio, di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) con un indice di posti letto ottimale di uno ogni 10.000 abitanti e comunque non inferiore a 0,8 ogni 10.000 abitanti.

Come previsto dall'art. 18 della L.R. n. 61/1989, è necessario disciplinare le modalità di utilizzo del personale medico del Servizio Dipartimentale, al fine di garantire la partecipazione di tutto il suddetto personale (esclusi i Primari) al servizio di guardia o reperibilità presso il presidio ospedaliero, alle dipendenze funzionali, nello svolgimento di tale servizio, del Primario responsabile del S.P.D.C.

Centro di Terapie Psichiatriche e di risocializzazione

Il Centro di Terapie Psichiatriche (C.T.P.) è il presidio ove sono effettuati gli interventi terapeutici e psico-riabilitativi - anche in situazioni di residenzialità protetta diurna, notturna o continuativa - che richiedono specifici strumenti, strutture e modalità operative.

Ogni Servizio Dipartimentale dovrà avere almeno un Centro di Terapie Psichiatriche considerando ottimale il rapporto di un C.T.P. ogni 100.000 abitanti o frazione superiore al 50%.

Al fine di offrire un intervento completo ed integrato e di diminuire i costi di gestione, il C.T.P. riunisce in una sintesi funzionale ed organizzativa:

- a) un *Centro Diurno* per le attività psico-terapeutiche, occupazionali e risocializzanti, alle quali partecipano sia i pazienti ospiti delle strutture residenziali sia i pazienti esterni;
- b) una *Comunità Terapeutica*, con assistenza infermieristica continuativa e con ospitalità residenziale per quei pazienti che per la loro sintomatologia richiedono un intervento terapeutico intensivo a medio-lungo termine.

L'inserimento e la permanenza dei pazienti nel C.T.P. deve avvenire in funzione di definiti progetti terapeutici.

Come previsto dall'art. 18 della L.R. n. 61/1989, devono essere disciplinate le modalità organizzative del Servizio di reperibilità medica, unitario per tutte le strutture comunitarie residenziali del Servizio Dipartimentale, che potrà anche fornire consulti domiciliari su motivate richieste di medici di medicina generale. Al Servizio di reperibilità dovrà partecipare tutto il personale medico del Servizio Dipartimentale (esclusi i Primari) che, nello svolgimento di tale servizio, sarà alle dipendenze funzionali del Primario Coordinatore, che ne curerà l'organizzazione, in collaborazione col Primario responsabile del S.P.D.C.

Comunità Protetta

La Comunità Protetta (C.P.) è un presidio sanitario ove vengono effettuati interventi terapeutici e psico-riabilitativi di lunga durata, in condizioni di residenzialità protetta, con assistenza continuativa nelle 24 ore, per quei pazienti che, per la presenza di costanti alterazioni psichiche, siano incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali.

Ogni Servizio Dipartimentale dovrà avere almeno una Comunità Protetta considerando ottimale il rapporto di una ogni 100.000 abitanti o frazione superiore al 50%.

Comunità Alloggio

La Comunità Alloggio (C.A.) è un presidio socio-assistenziale a carattere residenziale per quei pazienti psichiatrici che, pur avendo una sufficiente capacità di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali, presentano rilevanti difficoltà relazionali che impediscono una normale collocazione abitativa in famiglia o altrove.

Ogni Servizio Dipartimentale dovrà avere almeno una Comunità Alloggio considerando ottimale il rapporto di una ogni 50.000 abitanti o frazione superiore al 50%.

Presso la competente struttura regionale è attivato il *Sistema Informativo sulla assistenza psichiatrica*.

La progressiva attuazione della nuova rete completa di presidi psichiatrici comporterà una revisione del ruolo delle Case di Cura convenzionate. In particolare, le modalità del loro utilizzo dovranno essere sottoposte a verifica per giungere a formulare nuove e più adeguate regole di impiego ottimale di queste strutture, con conseguenti modifiche delle convenzioni in atto.

Per la gestione, anche parziale, di servizi finalizzati alla realizzazione degli obiettivi fissati dalla presente legge, le UU.SS.SS.LL. potranno altresì stipulare apposite convenzioni con Enti e organismi privati che siano in possesso di requisiti strutturali e organizzativi contenuti nella presente legge e definiti nella deliberazione di cui all'art. 17 della medesima.

La L.R. n. 61/1989 prevede che i necessari progetti di superamento e riconversione degli Ospedali Psichiatrici, predisposti sulla base della presente legge, saranno oggetto di apposite deliberazioni del Consiglio Regionale, una per ciascuno degli Ospedali Psichiatrici tuttora esistenti in Piemonte.

Tali progetti tengono conto delle esigenze prospettate dalla U.S.S.L. territorialmente competente nel rispetto della unitarietà e coerenza delle attività della U.O. psichiatrica nel contesto generale delle funzioni socio-sanitarie di prevenzione, assistenza e riabilitazione.

Prevede inoltre che il primo di questi progetti di superamento e di riconversione sia presentato dalla Giunta Regionale entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge e comunque tutti entro la validità del Piano Socio-Sanitario Regionale.

Al fine di programmare e coordinare gli interventi a tutela della salute mentale della popolazione adulta con quelli indirizzati all'infanzia ed all'adolescenza, all'età senile, ai problemi della coppia e della famiglia, agli alcoolisti ed ai tossico-dipendenti, è necessario prevedere l'istituzione del *Dipartimento di Salute Mentale* nell'ambito del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale».

Sempre nell'ambito di tale progetto va prevista la doppia appartenenza al Dipartimento Materno-Infantile e al Dipartimento di Salute Mentale delle Unità Operative Autonome di Neuro Psichiatria Infantile, sia già istituite sia da istituirsi in ogni area territoriale.

