

Progetto-obiettivo regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente» - (Deliberazione del Consiglio Regionale del 25 luglio 1984 - n. III/1662).

(esecutiva con provvedimento della C.C.A.R. n. spec. 8965/10197 del 6 agosto 1984).

Presidenza del Presidente Peruzzotti.

Omissis

Il Consiglio Regionale della Lombardia

Richiamate le proprie deliberazioni n. III/261 del 30 aprile 1981 «Programma regionale di sviluppo 1981-1983», e n. III/312 del 18 giugno 1981 «Linee programmatiche per il primo piano sanitario della Regione Lombardia», dove è prevista l'elaborazione di uno specifico progetto obiettivo regionale in materia di tutela socio-sanitaria dei malati di mente;

Vista la L.R. n. 331 «Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici» approvata nella seduta del 25 luglio 1984;

Rilevato che all'art. 3, primo comma della citata legge regionale si prevede che le finalità e gli obiettivi nella stessa individuati siano perseguiti nei termini e con le modalità previste nel progetto obiettivo-regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente», da approvarsi contestualmente alla legge medesima;

Viste le leggi 13 maggio 1978, n. 180 e 23 dicembre 1978, n. 833, in particolare gli artt. 34, 35 e 64;

Visto il regolamento regionale 14 agosto 1981, n. 2;

Vista la proposta della Giunta regionale di cui alla deliberazione n. 36789 del 6 marzo 1984;

Udita la relazione della Commissione consiliare «Sicurezza Sociale»;

Delibera:

Di approvare il progetto-obiettivo regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente», allegato alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Presidente: Renzo Peruzzotti
Il Consigliere Segretario: Remo Bozzi
Il Segretario del Consiglio: Aldo Colao

— • —

Allegato

Progetto-obiettivo regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente»**1. Finalità e metodo****2. Obiettivi di salute****3. Indirizzi e programmi****3.1 Riorganizzazione e sviluppo dei servizi per la tutela della salute mentale****3.1.1 Dipartimento di salute mentale (D.S.M.)****3.1.2 Unità Operativa di Psichiatria (U.O.P.)****a) Centro Psico-Sociale (C.P.S.)****b) Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)****c) Centro Residenziale di Terapie psichiatriche e di riabilitazione (C.R.T.)**

Area servizi comunitari

Area terapeutica

Area privacy

3.1.3 Iniziative sperimentali**3.1.4 Volontariato****3.1.5 Ruolo delle strutture universitarie****3.1.6 Case di cura convenzionate****3.1.7 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico****3.2 Riconversione degli ex ospedali psichiatrici****3.3 Fasi di attuazione****3.4 Educazione ed informazione sanitaria****3.5 Formazione e aggiornamento del personale****3.6 Sistema informativo****3.7 Ricerca finalizzata****4. Verifiche**

Allegato 1: Convenzione per la gestione unitaria dell'unità operativa di psichiatria

1. Finalità e metodo

Il presente progetto-obiettivo è volto a conseguire la tutela socio-sanitaria dei malati di mente attraverso una strategia di interventi specifici elaborati ed attuati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale e del Programma Regionale di Sviluppo, nonché nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione dello Stato ed in conformità con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Esso è finalizzato a fornire un significativo miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi deputati alla salvaguardia della salute mentale.

Il progetto-obiettivo è volto a conseguire le finalità di cui sopra mediante interventi di riorganizzazione generale dei servizi psichiatrici nelle loro diverse componenti di carattere preventivo, curativo e riabilitativo; interventi inseriti nel contesto di una strategia, che si fonda sulla educazione sanitaria e sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori, utilizzando le indicazioni che emergono dalla ricerca scientifica e dalla verifica delle esperienze realizzate.

In particolare, è necessario conseguire una progressiva integrazione tra interventi sanitari e interventi socio-assistenziali attraverso l'attribuzione effettiva alle Associazioni dei comuni-U.S.S.L. di funzioni, finanziamenti, personale, ricomponendo unitariamente il frammentario quadro delle competenze e dei canali di spesa.

Il presente progetto-obiettivo intende anche realizzare quelle condizioni che consentono al servizio psichiatrico di produrre ed elaborare dati, valutazioni tecniche ed elementi di giudizio utili, con altri di diversa provenienza, a costituire la base su cui le forze sociali possano fondare azioni a tutela della salute mentale.

Gli strumenti legislativi cui il presente progetto-obiettivo si riferisce sono la legge n. 180 del 13 maggio 1978, e gli artt. 34, 35 e 64 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

2. Obiettivi di salute

Gli obiettivi di salute prioritari vengono individuati nei seguenti punti:

a) contributo alla prevenzione primaria dei disturbi mentali, da conseguirsi con lo strumento del Dipartimento di salute mentale sia attraverso una corretta e capillare educazione sanitaria, sia attraverso interventi mirati alla eliminazione delle cause che generano condizioni di rischio;

b) prevenzione secondaria dei disturbi mentali attraverso una tempestiva individuazione della patologia emergente e con interventi volti ad incidere anche sui fattori concausali e contestuali all'evento patologico; questo obiettivo presuppone il collegamento e l'integrazione della psichiatria con altre aree e servizi sanitari e sociali;

c) prevenzione e riduzione delle conseguenze delle malattie psichiatriche, fondando nel territorio la cura e la riabilitazione con interventi volti ad evitare il rifiuto o la negazione dell'evento patologico da parte del contesto ambientale e della famiglia e a conservare e recuperare le attitudini sociali del paziente in modo da impe-

dirne lo sradicamento ed il conseguente processo di cronicizzazione;

d) tutela e risocializzazione dei malati tuttora degenti negli ex ospedali psichiatrici e istituti per lungodegenti;

e) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare coatto, tramite il potenziamento qualitativo e quantitativo dell'attività territoriale, con particolare riguardo a quelle di assistenza al domicilio e presso case di riposo, comunità-alloggio e case protette;

f) salvaguardare la salute mentale e la qualità della vita del nucleo familiare, favorendo il costituirsi, all'interno dell'équipe psichiatrica, di un'area di interesse teorico-pratico per i problemi connessi con il reinserimento familiare dei pazienti, in modo da evitare, attraverso un corretto ascolto del bisogno espresso, che tali problemi vengano scaricati sulle famiglie stesse;

g) favorire l'inserimento ed il mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attraverso interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperativistiche e sindacali;

h) favorire la deistituzionalizzazione e opporsi alla tendenza all'abbandono, anche attraverso lo strumento dell'affido eterofamiliare e del sussidio sostitutivo di ricovero.

