

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
13 luglio 2004, n. 476

Azienda Sanitaria n. 8 di Vibo Valentia – Deliberazione n. 65/C del 30/4/2003 avente per oggetto: «Bilancio d'esercizio anno 2002».

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA:

— la Legge regionale n. 11/2004, articolo 13 che prevede gli atti sui quali la Giunta regionale esercita il controllo di legittimità tra cui i bilanci ed i conti consuntivi;

— l'art. 31 della L.R. 43/96 che prevede il controllo da parte della Giunta Regionale del bilancio d'esercizio adottato dal Direttore Generale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;

PREMESSO:

— che l'Azienda Sanitaria n. 8 di Vibo Valentia con nota prot. 282 dell'1/8/2003, acquisita agli atti di questo ufficio in data 4/8/2003 con prot. n. 11476 ha trasmesso la deliberazione n. 65/C del 30/4/2003, avente ad oggetto: «Bilancio d'esercizio 2002»;

— che il Collegio Sindacale in data 12/11/2003 prot. n. 24109 trasmetteva, il verbale n. 67 del 22/10/2003, relativo all'esame del consuntivo 2002;

— che in data 5/12/2003, questo Dipartimento ha richiesto, con deliberazione, ulteriori elementi integrativi e di valutazione in ordine al bilancio d'esercizio 2002, sottoponendo la stessa all'esame della G.R., approvata nella seduta del 16/12/2003, registrata al n. 1047;

— che sono state osservate le prescrizioni degli artt. 25 e seguenti della L.R. 43/96, ed in particolare che:

— che il bilancio di esercizio è articolato in: Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa e relazione sulla gestione;

— che è stato redatto in conformità al decreto interministeriale previsto dall'art. 5, comma 5 del D.Lgs n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

— che la nota integrativa è in conformità ai contenuti di cui all'art. 2427 del C.C. come modificato dall'art. 10 del D.Lgs. 127/91;

— che la struttura ed il contenuto sono conformi allo schema obbligatorio fornito dalla Giunta Regionale;

CONSIDERATO

— che in data 15/3/2004 l'Azienda Sanitaria ha dato riscontro alla delibera G.R. n. 1047 del 16/12/2003, avente per oggetto – Richiesta elementi integrativi in ordine alla deliberazione n. 65/C del 30/4/2003 concernente il bilancio d'esercizio 2002 – trasmettendo le schede contabili relative alla movimentazione dei conti di cui al passivo dello Stato Patrimoniale;

— che il collegio dei revisori, con verbale n. 72 del 4/3/2004 ha preso atto dei chiarimenti richiesti dallo stesso organo agli uffici competenti, in relazione alla ricognizione dei debiti e crediti, con verbale n. 73 del 17/3/2004 con riferimento alle riserve

espresse nel verbale n. 67 del 22/10/2003, riesaminati gli atti esprime nel merito, parere favorevole all'approvazione del bilancio d'esercizio 2002;

RITENUTO di approvare il bilancio d'esercizio anno 2002 dell'Azienda n. 8 di Vibo Valentia di cui alla deliberazione n. 65 del 30/4/2003, in virtù della coerenza dei dati esposti ed i limiti di spesa assegnati dalla Regione;

SU conforme proposta dell'Assessore alla Sanità, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate nonché dalla espressa dichiarazione resa dal Dirigente del Settore interessato, che si è espresso per l'approvazione;

a voti unanimi;

DELIBERA

— di approvare il bilancio d'esercizio 2002 dell'Azienda Sanitaria n. 8 di Vibo Valentia adottato con deliberazione n. 65/C del 30/4/2003 dal Commissario Straordinario che presenta la seguente situazione economica:

— Valore della produzione (Totale A)	€ 178.198.097,15
— Costi della produzione (Totale B)	€ 172.552.752,49
— proventi e oneri finanz. (Totale C)	€ - 204.992,95
— Rettifica valori att. finanz. (Totale D)	€ —
— Proventi ed oneri straordin. (Totale E)	€ - 1.086.133,22
— Risultato prima delle imposte (Totale A-B+C+D+E)	€ - 4.354.218,49
— Imposte e tasse	€ - 5.859.238,09
Perdita d'esercizio	€ - 1.505.019,60

— di dare mandato al Dipartimento alla Sanità per l'esecuzione del presente provvedimento.

Il Segretario
F.to: Perani

Il Presidente
F.to: Chiaravalloti

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
13 luglio 2004, n. 477

Riorganizzazione della rete dei servizi per la tutela della salute mentale: direttiva.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

— con DGR del 4/8/2003, n. 614, è stato istituito un gruppo tecnico di lavoro per la «Definizione del modello organizzativo dei Dipartimenti di salute mentale e la redazione delle linee guida per l'organizzazione della rete dei relativi servizi della salute mentale», compresa la determinazione delle rette di degenza;

— il gruppo tecnico, ha redatto una proposta di direttiva per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici che, allegata al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

— lo stesso gruppo tecnico, ottemperando all'incarico conferito, ha predisposto alcune schede utili alla rilevazione delle informazioni per delineare la mappa dei percorsi attraverso i quali si snoda l'assistenza psichiatrica nella Regione Calabria;

— la rilevazione è stata effettuata dai Direttori dei DSM e dai Responsabili delle Case di Cura private accreditate, con il coordinamento dell'Ufficio di Psichiatria dell'Assessorato alla Sanità;

— tale rilevazione, oltre al censimento statico ha riguardato l'utilizzo delle strutture psichiatriche nel periodo compreso dall'1/1/2003 al 31/12/2003;

— i dati raccolti sono stati elaborati per giungere a definire l'attuale stato dell'offerta;

— come riferimento è stata assunta la rilevazione effettuata dal Ministero della Sanità nel 2001, che delineava un quadro dei servizi psichiatrici calabresi con le seguenti caratteristiche:

1. 11 DSM con bacini di utenza variabili, da circa 100.000 fino a 300.000 abitanti;

2. 32 CSM con un tasso di 2,34 (CSM/popolazione) e con un range compreso tra 1,65 e 3,16;

3. 13 SPDC con un totale di 123 posti letto;

4. 11 DH per complessivi 42 posti letto;

5. 5 Case di Cura Neuropsichiatriche con un totale di 538 posti letto;

6. n. totale offerta di posti letto pari a 703 (pubblici 23% e 77% privati);

7. 12 C.D. con un tasso pari allo 0,88 (C.D./popolazione) ed un totale di 172 posti;

8. 34 strutture residenziali per un totale di 640 posti letto ed un tasso pari al 3,12 con un range da 0,81 a 4,12;

9. oltre 1200 operatori, con un rapporto operatore/popolazione dello 0,71;

CONSIDERATO CHE questo quadro delinea le seguenti specificità rispetto al quadro nazionale:

— istituzione dei DSM coerente con l'organizzazione delle AA.SS.LL.;

— scarsa offerta di posti letto negli SPDC (che dovrebbero essere pari a 1/10.000, quindi 205);

— significativa presenza dell'offerta di posti letto a gestione privata (pari al 75% del totale);