Il Dipartimento di Salute Mentale da istituire con apposito provvedimento regionale, nell'ambito della legge regionale P.S.S.R., deve comprendere tutte le UU.OO. che intervengono nel settore della salute mentale; va altresì previsto il rapporto collaborativo con le UU.OO. per alcooldipendenti e tossico-dipendenti.

La L.R. n. 61/1989 prevede l'effettuazione di *verifiche*, che prenderanno in esame:

- a) la costituzione e la funzionalità dei Servizi Dipartimentali psichiatrici;
- b) l'attuazione dei nuovi presidi nei tempi previsti;
- c) l'adeguamento dei presidi già esistenti ai nuovi standard;
- d) l'adeguamento degli organici del personale ai nuovi standard;
- e) le modalità di collaborazione del S.S.N. con il volontariato, l'Università, le Case di Cura convenzionate ed altre istituzioni private;
- f) i progetti di superamento e di riconversione degli Ospedali Psichiatrici;
- g) il progetto di Dipartimento di Salute Mentale;
- h) le attività di formazione ed aggiornamento del personale;
- i) l'attuazione ed il funzionamento del sistema informativo;
- l) le modalità dell'intervento nell'urgenza psichiatrica.

La L.R. n. 61/1989 prevede che la realizzazione degli obiettivi avvenga sulla base dei seguenti criteri:

- a) attuazione nell'arco temporale di dieci anni;
- b) n. 25 Centri di Terapie Psichiatriche pari a 400 posti letto;
- c) n. 25 Comunità Protette per un totale di 500 posti letto;
- d) n. 50 Comunità Alloggio;
- e) adeguamento delle strutture esistenti.

La L.R. 23-4-1990 n. 37: Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1990-92” prevede, tra i progetti obiettivo e le azioni programmate del P.S.S.R., il progetto obiettivo: “Tutela della salute mentale e risocializzazione dei disabili psichici”.

Il progetto intende affrontare i seguenti problemi emergenti:

- 1) mancata realizzazione e/o carenza sull'intero territorio regionale di una rete completa di strutture e servizi psichiatrici indispensabili per dare risposte adeguate alle diverse malattie mentali nei vari stadi della loro evoluzione;
- 2) insufficiente preparazione e carente aggiornamento degli addetti al settore rispetto alla complessità dei nuovi compiti sia nella cura delle patologie più gravi sia nell'intervento sulle cosiddette patologie lievi e nell'attenzione alla nuova cronicità;
- 3) mancata organizzazione dipartimentale con conseguente grave carenza di continuità, coerenza e coordinamento degli interventi;
- 4) ritardo nel superamento definitivo degli ospedali psichiatrici;
- 5) assenza di coordinamento degli interventi a tutela della salute mentale della popolazione adulta con quelli indirizzati all'infanzia, alla adolescenza ed all'età senile; carenza di collaborazione nelle attività rivolte ai problemi delle coppie e delle famiglie, agli alcolisti ed ai tossicodipendenti con conseguenti conflitti di competenza ed impossibilità di concordare una efficace opera di educazione di prevenzione primaria;
- 6) rilevanza di problemi di salute mentale nella preadolescenza e nell'adolescenza causati dalla convivenza con familiari affetti da turbe psichiche e dalla convivenza in famiglie con dinamiche comportamentali patologiche;
- 7) insufficiente omogeneizzazione del sistema di riferimento nosologico e dei metodi di rilevamento con conseguente impossibilità di raccogliere ed elaborare dati attendibili per valutare l'efficacia degli interventi e programmare una migliore organizzazione e funzionalità del settore;
- 8) carenza di una completa ed omogenea rete di servizi di neuropsichiatria infantile con conseguenti ampie disuguaglianze.

Gli obiettivi generali sono:

- a) Favorire la scelta di riferimenti culturali validi ed unitari per la valutazione del bisogno psichiatrico e per la progettazione dell'intervento secondo modelli dinamici ed evolutivi tesi a favorire l'autonomia del malato psichiatrico ed il suo mantenimento nell'ambiente familiare;
- b) delineare una strategia generale preventiva per la salute mentale;
- c) promuovere la riorganizzazione quali-quantitativa dei servizi.

Gli obiettivi specifici, invece, sono:

- 1) Applicazione della L.R. 61 del 23 ottobre 1989 con le seguenti priorità nell'arco di validità del piano:
 - a) realizzazione di almeno 8 centri di terapia psichiatrica (C.T.P.);
 - b) completamento ed adeguamento ai nuovi standard dell'intera rete ospedaliera dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (S.P.D.C.);
 - c) potenziamento ed adeguamento ai nuovi standard della rete territoriale dei centri di salute mentale (C.S.M.);
 - d) attivazione, anche mediante convenzionamento totale o parziale con enti privati, di almeno il 30% della rete residenziale delle comunità protette e delle comunità alloggio;
- 2) potenziamento delle attività di formazione professionale;
- 3) creazione dei servizi dipartimentali psichiatrici;

- 4) entro l'arco di tempo di validità del piano gli ospedali psichiatrici del Piemonte devono, con le modalità previste dalla più volte richiamata legge regionale, essere definitivamente superati e, laddove la validità delle strutture e della loro collocazione sul territorio lo consenta, riconvertiti in presidi coerenti ed integrati in modo unitario con la rete del servizio dipartimentale psichiatrico, superando l'autonomia gerarchico funzionale rispetto al dipartimento;
- 5) creazione del dipartimento di salute mentale;
- 6) attivazione del sistema informativo regionale sull'assistenza psichiatrica con il compito di raccogliere ed elaborare dati attendibili e comparabili, mediante questionari omogenei ed obbligatori per tutte le U.S.S.L., nonché di promuovere attività di ricerca e di analisi epidemiologica, indispensabili per la programmazione della futura evoluzione dei servizi;
- 7) creazione delle unità operative autonome di neuropsichiatria infantile;
- 8) promozione del coordinamento degli interventi sulla popolazione con il servizio socio-assistenziale.

