



REGIONE LIGURIA

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Linee di indirizzo
per la Tutela della Salute Mentale

(2005 – 2006)

INDICE

1 PREMESSE EPIDEMIOLOGICHE	pagina 3
2 LA DOMANDA PSICHIATRICA IN LIGURIA	pagina 4
3 L'OFFERTA PSICHIATRICA IN LIGURIA (ASPETTI GENERALI)	pagina 6
4 CONFRONTO TRA OFFERTA REGIONALE E STANDARD PREVISTI DAL P. O. "TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1998/2000	pagina 8
5 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (D.S.M.)	pagina 8
5.1 AREE DI INTERVENTO DEL D.S.M.	pagina 9
6 AZIONI STRATEGICHE	pagina 13
7 AZIONI PRIORITARIE NELL'OFFERTA	pagina 16
8 CONVENZIONE REGIONE – UNIVERSITA'	pagina 18
9 SISTEMA INFORMATIVO	pagina 19
10 ASPETTI FINANZIARI	pagina 20
ALLEGATO 1 (schede Ministero della Salute al 31/12/2003)	pagina 21
ALLEGATO 2 (Comunità terapeutico-riabilitativa per minori)	pagina 26

1. PREMESSE EPIDEMIOLOGICHE

Pur non essendo fino ad oggi state realizzate in Italia indagini di prevalenza sulle patologie psichiatriche e facendo quindi riferimento a studi internazionali, possiamo stimare all'interno della patologia psichiatrica il seguente quadro epidemiologico:

Schizofrenia: prevalenza pari a 0,4 casi per 100.

Depressione: prevalenza dell'insieme dei disturbi depressivi (depressione maggiore, distimia, sindromi ansioso-depressive) di 8 soggetti per 100.

Disturbo affettivo bipolare: prevalenza dell'insieme di episodio maniacale, sindrome affettiva bipolare, ciclotimia, episodio affettivo misto di 1,2 soggetti su 100.

Disturbi d'ansia: prevalenza dell'insieme dei disturbi d'ansia nel loro complesso (disturbo d'ansia generalizzato, disturbi fobici, disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, ecc.). di circa 15 soggetti ogni 100.

Certamente non è corretto mutuare i tassi sopra indicati automaticamente alla popolazione ligure, ma gli stessi possono comunque essere utilizzati come indicatori del bisogno inespresso di intervento nel campo della salute mentale.

2. LA DOMANDA PSICHIATRICA IN LIGURIA

Nel corso del 2002 si sono rivolti ai Servizi di Salute Mentale della Liguria 30.942 utenti di cui il 58% di sesso maschile e il 42% femminile.

La Tabella 1 indica la distribuzione percentuale degli utenti per diagnosi principale.

Tab.1 Distribuzione percentuale degli utenti in carico ai CSM della Liguria nel 2002 per Diagnosi (fonte AA.SS.LL.)

Diagnosi	Percentuale utenti
sindromi e disturbi psichici di natura organica	4,1
sindromi e disturbi psichici e comportamentali per uso di sostanze psicoattive	1,9
schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	25,2
sindromi affettive psicotiche	13,3
sindromi affettive non psicotiche	25,0
sindromi nevrotiche, legate a stress o somatoformi	15,8
sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare	2,9
disturbi di personalità e del comportamento dell'adulto	9,9
ritardo mentale	1,8
Totale	100

Il 25,2% dell'utenza dei Centri di Salute Mentale è rappresentato complessivamente da utenti con diagnosi di schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti. Sebbene questo tipo di disturbi sia poco diffuso nella popolazione generale, la sua gravità, anche sul piano della disabilità e del funzionamento sociale, è tale da comportare quasi inevitabilmente il ricorso ai Servizi da parte degli interessati o dei familiari. Gli utenti la cui diagnosi rientra in questa categoria generano spesso numerose prestazioni da parte di ciascuna figura professionale presente nel servizio.

Inoltre il 13,3% dell'utenza è caratterizzato da un altro quadro diagnostico assai grave, ovvero la sindrome affettiva psicotica. Anche questi utenti generano presumibilmente un alto numero di prestazioni e la loro assistenza comporta un rilevante carico di lavoro per le strutture di servizio.

Un altro 25% dell'utenza è rappresentato da soggetti con diagnosi di sindromi affettive non psicotiche. A livello di popolazione generale questo tipo di patologie è più diffuso rispetto alle precedenti; la gravità di tali disturbi può variare nei singoli individui che ne sono affetti.

Gli utenti con diagnosi di sindromi nevrotiche, legate a stress o somatoformi rappresentano il 16% circa dell'utenza. Poiché questo tipo di disturbi è tra i più diffusi nella popolazione generale si può

ipotizzare che le strutture di servizio non riescano a raggiungere una quota parte maggiore di soggetti che ne sono affetti perché gravate dal carico di lavoro generato dagli utenti schizofrenici o psicotici. Si può ipotizzare contestualmente che i soggetti affetti da disturbi di tipo nevrotico non sentano la necessità di rivolgersi alle strutture di servizio fintantoché la loro sintomatologia non li porti a livelli di disabilità, cattivo funzionamento sociale o sofferenza soggettiva non più gestibili autonomamente. In questo modo alle strutture di servizio continuano ad arrivare utenti con quadri strutturatisi in modo grave, o cronicizzati, i quali generano un alto numero di prestazioni, alto carico di lavoro ed hanno meno probabilità di remissione.

La categoria definita come disturbi di personalità e del comportamento dell'adulto raggruppa un altro 10% dell'utenza in carico; i disturbi su base organica o generati da uso di sostanze nel loro complesso raggruppano il 6% degli utenti ed i disturbi del comportamento alimentare il 3%.

Tab.2 Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico ai CSM della Liguria nel 2002 per Diagnosi (fonte AA.SS.LL.)