— media di operatori inferiore agli standard previsti dal P.O. nazionale (0,71/1500);

CONSIDERATO INOLTRE che, rispetto alla normativa nazionale le indicazioni dell'Assessorato, gli orientamenti dottrinali e scientifici, i P.O. Nazionale 1994/96 e 1998/2000, il P.S.N. 2003/2005 ed il P.S.R. si sono riscontrati degli scostamenti ed in particolare:

— i posti di degenza negli SPDC vanno uniformati al range nazionale così come previsto dalla normativa vigente, nonché

adeguati al fabbisogno del territorio regionale, al fine di ridurre il ricorso alla mobilità con recupero di risorse per la Regione;

— le risorse umane sono distribuite in modo non sempre razionale rispetto alle esigenze;

— in alcuni casi i locali sono organizzati in modo non funzionale;

— gli SPDC, in prevalenza, sono dotati di un numero di posti letto inferiore a 15 che determina un aumento dei costi ed una dispersione di professionalità;

— la presenza di una forte offerta privata per il trattamento dei pazienti acuti e post acuti e della residenzialità, con insufficiente differenziazione dei piani di intervento, che determina un difficile monitoraggio del singolo paziente da parte del DSM di provenienza;

— lo scarso sviluppo delle strutture residenziali gestite direttamente dal DSM, spesso dotati di strutture già realizzate (casa famiglia, comunità alloggio, C.T.), ma mai attivate;

— la mancanza di adeguata circolazione dei dati conoscitivi e di un sistema informativo regionale nel settore;

— la carenza di programmi di intervento nell'adolescenza, in raccordo con i MMG, di programmi di intervento precoce e delle politiche di welfare a supporto della riabilitazione e dell'inclusione sociale;

RITENUTO improcrastinabile la necessità di migliorare la strategia di risposta alle caratteristiche della domanda psichiatrica, di definire un piano generale di riassetto di tutte le strutture afferenti al DSM e un progetto di riconversione delle strutture private, in relazione alla domanda dell'utenza, tenuto conto della tipologia di interventi che ciascuna struttura è in grado di assicurare, considerata la relativa competenza, l'organizzazione e la tipologia edilizia;

VISTO il P.S.N. 2003/2005;

VISTI i P.O. della Tutela della Salute Mentale 1994/96 e 1998/2000;

VISTO la legge regionale del 19/3/2004 n. 11 «Piano Regionale per la salute 2004/2006»;

VISTO il DPR 17/1/97;

VISTO la L. 502/92 e successive integrazioni;

VISTA la L. 229/99;

SU conforme proposta dell'Assessore alla Tutela della Salute e sulla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente del Settore competente che si è espresso sulla regolarità del presente atto;

a voti unanimi;

DELIBERA

Per le motivazioni evidenziate in narrativa che qui si intendono integralmente riportate:

— di approvare la direttiva per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici allegata alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

— di considerare quale obiettivo prioritario la messa in atto delle azioni previste nel documento ed in particolare:

— le AA.SS.LL. dovranno adeguare i propri servizi entro sei mesi dalla pubblicazione del presente atto;

— le Case di Cura neuropsichiatriche dovranno, entro e non oltre diciotto mesi dalla pubblicazione dello stesso, a pena di decadenza dell'autorizzazione, rimodulare le proprie strutture, abbattendo del 50% i posti letto attuali; quelli eccedenti potranno essere riconvertiti in Comunità protette (tipo A o tipo B), o in Comunità Alloggio;

— nelle more della riorganizzazione e al fine di garantire i bisogni assistenziali gli abbattimenti saranno applicati nel modo seguente:

— riabilitazione: l'abbattimento, attualmente previsto dal 60° giorno di ricovero, decorrerà dal 120° giorno;

— Lungodegenza: l'abbattimento, attualmente previsto dal 90° giorno di ricovero, decorrerà dal 180° giorno;

— di precisare che s'intende revocata ogni precedente disposizione in contrasto con quanto stabilito dal presente provvedimento;

— di dare atto che l'esatta applicazione della direttiva, così come approvata, costituisce obiettivo per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie che dovranno relazionare, alla Giunta Regionale per il tramite del dipartimento Sanità, decorsi sei mesi dal presente provvedimento, sulle attività poste in essere.

Il Segretario
F.to: Perani

Il Presidente
F.to: Chiaravalloti

DIRETTIVA

Il modello organizzativo dell'Assistenza Psichiatrica deve essere caratterizzato da una rete integrata di servizi sul territorio incentrati sulla prevenzione delle patologie, la cura e la riabilitazione, secondo gli orientamenti espressi dal Progetto Obiettivo «tutela della salute mentale» 1994-96 e 1998-2000.

Il fulcro del modello è il Dipartimento di Salute Mentale, DSM, a struttura e direzione unica.

Il Dipartimento di Salute Mentale

— è la sede della programmazione e del coordinamento di ogni attività in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione concernente la tutela della Salute Mentale;

— utilizza come strumento operativo la «presa in carico» del paziente;

— opera per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti di persone portatrici di disagio o di disturbo mentale, promuovendo attivamente i diritti di cittadinanza;

— vincola tutti gli operatori ad una serie di interventi multidisciplinari combinati tra loro, unificati tuttavia da obiettivi e valutazioni comuni;

— integra i diversi momenti operativi in relazione ai bisogni presentati dalle persone affette da disturbi mentali, secondo spe-

cifiche linee guida, quali ad esempio per il mantenimento della presa in carico, per la continuità assistenziale e per la responsabilità terapeutica;

— gestisce autonomamente le risorse e le attività per la tutela della Salute Mentale, al fine di assicurare l'unitarietà delle attività e il controllo della gestione economica;

— è dotato di un proprio budget in funzione degli obiettivi e dei risultati e, per la sua natura di dipartimento strutturale, dispone di un organico pluriprofessionale;

— è inteso come momento propositivo ed aggregante, di tutte le risorse formali ed informali offerte dal territorio, attraverso l'attivazione della collaborazione tra i diversi servizi, gli enti e i differenti soggetti pubblici e privati accreditati che operano nel settore;

— sviluppa cultura scientifica e formazione continua affinché gli operatori siano messi in grado di utilizzare con competenza tecnologie, metodologie terapeutiche e di appoggio agiornate.

Sul piano finanziario è auspicabile che al Dipartimento sia attribuito un budget pari ad almeno il 5% dei finanziamenti di ciascun' Azienda Sanitaria.

Il Dipartimento di Salute Mentale è articolato come segue:

Centro di Salute Mentale (CSM)

Il CSM, presente in ogni Distretto, è la sede del progetto terapeutico e degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socio-terapeutici ambulatoriali, nonché il centro organizzativo degli interventi a domicilio e/o nelle strutture residenziali. È la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, anche tramite l'integrazione funzionale con l'attività dei distretti.