Per quanto riguarda l'organizzazione, i servizi coinvolti sono:

- 1) il servizio di assistenza sanitaria specialistica mediante le u.o. autonome:
 - assistenza psichiatrica;
 - neuropsichiatria infantile e mediante le strutture previste dalla L.R. 61 del 23 ottobre 1989;
- 2) il servizio di assistenza sanitaria di base mediante:
 - il gruppo di distretto;
- 3) il servizio di assistenza sociale mediante:
 - il gruppo di distretto;
- 4) il gruppo di lavoro per l'alcolismo.

Il coordinamento avviene a più livelli come previsto anche dalla L.R. 61 del 23 ottobre 1989.

L'art. 3 della **L.R. 13-4-1995 n. 64: "Norme di salvaguardia per la programmazione sanitaria regionale"** riguarda l' *"Organizzazione dei servizi di tutela della salute mentale"*. In particolare, in attuazione del DPR 7 aprile 1994 «Approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994/1996"», è costituito in ogni USL il dipartimento di salute mentale, eventualmente articolato in unità modulari. I servizi di diagnosi e cura psichiatrici, collocati in Aziende ospedaliere, fanno parte integrante dei dipartimenti di salute mentale in cui insistono territorialmente. La Giunta Regionale dispone le direttive attuative inerenti le modalità organizzative dei dipartimenti di salute mentale.

La Giunta della Regione Piemonte, con **D.G.R. 29 novembre 1996, n. 489 - 14975**, ha adottato le linee guida per la chiusura definitiva degli ex O.P. prevedendo che questa sarebbe avvenuta tramite rivalutazione clinica dei pazienti (**D.G.R. 3 aprile 1996, n. 118-7609**).

La rivalutazione doveva essere effettuata *"attraverso la stretta collaborazione e comune responsabilità, tra gli operatori degli ex O.P. e quelli operanti sul territorio del Dipartimento di salute mentale e/o del servizio socio-assistenziale di provenienza dei pazienti" e con la presa in carico del paziente da parte dell'A.S.L. di provenienza del medesimo nonché dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali"*.

La **L.R. 12 dicembre 1997, n. 61 "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999"** stabiliva inoltre che *"La Regione interviene finanziariamente a favore degli Enti gestori dei servizi socio - assistenziali a copertura degli oneri derivanti dall'organizzazione e dall'erogazione delle prestazioni destinate ai soggetti con patologie psichiatriche in carico anche ai servizi socio - assistenziali e ai soggetti rivalutati ai sensi della Delib.G.R. 3 aprile 1996, n. 118-7609"*.

La Regione, con **DGR 22 dicembre 1997 n. 229-23698: "Individuazione di criteri ed interventi per il superamento e la definitiva chiusura degli ex Ospedali Psichiatrici di cui alla D.G.R. 29**

novembre 1996, n. 489-14975”, ha previsto l'erogazione di incentivi per la presa in carico dei pazienti stabilendo che i pazienti rivalutati di tipo A (di norma adulti portatori di handicap) e di tipo B (di norma non autosufficiente anziani e non) vengano presi in carico dall'Ente socio-assistenziale titolare del domicilio di soccorso degli stessi il quale assume la "corresponsabilità progettuale e finanziaria dei progetti di dimissione".

La **D.G.R. 2 agosto 1999, n. 74-28035. “L.R. n. 61/1997, All. C, punto 4 “Tutela della salute mentale”. Linee d'indirizzo per la presa in carico delle persone rivalutate ai sensi della Delib.G.R 3 aprile 1996, n. 118-7609 e per l'istituzione della Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche”** contiene un allegato A ed un allegato B.

L'Allegato A si riferisce al: *“Protocollo d'intesa sulle problematiche inerenti la presa in carico dei pazienti psichiatrici sia provenienti dagli ex OO.PP. sia provenienti da diversa residenzialità, sottoposti a rivalutazione clinica e attribuiti agli enti gestori delle attività socio-assistenziali”*. Prevede che la presa in carico delle persone già ricoverate negli ex O.P. e nelle strutture con oneri a carico del bilancio A.S.L. avvenga nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, con definiti seguenti criteri e modalità.

L'Allegato B riguarda, invece, la *Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche*, come prevista dal protocollo d'intesa (punto 4) di cui all'allegato A), le sue funzioni e la composizione:

- monitoraggio del processo di rivalutazione clinica sul territorio regionale, attuato ai sensi della D.G.R. 3 aprile 1996, n. 118-7609 e della presente deliberazione;
- riesame, su istanza delle parti interessate, ai fini della soluzione delle controversie insorgenti a livello locale rispetto alle risultanze delle riclassificazioni, delle rivalutazioni cliniche effettuate ai sensi della D.G.R. n. 118-7609/1996 e della DGR n. 74-28035/1999.

A fronte di eventuali ricorsi presentati dai soggetti pubblici o privati interessati avverso le determinazioni degli organi tecnici localmente competenti alla rivalutazione clinica, è compito della Commissione centrale definire l'appartenenza dei pazienti ad una delle tipologie indicate alla lettera D) del Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994/96" di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.

La **D.G.R. 2 agosto 1999, n. 36-27998: “Sviluppo della rete regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza. Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali”** approva le indicazioni in merito allo sviluppo della rete di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza così come precisato nell'allegato A): *“Sviluppo della rete regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza”*.