3. Indirizzi e programmi

3.1 Riorganizzazione e sviluppo dei servizi per la tutela della salute mentale

3.1.1 Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)

La tutela socio-sanitaria dei malati di mente si attua mediante l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale, con bacini di utenza costituiti da una o più delle zone previste dalle leggi di ordinamento del servizio sanitario.

Il dipartimento di salute mentale, struttura di coordinamento integrata, interdisciplinare e collegiale, comprende tutte le unità operative preposte alla prevenzione, cura e riabilitazione in materia, ed opera in stretto collegamento con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali delle U.S.S.L. e dei comuni.

Il dipartimento di salute mentale collega funzionalmente:

- a) le unità operative di psichiatria del territorio;
- b) l'unità operativa dell'ex ospedale psichiatrico, laddove esistente;
- c) altre unità operative di rilevanza sanitaria e sociale nel campo della salute mentale, da individuarsi con la legge relativa all'organizzazione ed al funzionamento dei dipartimenti di salute mentale, che disciplinerà anche le modalità di partecipazione dei medici e pediatri di base all'attività delle predette unità operative.

3.1.2 Unità Operativa di Psichiatria (U.O.P.)

L'U.O.P. costituisce lo strumento per mezzo del quale si attuano, in un'area che può comprendere anche più U.S.S.L. con popolazione complessiva non superiore ai 250.000 abitanti (salvo motivate eccezioni urbane), gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di natura psicosociale per la popolazione adulta.

L'U.O.P. si articola in tanti nuclei operativi, quante sono le U.S.S.L. di competenza.

L'U.O.P. fa parte del «Servizio» di assistenza sanitaria specialistica ospedaliera ed extra-ospedaliera.

L'U.O.P. fa parte del Dipartimento di Salute Mentale, nel cui ambito interdisciplinare programma le attività terapeutiche e di riabilitazione e concorre a programmare quella di prevenzione delle malattie mentali.

L'U.O.P. deve operare nel rispetto dei criteri della territorialità e della continuità terapeutica intesi: il primo,

nel senso della collocazione di tutte le strutture necessarie nell'ambito del proprio territorio di competenza e nella presa in carico di tutto il territorio nella misura e nei modi conformi all'entità ed alla qualità del bisogno; il secondo, come quella condizione ed organizzazione del servizio che consente di salvaguardare il rapporto équipe-paziente e l'unitarietà del progetto terapeutico nei vari momenti dell'intervento.

Ai fini dell'efficienza del servizio, è necessario che l'U.O.P., nella consapevolezza delle molteplici implicazioni del disturbo psichico, fondi la propria attività sul lavoro di équipe e che, per conseguenza, siano previsti momenti strutturati di confronto tra i suoi operatori.

L'U.O.P. svolge le proprie funzioni ed attività nei diversi presidi finalizzati alla cura e alla riabilitazione in termini ambulatoriali, domiciliari, residenziali e degenziali.

L'U.O.P. esplica anche una attività di consulenza presso altri presidi socio-assistenziali del territorio (comunità-alloggio, case di riposo, case protette, ecc.).

L'U.O.P. può a sua volta avvalersi di consulenze specialistiche comprese quelle attinenti alle differenti tecniche del proprio campo operativo.

L'attività dell'U.O.P. potrà svolgersi anche nell'ambito dei distretti in collaborazione con il loro personale cui potrà essere affidata quella attività ambulatoriale e domiciliare che non richieda la presa in carico da parte dell'équipe psichiatrica. In particolare, è necessario che, nelle attività di distretto, lo psichiatra coinvolga il medico di base, attuando moduli di intervento fondati sulla reciproca collaborazione.

La presenza degli operatori del C.P.S. nei distretti dovrà essere programmata in modo da non compromettere la struttura operativa unitaria del C.P.S. stesso.

È pertanto indispensabile che l'U.O.P., nel corso di tutto il trattamento terapeutico o riabilitativo, informi il medico di famiglia degli eventi significativi che riguardano il paziente; e in particolare, che notizie cliniche anche brevi ma esaurienti accompagnino il consiglio terapeutico, la proposta di passaggio in cura e la cessazione dello stesso, il ricovero ospedaliero e la dimissione.

I presidi fondamentali di cui l'U.O.P. dispone sono:

- a) il Centro Psico-Sociale (C.P.S.);
- b) il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.);
- c) il Centro Residenziale di Terapie psichiatriche e di risocializzazione (C.R.T.).

La suddetta diversificazione dei presidi non implica necessariamente una formale e rigida ripartizione delle funzioni, ma ne ammette invece l'esercizio con la flessibilità dettata dalle esigenze locali. Lo stesso principio vale anche sotto il profilo strutturale per quanto riguarda il C.P.S. ed il C.R.T., che possono essere realizzati in contiguità o addirittura in continuità tra di loro.

La Regione, in relazione a particolari esigenze territoriali, può prevedere il collegamento funzionale di due U.O.P. rendendole complementari fra loro, per quanto riguarda il S.P.D.C., il C.R.T. o entrambi.