Il CSM costituisce la sede organizzativa dell'équipe pluriprofessionale degli operatori che adempie a molteplici attività di prevenzione, cura e riabilitazione differentemente articolate:

— attività di filtro e prevenzione rispetto ai ricoveri psichiatrici;

— visite ambulatoriali;

— visite domiciliari;

— colloqui psicologici;

— trattamenti di psicoterapia;

— trattamenti psicofarmacologici;

— attività di sostegno infermieristico;

— attività riabilitative;

— attività volte alla risocializzazione;

— interventi assistenziali;

— proposte di ricoveri ospedalieri e/o in case di cura;

— attività di filtro e di invio alle strutture di 2° livello;

— consulenze specialistiche a istituti o servizi di altra natura.

Il Centro di Salute Mentale è aperto al pubblico tutti i giorni feriali, per 8-12 ore al giorno, ivi compreso il sabato. Considerata la morfologia del territorio il CSM sarà articolato in punti ambulatoriali in relazione alle esigenze rilevate nel bacino di utenza.

L'èquipe deputata all'assistenza psichiatrica è composta da medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali e infermieri professionali, secondo le dotazioni organiche previste con atto regionale. Inoltre può essere prevista la presenza di educatori.

L'accessibilità deve essere ampia, sia per gli aspetti strutturali sia procedurali.

Gli interventi sono determinati dalla qualità della situazione specifica e debbono contemplare un'ampia gamma di possibilità. Accanto agli interventi più routinari, relativamente semplici dal punto di vista organizzativo, colloqui con lo specialista o visite finalizzate alla prescrizione dei farmaci, possono rendersi necessari interventi più complessi che richiedono la partecipazione delle diverse figure professionali afferenti allo staff.

È auspicabile che siano qui contemplati anche i programmi di inserimento formativo lavorativo ed occupazionale con l'utilizzazione di cooperative integrate attraverso l'attivazione di specifici progetti finanziati.

Un altro campo di intervento è quello sulla crisi psichiatrica a livello territoriale. Il Centro di Salute Mentale, infatti, spesso riceve la prima richiesta di ricovero urgente, o accoglie pazienti inviati dal DEA per i quali propone, se la situazione lo consente, interventi alternativi al ricovero. L'attività di filtro dei ricoveri è particolarmente significativa anche ai fini di un risparmio economico.

Per esempio, è possibile che un intervento ambulatoriale o domiciliare, quotidiano, per un tempo definito, limitato anche ad una sola ora, per una o due settimane, con successivo aggiornamento delle date delle visite, eviti un ricovero prolungato che comporterebbe costi sia diretti che indiretti più elevati.

Il CSM, inoltre, deve provvedere alle attività di consulenza presso gli ospedali pubblici non dotati di SPDC e presso le strutture che ospitano pazienti psichiatrici. Mantiene i rapporti con le case di cura convenzionate, con gli specialisti di neuropsichiatria infantile e con i medici della Medicina Generale.

Ancora, il CSM attua i sistemi di rilevazione e valutazione epidemiologica dell'attività svolta.

Un altro compito del CSM è di provvedere alla formazione e all'aggiornamento attraverso iniziative di diversa natura che siano rivolte a tutte le figure che operano nel Servizio; deve sostenere le attività di ricerca nonché la partecipazione attiva ed originale a convegni e congressi nazionali ed internazionali.

Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi (ex DPR 14 gennaio 1997):

- numero di locali e spazi rapportato alla popolazione servita;
- locale per l'accoglienza degli utenti e la segreteria per le informazioni;
- locale per le attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale per la visita medica;
- locale per le riunioni;

- spazio archivio;
- presenza di personale medico per tutto l'orario di apertura;
- presenza di altre figure professionali, di cui al DPR 7 aprile 1994, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- collegamento con il DEA;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7 aprile 1994.

a questi requisiti minimi si aggiungono quelli previsti dalla Regione Calabria per l'accreditamento.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è collocato in ospedali sede di DEA. È parte integrante del DSM anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'ASL di cui il DSM fa parte. Accoglie i pazienti per i quali è necessario il ricovero in ambiente ospedaliero, sia volontario sia in Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il numero complessivo dei posti letto è tendenzialmente indicato nella misura di uno ogni 10.000 abitanti; ciascuno SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti-letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni (P.O. 1998-2000).

Esso opera in stretto raccordo operativo con il CSM di riferimento.

Durante il ricovero è impostata la terapia farmacologica e sono effettuate le indagini di laboratorio nonché qualsiasi altra valutazione di medicina generale di base o specifica in relazione a quanto sia emerso dall'indagine anamnestica. Con la collaborazione del personale del CSM si procede anche alla valutazione della situazione più generale del paziente: sono effettuati colloqui di tipo psicologico ed interventi sulle famiglie ed inoltre sono programmati ed effettuati interventi di tipo socio-assistenziale. Sono inoltre previsti interventi psicoterapeutici e riabilitativi.

I sanitari dello SPDC effettuano le consulenze nei reparti presenti nella struttura ospedaliera ove esso sia ubicato e ove una loro consultazione sia stata richiesta.

Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi: valgono le stesse indicazioni stabilite dal citato DPR 14/1/1997 per le altre aree di degenza dell'ospedale con l'ulteriore previsione di un locale specifico per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto.

La struttura deve garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Vanno rispettati, naturalmente gli ulteriori requisiti fissati dalla Regione.

Dey Hospital

Il Dey Hospital costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. La sua collocazione può essere prevista in strutture ospedaliere o in strutture esterne all'ospedale ma collocate con il CSM. Ha la funzione di permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi di effettuare interventi farmacologici e psicoterapeutici riabilitativi e di ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o di limitarne la durata.

È aperto almeno 8 ore al giorno ed è rivolto all'assistenza dei pazienti che necessitano di interventi farmacologici, di psicoterapia e riabilitativi, condotti in uno spazio strutturato, ma dotati di una parziale autonomia che ne consenta la dimissione quotidiana.

L'utente vi accede in base ai programmi concordati con gli operatori del CSM e/o dello SPDC. Il numero e la collocazione dei posti letto in DH sono definiti tenendo presente che un posto letto in DH equivale ad un posto letto in SPDC, ai sensi del DPR 20/10/1992, art. 2, commi 1 e 2.

La sua configurazione strutturale dovrà prevedere momenti di medicalizzazione dell'intervento e quindi garantire la presenza di locali idonei ad accogliere pazienti che necessitano di terapie per via infusiva e/o sedative. In particolare:

- la tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni e caratteristiche operative;
- locali e spazi in relazione alla popolazione servita;
- ubicazione preferibilmente in presidi territoriali extraospedalieri (CSM o Centri Diurni);
- collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con gli altri presidi del DSM;
- presenza di personale medico ed infermieristico;
- presenza di psicologi ed educatori professionali programmati o per fasce orarie;

Il DH è una struttura in cui possono essere ottimizzate le procedure di osservazione dei pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche, attraverso l'utilizzazione di procedure sistematiche e un'attività psicodiagnostica adeguata, per la valutazione del paziente finalizzata alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati.

Il DH costituisce, secondo quanto affermato dal DPR 7/4/1994, un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare il paziente nel percorso di uscita da una situazione di scompenso, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del CSM.

Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi: valgono quelli definiti come minimi dal DPR 14 gennaio 1997 oltre a quelli stabiliti dalla Regione per l'accreditamento.