Diagnosi	Percentuale nuovi utenti
sindromi e disturbi psichici di natura organica	7,1
sindromi e disturbi psichici e comportamentali per uso di sostanze psicoattive	1,9
schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	12,0
sindromi affettive psicotiche	9,9
sindromi affettive non psicotiche	38,0
sindromi nevrotiche, legate a stress o somatoformi	18,8
sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare	2,8
disturbi di personalità e del comportamento dell'adulto	7,7
ritardo mentale	1,9
Totale	100

I nuovi utenti rappresentano circa il 10% del totale di coloro che sono stati in carico ai Servizi nel corso dell'anno. La distribuzione percentuale per sesso è la medesima del totale degli utenti: il 58% è di sesso maschile, il 42% femminile. Nell'ambito dei nuovi utenti, il 38% è rappresentato da soggetti con diagnosi di sindromi affettive non psicotiche ed il 19% da soggetti con diagnosi di sindromi nevrotiche, legate a stress o somatoformi. I casi nuovi rientrano pertanto in maggioranza in quadri di tipo nevrotico, mentre i soggetti con diagnosi di schizofrenia o psicosi affettive sono per lo più già in carico ai servizi dagli anni passati. I nuovi casi con diagnosi rientrante in queste ultime due categorie sono complessivamente il 21%. Sarà importante continuare a monitorare le caratteristiche cliniche dei nuovi casi nel corso degli anni per analizzarne l'andamento temporale e poter effettuare analisi di tipo epidemiologico, ovvero interpretarne il significato.

3. L'OFFERTA PSICHIATRICA IN LIGURIA (ASPETTI GENERALI)

La rete dei servizi per la tutela della salute mentale è così costituita:

Tab. 3 rete dei servizi per la Salute Mentale in Liguria nel 2003 (fonte AA.SS.LL. – schede Ministero della Salute)

Tipologia d'offerta	Numero strutture	Posti
CENTRI DI SALUTE MENTALE	21	-
AMBULATORI PERIFERICI	23	-
SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA	10	183
CLINICHE UNIVERSITARIE	1	42
CENTRI DURNI	17	304
STRUTTURE RESIDENZIALI (pubbliche e private/convenzionate)	41	746
CAUP	15	109

Il Personale operante complessivamente nei Dipartimenti di Salute Mentale è costituito da 1143 unità distribuite per categorie professionali come rappresentato in Tabella 4.

Tab. 4 distribuzione degli operatori dei D.S.M. per categoria professionale (fonte AA.SS.LL. – schede Ministero della Salute)

Categoria professionale	Unità di personale	Percentuale
Psichiatri	205	17,9
Altri medici	1	0,1
Psicologi	67	5,9
Infermieri	618	54,1
Assistenti sociali	51	4,5
Educatori	33	2,9
OTA	113	9,9
Assistenti sanitari	5	0,4
Amministrativi	36	3,1
Ausiliari	13	1,1
Altro	1	0,1
Totale	1143	100,0

La categoria professionale più rappresentata è quella degli infermieri (54,1%), seguita dai medici psichiatri (17,9%) e dagli O.T.A. (9,9%). Gli psicologi rappresentano il 5,9% circa del personale.

La distribuzione percentuale delle prestazioni erogate dai Centri di Salute Mentale è coerente con la tipologia di personale presente. Il 30% circa delle prestazioni, erogato da personale specialistico, è rappresentato dall'insieme di visita medico psichiatrica e psicoterapia. Il 13% delle prestazioni è rappresentato da attività inerenti le terapie farmacologiche, mentre le visite esterne (tra cui gli interventi domiciliari) rappresentano il 18% circa delle prestazioni erogate. L'insieme di consulenze, diagnosi, attività di sostegno e riabilitazione rappresenta il 35% dell'attività dei servizi.

La rilevazione delle prestazioni deve ulteriormente affinarsi per poter descrivere realisticamente l'offerta dei servizi. In particolare occorre individuare quali pazienti generano le diverse tipologie di prestazioni e da quali categorie professionali esse vengono erogate.

Tab. 5 distribuzione percentuale delle prestazioni erogate dai C.S.M. (fonte AA.SS.LL.)

Tipologia	Percentuale
Visita medico psichiatrica	23,4
Psicoterapia	9,8
Visite Esterne	18,7
Somministr. e controllo terapie farmacol.	13,6
Altre (diagnosi, Interventi di urgenza sostegno, consulenza, riabilitazione)	36,0

Quanto illustrato fino ad ora, pur rappresentando solo un punto d'inizio per quello che riguarda l'analisi epidemiologia della malattia mentale in Liguria, pone le premesse per le indicazioni di intervento sviluppate nel presente documento.

4. CONFRONTO TRA OFFERTA REGIONALE E STANDARDS PREVISTI DAL PROGETTO OBIETTIVO “TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1998/2000”

Strutture per la tutela della Salute Mentale	RESIDENZIALITA'		S.P.D.C.		PERSONALE	
	(posti letto)		(posti letto)		(unità)	
	Valori aziendali *	Standards P.O.**	Valori aziendali *	Standards P.O.**	Valori aziendali *	Standards P.O.**
ASL 1 Imperiese	76	41,0	38	20,5	142	137,3
ASL 2 Savonese	199	54,5	29	27,3	219	184,6
ASL 3 Genovese	324	147,2	76	73,6	612	487,3
ASL 4 Chiavarese	52	29,1	20	14,6	69	97,4
ASL 5 Spezzino	87	42,5	20	21,2	102	141,4
Liguria	738	314,4	183	157,2	1144	1048

* Dati forniti dalle AA.SS.LL. aggiornati al 31/12/2003

** Residenzialità: 2 posti letto / 10000 abitanti; S.P.D.C. 1 posto letto / 10000 abitanti; personale: 1 unità di personale / 1500 abitanti. (abitanti liguri fonte ISTAT al 31/12/2002)

*** Senza CAUP e alloggi protetti

Come si evince dai dati esposti, la Liguria ha rispettato appieno i parametri, trovandosi in una situazione ancora più favorevole di quanto richiesto sia per il personale, i posti letto degli S.P.D.C. e soprattutto l'offerta della residenzialità.