Le singole U.S.S.L., in autonomia o in collaborazione tra loro, e d'intesa con i Comitati di coordinamento dei sindaci per i problemi socio-assistenziali, realizzano soluzioni alloggiative (comunità-alloggio, case famiglia, ecc.) presso le quali ospitare in regime assistenziale persone che, a causa di deficit residuali connessi con malattie mentali, presentino ridotte capacità di autonomia. Queste strutture esulano dalla diretta competenza gestionale della U.O.P., che garantisce, tuttavia, le prestazioni specialistiche che si rendono necessarie.

Le U.S.S.L. possono anche realizzare comunità protette finalizzate all'inserimento di quei pazienti, provenienti o meno dagli ex ospedali psichiatrici, che richiedono specifica assistenza psichiatrica.

In questi casi le U.O.P. assumono anche la gestione delle strutture ed il loro organico viene potenziato nella misura indicativa di un infermiere ogni 6 ospiti.

È opportuno che le U.S.S.L. valutino, d'intesa con i Comitati di coordinamento dei sindaci per i problemi socio-assistenziali, la necessità di iniziative finalizzate alla riabilitazione di pazienti anche attraverso la costituzione di cooperative di lavoro e servizi.

Per quanto concerne l'organico del personale dell'U.O.P., oltre a quanto previsto dai successivi paragrafi relativi ai vari presidi, si individua:

— un primario medico psichiatra responsabile dell'U.O.P.;

— un aiuto medico psichiatra corresponsabile che affianca il primario nella gestione dell'U.O.P. con particolare riguardo al S.P.D.C. e al C.R.T.

Tutto il personale dell'U.O.P., compreso quello distaccato ad essa da altre unità operative, è alla dipendenza funzionale del primario responsabile secondo quanto disposto dalla convenzione (vedi allegato 1) deliberata dalle U.S.S.L. interessate.

Tutto il personale appartenente o distaccato all'U.O.P. può operare in tutti i presidi, in base al modello organizzativo previsto nelle suddette convenzioni.

I sanitari di tutta l'U.O.P. sono tenuti ad inserirsi nei turni di pronta disponibilità secondo le disposizioni del primario.

La Regione può istituire servizi di guardia psichiatrica continuativa, valutando di volta in volta le necessità attuative.

Al di fuori delle suddette individuazioni non sono consentite altre attività di guardia attiva psichiatrica negli ospedali generali.

Il personale amministrativo necessario per la gestione dell'U.O.P. sarà messo a disposizione dalla o dalle U.S.S.L. convenzionate.

L'U.O.P. dispone di un numero adeguato (almeno uno per ogni U.S.S.L.) di automezzi per le attività territoriali.

a) Centro Psico Sociale (C.P.S.):

Il C.P.S. costituisce l'asse portante del servizio psichiatrico, il fulcro organizzativo dell'intervento, la sede del nucleo operativo psichiatrico e il luogo di confronto degli operatori.

Esso è la sede di attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche, sia individuali che di gruppo, di attività psico-sociali e riabilitative ed il punto principale di coordinamento dell'attività domiciliare.

Ne consegue che il C.P.S., oltre ad essere la sede di attività programmate è, in virtù dello stretto rapporto utenti-operatori-contesto ambientale, anche il luogo elettivo dell'intervento sulle situazioni di «crisi», riducendo inoltre il rischio di una impropria medicalizzazione e di ricoveri ospedalieri inopportuni.

Ogni U.S.S.L. deve essere dotata, per le esigenze del proprio territorio, di un C.P.S.

Le U.S.S.L. con un numero di abitanti superiore a 150.000 possono dotarsi di 2 C.P.S.

Nel caso di particolari caratteristiche territoriali la Regione può autorizzare C.P.S. supplementari valutando di volta in volta l'entità dell'adeguamento dell'organico del personale.

Il C.P.S. può essere collocato anche in sedi di poliambulatori specialistici, se esse rispondono alle caratteristiche ambientali di seguito elencate e deve essere accessibile all'utente per tutto l'arco delle ore diurne. Il fabbisogno di personale necessario per il funzionamento di un C.P.S. è il seguente:

— un aiuto corresponsabile, con funzioni di coordinatore del nucleo operativo, nell'ambito delle direttive impartite dal primario dell'U.O.P.;

— un medico assistente ogni 60.000 abitanti (con arrotondamento in eccesso in caso di resti superiori alla metà);

— due infermieri professionali;

— un infermiere professionale ogni 25.000 abitanti (con arrotondamento in eccesso in caso di resti superiori alla metà);

— un educatore professionale;

— uno psicologo ogni 50.000 abitanti (con arrotondamento da valutarsi di volta in volta in relazione alla disponibilità dell'organico delle U.S.S.L.);

— un assistente sociale ogni 50.000 (con arrotondamenti da valutarsi di volta in volta in relazione alla disponibilità dell'organico delle U.S.S.L.)

Tenuto conto del ruolo fondamentale dei C.P.S. nell'organizzazione psichiatrica territoriale, della conseguente molteplicità e diversificazione delle attività che vi si svolgono, del numero dei suoi operatori e del numero prevedibile di utenti, è opportuno che le caratteristiche ambientali dei suddetti C.P.S. si adeguino indicativamente alle seguenti caratteristiche:

1) una sala di attesa: circa 20 mq;

2) due locali per l'ambulatorio psichiatrico: circa 12 mq ciascuno;

3) un locale per lo psicologo: circa 12 mq;

4) un locale per l'assistente sociale: circa 12 mq;

5) un locale per il personale infermieristico: circa 20 mq;

6) due locali per terapie farmacologiche: circa 14 mq ciascuno;

7) un locale per terapie di gruppo, per riabilitazione, per riunioni di équipe: circa 60 mq;

8) un locale per attività occupazionali: circa 40 mq;

9) uno-due ripostigli: circa 6 mq ciascuno;

10) quattro coppie di servizi igienici: circa 10 mq ciascuna (di essi occorre realizzare almeno un servizio igienico per handicappati e motulesi che, a norma di legge, deve essere almeno di metri 1,80 x 1,80);

11) una cucinetta di almeno 10 mq.

