



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 76 del 28/04/2010

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 916

Legge regionale n. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria”, art. 9. Piano di Salute 2008-2010”. Apertura h. 12 dei Centri di Salute Mentale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Assistenza territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche, confermata dalla Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione, Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Il DPR 7/4/94 “Progetto-Obiettivo Tutela della salute mentale 1994-96”, nell'ambito della rete dipartimentale dei Servizi per la salute mentale, attribuisce un ruolo centrale al Centro di Salute Mentale (CSM) riconoscendolo quale punto di coordinamento territoriale dell'attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, indicando, nel contempo, la necessità di apertura del CSM per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana ed elencandone funzioni e compiti.

La Legge Regionale n. 30/98 “Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36”, nel confermare la centralità del ruolo del CSM nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, lo riferisce ad un bacino d'utenza da 75 mila a 120 mila abitanti, determinato in relazione alla concentrazione demografica del territorio, e ne prevede l'allocatione in sede extraospedaliera e l'apertura per 12 ore al giorno per sei giorni la settimana, attribuendogli funzioni di assistenza medica, psicologica sociale, infermieristica ed educativa garantite attraverso attività ambulatoriali, domiciliari e territoriali.

Tanto viene confermato nel successivo DPR 10/11/99 “Progetto-Obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000”. Le caratteristiche strutturali ed organizzative minime, ivi compresa l'apertura per 12 ore al giorno, vengono meglio definite nel DPR 14/1/97 su “Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

A livello regionale, con il Regolamento n. 3/2005, si è provveduto ad integrare detti requisiti minimi ed a definire gli ulteriori requisiti di accreditamento, in relazione agli specifici bisogni del territorio ed alla normativa vigente.

La Legge Regionale n. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria”, all'articolo 9, ha ribadito l'obbligo per le ASL di adottare tutti gli interventi necessari alla completa realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, in ottemperanza alla Legge 30/98, nonché ha prescritto il potenziamento dei CSM anche oltre l'apertura per 12 ore al giorno, con l'istituzione di CSM funzionanti sperimentalmente 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, indicano, quali obiettivi strategici da perseguire, la promozione dei servizi finalizzati ai percorsi di recovery e la promozione della salute mentale nella comunità, sottolineano, inoltre, l'esigenza di rilanciare l'obiettivo della presa in carico da parte dei servizi delle persone con disturbo

mentale, fondata su criteri di tempestività, promozione e sviluppo delle potenzialità di vita, continuità delle cure, empowerment.

Il Programma Pluriennale di utilizzo dei Fondi Comunitari 2007-2013 - Asse III, approvato con DGR 1401/2009, prevede che la Linea 3.1 sia destinata al miglioramento delle infrastrutture della sanità territoriale e, nello specifico, alla ristrutturazione, ampliamento e/o adeguamento di strutture dipartimentali, con riferimento ai Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze Patologiche, Salute Mentale, nonché al potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature delle sedi medesime.

Nell'ambito del citato quadro normativo, la Giunta Regionale, con la deliberazione n. 1400/07 (DIEF 2007) ha individuato la dotazione organica minima per un "CSM - tipo" con bacino d'utenza di 100.000 abitanti, necessaria per l'apertura dei CSM per 12 ore al giorno e, con la deliberazione n. 95/08 (DIEF 2008), ha, inoltre, disposto che i Direttori Generali, nell'ambito delle azioni prioritarie correlate al piano assunzioni, debbano attivare le procedure per il reclutamento del personale dei CSM.

A fronte di quanto sopra, va evidenziato che la rete dei CSM esistenti sul territorio regionale presenta ancora oggi evidenti criticità, rilevate anche nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e che la spesa per assistenza psichiatrica è rappresentata, per oltre il 50%, dall'acquisto di prestazioni sanitarie da privati.

Tali nodi problematici sono stati, peraltro, analizzati a seguito del monitoraggio regionale effettuato a dicembre 2009, che ha riguardato i 48 Centri di Salute Mentale attivi sul territorio e le 60 sedi decentrate.

Dal citato monitoraggio emerge che:

1. la maggioranza dei CSM è tuttora aperta solo 6 ore al giorno; n. 15 CSM assicurano l'apertura h 12, secondo la seguente distribuzione territoriale:

2. permane la grave carenza di personale: il personale che presta servizio nei 48 CSM ammonta a 775 operatori a fronte di un fabbisogno complessivo minimo di 1392 unità (DGR n. 1400/2007) con uno scarto di ben 617 unità, ossia il 44% rispetto al fabbisogno. In particolare, dall'indagine risultano carenti alcune specifiche figure professionali, quali gli educatori professionali (solo 15 unità a fronte di 144) gli infermieri (295 unità su 480) i tecnici della riabilitazione (solo 5 unità a fronte di 96) gli psichiatri (186 su 288) gli psicologi (103 su 144). Inoltre, le diverse figure professionali in servizio non sono equamente distribuite nei CSM e la distribuzione del personale non tiene sufficientemente conto delle particolari caratteristiche geo-morfologiche dei singoli territori.