Centro diurno

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, compreso l'intervento farmacologico, volte a prevenire e contenere il ricovero ed alla messa in atto di programmi riabilitativi territoriali. È aperto almeno 8 ore al giorno per sei giorni la settimana.

Dispone di locali idonei ed attrezzati, si avvale di una propria équipe ed eventualmente degli operatori di cooperative sociali e delle organizzazioni di volontariato. I suoi compiti sono volti, nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi, a consentire al paziente la sperimentazione delle abilità soggettive nella cura della propria persona e nelle relazioni interpersonali quotidiane, ai fini dell'inserimento o del reinserimento lavorativo.

Il Centro Diurno è gestito dal DSM o può essere gestito dal privato sociale e imprenditoriale. I rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni che garantiscono la continuità della «presa in carico».

I requisiti minimi sono quelli previsti da DPR 14/1/1997 e quelli ulteriori fissati dalla Regione.

In particolare il CD deve disporre almeno di:

- locali per attività prevalentemente di gruppo;
- locale per i colloqui e/o le visite psichiatriche;
- collocazione in un normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;
- numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita;
- presenza di personale medico specialistico e di psicologi stabile o programmata per fasce orarie;
- presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste;
- collegamenti con le altre strutture del DSM.

Strutture residenziali

Le Strutture residenziali, pubbliche e private accreditate, svolgono una funzione terapeutica e riabilitativa nell'ambito di programmi definiti, personalizzati e collegati con la realtà territoriale.

Sono aperte alla socialità e devono rispondere ai requisiti di qualità e di umanizzazione. Devono essere in grado di offrire risposte differenziate, in forma dignitosa ed adeguata, in rapporto ai bisogni specifici della persona, compresi quelli di tipo assistenziale di lungo periodo.

Le strutture residenziali devono essere così articolate:

- a) strutture sanitarie ad alto trattamento specialistico e ad elevata intensità di assistenza, 24 ore, (in applicazione al DPR 14/1/1997);
- b) strutture sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (art. 3, septies D. legs. 229/99) caratterizzate da un impegno di assistenza sanitaria quasi intensiva, dalle 12 alle 24 ore e dall'apporto integrato di interventi sociali e socio-assistenziali, ad esempio Comunità alloggio e Gruppi Appartamento, (in applicazione del DPR 14/1/1997);
- c) strutture sociosanitarie ad elevata integrazione sociale (art. 3, septies D. Legs. 229/99), caratterizzate da un impegno socio-assistenziale in parte intensivo e dall'apporto integrato di interventi sanitari, infermieristici, medici di base e medico-specialistici, in parte strutturati a seconda dei bisogni degli ospiti, comunità Alloggio e Gruppi Appartamento, di pertinenza socio-assistenziale e, pertanto, con l'intervento finanziario degli Enti Locali.

È da ribadire, peraltro, che le Strutture Residenziali non costituiscono soluzioni abitative, ma sono la sede dello svolgimento dei programmi terapeutico-riabilitativi per utenti di esclusiva competenza psichiatrica. Esse rappresentano un elemento insostituibile nella gestione del caso psichiatrico grave caratterizzato generalmente da una condizione sociale impoverita e da fenomeni di emarginazione, ma devono escludere qualsiasi forma di isolamento degli utenti e per questo motivo devono essere collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili.

Si configurano come la sede di progetti finalizzati al recupero dell'autonomia e delle abilità dei pazienti e, pertanto, sia l'accesso sia la dimissione dei pazienti devono avvenire in conformità ai programmi personalizzati definiti dal DSM.

Le Strutture Residenziali possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale o da Associazioni di Volontariato familiare. In questi ultimi casi, fatti salvi i requisiti e gli standard previsti nel DPR 14/1/1997 e quelli previsti dalla Regione per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definite le attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

L'accesso e le dimissioni dei pazienti avvengono in conformità ad un programma individualizzato concordato e periodicamente verificato fra gli operatori del DSM, gli operatori della struttura residenziale, i pazienti e le eventuali altre persone di riferimento.

Lo standard tendenziale, previsto nel P.O. Nazionale, è di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti. Per eventuali ulteriori necessità residenziali dei degenti dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici può essere prevista una quota aggiuntiva di un altro posto letto ogni 10.000 abitanti.

La Regione riesamina l'offerta complessiva di posti letto residenziali, pubblici e privati convenzionati, in relazione allo standard fissato in funzione dei bisogni e delle titolarità di interventi sia per la «nuova» sia per la «vecchia» cronicità.

Le strutture e i servizi di Assistenza Psichiatrica non debbono né possono farsi carico della domanda di residenzialità e di asilo che non siano di competenza psichiatrica. Non devono prevedere eccessive concentrazioni di popolazione assistita e una residenzialità in cui non sia garantita un'adeguata assistenza medico-psico-sociale dal DSM, e pertanto devono essere organizzate con non più di 20 posti letto ed in grado di offrire livelli di prestazione medico-psico-sociale differenziati.

L'accesso può avvenire solo sulla base di uno specifico programma concordato con i Servizi, i pazienti e i familiari, previa la valutazione della presenza di un disturbo rilevante, l'assenza o la patogenicità della rete familiare o sociale di supporto, le disabilità che non consentono l'autonomia nell'abitare e nelle attività della vita quotidiana.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e devono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni e alle capacità del singolo.

Le strutture residenziali devono avere caratteristiche che variano in funzione delle esigenze della popolazione servita e del territorio su cui insistono. Possono ospitare per periodi medio-lunghi pazienti in trattamento riabilitativo che necessitano di interventi per lo svolgimento delle attività quotidiane.

La «presa in carico» di pazienti potrà avvenire solo su indicazione del dipartimento stesso. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi: valgono quelli definiti come minimi dal DPR 14 gennaio 1997 oltre a quelli stabiliti dalla Regione per l'accreditamento. In particolare:

— numero massimo di posti letto pari a 20;

— le strutture fino a 10 posti letto debbono presentare le caratteristiche delle abitazioni civili ed un'organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per i colloqui e per le riunioni;

— per le strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, Criteri 5,7,9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10;

— collocate in un normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione;

— presenza di medici specialistici ed altre figure professionali programmata per fasce orarie;

— per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;

— per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;

— per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;

— collegamento con le altre strutture del DSM;

La rilevazione ha mostrato che, per quanto riguarda la tipologia delle strutture, l'offerta presente nel territorio della Regione può essere suddivisa nel seguente ordine:

— Case di Cura

— Strutture socio-sanitarie ex DPCM 85

— Strutture residenziali a differente intensità assistenziale

— Istituto Papa Giovanni XXIII, la cui situazione appare estremamente critica sotto tutti i punti di vista

Case di cura

Le case di cura sono collocate nelle province di Catanzaro (Villa Puca, posti letto 101, Villa Nuccia, posti letto 117, Villa S. Vincenzo «La Salute», posti letto 100) e di Cosenza (Villa degli Oleandri, posti letto 120, Villa Verde, posti letto 100), per un totale di 538 posti letto.