Nel caso auspicabile in cui la sede C.P.S. sia posta in contiguità o in continuità con quella del C.R.T. i locali di cui ai punti 7, 8, 9, possono essere comuni ai due presidi.

Vanno aggiunte le seguenti precisazioni:

I C.P.S. devono essere situati nel contesto di insediamenti urbani e in prossimità di trasporti pubblici.

Si dovrà tenere conto della normativa di legge per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

b) Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).

L'U.O.P. dispone, per le necessità del suo bacino di utenza di posti letto per la degenza in regime di ricovero ospedaliero (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura o S.P.D.C.).

Il S.P.D.C. è collocato nell'ambito di un ospedale generale del territorio di competenza. È opportuno che il

S.P.D.C. possa consentire anche la degenza parziale, diurna o notturna.

L'indice dei posti letto per la degenza ospedaliera viene stabilito in 0,085 per 1.000 abitanti; il numero dei letti non può essere, comunque, inferiore a 7 né superiore a quanto previsto dalla normativa vigente.

Il fabbisogno di personale dell'U.O.P. necessario al funzionamento del S.P.D.C. è il seguente:

- due medici assistenti per S.P.D.C. fino a 10 letti, ovvero tre medici assistenti per S.P.D.C. di 11 o più letti;
- un infermiere coordinatore;
- 16 infermieri professionali per S.P.D.C. fino a 8 letti, ovvero 18 infermieri professionali per S.P.D.C. da 9 a 12 letti, ovvero 20 infermieri professionali per S.P.D.C. di 13 o più letti.

Il personale ausiliario deve essere messo a disposizione nell'ambito del complesso degli ausiliari dell'U.S.S.L.

In ordine alle caratteristiche ambientali del S.P.D.C. è necessario che si rispettino le seguenti indicazioni di massima:

- camere a 2-3 letti di norma di mq 15-25 con annessi servizi igienici disimpegnati;
- camere a un letto di almeno mq 12 con annessi servizi igienici disimpegnati; il numero delle camere deve essere circa il 25% del totale dei letti;
- tre studi medici di circa mq 12;
- un locale di circa mq 12 per l'infermiere coordinatore e per la custodia della documentazione clinica e del materiale d'archivio;
- una infermeria di circa mq 20;
- una sala da pranzo nell'ordine di 3-4 mq per posto letto, con annessa cucinetta;
- un'area di soggiorno possibilmente articolata su due locali;
- un locale di circa 12 mq per colloqui con psicologi, assistenti sociali e operatori provenienti dal C.P.S.;
- un locale di circa 30 mq per le attività di degenza parziale diurna;
- un locale guardaroba e deposito;
- tre servizi igienici per il personale;

c) Centro Residenziale di Terapie psichiatriche e di ri-socializzazione (C.R.T.).

Il C.R.T. è una struttura socio-sanitaria organizzata secondo il modello delle comunità terapeutiche e deputata a quei trattamenti psichiatrici, psicoterapici e di ri-socializzazione a medio e lungo termine, che comportano tecniche, modalità di rapporto tra operatori e pazienti, aree di vita autonoma per questi ultimi; elementi che presuppongono una condizione di tipo residenziale e non degenziale ospedaliero. Il C.R.T. offre anche possibilità di residenza parziale, diurna o notturna.

L'inserimento e la permanenza dell'ospite nel C.R.T. deve avvenire in funzione di un progetto riabilitativo volto al suo reinserimento sociale in condizioni di autonomia o, in via subordinata, in strutture assistenziali (comunità-alloggio, casa di riposo, ecc.).

La ricettività residenziale del C.R.T. dovrà essere di un minimo di 12 e di un massimo di 20 posti definiti dalle U.S.S.L. interessate in funzione delle esigenze locali.

Le U.S.S.L. del territorio di competenza dell'U.O.P. provvedono in accordo tra loro e con le relative Amministrazioni Provinciali (ai sensi dell'art. 12 della legge 833/78), all'individuazione della sede del C.R.T., tenendo presente che, al fine di evitare il concentrarsi delle strutture, è opportuno che il C.R.T. venga collocato, nell'ambito della o di una U.S.S.L. che non sia sede del S.P.D.C.

Il fabbisogno del personale dell'U.O.P. necessario per il funzionamento del C.R.T. è il seguente:

- un medico assistente;
- uno psicologo;
- un infermiere coordinatore;
- 14 unità di assistenza: da 7 infermieri a 7 ausiliari socio-sanitari specializzati a 12 infermieri e 2 ausiliari socio-sanitari specializzati;
- due educatori professionali.

Gli ausiliari socio-sanitari sono tenuti a partecipare ai turni di assistenza notturni purché insieme con un infermiere professionale.

Per i C.R.T. vanno prioritariamente utilizzati edifici già esistenti riadattandoli secondo le seguenti indicazioni di massima:

Area Servizi Comunitari

Locali di uso comune:

1) zona soggiorno di superficie totale non inferiore a mq 100. Tale superficie può essere suddivisa, eventualmente anche ai vari livelli, come segue:

- un locale di circa mq. 50 per soggiorno;
 - due locali più piccoli per televisione e lettura, di circa 15/20 mq;
 - una zona a contatto con l'ingresso, con funzione anche di portineria;
- 2) sala da pranzo per 25/30 persone (ivi compreso il personale ed eventuali visitatori) mq 45/50.

Locali di servizio:

- 1) cucina con dispensa giornaliera: circa mq 25;
- 2) lavanderia con guardaroba: circa mq 25;
- 3) due servizi igienici;
- 4) un locale per magazzino-ripostiglio.