Va precisato, in materia di personale, che esiste una maggiore offerta nelle Aziende Sanitarie Locali 2-Savonese e 3-Genovese ed in parte nella 1-Imperiese, mentre è inferiore per le restanti Aziende. Attraverso l'adeguamento degli organici e l'attivazione dello strumento della mobilità nel triennio si raggiungeranno i valori richiesti.

Nell'allegato 1 è illustrata in dettaglio la situazione per ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

5. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (D.S.M.)

Definizione

Il Dipartimento di Salute Mentale è un dipartimento a carattere strutturale, “organo centrale e di coordinamento atto a garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio”, come previsto dal Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”. Ogni Azienda Sanitaria ha istituito il DSM e sono state individuate e messe in atto modalità di collegamento tecnico ed organizzativo con i Distretti Sanitari sensibili alle esigenze locali.

In questo quadro diventa prioritario lo sviluppo delle attività territoriali, coordinate dal CSM quale centro di gravità del sistema, attraverso una piena integrazione degli interventi di assistenza psichiatrica e di salute mentale nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e delle Zone del territorio servito.

5.1 AREE D'INTERVENTO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

5.1.A IL CENTRO DI SALUTE MENTALE (C.S.M.)

Organizzazione e funzionamento dei Centri di Salute Mentale

Richiamata la centralità del C.S.M. all'interno dell'organizzazione dipartimentale, vengono puntualizzati alcuni obiettivi da raggiungere nel triennio di applicazione delle presenti linee di indirizzo:

- a) garanzia della presenza di almeno un C.S.M. per ogni area territoriale corrispondente al Distretto Sanitario, fatte salve specificità ed esigenze locali, con orari di apertura per almeno 65 ore settimanali (8-20 nei giorni feriali e 8-13 il sabato);
- b) ogni C.S.M. deve provvedere all'urgenza per interventi domiciliari e territoriali nelle ore di apertura. Tali interventi saranno invece effettuati nelle altre fasce orarie, nelle ore notturne e festive dai sistemi di emergenza/urgenza territoriale (118 e Guardia Medica);
- c) il D.S.M. deve definire protocolli di collaborazione con il Sistema 118 ed il Servizio di Continuità assistenziale (Guardia Medica), cui compete la valutazione delle richieste, al fine della migliore integrazione operativa e tecnico-professionale,
- d) in ogni C.S.M. va valorizzata la cultura multiprofessionale e la metodologia del lavoro in équipe, soprattutto nella presa in carico dei pazienti affetti da disturbi mentali gravi, anche attraverso l'introduzione di sistemi di "case-management" che favoriscano l'integrazione degli interventi, la responsabilizzazione nei confronti dell'utente, dei familiari, il monitoraggio e la valutazione degli esiti dei trattamenti;
- e) vanno incentivate le forme di collaborazione e cogestione con gli altri servizi territoriali per i casi di comorbidità, favorendo una gestione unitaria e non parcellizzata, anche attraverso lo strumento della Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.).

5.1.B IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori, in condizione di degenza, come previsto dalla normativa e dal Progetto Obiettivo 1998/2000.

Esso inoltre esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

Considerata la specificità e la funzione dell'S.P.D.C., quale Servizio ad elevata assistenza, si sottolineano alcuni obiettivi da raggiungere nel triennio di applicazione delle presenti linee di indirizzo:

- a) Confermare la necessità di un qualificato intervento di tipo psichiatrico nei Presidi Ospedalieri, soprattutto presso quelli che sono anche sede di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (D.E.A.);
- b) Migliorare l'integrazione con i Presidi Ospedalieri in ragione della crescente complessità dell'intervento psichiatrico intraospedaliero (sia di ricovero che di liaison) causata dalle nuove patologie, da fenomeni crescenti di comorbidità, dalla necessità di intervento psicologico/psichiatrico in molte patologie somatiche, dalla nuova domanda di salute;
- c) Inserire, laddove presente, l'S.P.D.C. all'interno del D.E.A.;
- d) Garantire il pieno funzionamento dei servizi di pronta disponibilità e di guardia psichiatrica attiva, a seconda del territorio servito e della complessità della casistica

(questi ultimi già opportunamente attivati nell'area metropolitana genovese)

- e) Affidare, nell'ambito dell'operatività complessiva del D.S.M., al responsabile dell'S.P.D.C., l'organizzazione dei servizi di pronta disponibilità o di guardia psichiatrica.
- f) Prevedere l'attivazione di posti di Day Hospital (D.H.), con opzione anche a livello territoriale.

Per quanto riguarda i rapporti convenzionali fra Aziende Sanitarie ed aziende Ospedaliere per la gestione degli S.P.D.C., essi dovranno tendere, nel triennio, alla piena titolarità delle Aziende Ospedaliere nella produttività degli S.P.D.C., al fine della loro migliore integrazione con gli altri reparti e servizi, fermo restando la responsabilità del personale del D.S.M., quale garanzia di continuità della rete assistenziale.

5.1.C LA RESIDENZIALITA' E LA SEMIRESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA

Il problema della residenzialità in psichiatria si pone allorché si consideri la necessità di fornire ai pazienti uno spazio riabilitativo extraospedaliero che tenga sostanzialmente conto di due esigenze:

1. garantire una soluzione il più vicino possibile alla naturalità dell'abitare, per permettere un momentaneo distacco dall'ambiente familiare e sociale, incompatibile col benessere del soggetto.
2. permettere un intervento terapeutico integrato (biopsicosociale) da parte di un'equipe di specialisti.

Trattandosi di soluzioni che hanno come riferimento principale la patologia psichiatrica più grave e gravosa (schizofrenia, disturbi di personalità, disabilità cronicamente persistenti) devono essere opportunamente declinate ed agilmente modulate per rispondere in modo puntuale ed esaustivo ai bisogni complessi dei pazienti e dei famigliari.