In particolare, si sottolinea che le attività di tutela della salute mentale dedicate all'età evolutiva (dei bambini e dell'adolescente) e considerate nel loro complesso di prevenzione dei rischi di disagio psichico e di presa in carico di situazioni già compromesse, costituiscono una parte molto rilevante delle funzioni di N.P.I., sia in termini di rilevanza terapeutica che di integrazione funzionale con altri servizi ed enti (collegamenti necessari ed indispensabili con il Dipartimento di salute mentale con gli altri servizi dell'area materno-infantile, con le Istituzioni educative e scolastiche, dai nidi alle scuole medie superiori, con i Servizi sociali e i Tribunali per i minorenni).

Particolare rilevanza sanitaria assumono le situazioni di grave disagio psichiatrico espresse dai minori per l'eventuale prestazione di ricovero: le Aziende ospedaliere sede di attività di alto contenuto specialistico di Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) debbono garantire la possibilità di degenza protetta presso il proprio reparto, laddove non sia opportuno un ricovero all'interno dei posti letto in rete propri di ogni N.P.I. Inoltre, in presenza di pazienti adolescenti in cui il trattamento sanitario di ricovero si configuri di difficile gestione da parte dei servizi di N.P.I., lo stesso può essere effettuato presso l'S.P.D.C. di zona o altro di riferimento su progetto specifico concordato. La titolarità della presa in carico è del servizio di N.P.I. che per l'attività di ricovero si integra con il Dipartimento di salute mentale.

Gli obiettivi generali possono riassumersi nei seguenti:

- a) ridurre la prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche in età evolutiva;
- b) svolgere una effettiva azione di prevenzione.

Obiettivi più specifici sono:

- a) costruire una cornice organizzativa che favorisca la massima integrazione degli interventi attualmente frammentati;
- b) razionalizzare secondo una coerente sequenza i diversi interventi, con una integrazione tra i diversi momenti della prevenzione, della diagnosi, della presa in carico, della terapia e dell'integrazione sociale;
- c) realizzare progetti che superino l'istituzionalizzazione in età evolutiva e che impediscano la tendenza a "manicomializzare" silenziosamente i casi gravi e cronicizzati;
- d) realizzare un monitoraggio della qualità degli interventi;
- e) implementare il coordinamento funzionale con tutti gli altri servizi che operano per la tutela della salute mentale per attivare programmi comuni ai fini della presa in carico di pazienti in fascia di età "di confine" e di pazienti disabili psichici adulti.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ogni Azienda sanitaria locale eroga prestazioni di base di N.P.I. collocandole all'interno del Dipartimento materno infantile ed opera in collegamento con le attività di Recupero e rieducazione funzionale nell'ambito del Dipartimento materno-infantile ed il Dipartimento di salute mentale all'interno dei gruppi di progetto.

Le attività di N.P.I. di base devono rispondere alle richieste di salute della popolazione infantile residente attraverso una modalità operativa caratterizzata da un'organizzazione integrata tra ambito ospedaliero e distrettuale. L'accesso al servizio può anche essere diretto. Svolge, in particolare, erogazione di prestazioni e funzioni di tutela. Le prime si caratterizzano in:

- a) interventi ambulatoriali;
- b) interventi in Day Hospital con funzione diagnostica (l'esecuzione di esami non eseguibili ambulatoriamente: esami neuroradiologici in narcosi, elettrofisiologici in siesta, con attivazione farmacologica, ecc. e per gli approfondimenti diagnostici psichiatrici che richiedono osservazioni prolungate e con la partecipazione di più operatori) terapeutica (per le patologie neuropsichiatriche che presentano una certa complessità ma per le quali non è strettamente necessaria la degenza), e riabilitativa (per patologie che richiedono un'osservazione prolungata e interventi riabilitativi con la presenza di più operatori per la formulazione del progetto riabilitativo).
- c) interventi di ricovero in posti letto nei reparti di degenza dell'area pediatrica, ovvero all'interno dell'area psichiatrica per le situazioni di grave disagio psichiatrico che non possano trovare adeguata risposta nell'area pediatrica.

Le Aziende sanitarie locali 1 di Torino e 15 di Cuneo definiscono, sulla base di specifici accordi convenzionali, le modalità peculiari delle attività ospedaliere.

Le funzioni di tutela attengono nel loro complesso a tutte le attività non riconducibili a prestazioni sanitarie dirette al paziente, ma indispensabili per il successo della presa in carico ed il raggiungimento del progetto individuale di intervento: in particolare le funzioni di tutela sono relative all'integrazione tra i diversi servizi anche appartenenti ad enti diversi (tribunali per i minorenni ed ordinari, enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, comuni, province, scuola, formazione professionale, etc.), nonché a tutte le attività connesse all'integrazione trasversale per obiettivi svolte all'interno dei gruppi di progetto.

Le attività di N.P.I. di alta specialità sono in particolare dirette alla diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche che necessitano di interventi diagnostici ad alto contenuto tecnologico, di interventi terapeutico-riabilitativi complessi e di interventi di emergenza. Si tratta di attività ospedaliere articolate in interventi ambulatoriali, di day hospital e di ricovero e debbono poter assicurare le prestazioni di cui sopra a mezzo di strumentazioni di elevato contenuto tecnologico, quali ad es. TAC e RMN, EEG dinamici, Video EEG, EMG, Potenziali Evocati, ricerche

ematochimiche e liquorali per dosaggi farmacologici e tossicologici, malattie virali, neurometaboliche, d'accumulo, ecc.

Le attività specialistiche vengono svolte in stretta integrazione funzionale con quelle di base, nel rispetto della continuità terapeutico-riabilitativa.