Area Terapeutica:

- 1) infermeria con spogliatoio e servizio: mq 20 circa;
- 2) due studi medici: circa mq 12 ciascuno con un servizio in comune;
- 3) uno studio amministrativo: circa mq 12;
- 4) una grande sala per interventi di gruppo in movimento: circa mq 80;
- 5) due sale per attività terapeutiche: circa mq 40 ciascuna;
- 6) due servizi igienici con spogliatoio

Nel caso auspicabile in cui la sede del C.R.T. sia posta in contiguità o continuità con quella del C.P.S., alcuni locali dell'area terapeutica possono essere comuni ai due presidi.

Area Privacy

In quest'area è prevista la sistemazione di 12/20 ospiti, in camere a 1 o 2 letti di tipo residenziale, possibilmente con un servizio ogni camera, comunque un servizio ogni 2 camere

- 1) camere con 1 letto: circa mq 14;
- 2) camere con 2 letti: circa mq 20;
- 3) una o due camere con servizio igienico per il personale: circa mq 14 ciascuna.

Superfici maggiori sono indiscutibilmente idonee, purché ci si assicuri prima che le condizioni statiche e igieniche siano ottimali e non richiedano opere di ristrutturazione sproporzionate rispetto ai fini dell'inseadimento dei C.R.T.

Vanno aggiunte le seguenti precisazioni:

I C.R.T. devono essere situati nel contesto di insediamenti abitativi, in prossimità di trasporti pubblici, per

non creare, sia pure involontariamente, condizioni che favoriscano una emarginazione.

Le strutture non dovranno avere sbarre alle finestre o recinzioni con carattere reclusorio.

I progetti devono applicare la normativa di legge per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

È opportuno che il C.R.T. disponga di una propria area verde e di un parcheggio-auto

All'aperto si possono prevedere anche attrezzature per il tempo libero, lo svago e la risocializzazione.

Negli ambienti vanno previsti punti-luce notturna.

Almeno due servizi igienici devono essere adeguati alle esigenze di invalidi civili o handicappati motulesi, secondo la normativa vigente.

Se l'edificio è a 2 o più piani fuori terra è indispensabile l'ascensore.

3.1.3 Iniziative sperimentali

È previsto altresì che le U.S.S.L. propongano iniziative sperimentali finalizzate ad un miglioramento delle prestazioni e coerenti con il modello funzionale ed organizzativo complessivo.

Per tali iniziative sperimentali sono concessi contributi finanziari previa verifica della conformità delle iniziative a criteri stabiliti dalla Giunta regionale sentita la Commissione consiliare competente.

È opportuno che le U.S.S.L. valutino, su base epidemiologiche, se la completa attuazione strutturale e funzionale del servizio consente di far fronte anche al problema posto da eventuali pazienti con obiettivi, gravi e persistenti disturbi comportamentali di origine psicopatologica. In caso negativo, le U.S.S.L. sono tenute a segnalare alla Regione le caratteristiche e l'entità del problema e ad eventualmente formulare proposte di iniziative sperimentali volte a tal fine.

Nell'ambito delle iniziative sperimentali possono trovare adeguata risposta esigenze di carattere locale che richiedano soluzioni particolari in ordine a strutture, personale, modelli organizzativi o assetti funzionali.

È necessario stanziare contributi a favore degli Enti Responsabili dei Servizi di Zona per l'avvio o la continuazione di specifici progetti sperimentali finalizzati all'inserimento sociale e alla riabilitazione, che integrino gli aspetti sanitari con quelli socio-assistenziali in ordine a: strutture abitative, affidi familiari, inserimenti lavorativi, attivazione di cooperative di produzione, lavoro e servizi, iniziative per il tempo libero e culturali, attività di volontariato sociale, interventi di sostegno per l'inserimento sociale lavorativo ed ogni altra iniziativa rispondente alle suddette finalità.

3.1.4 Volontariato

Gli Enti responsabili dei servizi di zona promuovono il coinvolgimento di associazioni ed enti di volontariato in particolare per quanto concerne le iniziative di carattere sperimentale volte a realizzare soluzioni residenziali o abitative utili alla risocializzazione

3.1.5 Ruolo delle strutture universitarie

Al fine di consentire all'Università di svolgere adeguatamente le proprie funzioni didattiche anche attraverso una esperienza diretta dell'attività territoriale, le Cliniche psichiatriche devono configurarsi sul modello delle U.O.P., con un proprio definito bacino d'utenza, nel contesto delle apposite convenzioni e secondo le indicazioni regionali

3.1.6 Case di cura convenzionate

Per quanto riguarda le case di cura convenzionate con la Regione per degenze di natura psichiatrica, la situazione esistente sarà oggetto di verifica periodica in relazione al criterio della complementarietà con le strutture

pubbliche, nella previsione che il potenziamento di queste ultime renderà le strutture convenzionate progressivamente meno incidenti nel settore.

3.1.7 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Laddove siano stati individuati S.P.D.C. presso Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico le U.S.S.L. interessate stabiliranno con questi ultimi, secondo indicazioni regionali, apposite convenzioni

3.2 Riconversione degli ex ospedali psichiatrici

Per quanto riguarda gli ex ospedali psichiatrici è necessario programmare ed attuare immediati interventi di riconversione e ristrutturazione che, ponendo fine al loro stato di precarietà ne definiscano la riorganizzazione strutturale e funzionale, ne rimotivino il personale su un progetto realistico fatto di obiettivi chiari e condivisi, intesi al massimo recupero possibile delle persone che ancora vi risiedono, attraverso l'umanizzazione della vita comunitaria e l'adozione di tecniche adeguate.