Senza entrare nel merito delle caratteristiche strutturali, tecnologiche e di personale, ciò che colpisce maggiormente è che, in generale, nelle case di cura la maggior parte dei posti letto (in una percentuale compresa tra il 56% e l'80%) è destinata alla lunga degenza.

Se ne deduce che le case di cura, allo stato attuale, vicariano in modo improprio le strutture residenziali, Comunità Terapeutiche, previste dal Progetto Obiettivo Nazionale.

Il rapporto tra i posti letto per breve e media degenza e posti letto di lunga degenza nelle Case di cura è in tutta Italia, a favore dei primi, come è logico, dovendo tali presidi essere prevalentemente orientati ai trattamenti di breve e media durata. Nella Regione Calabria si verifica l'inverso e questo sta ad indicare un uso almeno singolare delle Case di cura.

Un'altra incongruenza riguarda i presidi dell'ASL 7 di Catanzaro: la retta giornaliera è più elevata per i posti letto di lunga degenza, pari a € 137,85, rispetto a quella dei posti letto per acuti, pari a € 113,62. Anche questo dato è in controtendenza con quanto avviene sul resto del territorio nazionale. Si sottolinea che, per quanto riguarda i presidi dell'ASL 4 di Cosenza, la retta giornaliera è più bassa e non differenziata, pari a € 108,45.

Per ultimo, dalla rilevazione risulta che il rapporto tra le Case di Cura e i DSM è molto labile e che il ricovero in questi presidi è quasi esclusivamente predisposto dai Medici di Medicina Generale.

Alla luce di questi risultati, si rende necessario definire gli indirizzi, le modalità di utilizzo e i rapporti dei DSM con le Case di cura.

In particolare dovrà essere affrontato il problema dei posti letto per lunga degenza che superano il 50% sarebbe, infatti più corretto trasformarli in posti letto di comunità residenziali, con un massimo di 20 posti letto, come stabilito dal DPR 14/1/1997. Si ritiene che per i bisogni di breve e media degenza sia sufficiente il 50% dei posti letto attuali, che sono quelli, allo stato attuale, effettivamente utilizzati a tale scopo.

I posti letto eccedenti potranno essere riconvertiti in Comunità Protette (tipo A o tipo B) od in Comunità Alloggio.

Per avviare tale riorganizzazione è opportuno prevedere impegni e tempi certi onde raggiungere gradualmente gli obiettivi. In attesa del progetto di riconversione, i rappresentanti della Regione hanno dato assicurazione di intervenire presso le ASL per impedire sia i tagli dei budget sia gli abbattimenti per come operati ad oggi, portandoli al raddoppio delle giornate (p.e. dal 60° a 120° giorno).

Accanto a questa redistribuzione dei posti letto è necessario introdurre nuove logiche organizzative e di utilizzo delle Case di Cura, perché la complessità dell'intervento terapeutico a favore del paziente psichiatrico richiede strategie multidisciplinari rivolte ad aspetti biologici, psicologici, e sociali del disturbo mentale in tutte le fasi del progetto di cura.

anche durante la degenza ospedaliera pertanto, esaurita la fase di acuzie nella quale l'indirizzo terapeutico è prevalentemente psicofarmacologico, l'attenzione più sollecita e completa alla sofferenza del paziente investe la sua dimensione psicologica e sociale con l'indicazione di attivare valenze psicoterapeutiche e socio-riabilitative focalizzate nella durata e negli obiettivi ed in sintonia con il programma più generale di cura dell'équipe territoriale.

Proposta di un nuovo modello

L'intervento della Casa di cura ad indirizzo Neuropsichiatrico deve essere orientato alla cura delle patologie che richiedono un'ospedalizzazione di breve e media durata.

I contenuti terapeutici di questo modello costituiscono un'evoluzione nell'attuale indirizzo clinico in quanto si estrinsecano con una caratura personalizzata in una tridimensionalità che riguarda la sfera biologica, quella psicologica e quella sociale del paziente ricoverato.

Implementare questi contributi pluridisciplinari nella tradizionale attività clinica della struttura significa attivare risorse professionali, strumentali e strutturali innovative e specifiche.

A questo proposito è indispensabile inoltre che, a fronte degli sforzi delle Case di Cura per sviluppare gli standard qualitativi di efficacia ed efficienza clinica, siano riconsiderati i costi e contestualmente siano modificate le standardizzazioni parametriche odierne che impongono l'adozione di strumenti e servizi superflui, impropri o sovradimensionati per la tipologia della Casa di cura Neuropsichiatrica.

Il nuovo modello dovrà articolarsi in tre Servizi ad organizzazione trasversale rispetto alla struttura, erogabili sulle diverse tipologie patologiche con un'intensità variabile secondo un programma personalizzato per ciascun paziente.

Elemento fondante del modello è l'équipe terapeutica articolata in tre Servizi

— Servizio clinico-diagnostico (staff medico e infermieristico)

Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia (medici e psicologi)

Servizio di Riabilitazione (medici, tecnici della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, educatori, animatori, infermieri, O.T.A., ADEST, OSS, ecc)

L'équipe terapeutica

— Servizio clinico-diagnostico

Orientato alla diagnosi e cura delle patologie oggetto di trattamento, svolge il più tradizionale degli interventi già erogati dalle Case di Cura e pertanto su di esso non ci si dilungherà se non per evidenziare che rispetto all'organizzazione attuale è pensato come attività che si avvale di un numero superiore di operatori medici.

— Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia

Rivolto alla fase post-acuta dell'episodio psicopatologico, promuove nel paziente la consapevolezza di malattia e concorre nel costruire o consolidare l'alleanza terapeutica, migliorando la compliance alle cure. Si occupa inoltre della Psicodiagnostica. Pur lasciando alle singole strutture discrezionalità sugli indirizzi psicoterapeutici praticabili e sui vari obiettivi di lavoro personalizzati, si sottolinea la priorità di alcuni traguardi di massima come quelli sopradescritti che inscrivono l'intervento ospedaliero in un preciso percorso pre e post ricovero.

Sempre in quest'ottica, l'intervento psicoeducazionale sul paziente e sulla famiglia consentirebbe di attribuire un significato più corretto al ricovero, visto non come la soluzione della malattia ma come strumento per conoscere meglio le dinamiche interne e le inclinazioni emotive sul vissuto familiare e per impostare correttamente il trattamento psichiatrico al fine di ridurre le ricadute e la necessità di successivi ricoveri (un terzo dei ricoveri nell'arco di due anni).

Il servizio estrinseca una serie di interventi sul singolo paziente con una frequenza ipotizzata di due sedute per settimana ma non è esclusa un'organizzazione per obiettivi specifici di tipo grupppale (ad esempio il gruppo sulle alcool-dipendenze) e, come si è detto, incontri con i familiari. Pertanto, in base alla definizione dell'obiettivo raggiungibile durante il ricovero, una parte dei pazienti accederà a psicoterapie individuali, familiari e di gruppo.

— Servizio Riabilitativo

Questo servizio si avvale di tecniche socio-riabilitative integrate con l'attività clinico-diagnostica e quella psicoterapeutica e si muove verso obiettivi specifici compatibili con la natura dell'intervento ospedaliero e la sua durata.