Dal punto di vista strutturale ed organizzativo possiamo individuare una serie di possibili offerte residenziali e semiresidenziali, erogate anche dal privato accreditato, da realizzare nel triennio 2004/2006, che si caratterizzano per dimensioni diverse, per diversa intensità dell'intervento terapeutico riabilitativo e per diverso grado di protezione-accudimento del paziente.

Per ogni tipologia di struttura, nel contratto terapeutico predisposto per ogni ospite, è prevista una verifica dell'andamento del progetto, che potrà avere, a seconda dell'intensità della struttura ospitante, una cadenza trimestrale, semestrale o annuale.

- A. **STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA PER POST ACUTI (S.E.P.A.):** è istituita nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, ha una ricettività non superiore a 20 posti letto, con una degenza massima di 90 giorni. E' destinata a pazienti provenienti dall'S.P.D.C. ed è ubicata presso una struttura ad alta intensità terapeutica o in sede specifica. Il personale della medesima va incrementato, rispetto a quello della C.T.R., di un infermiere per ogni turno, coprendo le 24 ore. L'intervento è garantito sulle ventiquattro ore.
- B. **COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA (C.T.R.):** struttura ad alta intensità terapeutico-riabilitativa : la sua funzione si richiama al D.P.R. 14\01\97 ed alle leggi regionali vigenti; ha un numero massimo di venti ospiti per modulo (possono

coesistere due moduli adiacenti per un massimo di quaranta posti) ; l'inserimento è consentito per un massimo di trentasei mesi.

Gli inserimenti devono essere tempestivi e quindi si riferiscono preferibilmente ad esordi di malattia o a situazioni cliniche non cronicizzate.

La presenza di operatori è garantita sulle ventiquattro ore.

Tali strutture hanno inoltre il compito di avviare e gestire percorsi di postresidenzialità (semiresidenzialità, inserimento lavorativo, ecc.).

Sarà necessario inoltre tenere in particolare conto le nuove esigenze di trattamento (ad esempio adolescenti con esordio psicopatologico, pazienti autori di reato in alternativa alla carcerazione o alla dimissione dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario), prevedendo percorsi differenziati, con la conseguente ricaduta sugli standard assistenziali e sui costi.

- B1. **COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA PER MINORI** : la struttura ha un ricettività massima di 15 posti residenziali, ospita pazienti in età adolescenziale che necessitano di una assistenza sanitaria continuativa, finalizzata al loro recupero, attraverso prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico-riabilitativo, che si avvalgono di apporti clinici e psicosociali.

L'obiettivo è quello di sviluppare il più elevato livello di autonomia acquisibile, con programmi flessibili e tempi non prolungati.

Tale struttura amplia il ventaglio di risposte che devono essere previste tra gli interventi volti all'età adolescenziale.

L'attività terapeutico-riabilitativa, estrinsecandosi di norma come prestazione a termine (D.P.C.M. 29/11/2001), con elevato grado di assistenza sanitaria, è a totale carico del S.S.R. e viene svolta con progetti individualizzati e per cicli, con verifica semestrale.

La struttura deve inoltre garantire rapporti stabili con la scuola.

Nell'allegato 2 vengono indicati i parametri strutturali ed organizzativi.

- C. **RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PSICHIATRICA (R.S.A.P.)**: struttura a media intensità terapeutico-riabilitativa, risponde al rischio di involuzione e di riacutizzazione dei pazienti che, per caratteristiche legate alla patologia ed a particolari situazioni esistenziali e sociali, necessitano di assistenza a lungo termine, ma nello stesso tempo usufruiscono di cure specialistiche senza le quali rischierebbero nuovi e prolungati ricoveri in SPDC. Può ospitare un numero massimo di quaranta pazienti.

L'intervento è garantito sulle ventiquattro ore.

- G. Per i pazienti che hanno raggiunto una stabilità della loro patologia, ma hanno ancora problemi di tipo organico collegati anche all'età, è da valutarsi inoltre la possibilità di accedere alle **RESIDENZE PROTETTE (R.P)**, che abbiano titolarità ad assistere queste persone, sempre con la consulenza del Dipartimento di Salute Mentale.

D. **COMUNITA' ALLOGGIO per UTENZA PSICHIATRICA (C.A.U.P.):** si articola in spazi, come quelli dei normali appartamenti, con una capacità ricettiva massima di nove posti. Deve possedere i requisiti di una comune abitazione. Rappresenta un "asse casa", per il passaggio all'appartamento.

Sono previste due tipologie di C.A.U.P.:

- ad alta intensità terapeutico-riabilitativa, con programmi terapeutici a termine, anche con il compito di gestire percorsi di postresidenzialità (alloggi assistiti, inserimenti lavorativi, sostegno all'abitare, ecc).

- a bassa intensità terapeutico-riabilitativa, con possibilità di essere, per i pazienti che lo necessitano, un punto di riferimento come momento abitativo.

E. **ALLOGGIO ASSISTITO**

Ha caratteristiche strutturali e funzionali delle civili abitazioni. Deve fornire ai pazienti opportunità abitative ed una assistenza familiare.

E' la tipologia d'offerta che si integra per eccellenza con gli Enti Locali.

F. **CENTRO DIURNO (C.D.)**

Il Centro Diurno garantisce interventi di contenimento, sostegno, riabilitazione, di durata usualmente inferiore alle 12 ore ed è privo di posti letto.

Strumenti fondamentali dell'azione del C.D. sono:

a) la promozione dell'auto-aiuto e dell'assunzione di responsabilità nell'utenza afferente;

b) l' integrazione con le altre strutture del DSM da un lato e con le realtà istituzionali, associative, imprenditoriali del territorio dall'altro, e quindi il lavoro di rete;

c) un'attenzione per le famiglie e i care-giver in genere.

Il Centro Diurno deve tendere a prevenire il ricorso ai trattamenti residenziali e favorire la diminuzione degli stessi, attraverso una presa in carico territoriale adeguata ed efficace.

6. AZIONI STRATEGICHE

Le azioni in oggi sono da individuarsi all'interno dei Piani aziendali.
E' fatto obbligo ai Direttori Generali provvedere alla loro attuazione.