Le attività di alta specializzazione sono collocate nelle Aziende ospedaliere nazionali O.I.R.M./S. Anna, Ospedale Maggiore di Novara, Ospedale S. Croce di Cuneo, Ospedali "SS Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria.

Tutte le strutture di N.P.I. devono essere adeguate all'attività, accessibili, con attenzione a garantire gli spazi necessari e diversi in relazione alle diverse tipologie di pazienti. Le strutture di N.P.I. di alta specialità, ed in modo particolare quelle dedicate agli interventi di ricovero, devono rispondere alle esigenze assistenziali e diagnosticoterapeutiche per delle patologie complesse neurologiche e psichiatriche.

I poli ambulatoriali devono essere impostati con la massima agibilità organizzativa per facilitare una percentuale significativa di attività preventiva su popolazione sana e su popolazione a rischio.

Il lavoro diagnostico e terapeutico deve poter coinvolgere attivamente la rete familiare, anche con spazi formalizzati, nelle strutture appena indicate.

La D.G.R. 11-12-2000 n. 80-1700: “Art. 3, comma 1-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s. m. i. Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali” disciplina anche il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)

L'A.S.L., infatti, organizza la rete dei servizi e delle attività finalizzate alla tutela della salute mentale nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), già istituito ai sensi del DPR 7 aprile 1994 e confermato nella sua modalità organizzativa nel DPR 10 novembre 1999. Il D.S.M. svolge le seguenti funzioni assistenziali:

- ambulatoriale/domiciliare: Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
- semiresidenziale: Centro Diurno/Day Hospital (CD/DH);
- residenziale: Comunità Protetta, Centri di terapia Psichiatrica, Comunità Alloggio (CP/CTP/CA);
- alternativa alla residenzialità: Gruppi Appartamento (GA) e altre soluzioni di piccolo nucleo previste e regolamentate dalla normativa vigente;
- ospedaliera di ricovero ordinario e di day hospital: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC-DH).

I S.P.D.C. collocati in A.S.O. fanno parte integrante dei DSM in cui insistono territorialmente, i quali pertanto, assumono la connotazione di Dipartimenti interaziendali.

I D.S.M. di AA.SS.LL. privi di S.P.D.C. utilizzano l'S.P.D.C. di Azienda limitrofa mediante apposita convenzione.

Il D.S.M. è articolato in moduli tipo con un ambito territoriale corrispondente ad uno o più distretti e con un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti.

Nelle realtà territoriali con bassa densità abitativa è preferibile che i D.S.M. con una popolazione di riferimento compresa tra 100.000 e 150.000 abitanti siano articolati in due unità modulari.

Il modulo, definito come struttura complessa, garantisce, come minimo, l'attività ambulatoriale e domiciliare, semi - residenziale, residenziale.

Nelle A.S.L. ove è presente un solo modulo, questo coincide con il D.S.M.

Il Direttore del Dipartimento partecipa al collegio di direzione.

Al D.S.M. possono afferire altre strutture semplici o complesse, secondo le esigenze organizzative e gestionali dell'Azienda.

La D.G.R. 13 aprile 2000, n. 52-29953 contiene indicazioni circa la: **“L.R. n. 61/1997 - P.S.R. - Allegato A, punto 2.3. Funzioni, ambiti di intervento ed attività dei servizi di psicologia”**. La **L.R. n. 61/1997: "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale**

per il triennio 1997-1999", nell'Allegato A) al punto 2.3 "la Rete Ospedaliera" prevede, infatti, l'istituzione, in via sperimentale, di appositi servizi di psicologia da parte delle Aziende Sanitarie regionali per le attività di cura e per il miglioramento delle attività di prevenzione, con le seguenti funzioni:

- programmare ed organizzare le prestazioni professionali psicologiche in ambito aziendale;
- programmare ed attuare progetti di ricerca e sperimentazione organizzativa finalizzati al miglioramento delle attività dei servizi che necessitano di prestazioni psicologiche;
- promuovere e gestire progetti che utilizzino le professionalità psicologiche al fine di collaborare alle attività di valorizzazione delle risorse umane, sviluppo organizzativo, valutazione della qualità delle prestazioni;
- programmare ed attuare iniziative di formazione professionale mirata.

Tale normativa prevede che la Giunta regionale, con proprio atto d'indirizzo, definisca le modalità organizzative, di monitoraggio e di funzionamento del servizio di psicologia.

La Giunta regionale, con **DGR 26 ottobre 1998, n. 45-25741**, ha istituito un Gruppo di Studio per l'approfondimento e la proposta all'Assessorato alla Sanità e Assistenza delle modalità organizzative, di monitoraggio e di funzionamento del Servizio di Psicologia, attraverso la sua integrazione funzionale nell'ambito delle attività delle Aziende Sanitarie regionali, tenendo conto dei compiti che questo dovrà svolgere secondo quanto definito al punto 2.3 della **L.R. n. 61/1997: "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999"**.

Per quanto attiene, in particolare, alla struttura organizzativa del Servizio di psicologia, si dà atto che, ai sensi del D.Lgs. n. 229/1999, art. 3, comma 1-bis, l'organizzazione e il funzionamento delle Unità sanitarie locali, da costituirsi in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, il quale "individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica".

Pertanto è previsto che le specifiche modalità organizzative del Servizio di Psicologia, analogamente a quelle delle altre strutture aziendali, saranno oggetto di disciplina nell'ambito di tale atto, il quale dovrà conformarsi ai principi e ai criteri che verranno stabiliti da parte della Regione.