Il progetto deve prendere le mosse dall'indagine del Settore regionale Sanità e Igiene del 30 settembre 1982, che ha individuato negli ex ospedali psichiatrici la fascia di ospiti di preminente interesse assistenziale che per motivi diversi non possono essere reinseriti nella famiglia — spesso inesistente — o nel contesto sociale, la fascia di preminente interesse medico-riabilitativo ed infine quella di preminente interesse psichiatrico

Individuate le suddette tre fasce, sarà necessario procedere ad uno studio della realtà edilizia del complesso ex manicomiale, al fine di reperire per ciascuna di esse sedi separate ed il più possibile adeguate alle loro specifiche caratteristiche.

Per la fascia psichiatrica premesso che:

— si tratta di situazioni umane per la gran parte delle quali non sono realistici progetti di reinserimento sociale, comunque da eleggere come ottimali, qualora possibili;

— è improbabile il massiccio trasferimento dei pazienti della fascia psichiatrica nei C.R.T. territoriali perché tale operazione sarebbe traumatica per la gran parte dei pazienti stessi ed inoltre annullerebbe rapidamente la ricettività dei C.R.T. nei confronti delle nuove esigenze del territorio;

— l'inserimento di pazienti nel C.R.T. competente potrà invece essere attuato, d'intesa con le U.O.P., solo in quei determinati casi in cui si giustifica come una tappa finalizzata ad un realistico progetto di reinserimento sociale;

— l'inserimento dei pazienti della fascia psichiatrica nelle case protette o nelle comunità-alloggio del territorio, integrate o meno nelle U.O.P. è invece possibile, d'intesa con questi, nei casi in cui il livello di risocializzazione del paziente gli consenta di lasciare la struttura ad assistenza continuativa;

— nelle costituende comunità terapeutiche della fascia psichiatrica sono consentiti la dimissione ed il riacoglimento degli attuali ospiti.

È invece vietata, secondo il dettato della legge 833/78, la immissione di nuovi pazienti

Si individuano quindi due obiettivi fondamentali:

— il massimo impegno terapeutico e di risocializzazione per i pazienti che mostrano, nonostante la lunga istituzionalizzazione, potenzialità evolutive positive; impegno da attuarsi anche attraverso la promozione in accordo, con le U.O.P. interessate, di comunità protette territoriali;

— il massimo impegno nell'evitare che quei pazienti che non rientrano nel punto precedente vengano mantenuti o lasciati scivolare in una condizione di abbandono manicomiale.

Per conseguire questi obiettivi è necessario:

— ripartire la fascia psichiatrica in comunità, di minimo 25 e massimo 35 ospiti, nelle quali realizzare le migliori condizioni possibili di vita; esse rientrano nella categoria delle «comunità terapeutiche»; con il progressivo ridursi del numero degli ospiti si dovrà procedere ad un accorpamento delle comunità, secondo verifiche a scadenza annuale;

— organizzare gli spazi in modo da separare i luoghi a carattere residenziale della vita comunitaria da quelli deputati alla cura e riabilitazione, onde evitare il ricostituirsi dell'istituzione totale;

— mobilitare la disponibilità del personale su progetti terapeutici e realistici;

— immettere personale con ruoli specificamente orientati alla riabilitazione e alla animazione comunitaria.

Il complesso delle comunità terapeutiche costituisce una «unità operativa ex ospedale psichiatrico» (U.O. ex O.P.) ed è diretta da un medico psichiatra in posizione apicale.

Ogni comunità terapeutica è dotata di un medico; nel caso di complessi costituiti da un numero di comunità inferiore a 5, uno di questi medici è in posizione funzionale di aiuto; nel caso di complessi di 5 o più comunità, due di questi medici sono in posizione funzionale di aiuto.

Nel caso in cui il personale medico in servizio in posizione funzionale di livello superiore (primari e aiuti) sia in numero maggiore di quanto previsto dai suddetti parametri, tale personale può essere mantenuto ad esaurimento nella sua posizione funzionale purché il numero complessivo dei sanitari non sia superiore a quello previsto dai parametri stessi.

I parametri del restante personale per ognuna di queste comunità sono i seguenti:

— 18 infermieri (o, in parte ausiliari socio-sanitari specializzati fino ad un massimo di 6);

— 1 infermiere coordinatore;

— 2 educatori professionali;

— 1 psicologo e 1 assistente sociale ogni due comunità terapeutiche.

Tale personale è distribuibile nelle comunità terapeutiche secondo le effettive necessità.

La Regione, nel valutare le singole situazioni, può assegnare personale aggiuntivo, secondo le necessità previste nei programmi di riconversione, con particolare riguardo all'assistenza notturna e festiva.

La Giunta Regionale approva i programmi di riconversione e provvede alle determinazioni conseguenti, verificandone periodicamente lo stato di attuazione.

Quando il complesso delle unità terapeutiche, nell'iter della loro progressiva riduzione, avrà raggiunto dimensioni compatibili con la sua aggregazione alla corrispondente U.O.P., l'unità operativa «ex ospedale psichiatrico» verrà soppressa. La valutazione di tale compatibilità sarà effettuata dalla Regione in sede di revisione annuale del presente progetto-obiettivo.

Per la fascia assistenziale si dovranno applicare criteri, modalità di gestione, parametri e attribuzioni di spesa che, pur tenendo conto degli aspetti anche sanitari, siano coerenti con la sua natura assistenziale.

In particolare il personale infermieristico dovrà essere previsto nel rapporto minimo di un infermiere ogni 10 assistiti. Dovranno essere favoriti, per quanto possibile, processi di aggregazione degli ospiti in piccole comunità autogestite.

Per la fascia di medicina riabilitativa si rinvia a speci-

fici provvedimenti sia per le caratteristiche strutturali sia per quanto riguarda i relativi parametri del personale.

Il personale infermieristico dovrà essere previsto nel rapporto minimo di un infermiere ogni 5 assistiti.

