



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 648

SEDUTA DEL 10 GIU. 2014

Politiche della persona
Ufficio 130H

DIPARTIMENTO

OGGETTO " Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico" Rep. Atti n. 132/CU del 22.11.2012. Recepimento

Relatore ASS. FRANCONI

La Giunta, riunitasi il giorno 10 GIU. 2014 alle ore 14,50 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Aldo BERLINGUER Componente	X	
4.	Raffaele LIBERALI Componente	X	
5.	Michele OTTATI Componente	X	

Segretario: AVV. DONATO DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 5 pagine compreso il frontespizio
e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTO il D.L.vo n.165/01, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. n.12/96, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la D.G.R. n.2903 del 13/12/04;

VISTE la D.G.R. n.1148 del 23/05/05 e D.G.R. n.1380 del 05/07/05;

VISTA la D.G.R. n.637 del 03/05/06;

VISTA la D.G.R. n.2017/05 con la quale sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, così come modificata dalla D.G.R. n.125/06;

VISTA la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 " Denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali "Presidenza della Giunta" e " Giunta Regionale ";

VISTA la D.G.R. n.231 del 19/02/14 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale del Dipartimento Politiche della persona;

VISTA la "Disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta regionale e dei provvedimenti di impegno e di liquidazione della spesa", approvata con DGR n., 539 del 23 aprile 2008, che ha novellato le DD.GG.RR. n. 2903/04 e n. 637/2006;

VISTA la L.R. n. 34/01 "Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata;

VISTO il Decreto Legislativo n. 118 del 23.06.2011 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO l'Allegato 2 del D.P.C.M. 28.12.2011 "Principio contabile applicato concernente la contabilità finanziaria per l'esercizio 2014;

VISTA la L.R: n. 7 del 30.04.2014 Collegato alla Legge di Bilancio 2014;

VISTA la L.R. n. 8 del 30.04.2014 Legge di Stabilità Regionale 2014;

VISTA la L.R. n.9 del 30.04.2014 che ha approvato il Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2014 e il bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016;

VISTA la D.G.R. n.510 del 6.05.2014 "Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese di bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e del bilancio pluriennale 2014/2016;

VISTA la L. n. 104/1992 che promuove l'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale delle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali ed assicura i loro servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni;

VISTO il DL n. 112/1998 recante " Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della legge n. 59/1997;

VISTA la L. n. 68/1999, finalizzata all'inserimento ed all'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro;

VISTA la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea dell'ONU il 13 dicembre 2006;

VISTA la L. n. 18/2009 con la quale si è proceduto alla " Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";



VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, recante " Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni, pubblicato sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2002, n. 33;

TENUTO CONTO delle " Linea guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti", n. 21/2011, elaborata dall'Istituto Superiore della Sanità nell'ambito del progetto strategico di ricerca finalizzata del Ministero della salute " La salute mentale nel bambino e nell'adolescente – Unità operativa approccio epidemiologico ai disturbi dello spettro autistico";

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sulle " Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", Rep. Atti n. 132/CU del 22.11.2012" Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO che i nodi prioritari sui quali è opportuno orientare le attività sono descritti di seguito:

- Il Servizio Sanitario regionale gestisce i propri servizi con il modello della rete clinica
- I Servizi degli ambiti di Salute, Sociale, Istruzione e Lavoro si raccordano in modo intersettoriale

CONSIDERATO inoltre che gli obiettivi e le azioni da garantire sono di seguito descritti:

- Migliorare la conoscenza dei bisogni e dell'offerta
- Promuovere interventi mirati alla creazione di una rete regionale integrata
- Formare tutte le figure professionali coinvolte
- Attuare, produrre ed aggiornare le Linee guida e promuovere la ricerca
- Sviluppare una Carta dei Servizi e dei Diritti dell'utente, promuovere informazione e sensibilizzazione sociale

VISTO il " Piano di azioni Nazionale per la Salute mentale" sancito con l' Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali Rep. Atti n. 4/CU del 24.01.2013;

VISTO il Piano regionale integrato della Salute e dei Servizi alla persona ed alla Comunità 2012/2015;

RITENUTO pertanto, alla luce delle premesse di cui sopra , di recepire le citate "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", Rep. Atti n. 132/CU del 22.11.2012", allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e di demandare a successivi atti le azioni programmatiche ivi previste;

A VOTI unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa , che si intendono integralmente trascritte ed approvate.

1. Di recepire le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", Rep. Atti n. 132/CU del 22.11.2012" allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

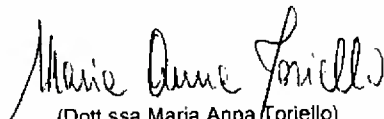


- 2 Di dare atto che la Regione, oltre al recepimento delle Linee di indirizzo , di cui al punto 1, dovrà esplicitare come intende realizzare gli obiettivi strategici richiesti dalle stesse con successivo provvedimento;
- 3 Di dare atto che le Aziende Sanitarie Locali e i Dipartimenti di Salute mentale devono mettere in atto gli specifici indirizzi operativi indicati dalle Linee di indirizzo, come di seguito riportati:
 - Migliorare la conoscenza dei bisogni e dell'offerta
 - Promuovere interventi mirati alla creazione di una rete regionale integrata (R, MIUR)
 - Formare tutte le figure professionali coinvolte
 - Attuare, produrre ed aggiornare le Linee guida e promuovere la ricerca
 - Sviluppare una Carta dei Servizi e dei Diritti dell'utente, promuovere informazione e sensibilizzazione sociale
- 4 Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno, in base alle proprie competenze, ad assumere tutti gli atti necessari e conseguenti alla presente deliberazione e a trasmettere gli stessi alla Regione – Dipartimento Politiche della Persona;
- 5 Di pubblicare integralmente il presente provvedimento sul B.U. della Regione Basilicata.


L'ISTRUTTORE


("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.


(Dott.ssa Maria Anna Toriello)

IL DIRIGENTE


(Dott.ssa Lucia Colicelli)


Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico".

Rep. Atti n. 132/CU del 22/11/2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 22 novembre 2012.

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO l'articolo 9, comma 2, del richiamato decreto legislativo n. 281 del 1997, che, alla lettera c), attribuisce a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, Province, Comuni e Comunità montane, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 8 ottobre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in Conferenza Unificata, il documento indicato in oggetto.

VISTA la lettera in data 10 ottobre 2012, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni, alle Province autonome di Trento e Bolzano ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi in data 9 novembre 2012, i rappresentanti delle Regioni, dell'ANCI e del Ministero della salute hanno concordato talune modifiche del documento in parola;

VISTA la nota del 14 novembre 2012, diramata in pari data, con la quale il suddetto Ministero della salute ha trasmesso la versione definitiva dello schema di provvedimento indicato in oggetto, che recepisce le modifiche concordate nel corso della predetta riunione tecnica del 9 novembre 2012;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'Accordo, nella versione definitiva trasmessa dal Ministero della salute con la predetta lettera del 14 novembre 2012;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

gh



ROMA 2012 - TUTTOLI PER AFFIDARE LA PUGLIA REGIONALE



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali nei seguenti termini;

Visti:

- la legge 5 febbraio 1992, n. 104 che promuove l'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale delle persone affette da minorazioni fisiche psichiche e sensoriali ed assicura i loro servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni;
- il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 recante "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59;
- la legge 12 marzo 1999, n. 68, finalizzata all'inserimento ed all'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro;
- la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea dell'ONU il 13 dicembre 2006;
- la legge 3 marzo 2009, n. 18 con la quale si è proceduto alla "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, recante la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni, pubblicato sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2002, n. 33;

Tenuto conto:

- che il Tavolo nazionale sull'autismo, istituito presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti delle Associazioni maggiormente rappresentative nel territorio nazionale, da esperti, Tecnici delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, delle società scientifiche e delle associazioni professionali della riabilitazione, ha condotto i propri lavori dal mese di maggio del 2007 al mese di gennaio 2008 ed ha approvato in data 30 aprile 2008 una relazione finale sulle problematiche dell'autismo;
- altresì della Linea guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, n. 21 dell'anno 2011, elaborata dall'Istituto superiore di sanità nell'ambito del progetto



“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E ANALISI DEI BISOGNI

La Classificazione ICD 10 (WHO 2007) colloca l’Autismo tra le sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (asse I, codice F84) e il DSM IV tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (APA 2002). Tale ultima classificazione comprende, oltre l’Autismo tipico, la Sindrome di Asperger, la Sindrome di Rett, il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS) e il Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia. E’ ormai ampiamente utilizzata la dizione ‘Disturbi dello Spettro Autistico’ che comprende Autismo, Asperger e DPS-NAS. Tale classificazione è stata proposta per la nuova versione del manuale DSM V di prossima pubblicazione. Questa ultima definizione unificante si basa sulla considerazione che tali disturbi, pur presentando peculiarità proprie, rappresentino manifestazioni diverse di una significativa compromissione dello sviluppo con esordio precoce. L’identificazione delle forme tipiche si può fare entro il 3° anno di età.

Lo spettro autistico è caratterizzato da una triade di sintomi che coinvolgono l’ambito sociale (compromissione, ritardo o atipicità dello sviluppo delle competenze sociali), comunicativo (compromissione e atipicità del linguaggio e della comunicazione, verbale e non-verbale) e comportamentale (presenza di comportamenti ritualistici/ripetitivi). Si tratta di una condizione patologica cronica e inabilitante che interessa un numero elevato di famiglie e si configura perciò come un rilevante problema di sanità pubblica ed evidenti ricadute di ordine sociale.

Le caratteristiche del deficit sociale e cognitivo, come in generale la sintomatologia clinica, sono eterogenee in termini di complessità e gravità e possono presentare un’espressione variabile nel tempo. Nell’autismo grave è frequente l’associazione con il ritardo mentale, con l’epilessia e i disturbi del sonno. L’autismo si trova a volte associato a sindromi o malattie rare a base genetica che compromettono la normale funzionalità del Sistema Nervoso Centrale, quali la sclerosi tuberosa, la sindrome di Rett, la sindrome di Down, la sindrome di Landau-Kleffner, la fenilchetonuria, la sindrome dell’X fragile. Questi casi vengono spesso chiamati Autismo sindromico la loro classificazione avviene sulla base della sindrome specifica, ciò non toglie che i loro bisogni speciali in genere coincidano con quelli degli altri soggetti autistici.

Un dato costante riportato dagli studi epidemiologici condotti sia negli Stati Uniti che in Europa è un generalizzato aumento delle diagnosi di autismo e delle sindromi correlate, che sono più che raddoppiate nell’ultimo decennio. L’ipotesi di una vera e propria epidemia di autismo viene però confutata da molti autori, che associano almeno in parte l’incremento della prevalenza all’allargamento dei criteri diagnostici e all’abbassamento dell’età alla diagnosi (King and Bearman 2009), oltre che alla maggiore consapevolezza dell’esistenza dell’autismo da parte dei servizi per l’età adulta, che ha permesso di diminuire le trasformazioni dalla diagnosi di autismo ad altre diagnosi che avvenivano ai 18 anni. Inoltre a tale aumento possono contribuire fattori organizzativi, come l’aumento della disponibilità di servizi e la formazione specifica dei medici, e fattori sociali, o un’augmentata sensibilità e conoscenza del disturbo strettamente dipendenti dal livello socioeconomico (Durkin et al, 2010, King e Bearman 2011) Per comprendere la diversità delle stime di prevalenza occorre tenere conto della variabilità temporale e geografica, della molteplicità dei disegni degli studi da cui tali stime originano, delle categorie diagnostiche e delle fasce di età considerate.

Un dato comune è che il disturbo autistico colpisce maggiormente i maschi rispetto alle femmine (in un rapporto di 4:1).