3. gli orari di apertura settimanale all'utenza non risultano adeguati agli standard previsti: dall'indagine effettuata emerge che 2 CSM prevedono l'apertura all'utenza per meno di 6 giorni alla settimana e nessun CSM prevede l'apertura 7 giorni su 7.

4. sul piano infrastrutturale, infine, si deve registrare una diffusa inadeguatezza delle sedi dei CSM rispetto agli standard previsti ed alle attività da svolgere, correlata alla dislocazione eccessivamente periferica, alle carenze strutturali, alla scarsa accessibilità, alla mancanza di rispetto della privacy. La qualità della struttura fisica in cui sono allocate le sedi del CSM (sede principale ed altre sedi ambulatoriali) è stata autovalutata, con riferimento ai requisiti richiesti dal Reg. Reg. n. 3/2005:

- Buona : n. 32
- Sufficiente: n. 36
- Insufficiente, mediocre: n. 18
- Non adeguata: n. 20
- Non valutata: n. 2

Emergono anche carenze relative agli arredi, alle attrezzature, ai materiali, alla grave insufficienza e

obsolescenza del parco-automezzi. Si evidenzia che, per garantire le molteplici funzioni del CSM e la multidisciplinarietà degli interventi, le sedi devono rispettare quantomeno i requisiti minimi previsti dal Reg. Reg. n. 3/2005, con una particolare attenzione alla funzione di accogliimento per quanto riguarda gli spazi (che devono essere ampi, luminosi, ben aerati e climatizzati) e l'arredamento (confortevole e funzionale). Il CSM deve essere dotato di farmaci, presidi sanitari e per la psicodiagnostica, materiale per attività risocializzanti e riabilitative, strumentazione informatica ed audiovisiva, fax, fotocopiatrice, dotazione adeguata di automezzi di servizio in relazione alle caratteristiche del territorio servito ed alle altre strutture del Dipartimento ad esso funzionalmente collegate.

Pertanto, a progressiva risoluzione delle inadeguatezze evidenziate, il Governo Regionale, a partire dall'anno 2009, ha provveduto ad accantonare una quota del FSR di spesa corrente, pari a euro 2,2 milioni/anno, sufficiente per adeguare le dotazioni organiche dei CSM che già assicurano la copertura h/12 - in conformità al modulo-tipo approvato con DGR 1400/2007 -e per implementare l'adeguamento h/12 di tutti gli altri CSM, entro la fine dell'anno 2011.

Per quanto concerne l'adeguamento strutturale delle sedi, comprensivo anche delle attrezzature e degli arredi, è necessario che i Direttori Generali, coadiuvati dai Responsabili Unici del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari -premessi quanto già sottoscritto nei Disciplinari regolanti i rapporti tra la Regione Puglia e le ASL per l'utilizzo dei Fondi FESR 2007/2013 del I triennio -sin da adesso individuino e propongano gli interventi da realizzare nell'ambito della programmazione del II triennio, tenuto conto che requisiti essenziali per l'ammissibilità al finanziamento comunitario, sono:

- progettazione definitiva
- immediata cantierabilità
- coerenza con le priorità già delineate dal Piano Regionale di Salute
- coerenza con i rispettivi PAL.

Si propone, pertanto, di adottare il piano di lavoro articolato nelle seguenti fasi:

entro maggio 2010:

Presentazione da parte dei Direttori Generali delle ASL di una relazione che dovrà contenere l'analisi e la valutazione della situazione organizzativa dei CSM e la predisposizione di un programma aziendale che declini priorità e obiettivi di intervento, fasi temporali e tempi di attuazione, onde pervenire, entro maggio 2011, all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM in ogni ASL e, entro dicembre 2011, del restante 1/3. A regime, il reclutamento del personale necessario all'attuazione del presente provvedimento dovrà rientrare nei piani assunzionali annui della ASL.