Diversificato peraltro dalla riabilitazione attuata nei programmi di lungo-degenza delle Comunità Terapeutiche, l'intervento deve essere formulato tenendo conto della realtà psicosociale e relazionale-familiare in cui il paziente vive abitualmente ed il suo scopo è la riacquisizione delle competenze personali e relazionali utili successivamente al ricovero stesso. Questo tipo di lavoro sarà tanto più necessario quanto maggiori sono le competenze perdute dal paziente e quanto più precocemente sarà effettuato.

Gli strumenti a disposizione del Servizio debbono essere utilizzati all'interno di un progetto terapeutico e riabilitativo individuale che deve poter essere oggetto di una valutazione standardizzata.

Pertanto oltre al trattamento della patologia vanno considerati gli aspetti delle disabilità dovuti alla malattia stessa e/o al suo trattamento. È opportuno anche a questo livello incidere sulla consapevolezza di malattia e sulla motivazione del soggetto alla cura e al cambiamento.

Per fare ciò è necessario conoscere le aree del funzionamento psicosociale del paziente al fine di riattivare e sostenere le capacità della cura di sé.

Sebbene la disabilità sociale e relazionale del soggetto non sia necessariamente specifica per la patologia, vi possono essere degli aspetti che si riscontrano più frequentemente in determinate aree nosologiche.

L'intervento riabilitativo e quello psicologico in senso stretto devono essere in grado di agire sugli aspetti educativi, intrattenitivi, espressivi e introspettivi utili per il cambiamento.

L'intervento riabilitativo ospedaliero dovrà essere costruito individualmente, ma le strutture devono essere in grado di fornire gli operatori e i servizi adeguati allo scopo.

Partendo dall'idea di percorsi riabilitativi per area patologica si è provato ad individuare quali figure professionali debbano operare e quali attività debbano essere effettuate per fornire ai degenti il percorso descritto nei tempo delimitati.

Considerando l'attività riabilitativa come un servizio rivolto, con intensità diversificata, a tutti i degenti si può ipotizzare che:

— un paziente acuto fruisca di un intervento al 90/95% di tipo clinico e al 5/10% di tipo riabilitativo;

— un paziente post-acuto fruisca di un intervento composito con grande variabilità da caso a caso in cui rimane sempre importante l'attività clinico-diagnostica affiancata a quella psicoterapeutica e/o riabilitativa. In questi casi si stima un impegno del servizio al 20/30%;

— un paziente post-acuto con importanti deficit nelle abilità psicosociali potrà richiedere, accanto alla gestione psichiatrica di tipo medico, un intervento a preponderante componente riabilitativa, stimabile in una percentuale del 70/80%.

Per quanto riguarda la composizione dell'équipe il numero degli operatori sarà rapportato al numero dei posti letto attivati.

— Strutture Socio-Sanitarie ex DPCM85

Dalla rilevazione risulta che un numero significativo di pazienti psichiatrici sono inseriti presso le seguenti Strutture Socio-Sanitarie ex DPCM 85

1. Carusa – posti letto num. 42, per una retta giornaliera di 85 euro (Crotone)

2. Spirito Santo – posti letto num. 55, per una retta giornaliera 85 euro (Crotone)

3. Borgo dei Mastri – posti letto num. 69, per una retta giornaliera di 85 euro, + posti letto num. 60 ex-articolo 26, per una retta di 98,13 Euro, + 6 posti in Day Hospital, per una retta giornaliera di 59,39 Euro (Paterno Calabro)

4. Clinica Sant'Anna – posti letto num. 16, per una retta giornaliera 177,25 euro (Crotone)

— Santino Covelli – posti letto num. 42, per una retta giornaliera 116,20 euro (Crotone). Questa struttura è stata recentemente convertita in RSA per soggetti disabili.

Ad una prima analisi questa collocazione sembra impropria, pertanto è necessario procedere sia ad una rivalutazione dei pazienti, sia ad una ridefinizione delle strutture.

— Struttura Residenziale a differente intensità assistenziale

Tali strutture ubicate nelle ASL 9 nella città di Locri, 10 della città di Palmi, 11 della città di Reggio Calabria sono a gestione mista: la direzione appartiene al DSM mentre l'assistenza è erogata da cooperative. Tale organizzazione è congrua con i principi ispiratori il P.O.N., ne andranno valutate successivamente l'efficacia e l'efficienza.

— Istituto Papa Giovanni XXIII

Considerata la situazione estremamente critica, per cercare una soluzione ad una situazione ormai insostenibile, prima di poter attuare qualsivoglia tipo di trasformazione è pregiudiziale procedere ad una corretta valutazione dei pazienti inseriti nella struttura.

Tale valutazione deve comprendere:

- un inquadramento diagnostico esaustivo;
- un'adeguata descrizione delle condizioni cliniche;
- la definizione delle necessità assistenziali prevalenti;
- la definizione dei percorsi terapeutici relativi.

Si ritiene opportuno che tale valutazione sia effettuata da una équipe tecnica multidisciplinare esterna, comprendente uno psichiatra, un neurologo, un geriatra ed un assistente sociale.

Nello stesso modo si ritiene opportuno procedere ad una ridefinizione anche dei posti letto ubicati presso la Clinica Sant'Anna.

Il Gruppo di lavoro richiama l'attenzione delle istituzioni responsabili sulla necessità che sulle Strutture Residenziali, sia pubbliche sia private, sia effettuata una costante e stretta vigilanza da parte del DSM e della ASL competenti per territorio, affinché sia verificata l'applicazione per ogni singolo paziente del progetto terapeutico, il mantenimento dei requisiti di qualità, di amministrazione e di organizzazione stabiliti negli accordi contrattuali.

PROPOSTA ORGANIZZATIVA PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI

La situazione attuale delle residenzialità psichiatrica in Calabria è caratterizzata dalla scarsa presenza, ad eccezione della provincia di Reggio, di strutture pubbliche e private accreditate che offrono programmi residenziali specifici.

a tale necessità bisognerà trovare risposte attraverso due interventi:

a) attuazione di nuova strutture e gestione pubblica o del privato accreditato;

b) riconversione delle funzioni delle Case di Cura secondo il percorso prima delineato.

I pazienti che necessitano di un trattamento residenziale, che spesso è a medio-lungo termine, sono persone con gravi patologie, disabilità e capacità limitata di assunzione di responsabilità per se stessi e gli altri. Hanno bisogno di trattamenti che tengano conto della loro dipendenza e nello stesso tempo sviluppino le loro potenzialità per raggiungere il maggior grado possibile di autonomia. L'esperienza di questi anni ha evidenziato che non sempre la diagnosi influisce sulle possibilità di autonomia e contemporaneamente, anche se è vero che un'età anagrafica inferiore potrebbe riservare maggiori capacità riabilitative, anche questo non è così scontato.