E' necessario consolidare l'attuale struttura di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, con l'integrazione e la collaborazione con i Distretti Sanitari e le Zone sociali, anche tramite le seguenti "attività":

I. Lotta allo stigma

Obiettivi

L'attività è finalizzata a promuovere e realizzare specifici programmi di azione volti a ridurre lo stigma e la discriminazione nei confronti della malattia mentale in generale.

Gli obiettivi dell'azione sono :

- a) migliorare l'informazione del pubblico sui diversi disturbi mentali, in particolare sulla natura della schizofrenia, sulle possibilità di trattamento, sui luoghi di cura e sulle leggi sulla tutela della salute mentale;
- b) facilitare il coinvolgimento della comunità, attraverso la sperimentazione di servizi di prossimità, in specifici programmi di integrazione delle persone ammalate;
- c) realizzare programmi di azione volti a migliorare le informazioni delle associazioni, dei volontari, di insegnanti e studenti, di operatori socio-sanitari e valutarne l'impatto.
- d) realizzare una mappatura delle risorse potenziali ed attuali dei diversi territori coinvolti, in termini di connessione fra servizi, di percorsi e contesti potenzialmente fruibili, di servizi di prossimità o di altre risorse esterne ai servizi specificamente preposti alla cura ed all'assistenza (gruppi di aggregazione e di strutturazione sociale, servizi e professionisti operanti a contatto con il pubblico, volontariato, ecc.);
- e) definire e sperimentare delle modalità atte a combattere lo stigma ed i pregiudizi nei confronti della malattia mentale;
- f) definire e sperimentare modalità di collaborazione fra servizi.

II. Collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale

Obiettivo

Promuovere un programma di integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale ed i Medici di Medicina Generale per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici.

L'azione è volta a determinare le condizioni istituzionali perché i Dipartimenti di Salute Mentale ed i Medici di Medicina Generale e dei Distretti Sanitari attivino nelle situazioni locali un rapporto di sinergia per quanto riguarda la cura dei disturbi psichici. Le modalità operative individuate per lo sviluppo dei singoli programmi a livello locale sono basate sul coinvolgimento diretto degli operatori in gruppi di lavoro finalizzati a programmi di formazione interattiva e alla definizione di linee guida per la presa in carico differenziata o condivisa dei pazienti affetti da disturbi psichici. Se da una parte si guarda alle condizioni

istituzionali della collaborazione tra servizi, dall'altra si ritiene necessario il diretto coinvolgimento dei professionisti nelle fasi operative vere e proprie, attraverso:

- a) Migliorare il riconoscimento dei disturbi psichiatrici comuni nella popolazione assistita da parte dei M.M.G.
- b) Migliorare la prevenzione, la gestione ed il trattamento dei casi con disturbi psichiatrici comuni da parte dei M.M.G., con un adeguato supporto da parte dei D.S.M..
- c) Promuovere programmi dei D.S.M. per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici nell'intera popolazione del bacino di utenza delle Aziende Sanitarie Locali attraverso progetti collaborativi con i M.M.G.
- d) Strutturare i percorsi assistenziali per il disagio psichico sulla valutazione dei bisogni
- e) Favorire l'integrazione tra i D.S.M. e la Medicina Generale.
- f) Migliorare il trattamento internistico di pazienti in carico al D.S.M. con disturbi psichiatrici severi.

I Direttori di Distretto dovranno curare in maniera particolare il rapporto tra D.S.M. e M.M.G., avviando almeno un progetto per A.S.L.

III. Prevenzione e cura dei disturbi psichiatrici nell'adolescente e nell'età evolutiva

L'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale deve incontrare i programmi e gli interventi dei settori Materno Infantile e dei disabili, attraverso l'istituzione di gruppi stabili interprofessionali ed interdipartimentali, strutturati tra aspetti pediatrici, pedagogici, neuropsicologici e neuropsichiatrici, con il fine di realizzare un modello organizzativo di carattere funzionale che assicuri:

- a) L'unitarietà degli interventi
- b) La continuità terapeutica
- c) Il collegamento funzionale con i servizi pedagogici e didattici (scuole, centri di aggregazione dei Comuni)
- d) La considerazione della comorbidità tra i diversi disturbi seguiti dalla neuropsichiatria infantile e dalla psicologia.

Si tratta in sostanza di attivare in ogni A.S.L. un "progetto adolescenti" per la presa in carico dei soggetti affetti da disturbi psicopatologici.

Per gli aspetti relativi ai disturbi psichiatrici nell'adolescente e nell'età evolutiva si richiede l'avvio, per la prima annualità, di un progetto per A.S.L.

IV. Prevenzione e cura dei disturbi psichiatrici nella terza età

L'alta incidenza della popolazione anziana all'interno della regione Liguria richiede che anche la materia psichiatrica abbia uno stretto coordinamento con quella geriatrica per garantire unitarietà di interventi e continuità terapeutica, assicurate attraverso:

- a) L'integrazione con componenti del Dipartimento di Salute Mentale delle Unità di Valutazione Geriatriche, per riconoscere i bisogni di cure specialistiche nei soggetti in età geriatrica.
- b) La definizione di protocolli di collaborazione con i servizi sociali e sanitari che si occupano di assistenza geriatrica.

- c) L'attivazione di percorsi assistenziali basati su metodologie sperimentate ed efficaci
- d) L'azione di verifica e miglioramento della qualità in progetti sperimentali di collaborazione pubblico – privato, con l'obiettivo di attivare procedure di rete efficaci ed efficienti, con particolare riferimento alla domiciliarità ed alla residenzialità.
- e) La lotta a qualsiasi forma di discriminazione dei pazienti anziani affetti da disturbi psichiatrici, aumentando l'accessibilità a tutte le offerte della rete assistenziale (dall'assistenza domiciliare ai trattamenti residenziali), attraverso la stretta e continuativa collaborazione con tutti i servizi del D.S.M.

