

All. 2

392 14 OTTOBRE 2016



LINEE DI INTERVENTO STRATEGICHE DEL

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE STRUTTURALE DI SALUTE MENTALE

PREMESSA

Con il presente documento si intendono tracciare in modo sintetico le linee di sviluppo e di modifica dell'assetto organizzativo della salute mentale, nel territorio del nuovo dipartimento, che ricomprende le AA.SS.LL. di Biella, Vercelli e Verbano Cusio Ossola. Nello stesso documento verranno indicati gli obiettivi a breve (1 anno) e medio (2/3 anni) termine da perseguire in ottemperanza a quanto previsto dal regolamento approvato con particolare riferimento agli obiettivi generali e specifici che si riportano di seguito:

Obiettivi generali

Il Dipartimento interaziendale di Salute Mentale è costituito con il compito di garantire una risposta globale ai bisogni di salute dei cittadini e assicurare l'unitarietà dei percorsi assistenziali e degli interventi tra le ASL coinvolte, per politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale. La finalità del Dipartimento si esplica nello sviluppo e governo unitario delle prestazioni e dei servizi garantendo una equa distribuzione territoriale.

Il Dipartimento ha specifica autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed opera secondo il piano annuale di attività, condiviso dalle Direzioni generali delle Azienda coinvolte, gestendo le risorse assegnate.

L'organizzazione dipartimentale, anche in riferimento alle vigenti disposizioni regionali, si prefigge in particolare i seguenti obiettivi generali:

- presa in carico effettiva ed efficace, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del Dipartimento
- Sviluppo di strette collaborazioni con gli Enti gestori dei Servizi Sociali al fine di ridefinire un sistema di welfare in grado di favorire in ogni modo i processi di inclusione sociale attraverso interventi territoriali che spostino il baricentro dall'ospedale al territorio
- Sviluppo di interventi di rete con tutti i servizi sanitari coinvolti ed in particolare con i Medici di Medicina Generale
- In linea con gli indirizzi della Conferenza Stato Regioni, elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per le varie classi di patologie che tengano conto delle peculiarità del territorio e delle variabili sociali e ambientali
- coordinamento dell'attività di tutte le strutture che ne fanno parte
- coordinamento e razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture;
- gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali;
- miglioramento e integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- coordinamento, razionalizzazione e sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

*Q
AmM*

Dr



- la riduzione delle liste di attesa perseguito interventi di appropriatezza selezione temporale di risposta o priorità cliniche.
- ricerca di modalità innovative sul piano scientifico e organizzativo, in grado di affrontare con la necessaria flessibilità i cambiamenti dei bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- verifica costante dell'appropriatezza delle procedure e delle modalità di intervento con riferimento alle nuove evidenze scientifiche
- attenta valutazione dell'efficacia degli interventi, dei processi ed esiti in coerenza con gli strumenti organizzativi che privilegiano l'équipe multi-professionale con valorizzazione di tutte le figure professionali;
- interpretazione del lavoro come giusto equilibrio di competenze, integrità, onestà evitando conflitti tra deontologia professionale e finalità aziendali, orientando l'operato coerentemente ai valori aziendali, al rispetto dei principi in materia di trasparenza e anticorruzione, promuovendo le attività d'équipe e assicurando il sostegno ai processi fra le diverse strutture aziendali.

Obiettivi specifici

Le vigenti normative e disposizioni, nazionali e regionali, individuano obiettivi specifici prioritari:

- piena e completa attuazione delle Raccomandazioni della Conferenza Stato Regioni sui TSO, sulla prevenzione del suicidio, sulla residenzialità psichiatrica e sui PDTA per le patologie psichiatriche, nonché delle disposizioni regionali in materia di riordino del sistema psichiatrico;
- prevenzione e lotta allo stigma;
- potenziamento degli interventi di prevenzione
- coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale);
- area disturbi comuni ad alta incidenza e prevalenza in stretto collegamento con i MMG sviluppando attività di psichiatria di Liason sia in ospedale che sul territorio;
- attenzione agli interventi precoci, individualizzati e realizzati nei luoghi di vita;
- presa in carico dei cittadini portatori di bisogni multipli appartenenti a nuclei familiari o sociali disagiati in concerto con gli altri Dipartimenti e con i Servizi Sociali.
- attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out;
- garanzia della piena funzionalità dei Servizi ospedalieri con la messa in rete dei posti letto (SPDC-psichiatria di liaison)
- garanzia della stretta collaborazione tra ospedale-territorio al fine di limitare l'improprio allungamento dei tempi di degenza e l'utilizzo di strutture private. Il ricorso in via straordinaria all'ospedalizzazione nelle strutture del privato convenzionato risulta sotto la responsabilità dello psichiatra del Centro di Salute Mentale che esprime un consenso motivato al ricovero, garantendo in tal modo responsabilità e percorsi virtuosi.
- monitoraggio continuo sull'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera;
- differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e gruppi diagnostici;
- creazione di una unità interdipartimentale con i servizi di Neuropsichiatria Infantile che si rivolga, senza discontinuità, ai pazienti dai 14 ai 25 anni. Tale unità operativa

dovrà includere nella propria mission l'identificazione e l'intervento precoce dei disturbi psichici gravi anche al loro esordio, ed il miglioramento del trattamento della psicopatologia dell'adolescenza, dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e dell'Autismo. Delineando, per ciascuna delle aree suddette, specifici ambiti e percorsi di cura (ricovero, intervento ambulatoriale, intervento riabilitativo).