Le stime riferite agli Stati Uniti indicano una prevalenza di circa 1:88 tra i bambini dell'età di 8 anni (CDC, 2012), mentre in Europa le stime variano da 1:160 della Danimarca (Parner et al, 2008) e della Svezia (Fernell e Gillberg, 2010), a 1:86 della Gran Bretagna (Baird et al, 2006).

Una ampia rassegna di oltre 80 studi sulla stima di prevalenza dei DPS è stata proposta da Elsahagg et al nel 2012, e ad essa si rimanda.

Non esistono ad oggi stime di prevalenza comparabili per criteri diagnostici e gruppi nosografici tra i vari stati dell'Unione Europea. In molti di essi, e l'Italia è tra questi, non esistono stime di prevalenza a livello nazionale. Nel nostro Paese vi sono alcuni dati recenti basati su sistemi informativi regionali. A titolo di esempio, nella regione Piemonte è in vigore a partire dal 2003 un sistema informativo che raccoglie i dati dalle 27 Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile che partecipano all'Osservatorio regionale sulla disabilità infantile. Sulla base di tali dati, la prevalenza di Disturbi dello Spettro Autistico nella regione per l'anno 2008 nella fascia di età 6-10 anni è stata stimata intorno al 3.7:1000 (1:270 circa). Nella regione Emilia-Romagna, dove è pienamente operante dal 1999 un sistema per la registrazione delle prestazioni, la prevalenza stimata all'età di 6 anni nell'anno 2011 è di circa il 3.5 per 1000 (1:286 circa). Sia i dati longitudinali del Piemonte che quelli dell'Emilia Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi.

L'autismo ha una significativa componente genetica, anche se ad oggi non è stato identificato un singolo locus genico associato a questo tipo di disturbi. Tutti gli studi sono concordi nell'indicare una trasmissione ereditaria complessa di tipo poligenico, con il possibile concorso di fattori ambientali di vario tipo (infezioni contratte dalla madre in gravidanza, status immunologico materno-fetale, esposizione a farmaci o agenti tossici) che potrebbero concorrere allo sviluppo del disturbo.

Non sono state evidenziate alterazioni morfologiche e biochimiche comuni ai diversi disturbi dello spettro. Vengono però descritti alcuni "endofenotipi" frequentemente associati ai sintomi comportamentali, come ad esempio la crescita anomala di alcune strutture cerebrali probabilmente connesse ad anomalie nella formazione delle sinapsi e delle reti nervose, disfunzioni dei neurotrasmettitori a livello del sistema nervoso centrale, alterazioni della risposta immunitaria, e disturbi del metabolismo.

La recente Linea guida: 'Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti' a cura del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS, 21, 2001) evidenzia in maniera aggiornata e in accordo con la precedente Linea Guida Scozzese (Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) n. 98, 2007) che i trattamenti che hanno dato maggiore prova di efficacia sono quelli precoci intensivi di tipo abilitativo con valenza comportamentale, cognitivo-comportamentale e psicoeducativa. Si sono dimostrati efficaci anche gli interventi mediati dai genitori.

Anche se non esiste un particolare modello di intervento per il quale vi sia una evidenza conclusiva e risolutiva l'orientamento internazionale sostiene l'intervento abilitativo tempestivo, intensivo, e strutturato che cerchi di modulare gli approcci psicoeducativi adeguandoli alle esigenze individuali. In tal senso l'accuratezza della diagnosi e del profilo cognitivo e funzionale rappresentano la base conoscitiva per poter costruire il piano abilitativo individualizzato. La presenza di comportamenti cosiddetti 'problematici' deve essere valutata attentamente e trattata con adeguate strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educativo-didattiche speciali, prima di ricorrere al trattamento farmacologico. L'uso dei farmaci nel trattamento dei soggetti con disturbi dello spettro autistico ha infatti un'efficacia circoscritta al trattamento di alcuni sintomi comportamentali specifici, mentre non è stata dimostrata la sua efficacia nel trattamento di lungo periodo dei sintomi "core" della sindrome; inoltre, per quei pochi farmaci testati in età pediatrica, mancano conoscenze



sul lungo periodo. Pertanto il trattamento farmacologico deve essere inquadrato come uno degli elementi di un pacchetto di cura integrata, sempre facendo riferimento alle evidenze scientifiche disponibili e tenendo conto delle raccomandazioni presenti nelle Linee guida nazionali e internazionali sopra citate.

La consapevolezza della complessità del fenomeno dell'autismo, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto familiare e le ricadute di ordine sociale, richiede un impegno urgente e concreto da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari. Si consideri che in un recente studio inglese, Ganz (2007) ha calcolato in circa 3,2 milioni di dollari il costo di ciascun soggetto con autismo, per la società e per le famiglie, nell'arco di vita. Un costo in cui rientrano la perdita di produttività e l'assistenza necessaria (circa il 59,3% delle risorse è imputabile alla perdita di produttività e altri costi indiretti). Nella stessa direzione vanno anche i primi risultati di uno studio attualmente in corso presso l'ISS nell'ambito del 'Primo Programma Nazionale di Ricerca Strategica in età evolutiva', volto a quantificare e caratterizzare il carico di sofferenza (*burden*) e i bisogni delle famiglie con un figlio affetto da un Disturbo dello Spettro Autistico e i fattori demografici, socioeconomici e assistenziali ad esso associati. Un panorama recentissimo sui bisogni delle famiglie con un componente con autismo è offerto anche dai primi risultati della ricerca "Centralità della persona e della famiglia", della Fondazione Serono e Angsa eseguita dal CENSIS, presentata in Parlamento il 22 novembre 2011.

Gli interventi in età evolutiva mirati, specialistici ed intensivi, che utilizzano anche gli ambienti di vita normale (scuola e famiglia), e quelli in età adulta, finalizzati al mantenimento delle abilità acquisite, consentirebbero di ridurre in modo facilmente dimostrabile i costi dell'autismo. L'impegno necessario deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governo dei fenomeni complessi, anche attraverso accordi inter-settoriali, indispensabili ad affrontare la necessità di un percorso assistenziale che garantisca i principi definiti dalla normativa vigente di diritto all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e di non discriminazione educativa.

In particolare, si ritiene cruciale, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che tutelano il diritto della persona con autismo a fruire di percorsi di integrazione sociosanitaria ed educativa, che i servizi sanitari specialistici di diagnosi e trattamento, siano resi accessibili e omogeneamente diffusi in tutte le Regioni e siano parte di una rete coordinata d'intervento, garantendo l'approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico indispensabile per poter affrontare la complessità e l'eterogeneità delle sindromi autistiche. È altrettanto prioritario il consolidamento di una rete educativo-socio-assistenziale che sia in grado di supportare le famiglie e sostenere i processi di inclusione scolastica e sociale delle persone con autismo, qualunque sia la loro età. È importante sottolineare che alcune Regioni italiane si sono attivate in questa direzione, attraverso iniziative di programmazione sanitaria e istituendo fondi specifici, o anche attraverso l'utilizzo di strumenti e modalità volti al conseguimento dell'integrazione scolastica e sociale. Tali esperienze però sono limitate a meno di un quarto del territorio nazionale, e il quadro generale evidenzia che non vi è uniformità di approccio alla gestione dei pazienti autistici. Spesso mancano, nei Servizi territoriali, operatori con una specifica formazione per i DPS, oltre a non essere presenti tutte le figure professionali necessarie per la terapia e la presa in carico dei pazienti in ambito sanitario, sociosanitario ed educativo. Sono essenziali il raccordo e il coordinamento tra i vari settori sanitari coinvolti così come l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli scolastici, educativi e sociali, tra servizi pubblici e servizi del privato e del privato sociale, le famiglie e le loro Associazioni. L'intervento psicoeducativo raggiunge la sua massima efficacia se esercitato nell'ultimo anno di asilo nido e nella scuola dell'infanzia: perciò è essenziale una vera integrazione dei servizi sanitari con quelli scolastici e quelli sociali. In questo periodo di vita si può preparare l'ingresso nella scuola dell'obbligo, facendo sì che il bambino acquisisca le abilità di base che gli consentano una proficua inclusione nelle scuole elementari.



I nodi prioritari sui quali è opportuno orientare le attività sono descritti di seguito:

Il Servizio sanitario regionale gestisce i propri servizi con il modello della rete clinica, che consente di attivare:

- diagnosi precoce, comunicazioni chiare e coinvolgimento attivo della famiglia durante il percorso diagnostico, nella fase di costruzione del progetto terapeutico e psico-educativo, e nel momento di valutazione della sua efficacia;
- valutazione clinico-biologica con un protocollo diagnostico che preveda accertamenti laboratoristici e strumentali, finalizzati alla definizione diagnostico-eziologica
- impiego di metodi e strumenti basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, nell'ambito di trattamenti individualizzati e costantemente valutabili nella loro efficacia.
- definizione di équipe specialistiche dedicate ai DPS nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, anche in collaborazione con le altre attività dei servizi stessi, che partecipino alla definizione del piano di assistenza (PAI/PEI), ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza nelle varie aree della vita del soggetto (scuola, famiglia, lavoro, centro semiresidenziale/residenziale)
- predisposizione e realizzazione di piani di formazione per gli operatori sanitari

I Servizi degli ambiti di Salute, Sociale, Istruzione e Lavoro si raccordano in modo intersettoriale per promuovere:

- valutazione multidimensionale congiunta tra le componenti sanitaria, scolastica e sociale che operano come Unità Valutativa Multidimensionale delle abilità e dei bisogni e con individuazione del profilo di funzionamento
- elaborazione del Piano Assistenziale individuale (PAI) o in età scolare Piano Educativo individuale (PEI) e del percorso di abilitazione strutturata, incentrato sul potenziamento delle risorse del bambino tramite un'azione sui punti "forti" insieme alle necessarie modificazioni ambientali per il raggiungimento della massima autonomia;
- attuazione del PAI/PEI da parte delle diverse componenti con prevalenza della componente scolastica per quanto riguarda il PEI
- promozione nell'ambito del sistema scolastico della figura del coordinatore psicopedagogico, quale referente per ogni alunno con autismo della continuità e dell'integrazione degli interventi, anche in raccordo con la famiglia.
- attivazione e/o potenziamento nel settore scolastico di attività di supporto alle scuole per garantire un efficace intervento psicoeducativo, valorizzando anche le professionalità degli insegnanti più esperti
- attivazione, anche dopo l'età scolare, della supervisione di un case-manager che ha la responsabilità dell'esecuzione del PAI
- attività di supporto alla famiglia e di formazione dei familiari come partner attivi del trattamento (*parent training, parent to parent* e gruppi di automutuoaiuto)
- collegamento e coordinamento dei diversi interventi e dei diversi servizi, per garantire adeguata continuità per l'intero ciclo di vita della persona



- formazione e supervisione unificata su tutti gli operatori coinvolti nel progetto terapeutico e abilitativo, con particolare attenzione all'ambiente di vita
- potenziamento di strutture diurne e delle attività di inclusione sociale e nel mondo del lavoro per le persone adulte con autismo
- potenziamento delle strutture residenziali per le persone con DPS in età adulta, finalizzate alla acquisizione di una maggiore autonomia e/o al sollievo alla famiglia.

Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità cooperano per il miglioramento della conoscenza del fenomeno e per l'attivazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica riferito ai percorsi assistenziali utilizzabile per :

- La valutazione dell'andamento epidemiologico dei casi
- La valutazione dei percorsi assistenziali e il loro adeguamento ai LEA
- La valutazione dell'uso dei farmaci

OBIETTIVI ED AZIONI¹

Per garantire l'avvio di questo percorso di condivisione dei principi, propedeutico alla loro traduzione in operatività integrata, si individuano una serie di obiettivi ed azioni volti a fornire indicazioni omogenee per la programmazione, attuazione e verifica dell'attività per i minori e adulti affetti da DPS, per consolidare la rete dei servizi e migliorarne le prestazioni, favorendo il raccordo e il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte. Si sottolinea ancora che l'integrazione tra diverse agenzie pubbliche per i servizi (sanità, scuola, sociale e lavoro) è fortemente auspicabile per l'ottenimento di un intervento tempestivo e ad alta intensità che possa iniziare a partire dall'età prescolare e garantire una continuità abilitativa sia nell'età della formazione che in seguito nell'età di inclusione lavorativa.