Quindi si ritiene di poter pensare a due tipi di comunità psichiatriche (R.S.A. psichiatriche)

1) una comunità ad alta intensità terapeutica per pazienti con potenzialità conservate e quindi con la possibilità di sviluppare un percorso abilitativo-riabilitativo a termine e un'età compresa tra i 18-50 aa

2) una comunità a media intensità terapeutica per persone più deteriorate cognitivamente con bisogni prevalentemente assistenziali e di trattamento a lungo termine e un'età compresa tra i 50-70 aa.

Le due tipologie, anche in nuclei da 10 persone, potrebbero coesistere nella stessa struttura che al massimo può avere 20 posti letto.

Potranno essere inoltre attivati Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio, anche in collaborazione con il Terzo Settore, finalizzate alla prevenzione dei trattamenti residenziali ed a facilitare la dimissione ed i percorsi di reinserimento sociale.

REQUISITI MINIMI DI PERSONALE DELLE COMUNITÀ PSICHIATRICHE (R.S.A.)

Comunità «A»: 20 p.l.

- Direttore Sanitario 10 ore settimanali
- medici 28 ore la settimana, è garantita la pronta disponibilità
- psicologi 20 ore la settimana
- coordinatore dell'Area Infermieristica che coordina tutto il personale 28 ore la settimana
- infermieri 140 ore settimanali, è garantita la pronta disponibilità;
- educatori Professionali – Tecnici della Riabilitazione – Operatori con diploma di scuola media superiore e esperienza documentata biennale presso strutture residenziali 162 ore la settimana
- O.S.S. e/o O.S.S.S. 134 ore settimanali

Possono essere attivate consulenze per attività riabilitative fino a 20 ore settimanali

L'assistenza sanitaria territoriale è fornita dal medico di Base.

I servizi generali sono affidati a persone non appartenenti all'area socio-sanitaria (Direttore Amm.vo, centralino, cuochi, personale pulizie, lavanderia, manutenzione e segreteria)

Retta giornaliera 138,23 euro

(Retta Sanitaria 70,23 euro – Retta alberghiera 68 euro)

Comunità «B»: 20 p.l.

- Direttore Sanitario 10 ore settimanali
- medici 12 ore la settimana, è garantita la pronta disponibilità
- psicologi 10 ore la settimana
- coordinatore dell'Area Infermieristica che coordina tutto il personale 20 ore la settimana
- infermieri 84 ore settimanali, è garantita la pronta disponibilità;
- educatori Professionali – Tecnici della Riabilitazione – Operatori con diploma di scuola media superiore e esperienza documentata biennale presso strutture residenziali 84 ore la settimana
- O.S.S. e/o O.S.S.S. 120 ore settimanali

Possono essere attivate consulenze per attività riabilitative fino a 10 ore settimanali

L'assistenza sanitaria territoriale è fornita dal medico di Base.

I servizi generali sono affidati a persone non appartenenti all'area socio-sanitaria (Direttore Amm.vo, centralino, cuochi, personale pulizie, lavanderia, manutenzione e segreteria)

Retta giornaliera 115,99 euro

(Retta Sanitaria 47,99 euro – Retta alberghiera 68 euro)

Raccomandazioni

In conclusione, la commissione ritiene utile ribadire la necessità del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. consolidamento del Dipartimento di Salute Mentale a carattere strutturale in ogni ASL;
2. sperimentazione di modelli organizzativi flessibili, in relazione alle caratteristiche del territorio servito e della domanda;
3. sviluppo di programmi specifici per l'intervento precoce e di raccordo tra DSM e Servizi Materno Infantile nella fascia dell'adolescenza;
4. sviluppo di programmi di collaborazione con i MMG;
5. differenziazione delle offerte di trattamento in funzione del quadro epidemiologico locale;
6. definizione delle procedure di funzionamento dei DSM, che prevedano anche la partecipazione a livello consultivo delle Associazioni dei familiari e degli utenti;
7. promozione dell'intervento degli Enti Locali a sostegno delle politiche di deistituzionalizzazione e del pieno inserimento sociale del paziente psichiatrico nelle forme territorialmente compatibili;
8. istituzione di un sistema informativo regionale nel settore;
9. sviluppo di programmi di aggiornamento degli operatori a sostegno delle politiche e degli obiettivi del programma regionale per elevare competenze e motivazioni;

10. definizione di precisi percorsi operativi da parte delle ASL, attraverso piani attuativi aziendali annuali, predisposti in accordo con gli Enti Locali per la parte di competenza, anche in riferimento ai livelli essenziali di assistenza, da sottoporre all'approvazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

CENTRO PILOTA REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTEAMENTO ALIMENTARE

Il trattamento dei DCA, vera e propria epidemia sociale, richiede diversi interventi multidisciplinari articolati tra loro. Spesso tali interventi devono essere tempestivi ed intensivi e affrontare il disturbo alimentare da punti di vista differenti. Ad esempio nella cura dell'anoressia nervosa occorrono la psicoterapia, ma anche i farmaci, la consulenza dietologica, gli aspetti riabilitativi corporei e l'appoggio ai familiari. Per taluni pazienti inoltre gli interventi di gruppo diminuiscono le resistenze ai trattamenti e l'aggressività patogena e favoriscono la cooperazione e la cura.

In questo senso sono necessari un personale competente composto da più figure professionali in grado di coordinarsi tra loro ed uno spazio unitario di intervento. L'unico spazio di cura consente all'équipe di interagire agevolmente ed ai pazienti di poter avere cure intensive coordinate in un'unica strategia terapeutica. L'intento è quello di affrontare a più livelli il disturbo alimentare a fasi integrate e in modo non iatrogenico.

Sede del centro

La sede del servizio dovrà essere individuata presso un presidio ospedaliero o universitario. Tale servizio sarà sovrazonale, indipendente dai servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali e pertanto caratterizzato da una connotazione ancora più elettiva nei confronti dei DCA.

Presso il centro devono essere offerte strategie di cura specifiche ed integrate derivanti dall'esperienza clinica e di ricerca scientifica;

Modalità di intervento

Psicoterapia ambulatoriale

Sarebbe opportuno utilizzare le psicoterapie a cicli progressivi. Esse consistono nello strutturare dei cicli di terapia analitica «breve» per il periodo di tempo riferito a ciascun ciclo, ma da considerare «progressivi», perché tali cicli vengono ripetuti con scadenze diverse a seconda della gravità del caso, delle possibilità del servizio, della eventuale prospettiva di strutturare una psicoterapia di linea tradizionale.

Esse prevedono:

- un assessment diagnostico tramite effettuazione di due colloqui e test psicometrici
- un numero di sedute concordate (15-20 per ogni ciclo)
- La compatibilità con terapie psicofarmacologiche e nutrizionali
- la liaison con i dietologi all'interno dello stesso ospedale
- la supervisione del caso in équipe
- la presa in carico dei genitori
- la ripetibilità dei cicli

Il lavoro psicoterapeutico si struttura su un «focus» ed il setting ambulatoriale prevede una seduta di 40 minuti a settimana con orario concordato.

Terapie psicofarmacologiche

L'uso degli psicofarmaci nei DCA è uno degli interventi utili in un protocollo di cura e si situa nella relazione medico-paziente in maniera significativa e simbolica, in particolare nella cura delle pazienti anoressiche.