- creazione di una unità interdipartimentale con i SeRD per la presa in carico e il trattamento specialistico dei disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche in ogni fase del decorso clinico (ricovero, intervento ambulatoriale, intervento riabilitativo)
- creazione di equipe di lavoro dipartimentali su specifiche aree di intervento :
- prevenzione del suicidio e del tentato suicidio;
- miglioramento del trattamento dei gravi disturbi di personalità;
- 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 attraverso progetti di prevenzione delle patologie somatiche;
- risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione immigrata;
- Psichiatria Forense comprendente attività di consulenza a tutti i servizi del Dipartimento e la diretta presa in carico dei pazienti autori di reato e della popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale.
- Individuazione, in accordo con gli Enti gestori dei Servizi Sociali, dei percorsi dei LEA-LIVEAS (livelli essenziali assistenziali sanitari e sociali) per i pazienti psichiatrici con lunga storia di malattia e i cui bisogni risultano assimilabili a quelli di soggetti anziani/disabili

Si evidenzia in particolare la necessità di prevedere forme di assistenza specialistiche per determinati gruppi psicopatologici, integrando il modello territoriale con servizi dedicati di secondo livello. La suddetta trasformazione deve coinvolgere non solo l'ambito ambulatoriale ma anche il settore riabilitativo e ospedaliero.

Appare quindi indispensabile procedere ad una diversa definizione delle posizioni apicali che favorisca e governi la suddetta trasformazione.

LINEE STRATEGICHE

1) ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, DELLE FAMIGLIE E DEGLI UTENTI

1.1 Rapporti con le Associazioni di volontariato

Appare opportuno potenziare i rapporti con le Associazioni di volontariato al fine di introdurre anche la Psichiatria tra gli ambiti di azione dei suddetti enti.

1.2 Rapporti con le Associazioni di familiari e di utenti

Il regolamento del DISSM prevede che le Associazioni siano rappresentate nel Consiglio di Dipartimento con tre membri. Si auspica che vi sia un rappresentante per ogni ASL. Tale partecipazione dovrebbe garantire una maggior collaborazione e integrazione tra il DISSM e le Associazioni di familiari e utenti attraverso la condivisione delle linee strategiche di intervento.

Si prevede inoltre il potenziamento di due specifici ambiti:





- Fund raising – il rapporto di partenariato pubblico-privato ha permesso, in alcune realtà, di ottenere finanziamenti dedicati alla Salute Mentale da parte di alcune fondazioni. Questa attività necessita di maggior coordinamento e di potenziamento con il coinvolgimento di tutte le Associazioni che, nel rispetto delle loro peculiarità e dei loro obiettivi prioritari, si raccordino con il DISSM.
- Progetto UFE - Progetto UFE: Gli UFE, Utenti Familiari Esperti, sono tutti quegli utenti e quei familiari che per storia personale hanno acquisito un "sapere esperienziale" che li mette in condizione di fornire in modo strutturato e continuativo delle prestazioni riconosciute in diverse aree di attività del DISSM. L'esperienza di collaborazione maturata negli ultimi anni al livelli Nazionale (che ha portato alla Proposta di Legge n° 2233 in discussione parlamentare) e presso l'ASLBI (resa possibile da una convenzione stipulata nel 2014 tra ASLBI e Associazione utenti "Diritti&Doveri") ha determinato una ricaduta positiva all'interno dei percorsi di cura e riabilitazione. Si intende quindi allargare l'esperienza all'intera area di competenza del DISSM.

2) ALTRI SERVIZI DELLE AA.SS.LL.

2.1 Rapporti con il Distretto

- Risulta indispensabile potenziare i rapporti con i MMG attraverso attività rivolte a:
 - Formazione
 - Disturbi psichiatrici comuni ad alta incidenza e prevalenza
 - Diagnosi precoce disturbi psicotici
 - gravi disturbi di personalità
 - disturbi pervasivi dello sviluppo
 - Partecipazione alle equipe di lavoro e presenza dello psichiatra nelle case della salute
 - Tempi di attuazione 1 anno
- Le nuove disposizioni regionali in merito al modello organizzativo per la modulazione degli interventi sanitari rivolti alla popolazione anziana e le prossime disposizioni relative al riordino della rete residenziale per i pazienti psichiatrici, andranno a definire nuovi percorsi per i pazienti ora inseriti dai DSM in presidi socioassistenziali e per quelli inseriti in presidi psichiatrici che hanno concluso il percorso riabilitativo e che potrebbero trovare una collocazione più adeguata in presidi socio assistenziali. Per tali ragioni si dovranno formalizzare specifici accordi con le commissioni UVG e UMVD delle ASL e con i gestori dei servizi sociali al fine di definire percorsi dedicati ai pazienti del DISSM. Al momento attuale la ASL di Vercelli ha già provveduto al trasferimento di competenza dal DSM al Distretto per tutti pazienti inseriti in presidi socio assistenziali e la ASL di Biella ha recentemente definito il percorso sopra citato.
 - Tempi di attuazione 1 anno

2.2 Neuropsichiatria infantile

Si veda il punto 8.3

2.3 SeRD

Si veda il punto 8.3

9
✓



3) ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIALI

Sviluppo di strette collaborazioni con gli Enti gestori dei Servizi Sociali al fine di ridefinire un sistema di welfare in grado di favorire in ogni modo i processi di inclusione sociale attraverso interventi territoriali che spostino il baricentro dall'ospedale al territorio. Potenziamento dei rapporti di collaborazione prioritariamente finalizzati a :

- Riduzione del ricorso alla residenzialità protetta attraverso progettualità condivise finalizzate al potenziamento dell'assistenza domiciliare
- Percorsi specifici per pazienti inseriti o da inserire in presidi socioassistenziali (Si veda il punto 2.1)
- Applicazione delle disposizioni regionali (in via di approvazione) per l'inserimento di pazienti in strutture psichiatriche a valenza sociosanitaria (Documento residenzialità Stato Regioni – SRP3)

4) ENTI LOCALI

- Completamento e attuazione linee di indirizzo sui TSO
- Confronto sulla mission della salute mentale (controllo sociale)
 - Tempi di attuazione 1 anno

5) MAGISTRATURA

Applicazione protocollo di intesa tra la Regione e il Presidente della Corte d'Appello tesa a migliorare il rapporto e la condivisione dei percorsi riabilitativi per i pazienti autori di reato

- Tempi di attuazione 1 anno

6) PREFETTURA

Interventi coordinati per la gestione delle problematiche psichiatriche nella popolazione dei richiedenti asilo. Creazione di percorsi condivisi con le cooperative gestori di SPRAR e CAS

7) SCUOLA

Avvio di attività di prevenzione/informazione, rivolte sia ai docenti che agli allievi, su alcune tematiche di maggior rilievo: diagnosi precoce disturbi psicotici, disturbi di personalità, prevenzione suicidio, ecc.)