Per gli aspetti relativi ai disturbi psichiatrici nella terza età si richiede l'avvio, per la prima annualità, di un progetto per A.S.L.

V. Formazione

Fondamentale è la formazione del personale ai percorsi di cura ed il monitoraggio con il paziente dei processi operativi in grado di valutare i risultati, sulla base di "contratti terapeutici" che prevedano tempi e metodi dichiarati e, per quanto possibile, misurabili nell'ambito di un miglioramento costante della qualità dell'offerta.

E' necessario in tal senso favorire la formazione degli operatori al ruolo di "mediatori per conciliare gli interessi sociali a favore della salute", lavorando come stimolatori del rafforzamento (empowerment) delle conoscenze e delle competenze dei pazienti, permettendo loro di fare scelte per la propria salute.

L'obiettivo è quindi di sviluppare, con iniziative regionali ed aziendali, interventi di formazione ed aggiornamento continui, in linea con il sistema ECM, per tutte le professionalità e collegati alle presenti linee di indirizzo.

7. AZIONI PRIORITARIE NELL'OFFERTA

Nel vigente Piano Sanitario Nazionale e nel Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000 vengono individuati alcuni "progetti" che all'interno delle presenti linee di indirizzo si assumono come contenuti prioritari dell'offerta psichiatrica.

I. Interventi precoci nella fase di esordio psicopatologico e per pazienti al primo contatto con le Strutture dei DSM liguri

Obiettivo

Trattare in modo appropriato i pazienti giovani al primo contatto con i Servizi che presentano sintomi connessi a disturbi psicopatologici gravi (disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi di personalità) o un elevato profilo di rischio per la loro insorgenza. Mettere in atto programmi di trattamento intensivi "evidence-based" e strumenti di monitoraggio degli outcome clinici.

II. Pazienti ad alta priorità : individuazione, monitoraggio, appropriatezza tecnica dei protocolli terapeutici, verifica degli esiti dei trattamenti erogati

Obiettivo

Individuazione di casi clinici ad alta priorità d'intervento (psicosi o grave disturbo di personalità con elevata disabilità sociale e con rilevante impegno di risorse da parte dei servizi) e monitoraggio dell'appropriatezza tecnica dei protocolli terapeutici.

Inoltre, nell'ottica di una crescente attenzione per la verifica e la revisione della qualità nei Servizi Sanitari, introduzione, a partire da questa categoria di utenti, di strumenti psicometrici facilmente applicabili per la valutazione degli esiti dei trattamenti ambulatoriali.

La scelta di tale fascia di utenza è coerente con gli indirizzi del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", che pone tra gli interventi prioritari la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi

III. Domiciliarità e sostegno all'abitare (sviluppo e potenziamento delle attività territoriali)

Obiettivo

Mantenimento e rafforzamento delle capacità del paziente per aiutarlo a permanere nel proprio contesto, attuando interventi di sostegno all'abitare in situazioni di domiciliarità precaria, di inserimenti in nuovo contesto abitativo di persone senza domicilio, di difficoltà a gestire in modo autonomo la quotidianità.

Obiettivi specifici da realizzare attraverso le seguenti azioni :

- a) Miglioramento della qualità della vita del paziente e delle famiglia
- b) Diminuzione di ricoveri impropri e limitazione del ricorso a ricoveri in strutture residenziali
- c) Movimentazione delle liste di attesa per la residenzialità
- d) Coerenza con gli indirizzi del P.O. "Tutela salute mentale 1998-2000" : potenziamento delle funzioni territoriali in termini di assistenza domiciliare, appropriatezza degli interventi, riduzione delle liste di attesa.
- e) Collaborazione con il Giudice Tutelare per l'istituto dell'Amministratore di Sostegno.

IV. Coordinamento tra Dipartimento di Salute Mentale ed Enti Locali per l'inclusione sociale, con particolare riferimento all'inserimento lavorativo

Obiettivi

- a) Integrazione operativa, per programmi di inclusione sociale, con i Distretti e le Zone Sociali
- b) Possibilità di recuperare il possesso di risorse utili allo scambio sociale e utili al riconoscimento di identità sociale
- c) Sviluppo di programmi di formazione e di avvio al lavoro (borse lavoro, inserimento in cooperative, ecc.)

V. L'intervento del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) in carcere ed in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)

Obiettivo

Il D. Lgs. 230/99 ha chiamato esplicitamente in causa i DSM, consegnando loro la responsabilità della tutela della salute mentale nelle carceri.

La collaborazione tra D.S.M., O.P.G. e Magistratura diventa l'obiettivo più rilevante per la costruzione di un progetto terapeutico-riabilitativo per i rispettivi soggetti internati nella fase conclusiva della misura di sicurezza e oltre.

Tale collaborazione consiste:

- *per tutti gli istituti*: organizzazione di un servizio di II livello per la consulenza psichiatrica - in sinergia con il contestuale rafforzamento della sanità carceraria e con la sollecitazione di significativi interventi sulla qualità della vita, l'igiene e la salute nel complesso del carcere - con disponibilità oraria proporzionata alla numerosità della popolazione detenuta;
- *per l'Istituto penitenziario dell'area metropolitana (Marassi)*: accanto a quanto previsto al punto precedente, gestione coordinata con il S.S.R. per le problematiche psichiatriche emergenti (Area Comunitaria), come previsto nel P.O. per la tutela della salute in ambito penitenziario

VI. Promozione e potenziamento dell'auto-aiuto – Promozione e sviluppo di reti formali ed informali

Obiettivi

- a) Favorire la promozione dei gruppi di auto-aiuto
- b) Favorire approcci integrati alla multi dimensionalità della sofferenza, costruendo un sapere comune tra agenzie socio-sanitarie pubbliche e del privato sociale
- c) Implementare sinergie ed efficaci collaborazioni
- d) Individuare ed attivare risorse concrete (esempio assegno di servizio, fondi europei)

VII. Riabilitazione psico-sociale tramite attività sportive

Obiettivo

Favorire l'attività sportiva, anche agonistica, che concorre positivamente all'evoluzione psicologica della persona.