1) Migliorare la conoscenza dei bisogni e dell'offerta

- Ricognizione aggiornata della normativa regionale e di settore, con particolare riferimento ai piani e programmi regionali per i DPS (Mds, ISS e R).
- Ricognizione aggiornata dell'offerta sanitaria e sociosanitaria esistente, basata su una raccolta di dati standardizzati e convalidati dalle Regioni, finalizzata alla stabilizzazione di un monitoraggio epidemiologico, i cui risultati verranno periodicamente diffusi. (Mds, ISS e R).
- Realizzazione e stabilizzazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico, finalizzato alla stima di prevalenza a livello nazionale e regionale, con caratteristiche di base uniformi su tutto il territorio nazionale, sia per l'età evolutiva che per l'età adulta, da integrarsi anche con i dati in possesso dagli Uffici Scolastici Regionali (Mds, MIUR, ISS e R).

2) Promuovere interventi mirati alla creazione di una rete assistenziale regionale integrata (R, MIUR)

- Rilievo precoce, sostenuto da adeguata formazione, del sospetto di Autismo entro i primi due anni di vita (ad eccezione della Sindrome di Asperger ed alcuni casi di DPS-NAS) da

¹ Tra parentesi l'indicazione delle Istituzioni prioritariamente interessate: Mds = Ministero della Salute; MIUR = Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca; R = Regioni; ISS = Istituto Superiore di Sanità



parte del Pediatra di Libera Scelta ed invio tempestivo alle équipes specialistiche per i DPS dei Servizi di neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

- b. Razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici secondo un modello di rete clinica e di approccio multiprofessionale, interdisciplinare ed età specifico per la diagnosi e la valutazione funzionale strutturata, e definizione di percorsi condivisi tra figure sanitarie, operatori sociali, insegnanti ed educatori per la costruzione e conduzione del progetto abilitativo individualizzato.
- c. Costruzione di raccordi stabili tra le équipes specialistiche dedicate per i DPS, gli altri specialisti, i PLS e i MMG, gli insegnanti (valorizzando anche la professionalità degli insegnanti più esperti) e gli operatori educativi, secondo le specificità del caso, individuando tra di essi il case manager.
- d. Organizzazione a rete dei servizi per i disturbi dello spettro autistico, dall'età evolutiva all'età adulta, basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, con particolare attenzione alle risorse strutturali ed umane. Della rete fanno parte anche centri specialistici di riferimento individuati con criteri stabiliti dalle Regioni, con funzione di supporto, consulenza e formazione per le équipes specialistiche dedicate ai DPS.
- e. Previsione, all'interno dell'offerta regionale, di idonee soluzioni residenziali e semiresidenziali, anche mediante la riqualificazione dei posti esistenti, garantendo requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi improntati a logiche non istituzionalizzanti (ad esempio prevedendo che il numero di posti per struttura sia limitato) considerando che si tratta di prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e prestando particolare attenzione al paziente adolescente ed adulto ed alle situazioni che presentino necessità riabilitativo-terapeutiche temporanee mirate.
- f. Continuità dell'assistenza, con attenzione particolare alle fasi di passaggio dall'età evolutiva all'età adulta.

3) Formare tutte le figure professionali coinvolte

- a. Collaborazione con le Università per rafforzare, nei programmi universitari, contenuti indirizzati alla conoscenza e competenza nei disturbi pervasivi dello sviluppo e nella pedagogia speciale, anche ai fini della formazione permanente (MIUR, Mds)
- b. Attivazione a livello nazionale, regionale e di Azienda Sanitaria, di progetti formativi, anche nell'ambito ECM, volti all'aggiornamento, preferibilmente con modalità integrate, di tutte le figure professionali coinvolte, inclusi i PLS, i MMG, gli insegnanti, gli educatori, nonché di familiari (ad esempio *parent training*, *parent and teacher training*, gruppi di automutuoaiuto) (Mds, ISS, R e MIUR)

4) Attuare, produrre ed aggiornare Linee Guida e promuovere la ricerca

- a. Attuazione, produzione ed aggiornamento di linee guida diagnostico-terapeutico aggiornate per la pratica clinica e l'organizzazione dei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alle aree di maggior criticità, come il settore dell'autismo nell'adulto e quello del trattamento farmacologico, monitorandone l'attuazione. (Mds, ISS).
- b. Promozione della ricerca scientifica mirata alla comprensione dell'eziologia e dei fattori di rischio nonché allo sviluppo di terapie o modelli di intervento innovativi sanitari e di



pedagogia speciale, anche attraverso il sostegno di programmi di ricerca finalizzata e integrata con i programmi internazionali con particolare riferimento ai programmi di ricerca della UE (MdS, MIUR e R).

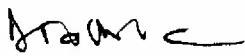
5) Sviluppare una Carta dei Servizi e dei Diritti dell'utente, promuovere informazione e sensibilizzazione sociale

- a. Redazione e diffusione di una "Carta dei servizi" e di una Carta dei Diritti regionale sull'Autismo che informino rispettivamente sulla operatività dei servizi e sulle modalità dell'intero percorso assistenziale, nonché sui diritti dei pazienti e delle famiglie (R).
- b. Organizzazione di eventi mirati alla informazione, alla sensibilizzazione della popolazione generale, alla promozione del rispetto della dignità e della piena inclusione delle persone con disturbi pervasivi dello sviluppo (MdS, ISS, R, MIUR).

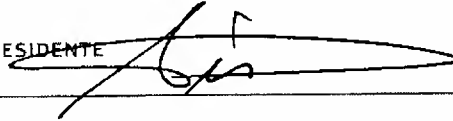


Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

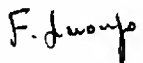


IL PRESIDENTE



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16-6-14
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO





REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 649

SEDUTA DEL 10 GIU. 2014

Politiche della persona
Ufficio 130H

DIPARTIMENTO

OGGETTO Le strutture residenziali psichiatriche. Accordo Conferenza Unificata Rep:Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013. Recepimento

Relatore ASS. FRANCONI

La Giunta, riunitasi il giorno 10 GIU. 2014 alle ore 14,50 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1. Maurizio Marcello PITTELLA	Presidente	X	
2. Flavia FRANCONI	Vice Presidente	X	
3. Aldo BERLINGUER	Componente	X	
4. Raffaele LIBERALI	Componente	X	
5. Michele OTTATI	Componente	X	

Segretario: AVV. DONATO DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 5
e di N° 1 allegati

pagine compreso il frontespizio

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTO il D.L.vo n.165/01, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. n.12/96, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la D.G.R. n.2903 del 13/12/04;

VISTE la D.G.R. n.1148 del 23/05/05 e D.G.R. n.1380 del 05/07/05;

VISTA la D.G.R. n.637 del 03/05/06;

VISTA la D.G.R. n.2017/05 con la quale sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, così come modificata dalla D.G.R. n.125/06;

VISTA la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 " Denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali "Presidenza della Giunta" e " Giunta Regionale ";

VISTA la D.G.R. n.231 del 19/02/14 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale del Dipartimento Politiche della persona;

VISTA la "Disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta regionale e dei provvedimenti di impegno e di liquidazione della spesa", approvata con DGR n., 539 del 23 aprile 2008, che ha novellato le DD.GG.RR. n. 2903/04 e n. 637/2006;

VISTA la L.R. n. 34/01 "Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata;

VISTO il Decreto Legislativo n. 118 del 23.06.2011 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO l'Allegato 2 del D.P.C.M. 28.12.2011 "Principio contabile applicato concernente la contabilità finanziaria per l'esercizio 2014;

VISTA la L.R. n.36 del 30.12.2012 che ha approvato il Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2013 e il bilancio pluriennale per il triennio 2013-2015

VISTA la D.G.R. n.1 del 15/01/11 concernente "Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese di bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 e del bilancio pluriennale 2013/2015" e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale n.1 del 21.01.2014 recante "Autorizzazione all'esercizio provvisorio del Bilancio per l'anno finanziario 2014 e disposizioni connesse;

VISTO l'accordo sul documento concernente " Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, Rep. Atti n. 43/CU;

VISTA la DGR n. 2252/2010 con la quale è stato recepito il Piano Nazionale Prevenzione 2010/2012, sancita nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, Rep.Art.n.243/CSR;

VISTO il DPCM 1° aprile 2008 attinente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni in materia di sanità penitenziaria;

VISTA la DGR n. 373 del 4 marzo 2009 concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza, i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento

penitenziario e della giustizia minorile sancito nella seduta della Conferenza Unificata del 20 novembre 2008;

VISTO il "Piano Socio Assistenziale " per il triennio 2000/2002 della Regione Basilicata;

VISTO il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla persona ed alla Comunità 2012/2015;

DATO ATTO che la Giunta Regionale con Deliberazione n.1385 del 3 settembre 2008 ha recepito il DPCM del 1° aprile 2008, sopra richiamato;

VISTO il DL n. 211 del 22 dicembre 2011 – Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri – convertito con modificazione dalla legge n. 9 del 17 febbraio 2012, concernete disposizioni volte a dare attuazione al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

VISTA la DGR n. 1055 del 7 agosto 2012 di recepimento dell'accordo Stato-Regioni approvato il 13.10.2011 recante " Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato "c" del DPCM 1 aprile 2008";

VISTO l'Accordo sul " Piano di azioni nazionale per la salute mentale " sancito dalla Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente " Le strutture residenziali psichiatriche". Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013;

RITENUTO pertanto, alla luce delle premesse di cui sopra , di recepire il citato documento di cui sopra e di demandare a successivi atti le azioni programmatiche ivi previste

A VOTI unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa , che si intendono integralmente trascritte ed approvate,

1. Di recepire il documento " Le strutture residenziali psichiatriche " allegato A , parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane – Rep. Atti n. 116/CU del 17.10.2013;
2. Di dare atto che la Regione, oltre al recepimento del documento , di cui al punto 1, dovrà , ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, adottare un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree:
 - Prestazioni e servizi
 - Personale e relative competenze
 - Comunicazione
 - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

3. Di dare atto che le Aziende Sanitarie Locali e i Dipartimenti di Salute mentale devono mettere in atto gli specifici indirizzi operativi e strategici indicati dal documento, di cui al punto 1;
4. Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed ai Direttori dei Distretti di Salute mentale che provvederanno, in base alle proprie competenze, ad assumere tutti gli atti necessari e conseguenti alla presente deliberazione e a trasmettere gli stessi alla Regione - Dipartimento Politiche della Persona;
5. Di pubblicare integralmente il presente provvedimento sul B.U. della Regione Basilicata.

L'ISTRUTTORE

([Inserire Nome e Cognome])

IL RESPONSABILE P.O.

Maria Anna Tonello
(Dott ssa Maria Anna Tonello)

IL DIRIGENTE

Lucia Colicelli
(Dott ssa Lucia Colicelli)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

[Stylized signature]

*Ministero
della Sanità*

Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente Le strutture residenziali psichiatriche

Rep. Atti n. 4/13

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 17 ottobre 2013

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 e in particolare, il comma 2 lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU,

VISTA la nota in data 14 giugno 2013 con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento in oggetto

VISTA la lettera in data 11 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha comunicato il proprio nulla osta all'ulteriore prosieguo dell'iter istruttorio,

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2013, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi sull'argomento il 9 ottobre 2013 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali:

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino

Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

et

|||

Accordo A



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

13/054/CR7A/C7

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Indice:

Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accredimento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche



Roma, 13 giugno 2013

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni. Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si precisa che il presente documento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale. Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, si rinvia a successivi documenti di indirizzo.

A premessa degli indirizzi programmatici esposti nel documento, si forniscono le seguenti considerazioni.