- Tempi di attuazione 2 anni

8) ATTIVITA' TERRITORIALE

8.1 Premesse

I Dipartimenti di Salute Mentale nelle zone di provincia della Regione Piemonte hanno sviluppato negli anni una modalità operativa centrata sul territorio in linea con le indicazioni del Progetto- Obiettivo per la tutela della salute mentale (Dpr. 10.11.99).

Tale modello organizzativo rappresenta ancora il riferimento irrinunciabile sia per quanto attiene la risposta all'urgenza/emergenza sia per garantire accessibilità, presa in carico e continuità delle cure.

Negli ultimi anni sono però emersi nuovi bisogni per i quali il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale", approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013, prevede: "nuove forme organizzative che permettano di raggruppare i bisogni emergenti di salute individuando alcune aree omogenee di intervento e, nel

91
✓ ✓



contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da focalizzare".

Lo stesso documento della Conferenza Unificata Stato Regioni individua obiettivi specifici prioritari che sostanzialmente coincidono con quelli indicati nel regolamento del DISSM.

Oltre a ciò i Dipartimenti dovranno dare piena e completa attuazione alle linee di indirizzo della Conferenza Stato Regioni (TSO, prevenzione del suicidio, residenzialità, PDTA) e alle disposizioni regionali di riordino del sistema psichiatrico.

In relazione alla complessità e numerosità degli ambiti di intervento appare evidente che in Aziende Sanitarie di ridotte dimensioni risulti assai difficile ipotizzare interventi appropriati sulle singole problematiche sopra citate.

Da queste considerazioni è nata l'esigenza di ipotizzare un Dipartimento di Salute Mentale che, nel rispetto della tradizionale impostazione territoriale, sappia elaborare un piano strategico di intervento in grado di offrire risposte adeguate ai nuovi bisogni emergenti attraverso la creazione di ambulatori specialistici che operino in ambito dipartimentale

8.2 Ambulatori territoriali

- Gli ambulatori (CSM) territoriali dovranno essere quelli previsti dagli atti aziendali. Sarà importante valutare con attenzione, in base a dati oggettivi di attività e alle dotazioni di personale, la reale necessità di apertura degli stessi. Se da un lato orari prolungati possono favorire l'accessibilità al servizio, al contempo impongono un elevato utilizzo di personale dedicato a tale scopo con il rischio di penalizzare le attività domiciliari. Vista la particolare conformazione geografica delle tre AA.SS.LL. si dovrà valutare la possibilità di introdurre nuove modalità di lavoro con l'utilizzo degli strumenti informatici già ampiamente in uso anche da parte dei nostri utenti.
 - Tempi di attuazione 1 anno
- In linea con gli indirizzi della Conferenza Stato Regioni, elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per le varie classi di patologie che tengano conto delle peculiarità del territorio e delle variabili sociali e ambientali. In particolare si dovranno prioritariamente redigere i PDTA relativi alle quattro tipologie previste dal documento di indirizzo della Conferenza Stato Regioni:
 - Disturbi Schizofrenici
 - Disturbi Bipolari
 - Disturbi Depressivi
 - Gravi Disturbi Personalità
 - Tempi di attuazione 1 anno
- Applicazione delle indicazioni della Conferenza Stato Regioni con introduzione del "Piano Terapeutico Individuale" (PTI); inizialmente per i pazienti inseriti nel settore riabilitativo e per quelli che sono seguiti in modo continuativo e programmato da personale del comparto
 - Tempi di attuazione 1 anno
- Attivazione di sistemi di monitoraggio per le situazioni di drop out
 - Tempi di attuazione 1 anno



8.3 Ambulatori/servizi specialistici di secondo livello

Gli ambulatori che si intendono attivare o ampliare sono i seguenti:

- creazione di una unità interdipartimentale con i servizi di **Neuropsichiatria Infantile** che si rivolga, senza discontinuità, ai pazienti dai 14 ai 25 anni. Tale unità operativa dovrà includere nella propria mission l'identificazione e l'intervento precoce dei disturbi psichici gravi, il miglioramento del trattamento della psicopatologia dell'adolescenza, dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e dell'Autismo.

Le recenti disposizioni legislative impongono ai DSM la presa in carico dei pazienti con Autismo e Disturbi Pervasivi. Le diagnosi, abbastanza frequenti in età adolescenziale, non trovano riscontro nell'età adulta probabilmente per:

- 1) difficoltà di passaggio di informazioni con la NPI
- 2) gestione totalmente affidata al privato
- 3) errori diagnostici.

Al momento attuale appare molto difficile quantificare il fenomeno e per tale ragione è stato costituito a livello regionale un gruppo di lavoro sul tema specifico.

Si dovranno delineare, per ciascuna delle aree suddette, specifici ambiti e percorsi di cura (ricovero, intervento ambulatoriale, intervento riabilitativo). Visto l'elevato numero di pazienti si prevedono tre distinti gruppi di lavoro, uno per ogni ASL con un coordinamento dipartimentale e possibilità di integrazione tra gli operatori coinvolti.

- Tempi di attuazione 1 anno

- creazione di una unità interdipartimentale con i SeRD per la presa in carico e il trattamento specialistico dei disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche in ogni fase del decorso clinico (ricovero, intervento ambulatoriale, intervento riabilitativo).

Il numero di pazienti che presentano comorbilità risulta molto alto (40/50% degli utenti in carico ai CC.SS.MM.) ed in continua crescita. Si evidenzia inoltre un incremento generale degli esordi psicotici (100%) dovuti all'uso concomitante di sostanze da abuso.

In aumento esponenziale anche le patologie psichiatriche in associazione ad altre forme di abuso (gioco patologico, internet, ecc...)