Le attività sportive infatti promuovono:

- a) Una maggiore capacità di tollerare gli insuccessi e le frustrazioni;
- b) La possibilità di esprimere, dominare e controllare l'aggressività;
- c) L'acquisizione di una maggiore sicurezza di sé attraverso la partecipazione alla vita di gruppo;
- d) Una maggiore identificazione di sé attraverso l'acquisizione di ruoli determinati;
- e) Un senso di partecipazione sociale derivante dall'accettazione di categorie comuni di valori;
- f) La compensazione di sentimenti di inferiorità ed una maggiore aderenza alla realtà, attraverso gli effetti concreti derivanti dall'osservazione delle regole di gioco;
- g) La gratificazione, socialmente approvata, di certi bisogni esibizionistici.

8. CONVENZIONE REGIONE – UNIVERSITA'

Nell'ambito della convenzione Regione-Università, l'Azienda Sanitaria e l'Azienda Ospedaliera San Martino promuoveranno un pieno coinvolgimento della Clinica Psichiatrica della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Genova nella rete dei servizi, secondo le disposizioni del vigente Progetto Obiettivo.

In particolare andranno previste modalità per l'inserimento della Clinica Universitaria nel D.S.M. dell'A.S.L. 3 Genovese, attraverso l'affidamento alla stessa di strutture e/o servizi del D.S.M., in relazione alle specifiche funzioni assistenziali svolte complementariamente a funzioni di formazione e di ricerca. Andranno inoltre disciplinate, nel rispetto dell'autonomia universitaria, intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del D.S.M. nella formazione universitaria (facoltà di medicina, scuole di specializzazione, corsi di laurea).

Per la realizzazione di questo punto, l'assessorato alla Salute attiverà uno specifico tavolo con tutte le istituzioni coinvolte (Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova, A.O. San Martino ed A.S.L. 3 Genovese).

9. SISTEMA INFORMATIVO

E' necessario unificare ed omogeneizzare i dati raccolti dai Dipartimenti di Salute Mentale. In tal senso sono state predisposte con gli stessi e con il privato sociale schede che saranno in seguito inviate alle Aziende Sanitarie Locali e alle strutture accreditate.

Le schede sono attinenti :

1. Elenco delle prestazioni
2. Centri di Salute Mentale
3. Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
4. Strutture Semiresidenziali
5. Strutture Residenziali
6. Scheda eventi di riabilitazione sociale

10. ASPETTI FINANZIARI

Per la realizzazione delle presenti linee di indirizzo le Aziende Sanitarie Locali fanno riferimento al finanziamento erogato in materia di assistenza psichiatrica, che, per ciascuna Azienda, per il primo anno di vigenza del Piano, è così stimato:

Azienda Sanitaria Locale	€
1 – Imperiese	11.585.000
2 – Savonese	15.762.000
3 – Genovese	52.304.000
4 – Chiavarese	6.489.000
5 – Spezzino	11.233.000
Subtotale	97.373.000
Psichiatria universitaria	4.025.000
Totale	101.398.000

Per la promozione di nuove iniziative, previste dalle presenti linee ai fini della riorganizzazione dei servizi e delle strutture residenziali, si prevedono i seguenti stanziamenti:

Azienda Sanitaria Locale	€
1 – Imperiese	250.000
2 – Savonese	250.000
3 – Genovese	4.000.000
4 – Chiavarese	250.000
5 – Spezzino	250.000
Totale	5.000.000

Allegato 1 (schede Ministero della Salute – rilevazione al 31/12/2003):**ASL 1 Imperiese**

pop servita dal dipartimento (n° di abitanti)	205.998 (ISTAT 31/12/02)
Pazienti in carico al C.S.M. (2° sem. 2003)	3993
Il DSM prende ordinariamente in carico utenti < di 18 anni	SI

STRUTTURE			
STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri di salute mentale	3		
ambulatori periferici		40	
centri diurni	3		
day hospital territoriali			38
servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2	2	
day hospital ospedalieri	1		18
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	2		
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 12 ore diurne			6
strutture residenziali con presenza di pers san in fasce orarie (non più di 6 h) o al bisogno	2		

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	2		58

PERSONALE			
PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 31.12.2003			
Tipologia	Numero		
Psichiatri	20		
Psicologi	8		
ota (oss)	23		
Infermieri	57		
assistenti sociali	7		
Educatori	2		
Amministrativi	2		
psichiatri in carico temporaneo	2		
infermieri generici	21		

ASL 2 Savonese

pop servita dal dipartimento (n° di abitanti)	276.888 (ISTAT 31/12/02)
Pazienti in carico al C.S.M. (2° sem. 2003)	2733
Il DSM prende ordinariamente in carico utenti < di 18 anni	NO

STRUTTURE			
STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri di salute mentale	4		
ambulatori periferici	10	55	
centri diurni	4		
day hospital territoriali			29
servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2	4	
day hospital ospedalieri	2		23
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore (di cui 1 centro ospedaliero Disturbi Comp.to Alimentare)	3		6
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 12 ore diurne	1		14
strutture residenziali con presenza di pers san in fasce orarie (non più di 6 h) o al bisogno	3		
STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	15		178

PERSONALE			
PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL		31.12.2003	
Tipologia	Numero		
Psichiatri	35		
Psicologi	13		
ota (oss)	8		
Infermieri	113		
assistenti sociali	10		
Educatori	8		
Amministrativi	8		
assistenti sanitarie	3		
Ausiliari	13		
altri medici non specializzati in psichiatria	1		

infermieri generici	7		
---------------------	---	--	--

ASL 3 Genovese

pop servita dal dipartimento (n° di abitanti)	730.988 (ISTAT 31/12/02)
Pazienti in carico al C.S.M. (2° sem. 2003)	10.406
Il DSM prende ordinariamente in carico utenti < di 18 anni	SI