La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

La seconda, pur in un contesto di specifica attenzione programmatica da parte delle Regioni, si riferisce all'eterogeneità, come risulta da una ricognizione effettuata allo scopo, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, e parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

¹ quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicosomatici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia).



1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Si segnala - come evidenziato nel PANSM - che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo-impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui delinea le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.



3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi² di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale. Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
 - area psicopatologica
 - area della cura di sé / ambiente
 - area delle competenze relazionale
 - area della gestione economica
 - area delle abilità sociali
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Terapia farmacologica
 - Psicoterapia
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

² espressi sulla base dei criteri della ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerta, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Queste sono le tipologie a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura.

Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va delimito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale socio-sanitario.

Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:



- la numerosità e l'intensità degli interventi complessivamente erogati;
- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc.);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome riaccolte con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Per quanto riguarda i programmi per la post-acuzie, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo profetti individuali.

Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessiva rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposte; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale.

SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post-acuzie.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali: oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando



L'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Area di intervento (alta intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/iscrizione lavorativo;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale socio-sanitario.



Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali)

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psichiatriche stabilizzate;
- compromissioni di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con progressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

Area di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psichiatriche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- area di risocializzazione: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono



i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psienpatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con progressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti;



- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Area di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- **area di risocializzazione:** offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;



- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.



3. **Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)**

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

"È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini"

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'iscrizione e l'addestramento di nuovo personale.*

In questo ambito, occorre sottolineare l'importanza - tenuto conto dei particolari e specifici fattori di rischio e di burn out del lavoro con persone affette da disturbi psichiatrici maggiori - di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro di equipe.

Requisiti concernenti la Comunicazione

"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:



1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti.

Requisiti concernenti Appropriatazza clinica e sicurezza

"L'efficacia, la appropriatazza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. approccio alla pratica clinica secondo evidenze;
2. promozione della sicurezza e gestione dei rischi;
3. programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;
4. strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.



6. Monitoraggio e verifiche.

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E' inoltre, necessaria l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale. L'individuazione degli indicatori compete al Gruppo SISM-Sottogruppo Indicatori, coordinato dal Ministero della Salute.

Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 13 giugno 2013



Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE

[Handwritten signature]

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16 - 6 - 14
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luop

[Small handwritten mark]

200 A. G.

17 GIU. 2014



IL PUNZIONARIO

#



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 650

SEDUTA DEL 10 GIU. 2014

Politiche della persona
Ufficio 130H

DIPARTIMENTO

OGGETTO Piano di azioni Nazionale per la Salute mentale. Accordo Conferenza Unificata Rep:Altri n. 4/CU del 24.01.2013. Recepimento.

Relatore ASS. FRANCONI

La Giunta, riunitasi il giorno 10 GIU. 2014 alle ore 14,50 nella sede dell'Ente.

		Presente	Assente
1. Maurizio Marcello PITTELLA	Presidente	X	
2. Flavia FRANCONI	Vice Presidente	X	
3. Aldo BERLINGUER	Componente	X	
4. Raffaele LIBERALI	Componente	X	
5. Michele OTTATI	Componente	X	

Segretario: AVV. DONATO DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 6 pagine compreso il frontespizio e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

- VISTO** il D.L.vo n.165/01, e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la L.R. n.12/96, e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la D.G.R. n.2903 del 13/12/04;
- VISTE** la D.G.R. n.1148 del 23/05/05 e D.G.R. n.1380 del 05/07/05;
- VISTA** la D.G.R. n.637 del 03/05/06;
- VISTA** la D.G.R. n.2017/05 con la quale sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, così come modificata dalla D.G.R. n.125/06;
- VISTA** la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 " Denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali "Presidenza della Giunta" e " Giunta Regionale ";
- VISTA** la D.G.R. n.231 del 19/02/14 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale del Dipartimento Politiche della persona;
- VISTA** la "Disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta regionale e dei provvedimenti di impegno e di liquidazione della spesa", approvata con DGR n. 539 del 23 aprile 2008, che ha novellato le DD.GG.RR. n. 2903/04 e n. 637/2006;
- VISTA** la L.R. n. 34/01 "Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 118 del 23.06.2011 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** l'Allegato 2 del D.P.C.M. 28.12.2011 "Principio contabile applicato concernente la contabilità finanziaria per l'esercizio 2014;
- VISTA** la L.R. n. 7 del 30.04.2014 Collegato alla Legge di Bilancio 2014;
- VISTA** la L.R. n. 8 del 30.04.2014 Legge di Stabilità Regionale 2014;
- VISTA** la L.R. n.9 del 30.04.2014 Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2014 e il bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016;
- VISTA** la D.G.R. n.510 del 6.05.2014 "Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese di bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e del bilancio pluriennale 2014/2016
- VISTO** l'accordo sul documento concernente " Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, Rep. Atti n. 43/CU;
- VISTA** la DGR n. 2252/2010 con la quale è stato recepito il Piano Nazionale Prevenzione 2010/2012, sancito nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, Rep.Art.n.243/CSR;
- VISTO** il DPCM 1° aprile 2008 attinente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni in materia di sanità penitenziaria;
- VISTA** la DGR n. 373 del 4 marzo 2009 concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza, i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile sancito nella seduta della Conferenza Unificata del 20 novembre 2008;
- VISTO** il "Piano Socio Assistenziale" per il triennio 2000/2002 della Regione Basilicata.
- VISTO** il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla persona ed alla Comunità 2012/2015;



DATO ATTO che la Giunta Regionale con Deliberazione n.1385 del 3 settembre 2008 ha recepito il DPCM del 1° aprile 2008, sopra richiamato;

VISTO il DL n. 211 del 22 dicembre 2011 - Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri - convertito con modificazione dalla legge n. 9 del 17 febbraio 2012, concernete disposizioni volte a dare attuazione al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

VISTA la DGR n. 1055 del 7 agosto 2012 di recepimento dell'accordo Stato-Regioni approvato il 13.10.2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'allegato "c" del DPCM 1 aprile 2008";

VISTO l'Accordo tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane - Rep. Atti n. 4/CU del 24.01.2013 che sancisce il " Piano di azioni Nazionale per la Salute Mentale " allegato A , parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO che la tutela della Salute mentale rappresenta uno degli obiettivi prioritari della salute e del benessere dei cittadini negli ultimi anni;

CONSIDERATO che gli obiettivi specifici individuati dal " Piano di azioni Nazionale per la Salute mentale " attengono:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPJA nella fascia di età 15-21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento di trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma

TENUTO conto, altresì, che il Piano individua in tre distinte sezioni le azioni programmatiche:

1. Tutela della salute mentale
2. Tutela della salute mentale in infanzia ed adolescenza
3. Integrazione e coordinamento con altre aree

RITENUTO pertanto, alla luce delle premesse di cui sopra, di recepire il citato "Piano di azioni Nazionale per la Salute mentale" e di demandare a successivi atti le azioni programmatiche ivi previste

A VOTI unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono integralmente trascritte ed approvate.



1. Di recepire il " Piano di azioni Nazionale per la Salute Mentale " allegato A. dell'Accordo tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane - Rep .Atti n. 4/CU del 24.01.2013, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Di dare atto che la Regione, oltre al recepimento del Piano , di cui al punto 1, dovrà esplicitare come intende realizzare gli obiettivi strategici richiesti dal Piano Nazionale, attraverso un proprio Piano regionale;
3. Di dare atto che le Aziende Sanitarie Locali e i Dipartimenti di Salute mentale devono mettere in atto gli specifici indirizzi operativi indicati dal Piano, di cui al punto 1, nei seguenti ambiti di intervento e organizzazione per la realizzazione delle priorità strategiche nello sviluppo dei servizi individuate dal Piano in parola:
 - Percorsi clinici territoriali differenziati
 - Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni
 - Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
 - Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
 - Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
 - Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
 - Miglioramento di trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
 - Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
 - Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
 - Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
 - Prevenzione e lotta allo stigma
4. Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno, in base alle proprie competenze, ad assumere tutti gli atti necessari e conseguenti alla presente deliberazione e a trasmettere gli stessi alla Regione - Dipartimento Politiche della persona;
5. Di pubblicare integralmente il presente provvedimento sul B.U. della Regione Basilicata.


L'ISTRUTTORE

([Inserire Nome e Cognome])

IL RESPONSABILE P.O.


(Dott.ssa Maria Anna Toriello)

IL DIRIGENTE


(Dott.ssa Lucia Colicelli)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Rep. Atti n. 4/CU del 24/01/2013

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 24 gennaio 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 marzo 2008, Rep. Atti n. 43/CU;

VISTA l'Intesa concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 sancita nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 3 dicembre 2009, Rep. Atti n. 243/CSR;

VISTA l'Intesa concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, sancita nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, Rep. Atti n. 63/CSR;

VISTA la nota in data 7 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 12 dicembre 2012, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate.

VISTA la nota in data 28 dicembre 2012, con cui la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

VISTA la nota in data 17 gennaio 2013, con cui l'ANCI ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di cui trattasi.

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali nei seguenti termini:





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONSIDERATI

- la legge 13 maggio 1978 n. 180, recante "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori";
- la legge 27 maggio 1991, n. 176 recante "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";
- la legge 3 marzo 2009, n. 18, recante: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità".

TENUTO CONTO:

- delle indicazioni strategiche e di programmazione contenute nella "Declaration and Action Plan" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) - Regione Europa, sottoscritta ad Helsinki il 15 gennaio 2005;
- del programma di promozione della salute mentale promosso dall'OMS con il "Mental Health Gap Action Programme" approvato nel 2008;
- dell'"European Pact on mental health and well-being" della Commissione Europea, approvato a giugno 2008, che ha individuato le linee prioritarie di azione per i Paesi membri dell'Unione e lanciato azioni di collaborazione internazionale sulle tematiche proposte;
- dei principi di tutela della salute mentale per i Paesi dell'Unione Europea (UE) sanciti dal "Green Paper on Mental Health" approvato dall'Unione Europea nell'ottobre 2005 e sottoposto a consultazione nel corso del 2006;

CONSIDERATO che:

- a) la tutela della salute mentale della popolazione rappresenta uno degli obiettivi principali della salute degli ultimi anni;
- b) deve essere garantita la titolarità della presa in carico dell'utente in modo da offrire un supporto complessivo in tutto il percorso di cura ed assicurare una risposta nelle diverse fasi del trattamento;
- c) occorre prevedere percorsi a differente intensità assistenziale, nonché flessibilità di servizi e personalizzazione dell'assistenza, in relazione ai singoli bisogni;
- d) è necessario, al fine di coordinare interventi integrati finalizzati all'efficienza e all'appropriatezza delle cure, nonché al raggiungimento di obiettivi di risparmio della spesa





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

pubblica, definire le aree di priorità di intervento, e, all'interno delle stesse, individuare specifiche azioni da realizzare sull'intero territorio nazionale;
e) occorre indicare adeguati strumenti di analisi e valutazione per verificare l'effettiva implementazione delle azioni previste;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Art. 1

1. E' approvato il documento "Piano di azioni nazionale sulla salute mentale" Allegato A) parte integrante del presente atto.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti del presente accordo.
3. Alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Dott. Piero Gnudi

Piero Gnudi

[Handwritten mark]

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Indice

Introduzione

Premessa

I problemi di salute mentale della popolazione: bisogni di salute, priorità, azioni, monitoraggio.

Cap. 1 Le aree di bisogno prioritarie e i percorsi di cura

- Principi, metodologie, strumenti
- Tabella di sintesi

Cap. 2 Le Azioni programmatiche e le schede di sintesi

- Tutela della salute mentale in età adulta
- Tutela della salute mentale in infanzia ed adolescenza
- Integrazione e coordinamento con altre aree

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Introduzione

Il presente documento si fonda su un preciso mandato del Ministero della Salute che aveva avviato una collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome.