L'ambulatorio dovrà rivolgersi non in termini generici ai pazienti con comorbilità ma a quelle specifiche situazioni che richiedono un intervento fortemente integrato.

Il servizio è già attivo presso l'ASL di Biella.

Anche in questo caso si prevedono tre distinti gruppi di lavoro, uno per ogni ASL con un coordinamento dipartimentale e possibilità di integrazione tra gli operatori coinvolti.

- Tempi di attuazione 1 anno

- **ambulatori dedicati alla identificazione e alla prevenzione del rischio suicidario.** In base agli ultimi dati ISTAT E ARPA disponibili le province montane del Piemonte presentano tassi di suicidio decisamente più alti rispetto alla media nazionale e regionale (dati ISTAT +30%), rappresentando la quarta causa di morte per la popolazione giovanile (Istituto Superiore di Sanità).



Il servizio denominato "Centro crisi" è attivo presso l'ASL di Biella. Si prevedono tre distinti gruppi di lavoro, uno per ogni ASL con un coordinamento dipartimentale e possibilità di integrazione tra gli operatori coinvolti.

- Tempi di attuazione 1 anno

- **Servizio dedicato ai gravi disturbi di personalità.** Il tema dei gravi Disturbi di Personalità è particolarmente rilevante in quanto rappresenta oggi uno dei punti maggior criticità. Si stima che il solo Disturbo Borderline di Personalità abbia una prevalenza stimata tra il 2% e il 6% della popolazione generale (*psychiatric Times 2014*), contribuisca al 20% dei ricoveri psichiatrici e si riscontri nel 10% dei pazienti ambulatoriali (*BPD, National Educational Alliance for Borderline Personality Disorder, 2013*) (a titolo comparativo si evidenzia che la prevalenza della Schizofrenia è pari a circa il 1%).
Si prevede un unico servizio per tutto il Dipartimento che svolgerà l'attività programmata nelle sedi dei CC.SS.MM.. Il gruppo di lavoro dovrà includere personale delle tre ASL. Appare preliminarmente indispensabile procedere ad una specifica formazione del personale.

- Tempi di attuazione 2 anni

- **ambulatorio dedicato ai Disturbi del Comportamento Alimentare.** Per dimensione del fenomeno e per gravità dello stato morboso i DCA rappresentano già oggi un problema socio-sanitario molto importante per i paesi del mondo occidentale e quindi anche per l'Italia: l'epidemiologia conferma l'aumento dell'incidenza di anoressia e bulimia nella popolazione; ma è soprattutto evidente l'aumento della richiesta di cura. L'incidenza di anoressia e bulimia, nella popolazione a rischio (identificabile con quella femminile compresa tra i 14 e i 25 anni), è stimabile nel suo complesso attorno al 3-4% cui si deve aggiungere un altro 5% dei casi non ancora clinicamente rilevabili (*Dati Ministero della Salute*).
Il servizio è già attivo presso l'ASL di Biella e presso l'ASL VCO. Si prevede un unico servizio per tutto il Dipartimento che svolgerà l'attività programmata nelle sedi dei CC.SS.MM.. Il gruppo di lavoro dovrà includere personale delle tre ASL. Appare preliminarmente indispensabile procedere ad implementare la formazione già avviata dal personale.

- Tempi di attuazione 1 anno

- **ambulatorio di psicogeratria** - I disturbi psichiatrici dell'anziano hanno spesso caratteristiche peculiari che li distinguono nettamente dai quadri ad esordio in età giovanile ed adulta, soprattutto per le forme che si sono manifestate per la prima volta in età avanzata.
Si prevede un unico servizio per tutto il Dipartimento che svolgerà l'attività programmata nelle sedi dei CC.SS.MM.. Il gruppo di lavoro dovrà includere personale delle tre ASL.

- Tempi di attuazione 2 anni

- **attività di consulenza psichiatria forense** L'attivazione di tale servizio è stata esplicitamente richiesta dalla Regione Piemonte. In base alle indicazioni regionali il servizio dovrà:
 - definire il programma formativo sui temi della presa in carico di pazienti autori di reato

- essere punto di riferimento dei servizi interessati (CSM,SeRD, UMVD)
- supervisionare e monitorare i percorsi terapeutici e riabilitativi dando indicazioni sull'appropriatezza degli stessi
- elaborare i progetti terapeutici dei pazienti inseriti in REMS e ancora ospite degli OPG

Si sottolinea che nelle AA.SS.LL. di Biella, Vercelli e VCO la spesa per inserimenti residenziali di pazienti autori di reato è pari al 15% del totale per un ammontare di circa €.1.000.000.

Il DISSM ha già individuato un primo nucleo di operatori dedicati. Si prevede un unico servizio per tutto il Dipartimento che svolgerà l'attività programmata nelle sedi dei CC.SS.MM.. Il gruppo di lavoro dovrà includere personale delle tre ASL. Appare preliminarmente indispensabile procedere ad implementare la formazione già avviata dal personale.

Vedi anche punto 5.

- Tempi di attuazione 1 anno

- **ambulatorio di etnopsichiatria-** circa il 17% degli utenti dei CC.SS.MM. delle aziende interessate sono ad oggi cittadini extracomunitari. A questo dato ormai strutturale si è aggiunto, con grande impatto, il recente flusso migratorio. Questi nuovi utenti presentano spesso situazioni complesse per inquadramento diagnostico e definizione di adeguati programmi terapeutici, legate a fattori linguistici, culturali ed antropologici.

Si prevede la costituzione di equipe specialistiche sul tema dell'approccio etnopsichiatrico rivolto alle situazioni particolarmente difficili e che necessitano di specifici percorsi di presa in carico.

Un gruppo di lavoro costituito da operatori del Centro ISI e del DSM è attivo presso l'ASL di Biella. Si prevede un unico servizio per tutto il Dipartimento che svolgerà l'attività programmata nelle sedi dei CC.SS.MM.. Il gruppo di lavoro dovrà includere personale delle tre ASL. Appare preliminarmente indispensabile procedere ad implementare la formazione già avviata dal personale.