STRUTTURE			
STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri di salute mentale	10		
ambulatori periferici	5		
centri diurni	8		184
day hospital territoriali			76
servizi psichiatrici di diagnosi e cura	4		
day hospital ospedalieri			167
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	7		
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 12 ore diurne			89
strutture residenziali con presenza di pers san in fasce orarie (non più di 6 h) o al bisogno	10		42
cliniche psichiatriche universitarie	1		
STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	6		157

PERSONALE			
PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 31.12.2003			
Tipologia	Numero		
psichiatri	110		
psicologi	36		
ota (oss)	81		
infermieri	321		
assistenti sociali	26		
educatori	14		
amministrativi	21		
assistenti sanitarie	2		
autisti	1		

ASL 4 Chiavarese

pop servita dal dipartimento (n° di abitanti)	146.214 (ISTAT 31/12/02)
Pazienti in carico al C.S.M. (2° sem. 2003)	1090
Il DSM prende ordinariamente in carico utenti < di 18 anni	NO

STRUTTURE			
STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri di salute mentale	1		
ambulatori periferici	4		
centri diurni	1		10
day hospital territoriali	1	4	
servizi psichiatrici di diagnosi e cura	1		20
day hospital ospedalieri			
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore			
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 12 ore diurne			
strutture residenziali con presenza di pers san in fasce orarie (non più di 6 h) o al bisogno			
STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	2		52

PERSONALE			
PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 31.12.2003			
Tipologia	Numero		
psichiatri	16		
psicologi	4		
ota (oss)	1		
infermieri	40		
assistenti sociali	3		
educatori	3		
amministrativi	2		

ASL 5 Spezzino

pop servita dal dipartimento (n° di abitanti)	212.109 (ISTAT 31/12/02)
pazienti in carico al C.S.M. (2* sem. 2003)	6402
il DSM prende ordinariamente in carico utenti < di 18 anni	NO

STRUTTURE			
STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri di salute mentale	3		
ambulatori periferici	4	15	
centri diurni	1		
day hospital territoriali			20
servizi psichiatrici di diagnosi e cura	1		
day hospital ospedalieri			
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore			
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 12 ore diurne			2
strutture residenziali con presenza di pers san in fasce orarie (non più di 6 h) o al bisogno	1		

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
centri diurni	1	15	

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
Tipologia	Numero	Posti semiresidenziali	Posti letto /residenziali
strutture residenziali con presenza giornaliera di pers san per 24 ore	2		85

PERSONALE	
PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 31.12.2003	
Tipologia	Numero
psichiatri	20
psicologi	5
ota (oss)	
Infermieri	59
assistenti sociali	5
educatori	4
amministrativi	3
SUMAI: medici psichiatri	2
SUMAI: psicologi	1
SUMAI: educatori	2

Allegato 2:

COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA PER MINORI

L'organizzazione sanitaria della struttura, in termini di personale, è affidata ad un medico specialista in neuropsichiatria infantile o in psichiatria con comprovata esperienza nel settore dell'età evolutiva, risultante dal curriculum professionale.

Il responsabile deve garantire la tutela delle condizioni psicofisiche degli ospiti, l'organizzazione della vita comunitaria, l'osservanza delle norme igienico-sanitarie previste dalla legge, la vigilanza sulla tenuta dei farmaci.

Deve inoltre garantire la presenza per almeno 18 ore settimanali nella fascia oraria compresa dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

La struttura si avvale del seguente personale minimo:

- Uno psicologo per almeno 15 ore settimanali
- Quattro tecnici della riabilitazione psichiatrica, o educatore professionale, laurea in scienza dell'educazione
- Sei operatori socio-sanitari o figure equivalenti
- Un infermiere professionale (presenza giornaliera)

Deve essere garantita la presenza di tre operatori nei turni diurni, quando vi è la presenza dell'ospite e di due in sua assenza e nei turni notturni.

E' necessario che nella struttura lo specialista sia reperibile negli orari notturni, festivi e quando non è prevista la sua presenza in struttura.

E' necessario che ogni ospite si avvalga del proprio P.L.S. o M.M.G.

Il personale addetto ai servizi generali deve comprendere figure professionali diverse da quelle dell'area assistenziale e terapeutico-riabilitativa.

Per quanto concerne i requisiti funzionali e strutturali la struttura deve essere localizzata in zona urbana a destinazione residenziale o vicino a zone di vita urbana, centri commerciali, verde attrezzato, trasporti pubblici e deve prevedere:

a) spazi privati: sono costituiti da camere da letto ad uno o due posti letto, di superficie minima, esclusa quella riservata ai servizi, di 9 mq (un letto) e 14 mq (due letti). Ogni camera deve essere dotata di servizio igienico, completo di doccia o vasca da bagno, lavabo, wc e bidet.

b) Spazi collettivi: la struttura deve essere dotata di vani per la vita collettiva in rapporto al numero degli ospiti ed alle loro esigenze:

- Locale per attività ricreativa e di relazioni sociali
- Locale per lo studio
- Sala o sala mensa
- Un servizio igienico ad uso collettivo

c) Spazi per servizi: la struttura deve essere dotata di:

- Stanza da letto per il personale (9 mq)
- Ambulatorio medico/locale infermeria
- Locale per colloqui
- Locali deposito
- Cucina eventualmente dotata di dispensa
- Lavanderia
- Stireria

I servizi di cucina, lavanderia e stireria possono essere appaltati in esterno. In questo caso dovranno essere previsti locali per la ricezione delle vivande e locali distinti per il deposito della biancheria sporca e pulita.

In materia di abbattimento delle barriere architettoniche deve essere garantita la visitabilità assistita (art. 5, comma 7, Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici del 14 Giugno 1989, n. 236).

In particolare deve essere garantita l'accessibilità dell'intera struttura ed il servizio igienico ad uso collettivo deve essere dimensionato e strutturato come previsto dalla Legge 9 Gennaio 1989 n. 13 e dal Decreto Ministeriale 236/1989.