Nelle persone bulimiche, ma anche in quelle obese, l'uso della fluoxetina ad alte dosi è già ampiamente validato, e in alcuni casi clinici anche l'uso di altri SSRI (ad esempio citalopram) è risultato utile. In tal senso il nostro centro sta sviluppando protocolli di ricerca volti alla comparazione della diversa efficacia degli SSRI.

Nell'anoressia nervosa la questione è più complessa. A tutt'oggi non vi è un farmaco efficace che prevale sugli altri. Di volta in volta va valutato il beneficio ottenibile con BDZ con farmaci stimolanti l'appetito o con AD. Promettente anche l'uso dell'olanzapina.

Generalmente il farmaco viene prescritto all'inizio della psicoterapia dal terapeuta stesso. Nei casi dove la gestione della terapia psicofarmacologica è complessa o ha rilevanti significati relazionali il paziente effettua visite psichiatriche di controllo con un secondo terapeuta diverso dallo psicoterapeuta.

Terapie nutrizionali

Le persone che afferiscono al centro per i DCA devono essere inviate al dietologo per una valutazione dei parametri nutrizionali ed ematochimici e per l'eventuale supporto dietologico.

Gli interventi dietologici prevedono:

- diete assistite per le pazienti anoressiche con incrementi gradualmente, in accordo con il consulente psichiatra che tiene la liaison anche con lo psicoterapeuta
- nei casi gravi ricovero in DH di Nutrizione Clinica per supporto nutrizionale enterale (sng) o parenterale
- terapie comportamentali per le bulimiche (es. discussione del diario alimentare)
- diete ipocaloriche nei sovrappeso
- gruppi psicoeducativi per gli obesi

Counseling per genitori e/o familiari

La presa in carico della famiglia è altamente indicata in particolare nell'anoressia nervosa.

Le problematiche della famiglia e nella famiglia sono documentate da diversi studi anche nella bulimica nervosa ed il loro trattamento è efficace ed indispensabile.

Gli interventi andrebbero articolati in:

- colloqui individuali di supporto ai genitori della paziente volti a diminuire le resistenze familiari ed aiutare i diversi membri alla comprensione della patologia della paziente e ad essere cooperativi rispetto alle cure. Il numero delle sedute varia di caso in caso
- gruppi di auto-aiuto guidato genitori (6 sedute) con finalità di sostegno e psicoeducativi. Il gruppo è composto da otto-nove persone di nuclei familiari diversi e condotto da due psicoterapeuti

— punto di ascolto per familiari le cui figlie rifiutano il contatto coi curanti (valutazione anche di eventuale TSO per i casi gravissimi)

— linea telefonica per informazioni e reperibilità

Psicoterapie di gruppo

Altro strumento di intervento importante è la cura di gruppo, particolarmente utilizzata per le bulimiche e per gli obesi binge e non binge. Andrebbero effettuati regolarmente interventi di gruppo cognitivo-analitici su pazienti che soffrono di queste problematiche.

Sono da prevedere 8-10 sedute di gruppo di un'ora e mezza ciascuna, con due conduttori il focus è centrato sul significato dei sintomi.

Interventi riabilitativi psico-alimentari

La possibilità di avere uno spazio condivisibile per attività riabilitative può rinforzare e corroborare gli interventi. Per pazienti con difficoltà ad alimentarsi e con la propria immagine corporea può essere importante poter effettuare:

— pasti assistiti, concordati con la dietista e consumati insieme ad un educatore

— esercizi di psicomotricità in palestra per riabilitare il corpo e «riappropriarsi» di esso

— esercizi sull'immagine corporea mediante videocamera e TV, o specchio

— gruppi di attività socio-lavorative che agevolino il reinserimento sociale delle pazienti più gravi

Altre valutazioni specialistiche

Infine è utile sia a livello assistenziale che per la ricerca una valutazione complessiva dell'assetto ormonale delle pazienti e del quadro clinico ginecologico.

La connessione degli interventi nel tempo: un nodo irrinunciabile

Perché gli interventi risultino efficaci è sempre richiesta una attenta articolazione tra interventi nutrizionistici, internistici, farmacologici e psicoterapeutici. Se gli interventi dei diversi specialisti vengono giustapposti più che coordinati può derivarne un caos delle prescrizioni terapeutiche che iatrogenicamente peggiorano il clima relazionale e intrapsichico della paziente e della famiglia.

Nell'ottica delle cure di base e della prevenzione è inoltre importante rinsaldare i contatti e gli interventi con:

— medici di famiglia

— specialisti privati (psichiatri, psicoterapeuti, dietologi, dietiste)

— medicina scolastica

Andrebbe infine prevista la costruzione di un percorso riabilitativo di tipo residenziale per i pazienti che non rispondono e sono resistenti ai trattamenti ambulatoriali.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

17 luglio 2004, n. 483

Richiesta parere I Commissione Consiliare per transazione avv. Dionigi Caiazza.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che esiste contenzioso con l'avv. Dionigi Caiazza da Crotona, a seguito della sua rimozione da Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Crotona, conferito con contratto del 2 maggio 1995 in esecuzione del D.P.G.R. n. 17 dell'11/1/1995 di nomina;

CHE in relazione a quanto sopra, l'Avvocatura Regionale con nota n. 2563 del 6/4/04 nel fare presente che il Tribunale di Crotona – Sezione Lavoro, con sentenza 1319/00, confermata in grado d'appello dalla corte d'Appello di Catanzaro con sentenza n. 291/04 ha condannato la Regione al pagamento all'avv. Caiazza della somma di 500.000.000 di vecchie lire oltre interessi legali dal dovuto all'effettivo soddisfo, si è espressa favorevolmente per la definizione bonaria del contenzioso e, successivamente in data 17/5/04 con nota n. 3635 ha trasmesso la bozza di transazione;

CHE, alla luce di quanto rappresentato dall'Avvocatura la transazione proposta torna utile alla Regione;

RILEVATO che trattandosi di atto posto in essere dal Presidente della Giunta Regionale occorre acquisire il parere della Commissione Consiliare competente a norma dello Statuto della Regione Calabria;

SU proposta dell'Assessore alla Salute

ad unanimità di voti;

DELIBERA

Di richiedere alla I Commissione consiliare, il prescritto parere ai fini della transazione con l'avv. Dionigi Caiazza.

Il Segretario
F.to: Perani

Il Presidente
F.to: Chiaravalloti

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

17 luglio 2004, n. 484

Richiesta parere I Commissione Consiliare per transazione avv. Giovanni D'Elia.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che esiste contenzioso con l'avv. Giovanni D'Elia, a seguito della sua rimozione da Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria n. 2 di Castrovillari di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 511 del 28/8/2000 e del relativo D.P.G.R. n. 116 del 31/8/2000;

CHE il Tribunale Ordinario di Castrovillari, in funzione di Giudice del lavoro, con sentenza n. 511/03 emessa in data 13/6/2003, ha condannato la Regione Calabria al pagamento, in favore di D'Elia la somma di € 197.544,76 oltre interessi legali sino al soddisfo;