- Tempi di attuazione 1 anno

- **ambulatorio dedicato alla prevenzione e alla diagnosi precoce di disturbi organici in pazienti psichiatrici** – in relazione alle peculiarità delle patologie ed agli effetti iatrogeni della terapia, l'incidenza di problematiche organiche nei pazienti psichiatrici è molto elevata. Per tale ragione le linee guida internazionali raccomandano un attento monitoraggio della salute fisica in questa categoria di utenti. Presso il CSM di Biella è già attivo un servizio dedicato (SALFIS) con la presenza di un medico internista che effettua visite mirate, tiene i contatti con i MMG e gestisce corsi di formazione sulle tematiche di maggior impatto. Si deve prevedere l'utilizzo di tale servizio per tutto l'ambito del DISSM riservato ai casi particolarmente gravi e in particolare per estendere le attività di formazione.

- Tempi di attuazione 1 anno



9) SETTORE RIABILITATIVO

9.1 Premesse

In linea generale valgono le stesse premesse fatte per l'attività territoriale di cui al punto 8.1. In particolare si evidenzia la necessità di offrire percorsi dedicati per gruppi psicopatologici omogenei, evitando la riproposizione di "luoghi di emarginazione", che rispondono maggiormente a logiche di controllo sociale piuttosto che a scopi terapeutici e riabilitativi. Appare indispensabile orientare i servizi alla "recovery", offrendo percorsi di cura e di sviluppo delle potenzialità individuali e "luoghi/opportunità" dove poterli sperimentare. Si tratteranno separatamente i tre ambiti in cui si concretizza l'intervento riabilitativo:

- Casa – intesa come ogni possibile risposta alle esigenze abitative del paziente, dal domicilio alla comunità protetta
- Socialità – intesa come potenziamento delle attività di relazione del paziente con il contesto sociale di appartenenza. In questo ambito vanno inclusi i Centri Diurni.
- Lavoro – inteso come fondamentale strumento riabilitativo finalizzato alla riappropriazione da parte del paziente del diritto di cittadinanza

Per tutti pazienti inseriti in un percorso riabilitativo appare indispensabile procedere alla stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) come da indicazioni della Conferenza Stato Regioni

- Tempi di attuazione 1 anno

9.2 Casa

- **Domiciliarità** – sia per ragioni cliniche che per ragioni economiche appare indispensabile potenziare l'attività domiciliare al fine di contenere l'utilizzo di strutture psichiatriche ad alta intensità assistenziale ed alto costo. Parte della spesa che oggi è destinata alle strutture residenziali potrebbe essere convertita in assistenza domiciliare, integrando, eventualmente, gli operatori dei vari CSM con figure professionali fornite dal privato.

- Tempi di attuazione 2 anni

- **Revisione residenzialità** - La Giunta Regionale ha recentemente presentato i contenuti della nuova deliberazione di riordino della residenzialità psichiatrica che andrà a modificare la tanto contestata DGR 30 del 2015. Non siamo ancora in possesso del testo definitivo ma, in base a quanto annunciato, la stessa DGR prevederà una fase di transizione di tre anni anni. Non appena si conosceranno con esattezza i contenuti si potrà definire un piano di azione che necessariamente dovrà coinvolgere gli enti gestori dei servizi sociali che saranno partner decisivi per quelle tipologie di strutture definite come socioassistenziali (SPR3) in quanto dovranno concorrere alla copertura della quota sociale (vedi punto 3).

- Tempi di attuazione 3 anni

- **Definizione fabbisogno numero di posti letto di residenzialità e loro tipologia** – Si deve premettere che:
 - Il Progetto Obiettivo Salute Mentale – 2000 prevedeva un fabbisogno di strutture residenziali protette di 2 posti * 10.000 abitanti



- Risulta impossibile determinare con esattezza la disponibilità di posti letto nelle altre regioni italiane per una profonda differenza nella nomenclatura e nella definizione delle caratteristiche delle strutture residenziali psichiatriche. I dati più attendibili riportano una media nazionale di 3,1 posto letto * 10.000 abitanti in strutture protette (escludendo quindi le strutture socioassistenziali e i gruppi appartamento)
- l'utilizzo di strutture residenziali è estremamente disomogenea in ambito regionale (TO 1 = 10,84 *10.000ab – VCO =2,93 * 10.000 ab.) ed anche per quanto riguarda il DISSM si apprezzano alcune differenze (BI = 5,43 – VC = 3,9 – VCO = 2,93) (i dati non ricoprono gli inserimenti in presidi socioassistenziali). Appare indispensabile procedere, con strumenti il più possibile oggettivi, alla definizione del fabbisogno del numero di posti letto per livello assistenziale e per caratteristiche psicopatologiche. Inoltre si dovrà garantire la permanenza delle strutture più leggere e destinate ai pazienti in avanzata fase riabilitativa, presso i territori di origine. Ovviamente si dovranno conoscere le indicazioni della nuova DGR e successivamente aprire un tavolo di confronto oltre che con i Servizi Sociali con gli enti gestori dei presidi

* dati da ricerca personale

- Tempi di attuazione 2 anni

- **Definizione di percorsi condivisi per i pazienti inseriti in strutture residenziali psichiatriche con bisogni assimilabili al paziente anziano o disabile – Si veda il punto 2.1**

9.3 Socialità

- **Premesse** – appare indispensabile fare una breve premessa sulla missione dei Centri Diurni in Psichiatria, che è fortemente mutata nell'ultimo decennio. La tradizionale visione che intende il CD come struttura semiresidenziale, sostanzialmente rivolta a pazienti che necessitano di assistenza nelle ore diurne, con lo scopo di evitare il ricorso a strutture residenziali, appare oggi obsoleta. I CD devono sviluppare e riportare il paziente all'interno del contesto sociale di appartenenza evitando fenomeni di cronicizzazione. Per tale ragione è preferibile definire il CD come una *funzione* piuttosto che come una *struttura*. Le attività devono essere finalizzate all'empowerment del paziente e non alla semplice animazione che risulta più adeguata per il paziente disabile. Naturalmente esistono ancora dei pazienti che hanno bisogni di tipo assistenziale per i quali però si dovranno ricercare percorsi alternativi.
- **Revisione operatività dei CC.DD.** – appare indispensabile procedere ad una revisione complessiva dell'operatività dei CC.DD. attraverso momenti di verifica e confronto tra i diversi stili di lavoro per giungere alla definizione di un modello condiviso che dovrà comunque tener conto delle peculiarità territoriali.