La relazione propositiva dovrà prevedere:

- I. la ricognizione "pesata" (ore effettivamente svolte nel mese per ciascuna categoria professionale) del personale in servizio in ciascun CSM;
- II. le azioni che la ASL si impegna a porre in essere per il riequilibrio della presenza di personale in servizio tra i vari CSM e per l'integrazione con risorse proprie, sulla base del bacino d'utenza e dell'indice di dispersione territoriale, anche mediante l'attivazione, laddove in presenza di personale eccedente, di procedure di mobilità interna. Lo standard di personale da rispettare, per ciascuna categoria professionale, previsto per il CSM dalla DGR 1400/07, è da intendersi quale standard minimo necessario, a prescindere dall'ampiezza del bacino di utenza del CSM stesso;
- III. i criteri di individuazione dei CSM da rendere operativi sulle h/12 per ciascuna fase;
- IV. la carenza di personale rispetto allo standard previsto, che permane dopo aver attivato le procedure di cui al punto II;
- V. una stima della spesa prevista per il reclutamento del personale necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, con conseguente richiesta di finanziamento per la copertura degli oneri connessi ad un anno di attività.

La relazione, redatta con il supporto del Responsabile Unico del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari, dovrà, inoltre, contenere l'elenco degli interventi infrastrutturali da realizzare in conformità a quanto sopra definito, secondo il cronoprogramma di utilizzo dei fondi strutturali.

entro giugno 2010

Valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute ed erogazione dei finanziamenti di spesa corrente finalizzati all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM

luglio 2010 - maggio 2011

Realizzazione della prima fase e presentazione della relazione ASL sugli obiettivi conseguiti

giugno 2011

Valutazione delle relazioni ASL e erogazione fondi per l'adeguamento dei rimanenti CSM

luglio - dicembre 2011

Realizzazione della seconda fase e relazioni finali ASL.

Si reputa indispensabile attuare l'apertura h12 dei CSM, affinché essi siano in grado di garantire adeguatamente tutte le attività attribuite dalla normativa vigente, spesso solo parzialmente realizzate o addirittura totalmente disattese.

Le attività attribuite al CSM dovranno essere potenziate, se già in corso, o implementate secondo le necessità assistenziali stimate, e realizzate entro l'arco di tutte le 12 ore di funzionamento del CSM.

Considerato che il Piano Regionale di Salute caratterizza i Centri di Salute Mentale quali "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, multiprofessionali e multidimensionali, per una azione di tutela della salute mentale, dalla prevenzione ed educazione alla salute alla cura rivolta ai cittadini di ogni età e condizione sociale, il potenziamento dei CSM dovrà garantire in particolare la realizzazione dei seguenti obiettivi da ritenersi prioritari.

- 1) Gestione tempestiva ed adeguata delle emergenze-urgenze psichiatriche, attività di filtro ai ricoveri, collaborazione con i SPDC durante i periodi di degenza e per dimissioni concordate.
- 2) Incremento dell'assistenza domiciliare, dei servizi home maker e, nel territorio, di attività strutturate di sostegno alle famiglie, anche mediante iniziative di auto/mutuo aiuto, sulla base dei bisogni stimati.
- 3) Sviluppo delle attività finalizzate all'inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico al CSM, secondo quanto previsto dalle Linee Guida Regionali approvate con DGR n. 471/'10.
- 4) Incremento delle attività di assistenza sanitaria integrata attraverso la collaborazione continuativa con i medici di medicina generale, il Distretto Sociosanitario e gli altri Servizi sanitari del DSM ed esterni ad esso, con particolare riferimento alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ed alle dipendenze patologiche.
- 5) Iniziative specifiche per l'identificazione e l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e per il recupero dei drop out.
- 6) Incremento delle attività di integrazione sociosanitaria attraverso una presenza qualificata ed una collaborazione continuativa con gli organismi dell'Ambito territoriale per i Piani di Zona, sia in fase di co-progettazione che di effettiva realizzazione
- 7) Definizione di piani terapeutici individuali per ogni paziente in carico, formalizzati e condivisi con il paziente, temporizzati, realizzati in collaborazione con le altre agenzie sanitarie e sociali e periodicamente verificati, che prestino attenzione alle diverse dimensioni comprese nel bisogno di salute complessivo, ivi compresa la salute fisica.
- 8) Per ciascun paziente per cui si renda necessario un percorso riabilitativo, definizione di progetti

riabilitativi personalizzati, sottoscritti dal paziente, realizzati nel territorio direttamente dal CSM, oppure nel contesto di strutture riabilitative residenziali o semiresidenziali. In questo ultimo caso, il CSM deve assicurare la condivisione del progetto con gli operatori delle strutture, le verifiche periodiche dell'andamento del progetto e della qualità ed efficacia degli interventi, la valutazione degli esiti, coordinamento e supervisione delle azioni finalizzate alla dimissione e ad un appropriato reinserimento nel contesto di provenienza. Messa in atto delle azioni opportune per una progressiva riduzione del ricorso alla residenzialità, ponendo in essere forme alternative di riabilitazione territoriale che garantiscano una maggiore prossimità alle condizioni e consuetudini abituali di vita di ciascun utente nel proprio contesto.

9) Sperimentazione di Centri diurni autogestiti da parte di utenti e gruppi di self-help.