Per quanto attiene al funzionamento del Servizio di Psicologia, considerato che la L. n. 56/1989 "Ordinamento della professione psicologo",

- all'art. 1, definisce che la professione di psicologo comprende "... l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla Persona al Gruppo agli Organismi Sociali e alle Comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. ..."
- e all'art. 3 definisce e regola l'esercizio dell'attività psicoterapeutica,

il Gruppo di Studio ha effettuato un primo monitoraggio delle sperimentazioni attivate in alcune A.S.O. e A.S.L. (di cui all'allegato A), ai sensi del P.S.R.

In base alla normativa citata ed a seguito del monitoraggio effettuato sulle sperimentazioni, sono state individuate le modalità di funzionamento e le attività del Servizio di Psicologia indicate nell'allegato A della D.G.R. 13 aprile 2000, n. 52-29953, quali indirizzi generali alle Aziende Sanitarie regionali, per l'istituzione dei servizi di psicologia, in via sperimentale ai sensi del P.S.R..

Per gli aspetti riguardanti l'integrazione organizzativa del Servizio di Psicologia con i D.S.M., si è tenuto conto del parere espresso dalla **Commissione Tecnica di Psichiatria** istituita con **D.G.R. 30 giugno 1997, n. 106-20623** nei limiti della normativa nazionale e regionale vigente.

Nelle more della definizione dell'organizzazione complessiva aziendale in attuazione del D.Lgs. 229/99 e nel rispetto della normativa nazionale e regionale di settore vigente, i servizi di psicologia avviati o in via di attivazione da parte delle Aziende Sanitarie regionali, ai sensi del P.S.R., formano oggetto della programmazione annuale dell'Azienda e del relativo piano di organizzazione nell'ambito delle risorse assegnate. Il monitoraggio viene effettuato nell'ambito dei relativi atti, della

relazione annuale di cui all'art. 12 della LR n. 61/1997 nonché delle ulteriori specifiche relazioni illustrative ritenute necessarie dalla Regione, su proposta e sentito il parere del Gruppo di Studio, per l'approfondimento del quadro conoscitivo.

Il tema dei requisiti per l'accreditamento delle strutture preposte all'assistenza ai pazienti con disturbi mentali è stato disciplinato con **DCR 22 febbraio 2000, n. 616-3149: "DPR 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione"**. In particolare:

CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal DPR 7 aprile 1994.

Requisiti minimi strutturali e tecnologici:

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun centro di salute mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

Requisiti minimi organizzativi

- presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;
- presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- apertura 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- collegamento con il Dipartimento di emergenza-urgenza;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, si rimanda a quanto previsto nella **D.C.R. 28 gennaio 1997, n. 357-1370**.

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal DPR 7 aprile 1994.

Requisiti minimi strutturali del centro diurno

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro diurno, senza altre particolari connotazioni;
- locale per colloqui/visite psichiatriche;
- collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;
- numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

Requisiti minimi organizzativi del centro diurno

- Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie;
- apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;
- presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

Il Dipartimento di Salute mentale gestisce il Centro diurno direttamente o avvalendosi di convenzioni con il privato sociale o imprenditoriale che garantiscono la continuità della presa in carico del paziente.

Requisiti minimi strutturali del Day hospital psichiatrico

- La tipologia del Day hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7 aprile 1994;
- locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

Requisiti organizzativi del Day hospital psichiatrico

- Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- può essere ubicato all'interno dell'ospedale con un collegamento funzionale-gestionale con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura o in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di salute mentale o Centri diurni), garantendo comunque: il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;
- collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994;
- presenza di personale medico ed infermieristico;
- presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi ai centri diurni e ai day hospital psichiatrici, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio regionale **D.C.R. 28 gennaio 1997, n. 357-1370**.

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Esplora le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7 aprile 1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi è necessario che vengano predisposti con il coinvolgimento del paziente, la famiglia e gli operatori della struttura ricevente progetti personalizzati concordati con il Dipartimento di Salute mentale inviante.

Requisiti minimi strutturali

- numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita;
- numero massimo dei posti 20;
- per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni; a condizione che tali strutture siano attivate e gestite

- direttamente dal Dipartimento di salute mentale anche attraverso il privato, qualificato da apposito atto di Giunta regionale, informata la Commissione consiliare competente;
- per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22 dicembre 1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a. e b.; punto f. in relazione alle dimensioni della struttura), 10;
 - collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

Requisiti minimi organizzativi

- Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7 aprile 1994, programmata o per fasce orarie;
- per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994.

Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali psichiatrici, dimessi ai sensi della L. n. 724/1994 art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata, da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in R.S.A.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle strutture residenziali psichiatriche, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio regionale D.C.R. 28 gennaio 1997, n. 357-1370.

La **D.G.R. 13 aprile 2000, n. 52-29953** stabilisce inoltre che l'organizzazione, il funzionamento e le attività dei servizi di psicologia istituiti ai sensi del P.S.R., vengono monitorati nell'ambito:

- degli atti di programmazione e di organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e della relazione annuale di cui all'art. 12 della L.R. 61/1997;
- delle ulteriori specifiche relazioni illustrative ritenute necessarie dalla Regione, su proposta e sentito il parere del Gruppo di Studio già istituito con Delib.G.R. 26 ottobre 1998, n. 45-25741 ai fini del completamento del quadro conoscitivo e della definizione dei principi e dei criteri organizzativi per l'atto aziendale previsto dai D.Lgs. n. 229/1999.

La **D.G.R. 15-3-2004 n. 41-12003** concerne la **”Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori”**. In particolare, l'allegato A, per quanto riguarda i disturbi mentali, prevede:

COMUNITÀ TERAPEUTICA PER MINORI (C.T.M.)