- Tempi di attuazione 2 anni

9.4 Lavoro

Sull'importanza del lavoro come strumento terapeutico e riabilitativo si è già detto in premessa. Si affronteranno ora alcuni temi specifici legati alle recenti innovazioni legislative.

- **Tirocini lavorativi e Percorsi di Attivazione Sociale Sostenibile –** Tradizionalmente i DSM attuavano gli inserimenti lavorativi (chiamati in modo diverso nelle varie ASL) utilizzando la possibilità offerta dalla DCR 357-1997 che prevedeva l'attivazione di "borse lavoro" senza peraltro definire in alcun modo le relative procedure.

Le recenti modifiche legislative introdotte dalla Regione Piemonte (DGR 30-1094 del 23/2/2015 - DGR 22-2521 del 30/11/2015) disciplinano in modo preciso gli inserimenti lavorativi che i DSM possono mettere in atto distinguendo tra *Tirocini lavorativi di inclusione sociale* e PASS. Senza entrare nel merito delle due DGR si sottolinea la necessità di adeguarsi rapidamente alle indicazioni regionali. Per tale motivo è già operativo da alcuni mesi un coordinamento tra le AA.SS.LL. del DISSM che ha come mandato di uniformare le procedure e tenere i contatti con gli altri DSM regionali, i competenti uffici regionali e i Centri per l'impiego.

- Tempi di attuazione 2 anni

- **Potenziamento delle opportunità di inserimento lavorativo –** in estrema sintesi il potenziamento delle opportunità dovrà realizzarsi attraverso:

- Incremento delle disponibilità economiche attivando percorsi di fund raising (vedi punto 1.2)
- Attività di sensibilizzazione presso enti pubblici e privati finalizzati ad incrementare la disponibilità all'accoglienza degli inserimenti lavorativi

10) L'ATTIVITA' OSPEDALIERA

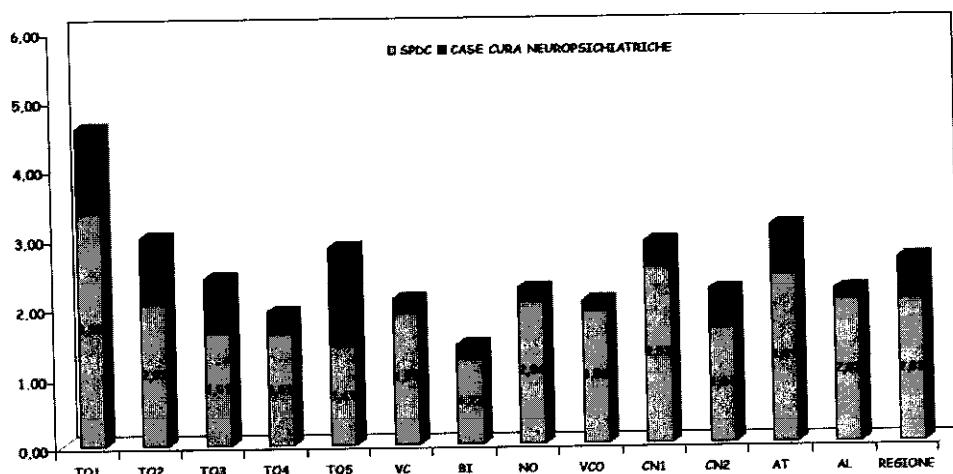
10.1 Premessa – Il tema dell'urgenza e dell'assistenza ospedaliera ha assunto sempre di più un ruolo strategico e di grande rilevanza, sia sotto il profilo clinico sia per le implicazioni medico legali, deontologiche ed etiche. In particolare appare irrinunciabile coniugare la tutela dei diritti di libertà individuale del paziente, attraverso l'impegno a mettere in atto processualmente strategie per la riduzione, fino all'abolizione del ricorso alla contenzione fisica, con la responsabilità medico legale relativa alla posizione di garanzia del medico. La complessità dell'intervento ospedaliero impone una riflessione sulla necessità di revisione dell'assetto organizzativo che, senza metter in discussione la continuità ospedale-territorio, assegna un ruolo autorevole e di responsabilità a questo ambito d'azione.

10.2 Situazione posti letto – a seguito del recente ampliamento del SPDC di Biella, attualmente il DISSM dispone di 38 posti letto (Biella=15 – Vercelli=11 – VCO=12). Tale numero risulta in difetto rispetto alle indicazioni del progetto obiettivo per la Salute Mentale recentemente confermato da atti della Conferenza Stato Regioni e dalla

stessa Regione Piemonte (1 posto letto x 10.000 abitanti). In realtà la dotazione sembra per il momento sufficiente a coprire il fabbisogno (fatti salvi periodi di particolare sofferenza) grazie al fatto che i CSM svolgono con efficacia un grande lavoro di prevenzione del ricovero attraverso attività domiciliari. Appare evidente che una sofferenza negli organici territoriali comporterebbe una immediata ripercussione sull'utilizzo degli SPDC ed anche delle Case di Cura private.

10.3 Case di Cura private – l'utilizzo delle Case di Cura Private risulta nelle tre AA.SS.LL. particolarmente ridotto rispetto alla media regionale. Questo dato andrà confermato e se possibile rafforzato attraverso un potenziamento delle attività domiciliari ed una maggior flessibilità e specificità nell'utilizzo dei percorsi riabilitativi in genere.