Per le due fasce medico-riabilitativa e assistenziale, il rapporto complessivo infermieri/pazienti non deve comunque superare 1:3.

Per entrambe le fasce assistenziali e medico-riabilitativa la consulenza psichiatrica farà capo agli operatori dell'U.O.P. dell'ex ospedale psichiatrico o, in subordine della corrispondente U.O.P. territoriale.

In conseguenza del fatto che tutto il personale operante nell'ex ospedale psichiatrico fa parte dell'organico dell'U.S.S.L., per il personale eccedente rispetto ai parametri dovranno essere attuati processi di mobilità nell'ambito dei presidi psichiatrici della U.O.P. ed eventualmente in altri presidi socio sanitari dell'U.S.S.L. sede dell'ex ospedale psichiatrico.

Pertanto, gli ex ospedali psichiatrici, al termine del processo di riconversione, si configureranno come un aggregato di strutture polivalenti con funzioni diversificate di carattere sanitario, assistenziale o genericamente sociale, risultanti dalle scelte che le rispettive U.S.S.L. avranno operato.

Per gli istituti privati per lungodegenti gestiti dall'ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli occorrerà avviare, di intesa con l'Ordine stesso, analoghi processi di riconversione alla cui realizzazione è subordinata la stipula o il rinnovo delle convenzioni.

Per quanto concerne l'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione d/S. (Mantova) sarà avviato un processo di riassetto, d'intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia con il quale esiste un'apposita convenzione, al fine di realizzare intese coerenti con il presente progetto obiettivo.

3.3 Fasi di attuazione

Le fasi di attuazione del progetto obiettivo per quanto attiene ai servizi psichiatrici sono, nel triennio, le seguenti:

Entro il 1° anno:

— attivazione dei C.P.S. in quelle U.S.S.L. che non sono ancora dotate, al fine di conseguire l'obiettivo che ogni U.S.S.L. disponga di un C.P.S.; conseguenti attribuzioni alle U.S.S.L. del personale previsto dai nuovi parametri in misura tale da conseguire almeno il livello dell'80% della dotazione complessiva prevista, tenuto conto delle priorità individuate dalle U.S.S.L.;

— attivazione dei 15 C.R.T. già individuati: Varese, Longone al Segrino (Como), Bosisio Parini (Como), Sondrio, Groppino (Bergamo), Malegno (Brescia), Brescia, Zogno (Bergamo), Cremona, Melegnano (Milano), Seregno (Milano), Pavia, Casalmaggiore (Cremona), Garbagnate (Milano), Lodi (Milano);

— attivazione di S.P.D.C. presso i presidi ospedalieri di: Alzano Lombardo, Leno, Darfo-Boario, Crema, Melegnano, Cinisello Balsamo, Milano-S. Paolo;

— predisposizione ed avvio per ogni ex ospedale psichiatrico di specifici programmi di riconversione e finanziamento dei primi 4 programmi;

— individuazione ed attivazione di iniziative sperimentali.

Entro il 2° anno, previa verifica dell'andamento globale delle U.O.P. e delle indicazioni emergenti:

— potenziamento del personale operante nei C.P.S. in misura tale da conseguire almeno il livello del 90% della dotazione complessiva prevista, tenuto conto delle priorità individuate dalle U.S.S.L.;

— attivazione di altri 15 C.R.T. secondo le indicazioni derivate da valutazioni di priorità e di fattibilità;

— adeguamento degli S.P.D.C. agli standards strutturali e attivazione di S.P.D.C. presso i presidi ospedalieri di: Gallarate, Merate, Saronno, Bergamo 2°, Brescia 2°, Milano-S. Paolo 2°;

— sviluppo dei programmi di riconversione degli ex ospedali psichiatrici e finanziamento di altri programmi;

— prosecuzione delle iniziative sperimentali di provata validità e individuazione ed avvio di altre.

Entro il 3° anno, previa verifica dell'andamento globale delle U.O.P. e delle indicazioni emergenti:

— verifica della necessità di attivare nuovi S.P.D.C.;

— completamento degli organici dei C.P.S.;

— attivazione dei rimanenti C.R.T. previsti dal piano di azionamento;

— completamento dei programmi di riconversione degli ex ospedali psichiatrici;

— prosecuzione delle iniziative sperimentali di provata validità e individuazione ed avvio di altre.

3.4 Educazione ed informazione sanitaria

Per quanto concerne l'educazione e l'informazione sanitaria, momenti strettamente correlati tra di loro, si prevede nel triennio di attuazione del progetto di individuare contenuti e metodi intesi a:

a) promuovere e favorire iniziative di carattere culturale (monografie, films, audiovisivi, dibattiti ecc.) volte a modificare l'immagine tradizionale della malattia mentale;

b) diffondere periodicamente corrette e documentate informazioni sulla legislazione in vigore riguardante la psichiatria, utilizzando i comuni canali di informazione (radio, televisione, quotidiani, ecc.);

c) avviare nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, in collaborazione con le équipes dei distretti sanitari di base, misure concrete di sensibilizzazione e di informazione del cittadino, atte a tutelarne il benessere psichico;

d) di diffondere capillarmente informazioni sui nuovi servizi psichiatrici, sul loro funzionamento e sull'uso che il cittadino può tempestivamente e correttamente farne, utilizzando stampati informativi di larga diffusione.

3.5 Formazione e aggiornamento del personale

Le particolarità che caratterizzano il settore della psichiatria presuppongono una formazione professionale che consideri la relazione interpersonale tra utente ed operatore come uno dei suoi aspetti essenziali per mettere l'operatore in condizione di diventare consapevole dei fattori emotivi che entrano in gioco nella relazione stessa. Tale consapevolezza non può essere conseguita unicamente tramite l'insegnamento, ma è raggiungibile solo se a quest'ultimo si affianca la possibilità di vivere direttamente, attraverso opportune esperienze formative, la realtà affettiva ed emotiva della relazione umana.