Definizione analitica

È una struttura residenziale per minori affetti da gravi disturbi comportamentali in fase sub-acuta, correlati a patologie psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza, che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semi-residenziale.

Modalità di accesso (tipologia e numero massimo dell'utenza)

La C.T.M. accoglie residenzialmente sino a dieci minori con gravità del quadro individuato attraverso l'asse 1 del ICD10 OMS.

L'età è compresa tra i 10 e i 17 anni (di norma una fascia dai 10 ai 14 anni ed una dai 14 anni sino al compimento della maggiore età o della conclusione del progetto terapeutico (in questo caso la situazione deve essere segnalata al Dipartimento di Salute Mentale).

L'accesso è di norma successivo al ricovero ospedaliero presso strutture complesse di Neuropsichiatria Infantile ovvero in SPDC o altre strutture di ricovero (cod. 40) (nei casi in cui il ricovero sia stato definito su progetto congiunto dei servizi di NPI e di Salute Mentale ed esclusivamente per minori dai 16 anni) o alternativo al ricovero con modalità preventive dello stesso.

Si ribadisce che il ricovero dei minori in strutture diverse dalla NPI può avvenire esclusivamente su progetto congiunto tra lo stesso servizio di NPI ed il Servizio di Salute Mentale.

Requisiti progettuali

Le comunità terapeutiche presentano due livelli progettuali.

Progetto del servizio (progetto di struttura) che definisce il modello operativo della C.T.M. Tale progetto, ed il relativo regolamento di funzionamento, deve svilupparsi nel rispetto delle caratteristiche generali comuni alle strutture residenziali per minori e mettere in evidenza la specifica caratterizzazione della struttura, con particolare attenzione all'inserimento nel territorio di appartenenza.

Vengono definiti: la fascia di età accolta (di norma una fascia dai 10 ai 14 anni ed una dai 14 anni sino al compimento della maggiore età), il modello di lavoro per garantire l'attuazione del progetto quadro individuale sul minore e del suo programma attuativo, i rapporti con le famiglie, i servizi invianti, la modalità di rapporto con le agenzie educative, formative e per il tempo libero del territorio al fine di garantire e sviluppare l'inclusione sociale e le modalità di dimissioni protette.

Il progetto deve inserirsi nei fabbisogni regionali ed è soggetto all'autorizzazione dell'ASL, previo parere della programmazione sanitaria regionale, ed alle modalità di autorizzazione alla realizzazione (articoli 8-ter e 8-quater D.Lgs. n. 502/1992, così come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999 e norme regionali vigenti).

La struttura è soggetta a vigilanza attraverso le commissioni già attive sul territorio, integrate da un rappresentante del Dipartimento Materno-Infantile e del Dipartimento di salute mentale.

Progetto personalizzato (programma attuativo sul minore) che definisce gli specifici interventi intensivi diagnostici, terapeutici e socio-riabilitativi erogati dalla struttura, la durata della permanenza (non superiore a 120 gg. prorogabili per un ulteriore quadrimestre) e la dimissione protetta. Il programma, a cura della comunità terapeutica, è sviluppato sulla base del progetto quadro elaborato dal Dipartimento Materno infantile dell'Azienda Sanitaria del territorio del minore in accordo con l'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali.

In particolare devono essere fornite sul versante diagnostico visite mediche specialistiche e sanitarie specifiche, valutazioni delle autonomie, delle funzioni adattivo-relazionali e cognitive; sul versante terapeutico psicoterapie individuali e di gruppo, neurofunzionali, neuropsicologiche, cognitive e terapie farmacologiche e sul versante socio-riabilitativo recupero e/o sviluppo delle autonomie di base, integranti, relazionali, gestione del controllo emotivo; deve essere assicurata l'impostazione di progetti di riabilitazione e reinserimento sociale.

Il progetto quadro ed il relativo programma attuativo devono essere annotati su cartella clinica riportante diagnosi codificata attraverso I.C.D. - 10 della O.M.S secondo gli standard regionali della rete di assistenza neuropsichiatrica dell'infanzia e adolescenza.

Il reinserimento in domicilio può essere preceduto da un periodo di ospitalità presso una Comunità Riabilitativa Psico-sociale, una Comunità Educativa Integrata oppure dall'eventuale inserimento in un Centro Diurno.

Personale

All'interno della C.T.M. è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:

- dirigente sanitario responsabile
- medico neuropsichiatra infantile
- psicologo
- infermiere professionale
- operatore della riabilitazione
- educatore professionale
- operatore Socio Sanitario o ADEST o OTA

Devono essere assicurate prestazioni terapeutiche continuative.

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio (psicoterapia, riabilitazione sociale, autonomie, autodeterminazione, attività espressive, scolastiche e sportive...).

Deve essere garantita un'attività di supervisione del personale.

Requisiti strutturali e tecnologici

La comunità risponde ai requisiti della civile abitazione.

Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti nel paragrafo sui requisiti strutturali di carattere generale, per l'autorizzazione al funzionamento devono essere presenti i seguenti locali:

- un locale per gli operatori;
- servizi igienici per il personale;
- locale per colloqui terapeutici e per assistenza sanitaria
- di primo intervento;
- locale per attività occupazionali.

Possono essere presenti ulteriori locali in rapporto al progetto di struttura:

- locale da adibire a laboratorio;
- sala riunioni;
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

COMUNITÀ RIABILITATIVA PSICOSOCIALE PER MINORI (C.R.P)

Definizione analitica

É una struttura di accoglienza per preadolescenti ed adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva, che hanno positivamente superato la fase acuta del disturbo comportamentale ma non sono ancora in grado di fare ritorno in famiglia, o per prevenire la stessa fase acuta.