Il documento preliminare del febbraio 2010, elaborato appunto dal GISM e dai tecnici del Ministero, era stato successivamente integrato dall'invio alla Commissione Salute, su indicazione del Ministro, di ulteriori punti critici da considerare per la stesura definitiva di un vero e proprio "Piano di Azioni per la salute mentale".

Tale documento già suggeriva le principali linee di indirizzo relative alla tutela della salute mentale della popolazione rilevando, accanto alla diffusione dei disturbi psichici, l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario mutato, e confermando in particolare l'identificazione delle aree di bisogno prioritarie, definendo inoltre con chiarezza i punti di criticità da affrontare nell'ambito della salute mentale sia dell'età adulta che dell'infanzia e adolescenza. Il fine era quello di garantire risultati efficaci e verificabili, anche sulla scorta delle esperienze virtuose sviluppate in diversi contesti regionali, attraverso azioni da realizzare nell'intero territorio nazionale

Partendo dalle premesse suesposte è stato elaborato il presente "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Si sottolinea come esso tenga anche conto di una serie di indicazioni internazionali e nazionali:

- Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008)
- Green Paper (2006) ed European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione Europea
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita nel nostro ordinamento con legge 176/1991 e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con legge 18/2009
- Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008
- DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale
- Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012
- Patto per la Salute 2010-2012.

Da un punto di vista metodologico, la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi, dopo una introduzione descrittiva con i dati disponibili, prevede:

- La definizione degli obiettivi di salute per la popolazione
- La definizione delle azioni e degli attori
- La definizione dei criteri e degli indicatori di verifica e di valutazione.

Premessa

I PROBLEMI DI SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE: BISOGNI DI SALUTE, PRIORITÀ, AZIONI, MONITORAGGIO

Il documento elaborato nel febbraio 2010 a cura del GISM e del Ministero della Salute, già citato in introduzione, fornisce alcune chiavi di lettura circa i bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sulla base di vari fattori, sia generali (quadro epidemiologico, prevalenza e incidenza) che specificamente connessi al contesto operativo di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, eventi critici, aree di carenza assistenziale, risorse di vario tipo allocate ...).

Per ciascuna delle aree di bisogno si sottolineava la necessità di delineare motivazioni, contenuti, obiettivi prioritari da raggiungere, strumenti e metodi, secondo le seguenti dimensioni: livelli essenziali di assistenza (LEA) e Percorsi di cura; strumenti e metodologie: percorsi clinici, reti, integrazione; programmi innovativi e formazione degli operatori, sistemi di monitoraggio.

Quale punto qualificante del presente documento occorre rilevare che il concetto di LEA – in linea con quanto già proposto (documenti di lavoro del Ministero, documento sui LEA in salute mentale del GISM 2008) – viene inteso come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Per quanto riguarda le dimensioni inerenti gli strumenti e le metodologie (percorsi clinici, reti, integrazione), i programmi innovativi e la formazione degli operatori, i sistemi di monitoraggio, esse devono trovare applicazione nei contenuti e nei metodi del Piano di azioni con l'identificazione delle azioni da implementare da parte delle Regioni e delle progettualità da elaborare nei servizi di salute mentale.

Al fine di realizzare gli obiettivi proposti è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute individuando alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da focalizzare.

In particolare i **bisogni prioritari** su cui elaborare i percorsi di cura possono essere ricondotti all'area esordi – intervento precoce, all'area disturbi comuni, all'area disturbi gravi persistenti e complessi, all'area dei disturbi dell'infanzia e adolescenza.

Quindi la **metodologia** suggerita si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande della

popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Tali considerazioni generali offrono le linee metodologico-operative essenziali per realizzare il Piano di azioni nazionale per la salute mentale con coerenza rispetto all'obiettivo di fondo: utilizzare le buone pratiche sviluppate dalle Regioni per favorire una crescita operativa e diffusa della salute mentale e specificamente della psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità in Italia.

A - Aree di bisogni prioritari

- area esordi - intervento precoce
- area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia)
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro proposta consiste in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti.

Inoltre, con analogo modello progettuale, vanno affrontate altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo, che vanno dai disturbi del comportamento alimentare ai disturbi di personalità, ai disturbi psichici in età geriatrica, ai disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche e agli autori di reato, ai diversi modelli di residenzialità psichiatrica differenziata per livelli di intensità, dalla formazione degli operatori in rapporto con l'Università al sistema informativo. Esse tuttavia richiedono di essere trattate in modo del tutto distinto in virtù delle loro specificità.

B - Altre aree di interesse

Ad integrazione del presente Piano, è opportuno prevedere, con separati documenti, lo sviluppo di altre tematiche attraverso la definizione di strumenti differenziati, in quanto vi sono problematiche che necessitano di approfondimenti.

In particolare, i disturbi dell'umore, la prevenzione del suicidio, i disturbi della personalità ed i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro autistico, necessitano dell'adozione e dell'implementazione di specifiche linee guida/di indirizzo su diagnosi e percorsi di cura.

Considerata inoltre l'importanza crescente che hanno assunto i trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno e la disomogeneità tra le diverse regioni, si rende necessaria la produzione di linee di indirizzo ad hoc che definiscano in modo puntuale gli obiettivi, gli strumenti e le valutazioni di esito sul piano clinico e su quello dell'inclusione sociale.

Occorre anche affrontare in modo mirato la problematica dei bisogni di salute mentale della popolazione immigrata.

Per la coerente attuazione del Piano è determinante sviluppare politiche formative innovative riguardanti le varie professionalità interessate, attraverso il pieno coinvolgimento dell'Università e in accordo con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università e della Ricerca.

C – Monitoraggio del Piano e valutazione dell'impatto economico

La reale efficacia di un Piano di azioni si basa anche sulla capacità e costanza di monitorarne l'implementazione nei diversi contesti nazionali, regionali e locali.

A tal fine il Ministero della Salute e le Regioni ne verificheranno periodicamente la realizzazione anche utilizzando i Sistemi informativi già esistenti.

L'adeguato controllo delle azioni di piano richiede il pieno sviluppo e implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano.

Dalle attività previste dal presente Piano non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le regioni si impegnano a svolgere le suddette attività con le risorse attualmente disponibili, adottando le misure necessarie a migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza dei servizi.

CAPITOLO 1

LE AREE DI BISOGNO PRIORITARIE E I PERCORSI DI CURA

Principi, metodologie, strumenti

Si premette che: 1) "il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici" (Mental Health Policy Project, WHO 2001); 2) l'area infanzia e adolescenza richiede formazione, competenze e modelli di intervento multiprofessionali specifici (connessi alla peculiarità dello sviluppo e alla necessità di includere l'ambito della riabilitazione neuropsichica).

Si conferma che i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) sia nell'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non.

Sono due i principi guida da applicare:

- a. privilegiare la metodologia di "partire dal basso", valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l'accreditamento tra pari e le forme di collaborazione
- b. assumere come cornice di riferimento la "psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità", promuovendo e rilanciando il lavoro nel territorio.

In tale prospettiva diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPIA), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare percorsi territoriali di cura diversificati, quali ad esempio la collaborazione con MMG e PLS o con altri servizi anche dell'area sociale ed educativa, la relazione di cura continuativa paziente - specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi con progetto terapeutico condiviso.

Percorsi clinici

I modelli operativi indicati per una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità ben integrata con le risorse del territorio devono attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l'intervento in aree specifiche (es. il riconoscimento precoce dei disturbi gravi).

Punto cruciale, destinato a crescere di importanza con la diffusione dei disturbi psichici e di quelli neuropsichiatrici dell'età evolutiva, è dato dal rapporto con i MMG e i PLS, snodo decisivo della relazione medico-paziente.

La metodologia dei percorsi clinici garantisce una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti e percorsi di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (*drop out*) o di continua migrazione tra servizi.

I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi

comuni e viceversa. A tale analisi si aggiunge l'evidenza di una sempre maggiore criticità in relazione alle risorse umane dei servizi.

L'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio territoriale. Per superare tale difficoltà si propongono alcuni **modelli** clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- i) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- ii) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- iii) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Ulteriori specificità sono riservate oggi ai programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi, validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, che peraltro sono in atto con appositi protocolli di valutazione e trattamento e/o con programmi di azioni innovative in diverse regioni.

Il percorso clinico di presa in carico nell'adulto e il lavoro di rete

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) e garantire la risposta in tutte le fasi del trattamento.

Compito del DSM che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);
- flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out (i cosiddetti "persi di vista").

Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente.

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico indicando le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe.

Il Piano di Trattamento Individuale rappresenta la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale.

Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce così opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa.

La presa in carico nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza

Nel caso della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, benché valgano principi analoghi e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva.

- 1) L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e degli alti indici di comorbilità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.
- 2) In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.
- 3) In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.

TABELLA DI SINTESI

Aree prioritarie di intervento

- area esordi- intervento precoce
- area disturbi comuni
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro indicata si articola essenzialmente in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti, come esemplificato di seguito nella tabella riassuntiva di metodo:

PERCORSI DI CURA nell'ambito dei programmi innovativi di intervento da attivare

AREE BISOGNI	INTERVENTI TERRITORIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTEGRAZIONE	RETI NATURALI FAMIGLIA EMPOWERMENT	RAPPORTO OSPEDALE – TERRITORIO	PROGRAMMI RESIDENZIALI RIABILITATIVI ASSISTENZIALI
<i>Esordi Interventi precoci</i>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	Scuole, MMG e PLS, Piani di Zona, Distretto, DSM- NPIA	Famiglia, Centri di aggregazione, Auto Mutuo Aiuto, Cooperazione e Agenzie del lavoro	DEA, SPDC, Pediatria	Centri Diurni, Comunità terapeutico- riabilitative
<i>Disturbi comuni (depressione, disturbi d'ansia)</i>	Consulenza Assunzione in cura	MMG, Distretto	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto	DEA, Psichiatria di Liaison in ambito ospedaliero	
<i>Disturbi gravi e complessi</i>	Presa in carico (Intervento integrato, Case manager)	MMG, Comuni, Piani di Zona	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto, Associazioni, Volontariato, Cooperazione e Agenzie Lavoro	DEA, SPDC, Medicina interna (Neurologia, Geriatrica)	Strutture riabilitative e assistenziali, RSA residenzialità leggera e social housing
<i>Disturbi in Infanzia e Adolescenza</i>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	NPIA-DSM, Scuole, PLS, Consultori, Piani di Zona, Distretto	Famiglia, Centri di aggregazione, Associazioni, Volontariato	DEA, Pediatria, Neonatologia e Servizi ospedalieri dedicati	Comunità terapeutiche per minori, Strutture residenziali socio-sanitarie, Comunità educative, Centri semi residenziali terapeutici, Servizi innovativi, ecc.

CAPITOLO 2

LE AZIONI PROGRAMMATICHE

Tutela della salute mentale in età adulta

Il mandato istituzionale in materia di tutela della salute mentale in età adulta è definito dal LEA (livello essenziale di assistenza) di settore, anche in riferimento alla titolarità della spesa assistenziale, e consiste nel garantire l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi terapeutico-riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie e che si articola in:

- a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari terapeutiche-riabilitative e socio riabilitative, secondo il progetto terapeutico individuale
- b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale, secondo il progetto terapeutico individuale
- c) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il progetto terapeutico individuale
- d) prestazioni assistenziali e socio riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, sia in regime residenziale nella fase di lungoassistenza che nella comunità, secondo il progetto terapeutico individuale

Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi nell'ambito della psichiatria di comunità, così come definito dai due progetti obiettivo nazionali Tutela Salute Mentale (DPR 7 aprile 1994 e DPR 1 novembre 1999).