Indice di ospedalizzazione SPDC - Case di Cura Neuropsichiatriche, 2011



Ultimi dati regionali disponibili – anno 2011

10.4 CAVS – Presso la Casa di Cura privata San Giorgio di Viverone sono stati recentemente attivati dalla Regione Piemonte 16 posti letto di CAVS psichiatrico in sostituzione di 20 posti di lungodegenza. Rimangono da definire gli accordi tra le AA.SS.LL. del DISSM per l'utilizzo di questi posti letto.

10.5 TSO – Vedi punto 4

11) LE FUNZIONI AMMINISTRATIVE

Afferriscono al Dipartimento le seguenti funzioni amministrative, aventi carattere generale per le Aziende facenti parte del suddetto Dipartimento:

- Stipula delle convenzioni relative alle strutture accreditate dell'area psichiatria
- Definizione dei capitolati relativi agli affidamenti di servizi, occorrenti alle singole Aziende;
- Rilevazione dell'andamento gestionale del Dipartimento.

Le risorse amministrative verranno definite attingendo dagli organici delle Aziende facenti parte del Dipartimento.

Le funzioni di segreteria del Dipartimento dovranno essere svolte nell'ambito dell'ASL in cui è incardinato il Direttore del DISSM. Sarebbe auspicabile la creazione di una S.S. "Gestione Amministrativa Dipartimento Interaziendale ASL BI/VC/VCO".

[Handwritten signature]



Ogni Azienda, per quanto di competenza, dovrà gestire autonomamente gli inserimenti nella struttura dei propri pazienti.

12) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

I programmi di formazione devono sostenere l'impostazione generale del DSM con attività formative rivolte a tutto il personale e specifici percorsi destinati a gruppi di operatori in relazione al loro ambiti di attività. Ad oggi è possibile individuare alcune priorità su cui investire per il prossimo biennio:

- Gravi Disturbi di Personalità
- Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Disturbi in comorbilità con l'area delle dipendenze
- Etnopsichiatria
- Governance e management
- Tempi di attuazione 2 anni

13) DATI ECONOMICI E DATI DI ATTIVITÀ

L'analisi comparativa rappresenta lo strumento fondamentale per innescare processi di rivalutazione delle modalità operative, che siano in grado di produrre reali cambiamenti.

I servizi delle tre AA.SS.LL. hanno consolidato nel tempo prassi operative diverse e con esiti decisamente positivi. Il confronto dovrebbe permettere un miglioramento dei servizi per il solo fatto di mettere in comune esperienze efficaci.

Per fare questo risulta però indispensabile costruire metodi di rilevazione che siano omogenei e quindi confrontabili.

Al momento attuale la situazione appare problematica e pertanto i dati sotto riportati risultano incompleti, in taluni casi, poco attendibili e quindi poco utilizzabili per attività di benchmarking.

Di seguito vengono riportate alcune tabelle sui principali dati di attività ed economici –anno 2015, integrate da alcuni brevi commenti.

I dati mancanti sono evidenziati dalle celle grigie.

Popolazione

ASLBI	ASLVC	ASLVCO
177.637	176.938	174.156



PRESTAZIONI AMBULATORIALI

CSM e DH territoriali

	ASLBi*	ASLVC	ASLVCO**	ASLBi	ASLVC	ASLVCO	Valore x 1.000 abitanti
N° prestazioni (Nomenciatore Nazionale + Nomenciatore regionale)	34.048	22.111	40.550	191,67	124,96	232,84	
Valore prestazioni	212.310		206.190	1.195,19	0,00	1.183,94	
Prime visite	712	895	409	4,01	5,06	2,35	
Tempi di attesa	4,5	10	31				
TSO	4,1	53	17	0,23	0,30	0,10	
Tot. Personale dedicato	42,9	38,0	56,0	0,24	0,21	0,32	
Medici	12,0	11,7	6,5	0,07	0,07	0,04	
Psicologi	6,1	0,5	5,5	0,03	0,00	0,03	
Infermieri	14,0	22,1	23,0	0,08	0,12	0,13	
Educatori	8,3	0,0	3,0	0,05	0,00	0,02	
Ass. Sociali	2,1	1,7	6,0	0,01	0,01	0,03	
Altro	0,4	2,0	2,5	0,00	0,01	0,01	
Tot. Costo personale	2.526.315	3.015.578	0,00	14.277,97	17.315,38		

* I dati indicati per l'ASLBi comprendono il personale della cooperativa che svolge funzioni per il CSM

** i dati dell'ASL VCO per i TSO non comprendono quelli fatti presso il SPDC

In generale si evidenzia una profonda disomogenità nella dotazione organica sia in termini generali che per singola figura professionale.

PRESTAZIONI DI RICOVERO IN SPDC

				Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBI	ASLVC	ASLVCO	ASLBI	ASLVC	ASLVCO
N° posti letto	13	11	12	0,07	0,06	0,07
N° ricoveri	345	320	289	1,94	1,81	1,66
Valore ricoveri	740.635		513.821	4.169,37	0,00	2.950,35
Valore mobilità attiva	59.777		41.924	336,51	0,00	240,73
Valore mobilità passiva	151.499		94.736	852,86	0,00	543,97
Tot. Personale dedicato	21	24,7	19	0,12	0,14	0,11
Medici	3	3,5	2	0,02	0,02	0,01
Infermieri	14	16,2	13	0,08	0,09	0,07
OSS	4	5	4	0,02	0,03	0,02
Altro	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Tot. Costo personale	1.133.369	962.699	0,00	6.405,46	5.527,80	

Il recente ampliamento del SPDC di Biella dovrebbe permettere il riequilibrio complessivo tra mobilità attiva/passiva con adeguata risposta al fabbisogno dell'intero DISSM.

RICOVERI IN CASA DI CURA

				Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBI	ASLVC	ASLVCO	ASLBI	ASLVC	ASLVCO
N° ricoveri	141			0,79	0,00	0,00
Costo ricoveri	660.000			3.715,44	0,00	0,00

Come già detto vi è uno scarsi utilizzo delle Case di Cura rispetto alla media regionale.