Modalità di accesso (tipologia e numero massimo dell'utenza)

La C.R.P. accoglie residenzialmente sino a dieci minori, con gravità del quadro individuato attraverso gli assi 1 e 5 dell'ICD10 OMS. L'accesso è di norma successivo alle dimissioni dalla comunità terapeutica. L'età è di norma in una fascia compresa fra i 10 e i 14 anni ed una dai 14 anni sino al compimento della maggiore età o della conclusione del progetto terapeutico (in questo caso la situazione deve essere segnalata al Dipartimento di Salute Mentale), con l'obiettivo di preparare il loro miglior reinserimento sociale possibile.

Requisiti progettuali

Le comunità riabilitative psico-sociali hanno due livelli progettuali:

- Un progetto del servizio (progetto di struttura) che definisce il modello operativo della C.R.P. Tale progetto deve svilupparsi nel rispetto delle caratteristiche generali comuni alle strutture residenziali per minori e mettere in evidenza la specifica caratterizzazione della struttura con particolare attenzione al rapporto con il territorio ed all'inserimento del minore. Il progetto deve inserirsi nei fabbisogni regionali ed è soggetto all'autorizzazione dell'ASL, previo parere della programmazione sanitaria regionale, ed alle modalità di autorizzazione

alla realizzazione (articoli 8-ter e 8-quater, [D.Lgs. n. 502/1992](#), così come modificato dal [D.Lgs. n. 229/1999](#) e norme regionali vigenti).

- Un progetto personalizzato (programma attuativo sul minore) che definisce sia gli specifici interventi diagnostici, terapeutici e socio-riabilitativi estensivi da attuare, sia la permanenza in struttura residenziale e la dimissione protetta con particolare attenzione alle attività di inserimento sociale, ad esempio attività occupazionale, autodeterminazione, laboratori per il potenziamento/recupero delle attività prassiche (ceramica, falegnameria, meccanica...), attività culturali (teatro, cinema...), addestramento pre-lavorativo, tirocinio, borse-lavoro.

Il programma, a cura della comunità riabilitativa psico-sociale, è sviluppato sulla base del progetto quadro elaborato dal Dipartimento Materno infantile dell'Azienda Sanitaria del territorio del minore in accordo con l'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali.

Le comunità riabilitative psico-sociali inseriscono minori per i quali si prevede una permanenza per periodi medio-lunghi, di durata non superiore ai due anni (ex [L. n. 149/2001](#).)

Viene assicurata una continuità fra gli interventi in atto e quelli svolti in precedenza attraverso un costante rapporto con i servizi sociosanitari invianti.

Il progetto quadro e il suo programma attuativo devono essere annotati su cartella clinica riportante diagnosi codificata attraverso I.C.D. - 10 della O.M.S, secondo gli standard regionali della rete di assistenza neuropsichiatrica dell'infanzia e adolescenza.

Personale

All'interno della C.R.P. è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:

- dirigente-coordinatore struttura
- medico neuropsichiatria infantile
- psicologo
- infermiere professionale
- operatore della riabilitazione
- educatore professionale
- Operatore Socio Sanitario o ADEST o OTA

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio (psicoterapia, riabilitazione sociale, autonomie, autodeterminazione, attività espressive, scolastiche e sportive...).

Deve essere garantita un'attività di supervisione del personale.

Requisiti strutturali

La comunità risponde ai requisiti della civile abitazione. Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti i seguenti locali:

- una camera per gli operatori;
- un servizio igienico per il personale;
- un locale per colloqui terapeutici e per assistenza sanitaria di primo intervento;
- Inoltre possono essere presenti i seguenti locali:
- un locale per attività occupazionali;
- una sala riunioni;
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio;
- un locale da adibire a laboratorio.

FABBISOGNO REGIONALE DI POSTI LETTO IN STRUTTURE PER LA SALUTE MENTALE DEI MINORI

Ad integrazione della Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522 "Art. 8-ter D.Lgs. n. 229/1999. Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie", si individua nella fase transitoria, nelle more della definizione dell'accordo previsto dalla D.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389, allegato 1, Punto D, il fabbisogno regionale complessivo di posti letto in strutture residenziali per la tutela della salute mentale di minori, come di seguito specificato:

- Comunità terapeutica per minori n. 2,5 p.l./100.000 ab. Tot. n. 105 p.l.
- Comunità riabilitativa psico-sociale per minori: n. 2,5 p.l./100.000 ab. Tot. n. 105 p.l.

La copertura di tale fabbisogno avviene in concomitanza con lo sviluppo del percorso di concertazione Regione-Territorio previsto dalla Delib.G.R. n. 51-11389/2000, allegato 1, punto C per l'area della residenzialità psichiatrica, prioritariamente attraverso la riconversione di posti letto residenziali afferenti a tale area di attività, nonché attraverso la riconversione di posti letto residenziali presso strutture riabilitative ex art. 26 della L. n. 833/1978.

L'allegato B della D.G.R. 15-3-2004 n. 41-12003 prevede invece le tariffe per le strutture residenziali e semi residenziali per minori

Tipologia Struttura	
COMUNITÀ TERAPEUTICA PER I MINORI	
n. operatori coordinatori	1
n. operatori turnanti	7
n. ADEST	4
n. infermieri	0,2
n. NPI	0,6
n. psicologi	0,6
n. psicoterapeuti	0,3
Retta giornaliera	169,38

Tipologia Struttura	
COMUNITÀ RIABILITATIVA PSICO-SOCIALE PER I MINORI	
n. operatori coordinatori	1
n. operatori turnanti	6
n. ADEST	3
n. infermieri	0,2
n. NPI	0,3
n. psicologi	0,3
n. psicoterapeuti	0,2
Retta giornaliera	138,31