In linea con i bisogni prioritari e le aree critiche segnalate nell'introduzione, gli obiettivi specifici prioritari individuati dal presente Piano per la tutela della salute mentale in età adulta sono i seguenti:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma

3. Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
4. Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
5. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
6. Sviluppo del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare
7. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
8. Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- c) implementazione di interventi psicoeducazionali del nucleo familiare
- a) raccomandazioni regionali finalizzate a incrementare la disponibilità di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi per pazienti affetti da disturbi dell'umore, che prestino particolare attenzione al rilievo di sintomi predittivi di un aumentato rischio suicidario
- b) raccomandazioni regionali che definiscano le misure organizzative idonee secondo le linee - guida OMS per ridurre la possibilità di effettuare tentativi di suicidio nelle strutture sanitarie e in carcere
- a) formulazione di profilo clinico, valutazione e trattamento dei disturbi borderline di personalità, (psicoterapico, psicofarmacologico e psicosociale) ed assetto organizzativo del percorso di presa in carico
- a) valorizzare il ruolo della psichiatria e del percorso di consulenza specialistica per la rete dei MMG
- b) sviluppare la collaborazione tra SPDC e altri reparti ospedalieri
- b) definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA, in collaborazione tra DSM, NPIA, MMG e strutture ospedaliere
- c) raccomandazioni per l'attivazione e lo sviluppo di modelli di psicologia/ psichiatria di consultazione con i MMG ed i servizi ospedalieri
- ⇨ raccomandazioni regionali che inducano nei dipartimenti di salute mentale azioni volte a promuovere corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con i MMG
- ⇨ raccomandazioni regionali sulla necessità di stabilire piani di collaborazione fra i dipartimenti di salute mentale, i dipartimenti di prevenzione e sanità
- evidenza delle raccomandazioni e altri indicatori clinico-organizzativi, tenuto conto delle raccomandazioni nazionali in materia
- presenza di Raccomandazioni regionali basate sulle linee guida nazionali
- presenza di protocolli nelle strutture
- verifica dell'impatto delle raccomandazioni sui servizi
- verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi
- presenza nei CSM di Protocolli di collaborazione con i MMG
- presenza in ospedale di Protocolli di collaborazione con i Dipartimenti medici
- verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi
- verifica della presenza di Protocolli di collaborazione coerenti i modelli adottati
- verifica della presenza di Protocolli di collaborazione sulla base delle Raccomandazioni regionali

- pubblica e quelli di cure primarie, per organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti psichiatrici
10. Trattamenti psichiatrici ospedalieri
- a) differenziazione dell'offerta per livelli di intensità di cura
 - b) implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione del suicidio
 - a) ricognizione degli attuali assetti regionali delle strutture residenziali psichiatriche
 - b) rilevazione dell'organizzazione regionale sui programmi riabilitativi individuali
 - c) descrizione della tipologia degli interventi di assistenza (sanitaria / sociale)
 - d) definizione di requisiti e standard idonei delle unità di offerta
 - a) sviluppo di specifiche iniziative in ambito nazionale, regionale e locale, con impegno a coinvolgere in tutte le fasi della campagna i gruppi e le associazioni che operano per l'inclusione sociale e l'empowerment, attraverso:
 - ricognizione della rete sociale e individuazione delle aree di disagio
 - sviluppo di collaborazioni con Dipartimento prevenzione – sanità pubblica, Distretti, Comuni, MMG e associazioni utenti e familiari della rete territoriale
 - collaborazione con le scuole
11. Prevenzione e lotta allo stigma
- esistenza protocolli e di sistemi di monitoraggio sulla base delle indicazioni nazionali
- elaborazione di linee guida condivise con omogenee indicazioni su:
- percorsi riabilitativi individuali
 - requisiti di accreditamento strutture
 - livelli di integrazione socio-sanitaria coerenti con i LEA
- presenza di provvedimenti regionali conseguenti
- presenza di indicazioni nazionali
- presenza di Raccomandazioni regionali conseguenti
- verifica delle collaborazioni locali con i soggetti coinvolti

Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza

Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è invece disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze.

Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. Appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio.

Vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 - 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti.

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA

Risultato accertabile

Garantire livelli essenziali di assistenza per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza

OBIETTIVO

1. Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

AZIONE

- a) produzione di specifiche indicazioni regionali (PSSR, LG regionali, linee di indirizzo, raccomandazioni in materia)

- b) previsione di una rete integrata di servizi multi professionali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero)

- c) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei raccordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.

2. Esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in

- b) sperimentazione di strutture in grado di intervenire

STRUMENTO DI VALUTAZIONE / INDICATORE

- ... esistenza di indicazioni regionali che identifichino una rete omogenea e diffusa di servizi per l'età evolutiva in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza

- ... definizione al loro interno delle diverse tipologie di strutture necessarie in ambito ambulatoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei raccordi tra di esse

evidenziazione nelle indicazioni della necessità della presenza all'interno di tutti i servizi di equipe multiprofessionali stabili e dedicate, con formazione e competenze specifiche sui disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

- esistenza di atto che definisce i requisiti

monitoraggio regionale del numero e delle caratteristiche delle strutture semiresidenziali e residenziali/abitanti in fascia di età

monitoraggio della durata media dei ricoveri di

stretta integrazione con i servizi territoriali

anche in situazioni complesse e di acuzie, in stretta integrazione con i servizi territoriali

c) promozione di buone pratiche di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri

preadolescenti e adolescenti con DRG psichiatrico

presenza di progetti innovativi per la risposta a situazioni di acuzie psichiatriche in preadolescenza e adolescenza

presenza e applicazione di raccomandazioni relative alla collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri

esistenza di linee di indirizzo regionali

3. Delimitazione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta

a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., i servizi di Salute Mentale dell'adulto ed altri servizi per l'età adulta, inclusivi di linee per il monitoraggio

n° protocolli esistenti / n° DSM/altri servizi per l'età adulta e servizi NPIA

esistenza di modalità di monitoraggio dei passaggi e degli eventuali drop out successivi, di analisi delle motivazioni e di attivazione di interventi correttivi

4. Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare di un pz minore con disturbi neuropsichici e genitore/i con disturbi psichici e/o dipendenza patologica

n° ricoveri in SPDC intorno ai 18° anno (tra 16 e 18 anni e tra 18 e 20 anni)

a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., servizi di salute mentale dell'adulto e Dipartimenti Dipendenze

n° protocolli esistenti / n° servizi (NPIA, DSM, Dipendenze)

a) interventi di sensibilizzazione del territorio per l'individuazione precoce di segnali di rischio e l'invio tempestivo

n° interventi di sensibilizzazione/abitanti

5. Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza

b) raccomandazioni regionali finalizzate ad un miglioramento della specificità e dell'appropriatezza e del coordinamento degli interventi nell'ambito dell'acuzie psichiatriche in adolescenza, incluso il ricovero ospedaliero, e della loro integrazione e coordinamento

presenza di raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva

c) sperimentazione di modelli di intervento e/o di equipe integrate con i DSM/dip. dipendenze/aree consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce nello psicosi e nei disturbi psichici gravi, fortemente integrate con i servizi

presenza di protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali ecc) che possono a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acuzie

esistenti

6. Identificazione precoce delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo
 - a) raccomandazioni regionali per la diagnosi precoce, l'appropriatezza della presa in carico, in particolare:
 - nelle situazioni di rischio evolutivo
 - nei disturbi neurologici e neuro evolutivi precoci
 - nella disabilità complessa e nell'autismo
 - u) coordinamento e gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori: autori di reato
 - {} formazione specifica e mirata
 - ii) presenza di indicazioni regionali per la strutturazione di un sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi per i disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza
7. Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale
 - evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle aziende sanitarie
 - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'intervento integrato territorio ospedale e del raccordo con la rete dei servizi pediatrici
 - inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'integrazione operativa con la scuola, i servizi sociali territoriali, il sistema giudiziario e quello dei servizi sanitari privati accreditati.
 - attivazione di stabili forme di collaborazione con tutti gli interlocutori coinvolti (servizi di NPIA, dipartimento dipendenze, servizi di salute mentale, servizi della giustizia, servizi sociali, terzo settore ecc)
8. Strutturazione di un adeguato sistema di monitoraggio
 - presenza di indicazioni regionali relative agli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato
 - attivazione di percorsi di formazione specifica integrata tra i diversi servizi
 - presenza di un sistema informativo dedicato
 - monitoraggio delle attività ambulatoriali
 - monitoraggio dei tassi di ricovero per diagnosi NPIA e dei reparti in cui avvengono, con particolare attenzione ai TSO ed ai ricoveri in SPDC

Integrazione e coordinamento con altre aree

Il coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi.

Sono state considerate le principali criticità rispetto ad alcune aree di confine ed alcune criticità in salute mentale, che è necessario affrontare in collaborazione con altre agenzie.

L'obiettivo generale perseguito comprende:

- definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche
- condivisione tra le diverse agenzie cointeressate
- formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa
- formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multiprofessionali.

Le Regioni, alla cui autonomia competono le scelte di carattere organizzativo, devono in ogni caso, assicurare i LEA, dare attuazione alle norme nazionali relative alle diverse aree e garantire l'appropriatezza e la continuità assistenziale, definendo le priorità sulla base degli specifici bisogni di salute del territorio e mantenendo funzioni di coordinamento, monitoraggio e puntuale verifica dei risultati, anche nella logica del fornire informazioni che consentano una visione d'insieme di livello nazionale.

Esse inoltre sono garanti del pieno coinvolgimento degli stakeholders (pazienti e familiari) nell'intero percorso di cura.

INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CON ALTRE AREE

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza e percorsi assistenziali integrati

OBBIETTIVO

- 1 Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità: handicap psichiatrico adulto stabilizzato e disabilità adulta per disturbi psico organici (insufficienza mentale, autismo, disturbi neurologici con gravi sintomi psichiatrici, ecc.).

AZIONI

- a) produzione di raccomandazioni regionali rivolte ai servizi competenti delle ASL;
- b) definizione di percorsi assistenziali aziendali, anche attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;

- c) condivisione dei percorsi assistenziali integrati, per quanto nelle specifiche competenze, con gli Ambiti territoriali e le Agenzie sociali e territoriali che possono utilmente partecipare alla loro realizzazione, anche mediante una programmazione partecipata degli interventi ed eventuali specifici Progetti

- d) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia per il trattamento terapeutico riabilitativo e per l'assistenza.

- 2 Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alle dipendenze patologiche

- b) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture territoriali, riabilitative

INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE

evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle ASL;

numero di percorsi assistenziali integrati (almeno 1 utile per ciascuna patologia evidenziata)

numero di protocolli di intesa stipulati tra diverse Agenzie;

% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche.

% di ASL con protocolli stipulati;

Evidenza dell'Atto di definizione dei requisiti;

residenziali e semi-residenziali dedicate;

c) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia;

d) condivisione dei percorsi assistenziali con gli Ambiti Sociali e gli altri soggetti pubblici e privati della rete locale per la tutela dei diritti di cittadinanza;

e) monitoraggio regionale sui programmi e sulle azioni intraprese a livello locale

a) recepimento regionale delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni;

b) diffusione ed applicazione delle linee di indirizzo.

c) definizione regionale dei modelli organizzativi di assistenza negli istituti di pena;

d) strutturazione dei servizi sanitari di assistenza penitenziaria secondo il modello organizzativo regionale;

e) formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia;

f) monitoraggio regionale in raccordo con il Tavolo permanente nazionale per la Sanità Penitenziaria

4 Presa in carico dei pazienti internati in OPG

a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti

% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;

n° di programmi specifici nell'ambito dei Piani di Zona;

frequenza dei Report periodici di monitoraggio.

atto regionale di recepimento delle linee di indirizzo

n° di iniziative di informazione e disseminazione riguardo alle linee di indirizzo

evidenza dell'Atto regionale di definizione del modello organizzativo

monitoraggio dei servizi implementati

% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche

frequenza dei Report di monitoraggio con i modelli di reportistica specifici

verifica dell'adozione delle linee guida per la prevenzione del suicidio

definizione di una scheda individuale di monitoraggio;

numero dei protocolli di collaborazione

ricoverati

- b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG
- c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale
- d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità
- e) formazione specifica ed integrata
- f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale

verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati

% degli internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente

evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti

% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;

frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica

Nota metodologica

La garanzia del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativamente alla tutela della salute mentale in età adulta, nell'infanzia e nell'adolescenza va assicurata nel rispetto sia delle indicazioni nazionali di competenza ministeriale sia della autonomia organizzativa delle Regioni, ciascuna delle quali dovrà adottare le necessarie iniziative per garantire i LEA nei tempi di validità del Piano e coerentemente con quanto indicato nelle relative schede, sulla base delle esigenze e delle priorità riscontrate nel territorio di competenza.