PRESTAZIONI CENTRI DIURNI

	Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBi*	ASLVC	ASLVCO
N° pazienti	192	121	117
N° accessi	18.119	10.568	4.338
N° accessi 1/2 giornata	6.805	3.522	38,31
N° accessi intera giornata	11.314	816	63,69
Tot. Personale dedicato espresso in T.P.	11,8	14,5	7,5
Medici	0,0	0,0	0,5
Psicologi	2,3	0,5	0,5
Infermieri	0,0	7,0	3,0
Educatori	6,4	6,7	3,0
Ass. Sociali	1,7	0,3	0,01
Altro	1,4	0,0	0,5
Tot. Costo personale	570.106	661.930	3.209
			3.741
			0

* servizio svolto da personale cooperativa
il costo è comprensivo degli oneri di gestione (vitto, utenze, ecc.)

Anche in questo caso si registra una grande disomogeneità nelle dotazioni organiche.
Diversi anche i valori di prestazione che richiederanno una successiva analisi.



				Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBi	ASLVc*	ASLVCO	ASLBi	ASLVc	ASLVCO
Media tot. Posti strutt. residenziali *	97	68	58	0,55	0,38	0,33
Media N° posti C.P.	28	22	21	0,16	0,12	0,12
Media N° posti C.A.	9	5	0	0,05	0,03	0,00
Media N° posti G.A.	60	41	37	0,34	0,23	0,21
Tot. Costo strutt. residenziali	2.433.132	2.662.976	1.684.503	13.697,21	15.050,33	9.672,38
Costo medio per P.L.	25.084	39.161	29.043			
Media Tot. Posti strutt. Socioassistenziali	26	13	21	0,15	0,07	0,12
Tot. Costi strutt. Socioassistenziali	313.116	151.036	249.498	1.762,67	853,61	1.432,61
Costo medio per P.L.	12.043	11.618	11.881			

* Per l'ASL VC i posti in strutture Socio assistenziali e i relativi costi

fanno riferimento alla data del 30/06/2015
 successivamente sono stati presi in carico dai Distretti Valsesia e Vercelli
 con relativo trasferimento della quota di copertura pari a €. 148.805 per 6 mesi
 Analoga procedura è stata attivata per l'ASL Bi con trasferimento al Distretto dal 01/07/2016

Si evidenziano importanti differenze nel numero di posti letto e nel costo medio per posto letto.

RIABILITAZIONE LAVORATIVA

				Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBi	ASLVc	ASLVCO	ASLBi	ASLVc	ASLVCO
TOT. PAZIENTI SEGUITI	186	37	108	1,05	0,21	0,62
Tirocini	20	0	1	0,11	0,00	0,01
Borse lavoro	116	37	105	0,65	0,21	0,60
Altro	50	0	2	0,28	0,00	0,01

Si sottolineano importanti differenze tra le AA.SS.LL. nell'utilizzo di questo strumento riabilitativo.



SPESE PER ASSEGNI TERAPEUTICI

	Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBi	ASLVC	ASLVCO
TOT. SPESA ASSEGNI TERAPEUTICI	592.577	424.632	517.757
Spesa per borse lavoro	234.361	123.466	192.015
Spesa per altri ass. terapeutici	358.216	301.166	325.742

SPESA FARMACEUTICA

	Valore x 1.000 abitanti		
	ASLBi	ASLVC	ASLVCO
TOT. SPESA FARMACEUTICA		566.846	

La mancanza di dati non consente un'analisi comparativa.



14) LA DEFINIZIONE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Come già esplicitato nel regolamento appare evidente la necessità di rivalutare l'assetto organizzativo al fine di renderlo coerente con l'impostazione operativa generale che si intende dare al DISSM. Il compito non è affatto semplice poiché deve tener conto di elementi correlati tra loro ed al contempo irrinunciabili:

- Rispetto della centralità del territorio
- Necessità di attivare servizi specialistici che, per ragioni di economia di scala, necessitano di ambiti più ampi rispetto al territorio della singola ASL
- Caratteristiche personali e di formazione professionale degli operatori
- Rispetto delle indicazioni regionali relative al numero di SOC, SSD e SS

Proposta riorganizzativa:

Area comparto: Vista la complessità gestionale e la dimensione territoriale si prevede l'attivazione di una posizione organizzativa di "Responsabile di Area Salute Mentale" per l'attività del comparto che sarà attribuita, previa selezione, di comune accordo tra le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. interessate (Vedi regolamento).

Area dirigenza:

- Situazione antecedente gli atti aziendali

- SC PSICHIATRIA BIELLA	ASL BI
- SC PSICHIATRIA COSSATO	
- SSD EMERGENZE PSICHICATRICHE E SPDC	ASL VC
- SC PSICHIATRIA	
- SSD SPDC	ASO VCO
- SS CD - CSM - GA VC	
- SS CD - DH TERR. BS	
- SC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	ASO VCO
- SSD SPDC	
- SS GESTIONE ATTIVITÀ DI SALUTE MENTALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	ASO VCO
- SS GESTIONE ATTIVITÀ RIABILITATIVE	

SOC = 4

SSD = 3

SS = 5

Incarichi di alta Specializzazione

ASLBI = 8
ASLVC = 0
ASLVCO = 8



- **Situazione prevista dagli atti aziendali**

Rappresentazione grafica di quanto previsto dagli atti aziendali



QUADRO DI SINTESI

- SC PSICHIATRIA	ASL BI
- SSD EMERGENZE PSICHiatriche E SPDC	
- SC PSICHIATRIA	ASL VC
- SS SPDC	
- SSD PSICOLOGIA *	ASO VCO
- SC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	
- SSD SPDC	
- SS GESTIONE ATTIVITÀ DI SALUTE MENTALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	
- SS GESTIONE ATTIVITÀ RIABILITATIVE	

* Per la SSD di Psicologia di Vercelli non sono previste modifiche

SOC = 3
SSD = 2
SS = 3

Risulta evidente che il quadro organizzativa risulta assolutamente disomogeneo e frutto della sommatoria dei singoli atti aziendali, ispirati da diverse impostazioni e necessità, sia in termini generali che nello specifico ambito della Salute Mentale.

[Handwritten signature]