10) Offerta di adeguata assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici stabilizzati, ospitati dalle Strutture previste dal Regolamento Regionale n. 4 del 2007, fra le quali le "Case per la Vita" di cui all'art. 70 del Regolamento medesimo.

11) L'assunzione di una piena responsabilità circa la tutela della salute mentale nelle carceri e l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato, negli istituti penitenziari o sottoposti a misure alternative alla detenzione.

12) Incremento delle attività di prevenzione primaria, informazione, sensibilizzazione e promozione della salute mentale nella comunità, rivolte alla popolazione generale e particolarmente ai soggetti deboli ed alle fasce a rischio.

13) Tempestiva individuazione dei bisogni psichiatrici emergenti (peraltro in costante mutazione), quali la tutela della salute mentale dei migranti non pienamente integrati nel tessuto sociale.

COPERTURA FINANZIARIA - L.R. 16 NOVEMBRE 2001 N. 28 e successive modifiche e integrazioni.

Agli oneri derivanti dal presente provvedimento per un importo di euro 2.200.000,00 si farà carico sul Cap. 711033 - competenza 2010 -U.P.B. 5.7.1 del Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2010, approvato con L.R. n. 35 del 31 Dicembre 2009. Si attesta, altresì, che la predetta spesa rientra nei limiti delle quote di FSR, ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali e comunitarie a destinazione vincolata assegnate o da assegnare alle ASL, ed è escluso, ai sensi dell'art.4 della L.R. 4.5.1999, n.17, così come modificato dall'art.13 della L.R.13 dicembre 1999, n. 32, ogni onere aggiuntivo.

Il Dirigente di Servizio PATP
dott. Fulvio Longo

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale in base all'art.4, comma 4, lettera a) della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- udita la relazione dell'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore;
- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dalla Dirigente di Ufficio, dal Dirigente del Servizio e dal Direttore di Area ad interim;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per le motivazioni espone in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare le presenti disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale, per l'adeguamento dei CSM che già assicurano la copertura h/12 - in conformità al modulo-tipo approvato con DGR 1400/2007 -e l'implementazione h/12 di tutti gli altri CSM, secondo il seguente cronoprogramma :

entro maggio 2010:

Presentazione da parte dei Direttori Generali delle ASL di una relazione che dovrà contenere l'analisi e la valutazione della situazione organizzativa dei CSM e la predisposizione di un programma aziendale che declini priorità e obiettivi di intervento, fasi temporali e tempi di attuazione, onde pervenire, entro maggio 2011, all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM in ogni ASL e, entro dicembre 2011, del restante 1/3. A regime, il reclutamento del personale necessario all'attuazione del presente provvedimento dovrà rientrare nei piani assunzionali annui della ASL. La relazione propositiva dovrà prevedere:

I. la ricognizione "pesata" (ore effettivamente svolte nel mese per ciascuna categoria professionale) del personale in servizio in ciascun CSM;

II. le azioni che la ASL si impegna a porre in essere per il riequilibrio della presenza di personale in servizio tra i vari CSM e per l'integrazione con risorse proprie, sulla base del bacino d'utenza e dell'indice di dispersione territoriale, anche mediante l'attivazione, laddove in presenza di personale eccedente, di procedure di mobilità interna. Lo standard di personale da rispettare, per ciascuna categoria professionale, previsto per il CSM dalla DGR 1400/07, è da intendersi quale standard minimo necessario, a prescindere dall'ampiezza del bacino di utenza del CSM stesso;

III. i criteri di individuazione dei CSM da rendere operativi sulle h/12 per ciascuna fase;

IV. la carenza di personale rispetto allo standard previsto, che permane dopo aver attivato le procedure di cui al punto II;

V. una stima della spesa prevista per il reclutamento del personale necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, con conseguente richiesta di finanziamento per la copertura degli oneri connessi ad un anno di attività.

La relazione, redatta con il supporto del Responsabile Unico del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari, dovrà, inoltre, contenere l'elenco degli interventi infrastrutturali da realizzare in conformità a quanto sopra definito, secondo il cronoprogramma di utilizzo dei fondi strutturali.

entro giugno 2010

Valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute ed erogazione dei finanziamenti di spesa corrente finalizzati all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM.

luglio 2010 - maggio 2011

Realizzazione della prima fase e presentazione della relazione ASL sugli obiettivi conseguiti

giugno 2011

Valutazione delle relazioni ASL e erogazione fondi per l'adeguamento dei rimanenti CSM

luglio - dicembre 2011

Realizzazione della seconda fase e relazioni finali ASL.

- di demandare al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione ogni adempimento attuativo;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dott. Romano Donno Dott. Nichi Vendola