Gli "attori", cioè la parte responsabile delle azioni previste nelle schede seguenti, sono sempre rappresentati dal livello nazionale, da quello regionale e dal livello locale (Azienda Sanitaria / DSM), ciascuno per gli interventi di propria pertinenza. Ciò è peraltro ben esemplificato dall'esistenza di linee guida e raccomandazioni ai tre diversi livelli sopra indicati. È da segnalare un riferimento specifico al Piano Nazionale Prevenzione (PNP) in quanto elemento attivatore e unificatore dei diversi Piani Regionali (PRP).

Inoltre, dal punto di vista operativo, diviene fondamentale garantire l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE

[Handwritten signature]

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16-6-14
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo

[Handwritten mark]

PUB. S.

17 GIU. 2014



IL FUNZIONARIO

#

NuovaPEC

Da: Per conto di: ufficio.solidarieta.sociale@cert.regione.basilicata.it <posta-certificata@pec.basilicata.net.it>
Inviato: lunedì 14 luglio 2014 13:06
A: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it; protocollo@pec.aspbasilicata.it
Oggetto: POSTA CERTIFICATA: trasmissione dgr 648/2014 649/2014 650/2014
Allegati: daticert.xml; postacert.eml (3,81 MB)
Firmato da: posta-certificata@pec.basilicata.net.it

GuparAddin.AreaOrganizzativaOmogenea:

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

GuparAddin.DataDiProtocollazione:

14/07/2014

GuparAddin.NumeroDiProtocollo:

2014-0101707

Messaggio di posta certificata

Il giorno 14/07/2014 alle ore 13:06:02 (+0200) il messaggio "trasmissione dgr 648/2014 649/2014 650/2014" è stato inviato da "ufficio.solidarieta.sociale@cert.regione.basilicata.it" indirizzato a: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it protocollo@pec.aspbasilicata.it
Il messaggio originale è incluso in allegato.
Identificativo messaggio: opec275.20140714130602.20975.01.1.2@pec.basilicata.net.it

“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E ANALISI DEI BISOGNI

La Classificazione ICD 10 (WHO 2007) colloca l’Autismo tra le sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (asse I, codice F84) e il DSM IV tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (APA 2002). Tale ultima classificazione comprende, oltre l’Autismo tipico, la Sindrome di Asperger, la Sindrome di Rett, il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS) e il Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia. E’ ormai ampiamente utilizzata la dizione ‘Disturbi dello Spettro Autistico’ che comprende Autismo, Asperger e DPS-NAS. Tale classificazione è stata proposta per la nuova versione del manuale DSM V di prossima pubblicazione. Questa ultima definizione unificante si basa sulla considerazione che tali disturbi, pur presentando peculiarità proprie, rappresentino manifestazioni diverse di una significativa compromissione dello sviluppo con esordio precoce. L’identificazione delle forme tipiche si può fare entro il 3° anno di età.

Lo spettro autistico è caratterizzato da una triade di sintomi che coinvolgono l’ambito sociale (compromissione, ritardo o atipicità dello sviluppo delle competenze sociali), comunicativo (compromissione e atipicità del linguaggio e della comunicazione, verbale e non-verbale) e comportamentale (presenza di comportamenti ritualistici/ripetitivi). Si tratta di una condizione patologica cronica e inabilitante che interessa un numero elevato di famiglie e si configura perciò come un rilevante problema di sanità pubblica ed evidenti ricadute di ordine sociale.

Le caratteristiche del deficit sociale e cognitivo, come in generale la sintomatologia clinica, sono eterogenee in termini di complessità e gravità e possono presentare un’espressione variabile nel tempo. Nell’autismo grave è frequente l’associazione con il ritardo mentale, con l’epilessia e i disturbi del sonno. L’autismo si trova a volte associato a sindromi o malattie rare a base genetica che compromettono la normale funzionalità del Sistema Nervoso Centrale, quali la sclerosi tuberosa, la sindrome di Rett, la sindrome di Down, la sindrome di Landau-Kleffner, la fenilchetonuria, la sindrome dell’X fragile. Questi casi vengono spesso chiamati Autismo sindromico la loro classificazione avviene sulla base della sindrome specifica, ciò non toglie che i loro bisogni speciali in genere coincidano con quelli degli altri soggetti autistici.

Un dato costante riportato dagli studi epidemiologici condotti sia negli Stati Uniti che in Europa è un generalizzato aumento delle diagnosi di autismo e delle sindromi correlate, che sono più che raddoppiate nell’ultimo decennio. L’ipotesi di una vera e propria epidemia di autismo viene però confutata da molti autori, che associano almeno in parte l’incremento della prevalenza all’allargamento dei criteri diagnostici e all’abbassamento dell’età alla diagnosi (King and Bearman 2009), oltre che alla maggiore consapevolezza dell’esistenza dell’autismo da parte dei servizi per l’età adulta, che ha permesso di diminuire le trasformazioni dalla diagnosi di autismo ad altre diagnosi che avvenivano ai 18 anni. Inoltre a tale aumento possono contribuire fattori organizzativi, come l’aumento della disponibilità di servizi e la formazione specifica dei medici, e fattori sociali, o un’ aumentata sensibilità e conoscenza del disturbo strettamente dipendenti dal livello socioeconomico (Durkin et al, 2010, King e Bearman 2011) Per comprendere la diversità delle stime di prevalenza occorre tenere conto della variabilità temporale e geografica, della molteplicità dei disegni degli studi da cui tali stime originano, delle categorie diagnostiche e delle fasce di età considerate.

Un dato comune è che il disturbo autistico colpisce maggiormente i maschi rispetto alle femmine (in un rapporto di 4:1).



Le stime riferite agli Stati Uniti indicano una prevalenza di circa 1:88 tra i bambini dell'età di 8 anni (CDC, 2012), mentre in Europa le stime variano da 1:160 della Danimarca (Parner et al, 2008) e della Svezia (Fernell e Gillberg, 2010), a 1:86 della Gran Bretagna (Baird et al, 2006).

Una ampia rassegna di oltre 80 studi sulla stima di prevalenza dei DPS è stata proposta da Elsabag et al nel 2012, e ad essa si rimanda.

Non esistono ad oggi stime di prevalenza comparabili per criteri diagnostici e gruppi nosografici tra i vari stati dell'Unione Europea. In molti di essi, e l'Italia è tra questi, non esistono stime di prevalenza a livello nazionale. Nel nostro Paese vi sono alcuni dati recenti basati su sistemi informativi regionali. A titolo di esempio, nella regione Piemonte è in vigore a partire dal 2003 un sistema informativo che raccoglie i dati dalle 27 Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile che partecipano all'Osservatorio regionale sulla disabilità infantile. Sulla base di tali dati, la prevalenza di Disturbi dello Spettro Autistico nella regione per l'anno 2008 nella fascia di età 6-10 anni è stata stimata intorno al 3.7:1000 (1:270 circa). Nella regione Emilia-Romagna, dove è pienamente operante dal 1999 un sistema per la registrazione delle prestazioni, la prevalenza stimata all'età di 6 anni nell'anno 2011 è di circa il 3.5 per 1000 (1:286 circa). Sia i dati longitudinali del Piemonte che quelli dell'Emilia Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi.

L'autismo ha una significativa componente genetica, anche se ad oggi non è stato identificato un singolo locus genico associato a questo tipo di disturbi. Tutti gli studi sono concordi nell'indicare una trasmissione ereditaria complessa di tipo poligenico, con il possibile concorso di fattori ambientali di vario tipo (infezioni contratte dalla madre in gravidanza, status immunologico materno-fetale, esposizione a farmaci o agenti tossici) che potrebbero concorrere allo sviluppo del disturbo.

Non sono state evidenziate alterazioni morfologiche e biochimiche comuni ai diversi disturbi dello spettro. Vengono però descritti alcuni "endofenotipi" frequentemente associati ai sintomi comportamentali, come ad esempio la crescita anomala di alcune strutture cerebrali probabilmente connesse ad anomalie nella formazione delle sinapsi e delle reti nervose, disfunzioni dei neurotrasmettitori a livello del sistema nervoso centrale, alterazioni della risposta immunitaria, e disturbi del metabolismo.

La recente Linea guida: 'Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti' a cura del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS, 21, 2001) evidenzia in maniera aggiornata e in accordo con la precedente Linea Guida Scozzese (Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) n. 98, 2007) che i trattamenti che hanno dato maggiore prova di efficacia sono quelli precoci intensivi di tipo abilitativo con valenza comportamentale, cognitivo-comportamentale e psicoeducativa. Si sono dimostrati efficaci anche gli interventi mediati dai genitori.

Anche se non esiste un particolare modello di intervento per il quale vi sia una evidenza conclusiva e risolutiva l'orientamento internazionale sostiene l'intervento abilitativo tempestivo, intensivo, e strutturato che cerchi di modulare gli approcci psicoeducativi adeguandoli alle esigenze individuali. In tal senso l'accuratezza della diagnosi e del profilo cognitivo e funzionale rappresentano la base conoscitiva per poter costruire il piano abilitativo individualizzato. La presenza di comportamenti cosiddetti "problema" deve essere valutata attentamente e trattata con adeguate strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educativo-didattiche speciali, prima di ricorrere al trattamento farmacologico. L'uso dei farmaci nel trattamento dei soggetti con disturbi dello spettro autistico ha infatti un'efficacia circoscritta al trattamento di alcuni sintomi comportamentali specifici, mentre non è stata dimostrata la sua efficacia nel trattamento di lungo periodo dei sintomi "core" della sindrome; inoltre, per quei pochi farmaci testati in età pediatrica, mancano conoscenze



sul lungo periodo. Pertanto il trattamento farmacologico deve essere inquadrato come uno degli elementi di un pacchetto di cura integrata, sempre facendo riferimento alle evidenze scientifiche disponibili e tenendo conto delle raccomandazioni presenti nelle Linee guida nazionali e internazionali sopra citate.

La consapevolezza della complessità del fenomeno dell'autismo, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto familiare e le ricadute di ordine sociale, richiede un impegno urgente e concreto da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari. Si consideri che in un recente studio inglese, Ganz (2007) ha calcolato in circa 3,2 milioni di dollari il costo di ciascun soggetto con autismo, per la società e per le famiglie, nell'arco di vita. Un costo in cui rientrano la perdita di produttività e l'assistenza necessaria (circa il 59,3% delle risorse è imputabile alla perdita di produttività e altri costi indiretti). Nella stessa direzione vanno anche i primi risultati di uno studio attualmente in corso presso l'ISS nell'ambito del 'Primo Programma Nazionale di Ricerca Strategica in età evolutiva', volto a quantificare e caratterizzare il carico di sofferenza (*burden*) e i bisogni delle famiglie con un figlio affetto da un Disturbo dello Spettro Autistico e i fattori demografici, socioeconomici e assistenziali ad esso associati. Un panorama recentissimo sui bisogni delle famiglie con un componente con autismo è offerto anche dai primi risultati della ricerca "Centralità della persona e della famiglia", della Fondazione Serono e Angsa eseguita dal CENSIS, presentata in Parlamento il 22 novembre 2011.

Gli interventi in età evolutiva mirati, specialistici ed intensivi, che utilizzano anche gli ambienti di vita normale (scuola e famiglia), e quelli in età adulta, finalizzati al mantenimento delle abilità acquisite, consentirebbero di ridurre in modo facilmente dimostrabile i costi dell'autismo. L'impegno necessario deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governo dei fenomeni complessi, anche attraverso accordi inter-settoriali, indispensabili ad affrontare la necessità di un percorso assistenziale che garantisca i principi definiti dalla normativa vigente di diritto all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e di non discriminazione educativa.

In particolare, si ritiene cruciale, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che tutelano il diritto della persona con autismo a fruire di percorsi di integrazione sociosanitaria ed educativa, che i servizi sanitari specialistici di diagnosi e trattamento, siano resi accessibili e omogeneamente diffusi in tutte le Regioni e siano parte di una rete coordinata d'intervento, garantendo l'approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico indispensabile per poter affrontare la complessità e l'eterogeneità delle sindromi autistiche. È altrettanto prioritario il consolidamento di una rete educativo-socio-assistenziale che sia in grado di supportare le famiglie e sostenere i processi di inclusione scolastica e sociale delle persone con autismo, qualunque sia la loro età. È importante sottolineare che alcune Regioni italiane si sono attivate in questa direzione, attraverso iniziative di programmazione sanitaria e istituendo fondi specifici, o anche attraverso l'utilizzo di strumenti e modalità volti al conseguimento dell'integrazione scolastica e sociale. Tali esperienze però sono limitate a meno di un quarto del territorio nazionale, e il quadro generale evidenzia che non vi è uniformità di approccio alla gestione dei pazienti autistici. Spesso mancano nei Servizi territoriali, operatori con una specifica formazione per i DPS, oltre a non essere presenti tutte le figure professionali necessarie per la terapia e la presa in carico dei pazienti in ambito sanitario, sociosanitario ed educativo. Sono essenziali il raccordo e il coordinamento tra i vari settori sanitari coinvolti così come l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli scolastici, educativi e sociali, tra servizi pubblici e servizi del privato e del privato sociale, le famiglie e le loro Associazioni. L'intervento psicoeducativo raggiunge la sua massima efficacia se esercitato nell'ultimo anno di asilo nido e nella scuola dell'infanzia; perciò è essenziale una vera integrazione dei servizi sanitari con quelli scolastici e quelli sociali. In questo periodo di vita si può preparare l'ingresso nella scuola dell'obbligo, facendo sì che il bambino acquisisca le abilità di base che gli consentano una proficua inclusione nelle scuole elementari.



I nodi prioritari sui quali è opportuno orientare le attività sono descritti di seguito:

Il Servizio sanitario regionale gestisce i propri servizi con il modello della rete clinica, che consente di attivare:

- diagnosi precoce, comunicazioni chiare e coinvolgimento attivo della famiglia durante il percorso diagnostico, nella fase di costruzione del progetto terapeutico e psico-educativo, e nel momento di valutazione della sua efficacia;
- valutazione clinico-biologica con un protocollo diagnostico che preveda accertamenti laboratoristici e strumentali, finalizzati alla definizione diagnostico-eziologica
- impiego di metodi e strumenti basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, nell'ambito di trattamenti individualizzati e costantemente valutabili nella loro efficacia.
- definizione di équipe specialistiche dedicate ai DPS nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, anche in collaborazione con le altre attività dei servizi stessi, che partecipino alla definizione del piano di assistenza (PAI/PEI), ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza nelle varie aree della vita del soggetto (scuola, famiglia, lavoro, centro semiresidenziale/residenziale)
- predisposizione e realizzazione di piani di formazione per gli operatori sanitari

I Servizi degli ambiti di Salute, Sociale, Istruzione e Lavoro si raccordano in modo intersettoriale per promuovere:

- valutazione multidimensionale congiunta tra le componenti sanitaria, scolastica e sociale che operano come Unità Valutativa Multidimensionale delle abilità e dei bisogni e con individuazione del profilo di funzionamento
- elaborazione del Piano Assistenziale individuale (PAI) o in età scolare Piano Educativo individuale (PEI) e del percorso di abilitazione strutturata, incentrato sul potenziamento delle risorse del bambino tramite un'azione sui punti "forti" insieme alle necessarie modificazioni ambientali per il raggiungimento della massima autonomia;
- attuazione del PAI/PEI da parte delle diverse componenti con prevalenza della componente scolastica per quanto riguarda il PEI
- promozione nell'ambito del sistema scolastico della figura del coordinatore psicopedagogico, quale referente per ogni alunno con autismo della continuità e dell'integrazione degli interventi, anche in raccordo con la famiglia.
- attivazione e/o potenziamento nel settore scolastico di attività di supporto alle scuole per garantire un efficace intervento psicoeducativo, valorizzando anche le professionalità degli insegnanti più esperti
- attivazione, anche dopo l'età scolare, della supervisione di un case-manager che ha la responsabilità dell'esecuzione del PAI
- attività di supporto alla famiglia e di formazione dei familiari come partner attivi del trattamento (*parent training, parent to parent* e gruppi di automutuoaiuto)
- collegamento e coordinamento dei diversi interventi e dei diversi servizi, per garantire adeguata continuità per l'intero ciclo di vita della persona



- formazione e supervisione unificata su tutti gli operatori coinvolti nel progetto terapeutico e abilitativo, con particolare attenzione all'ambiente di vita
- potenziamento di strutture diurne e delle attività di inclusione sociale e nel mondo del lavoro per le persone adulte con autismo
- potenziamento delle strutture residenziali per le persone con DPS in età adulta, finalizzate alla acquisizione di una maggiore autonomia e/o al sollievo alla famiglia.

Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità cooperano per il miglioramento della conoscenza del fenomeno e per l'attivazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica riferito ai percorsi assistenziali utilizzabile per :

- La valutazione dell'andamento epidemiologico dei casi
- La valutazione dei percorsi assistenziali e il loro adeguamento ai LEA
- La valutazione dell'uso dei farmaci

OBIETTIVI ED AZIONI¹

Per garantire l'avvio di questo percorso di condivisione dei principi, propedeutico alla loro traduzione in operatività integrata, si individuano una serie di obiettivi ed azioni volti a fornire indicazioni omogenee per la programmazione, attuazione e verifica dell'attività per i minori e adulti affetti da DPS, per consolidare la rete dei servizi e migliorarne le prestazioni, favorendo il raccordo e il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte. Si sottolinea ancora che l'integrazione tra diverse agenzie pubbliche per i servizi (sanità, scuola, sociale e lavoro) è fortemente auspicabile per l'ottenimento di un intervento tempestivo e ad alta intensità che possa iniziare a partire dall'età prescolare e garantire una continuità abilitativa sia nell'età della formazione che in seguito nell'età di inclusione lavorativa.

1) Migliorare la conoscenza dei bisogni e dell'offerta

- a. Ricognizione aggiornata della normativa regionale e di settore, con particolare riferimento ai piani e programmi regionali per i DPS (MdS, ISS e R).
- b. Ricognizione aggiornata dell'offerta sanitaria e sociosanitaria esistente, basata su una raccolta di dati standardizzati e convalidati dalle Regioni, finalizzata alla stabilizzazione di un monitoraggio epidemiologico, i cui risultati verranno periodicamente diffusi. (MdS, ISS e R).
- c. Realizzazione e stabilizzazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico, finalizzato alla stima di prevalenza a livello nazionale e regionale, con caratteristiche di base uniformi su tutto il territorio nazionale, sia per l'età evolutiva che per l'età adulta, da integrarsi anche con i dati in possesso dagli Uffici Scolastici Regionali (MdS, MIUR, ISS e R).

2) Promuovere interventi mirati alla creazione di una rete assistenziale regionale integrata (R, MIUR)

- a. Rilievo precoce, sostenuto da adeguata formazione, del sospetto di Autismo entro i primi due anni di vita (ad eccezione della Sindrome di Asperger ed alcuni casi di DPS-NAS) da

¹ Fra parentesi l'indicazione delle Istituzioni prioritariamente interessate. MdS - Ministero della Salute; MIUR - Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca; R - Regioni; ISS - Istituto Superiore di Sanità



parte del Pediatra di Libera Scelta ed invio tempestivo alle équipes specialistiche per i DPS dei Servizi di neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

- b. Razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici secondo un modello di rete clinica e di approccio multiprofessionale, interdisciplinare ed età specifico per la diagnosi e la valutazione funzionale strutturata, e definizione di percorsi condivisi tra figure sanitarie, operatori sociali, insegnanti ed educatori per la costruzione e conduzione del progetto abilitativo individualizzato.
- c. Costruzione di raccordi stabili tra le équipes specialistiche dedicate per i DPS, gli altri specialisti, i PLS e i MMG, gli insegnanti (valorizzando anche la professionalità degli insegnanti più esperti) e gli operatori educativi, secondo le specificità del caso, individuando tra di essi il case manager.
- d. Organizzazione a rete dei servizi per i disturbi dello spettro autistico, dall'età evolutiva all'età adulta, basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, con particolare attenzione alle risorse strutturali ed umane. Della rete fanno parte anche centri specialistici di riferimento individuati con criteri stabiliti dalle Regioni, con funzione di supporto, consulenza e formazione per le équipes specialistiche dedicate ai DPS.
- e. Previsione, all'interno dell'offerta regionale, di idonee soluzioni residenziali e semiresidenziali, anche mediante la riqualificazione dei posti esistenti, garantendo requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi improntati a logiche non istituzionalizzanti (ad esempio prevedendo che il numero di posti per struttura sia limitato) considerando che si tratta di prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e prestando particolare attenzione al paziente adolescente ed adulto ed alle situazioni che presentino necessità riabilitativo-terapeutiche temporanee mirate.
- f. Continuità dell'assistenza, con attenzione particolare alle fasi di passaggio dall'età evolutiva all'età adulta.

3) Formare tutte le figure professionali coinvolte

- a. Collaborazione con le Università per rafforzare, nei programmi universitari, contenuti indirizzati alla conoscenza e competenza nei disturbi pervasivi dello sviluppo e nella pedagogia speciale, anche ai fini della formazione permanente (MIUR, MdS)
- b. Attivazione a livello nazionale, regionale e di Azienda Sanitaria, di progetti formativi, anche nell'ambito ECM, volti all'aggiornamento, preferibilmente con modalità integrate, di tutte le figure professionali coinvolte, inclusi i PLS, i MMG, gli insegnanti, gli educatori, nonché di familiari (ad esempio *parent training*, *parent und teacher training*, gruppi di automutuoaiuto) (MdS, ISS, R e MIUR)

4) Attuare, produrre ed aggiornare Linee Guida e promuovere la ricerca

- a. Attuazione, produzione ed aggiornamento di linee guida diagnostico-terapeutico aggiornate per la pratica clinica e l'organizzazione dei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alle aree di maggior criticità, come il settore dell'autismo nell'adulto e quello del trattamento farmacologico, monitorandone l'attuazione. (MdS, ISS).
- b. Promozione della ricerca scientifica mirata alla comprensione dell'eziologia e dei fattori di rischio nonché allo sviluppo di terapie o modelli di intervento innovativi sanitari e di



pedagogia speciale, anche attraverso il sostegno di programmi di ricerca finalizzata e integrata con i programmi internazionali con particolare riferimento ai programmi di ricerca della UE (MdS, MIUR e R).

5) Sviluppare una Carta dei Servizi e dei Diritti dell'utente, promuovere informazione e sensibilizzazione sociale

- a. Redazione e diffusione di una "Carta dei servizi" e di una Carta dei Diritti regionale sull'Autismo che informino rispettivamente sulla operatività dei servizi e sulle modalità dell'intero percorso assistenziale, nonché sui diritti dei pazienti e delle famiglie (R).
- b. Organizzazione di eventi mirati alla informazione, alla sensibilizzazione della popolazione generale, alla promozione del rispetto della dignità e della piena inclusione delle persone con disturbi pervasivi dello sviluppo (MdS, ISS, R, MIUR).