Circa l'aspetto metodologico, l'aggiornamento deve prioritariamente privilegiare modalità interdisciplinari ed interprofessionali, al fine di consolidare il lavoro di équipes e per ottenere una più qualificata erogazione delle prestazioni dei servizi deputati alla salute mentale.

A questo fine le U.S.S.L. devono favorire e promuovere l'impegno degli operatori nelle attività ed iniziative culturali anche attraverso il confronto diretto tra le U.O.P.

In merito alla formazione del personale psichiatrico

di ogni ordine e grado la Regione, nel rispetto delle norme dello Stato e della C.E.E., nel triennio del presente progetto intende:

a) coinvolgere a mezzo di convenzioni l'Università al fine di conseguire una preparazione del personale laureato più aderente ai nuovi moduli organizzativi dell'assistenza psichiatrica; preparazione capace, quindi, di rispondere alle esigenze del territorio e di utilizzare adeguati strumenti d'indagine epidemiologica per la conoscenza delle diverse problematiche emergenti;

b) fornire indicazioni alle scuole per infermieri professionali, affinché nell'ambito della formazione del terzo anno di corso, già deputato all'acquisizione di conoscenze specialistiche quale approfondimento delle materie mediche e chirurgiche, trovi adeguato spazio teorico-pratico l'area di igiene mentale e psichiatria. Tale indirizzo potrà trovare, in futuro, a seguito di adeguati provvedimenti statali, la configurazione di una specializzazione infermieristica post-base;

c) programmare, anche su proposta delle singole U.S.S.L., in conformità con gli indirizzi generali sull'aggiornamento obbligatorio tecnico-scientifico del personale del Servizio Sanitario Nazionale, interventi comprendenti i seguenti aspetti:

— l'aggiornamento informativo, mediante l'organizzazione di seminari didattici informativi articolati in giornate studio. Scopo di tali seminari è il fornire informazioni sugli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, sugli obiettivi specifici delle U.O.P. all'interno di tale quadro e sugli strumenti necessari per il loro raggiungimento nell'ambito dell'integrazione funzionale dei servizi socio-sanitari dell'U.S.S.L.;

— la formazione personale alla dimensione psicologica e alla comprensione del rapporto interpersonale, mediante l'organizzazione di stages residenziali o gruppi d'incontro periodici, con lo scopo di offrire agli operatori occasioni di crescita personale e di sensibilizzazione al rapporto interpersonale attraverso esperienze dirette;

— la formazione permanente, mediante l'utilizzo delle esperienze professionali individuali quale occasione costante di riflessione e di verifica comune degli operatori sul proprio lavoro. Per il determinarsi di questo aspetto formativo è necessario che ogni unità operativa consolidi prioritariamente al proprio interno la capacità del «lavoro in équipe» e si dia un'impostazione organizzativa che contempli riunioni periodiche tra il personale per consentire di esplicitare sistematicamente tale attività di verifica. Inoltre devono essere favoriti gli scambi di esperienze con altre équipes, la partecipazione di singoli operatori a corsi specifici e la consultazione di persone che abbiano sperimentato tecniche o modelli di intervento innovativi.

In questo ambito rientra anche la possibilità di richiedere supervisioni da parte di persone o enti specificatamente qualificati, riguardanti sia i moduli di funzionamento del servizio, sia particolari interventi tecnici attuati dai suoi operatori;

— introduzione e sperimentazione di nuove tecniche e nuovi modelli di intervento; in tale ambito sarà utilizzato lo strumento del comando per fini di studio per consentire l'apprendimento di nuove tecniche e la possibilità di sperimentarne l'applicabilità nel contesto del S.S.N.; sarà promossa inoltre la partecipazione dei S.P.T. all'assegnazione di ricerche sperimentali su nuovi modelli d'intervento, nel senso di fornire i necessari mezzi di ricerca per elevare a dignità teorica il sapere pratico elaborato nelle esperienze di psichiatria territoriale;

— formazione dei formatori e verifica degli obiettivi della formazione, mediante periodiche iniziative rivolte ai conduttori di seminari, stages e corsi di aggiornamen-

to, allo scopo di favorire strumenti di verifica della loro attività e di programmazione per gli interventi formativi a livello locale.

Promozione di specifiche esperienze formative per gli operatori deputati a svolgere compiti di formazione o di guida di tirocinio nel settore dell'assistenza psichiatrica;

— promozione di corsi di perfezionamento su temi specifici in accordo con l'Università o altri organismi di formazione e di corsi indirizzati a particolari categorie di operatori. In particolare appare prioritaria l'istituzione di corsi di perfezionamento per responsabili di unità o nuclei operativi psichiatrici centrati sulle tecniche di direzione organizzativa, pianificazione di obiettivi, gestione del lavoro di équipe; di corsi di perfezionamento sulle tecniche di riabilitazione e risocializzazione in psichiatria.

3.6. Sistema informativo

Per quanto concerne il sistema informativo, specificamente nel settore psichiatrico, vanno realizzati i seguenti obiettivi:

- a) recupero delle conoscenze disponibili mediante:
 - censimento delle ricerche statistiche ed epidemiologiche condotte in tempi recenti su gruppi della popolazione lombarda;
 - ricognizione e sintesi delle esperienze delle varie U.O.P. lombarde effettuate nel periodo successivo alla promulgazione della legge 180/78;
- b) prosecuzione della rilevazione dei dati su strutture, personale e attività delle U.O.P. mediante il sistema informativo psichiatrico introdotto; elaborazione e diffusione dei dati raccolti;
- c) raccolta periodica di dati sulle caratteristiche dell'utenza, rilevate longitudinalmente nei loro aspetti sociologici, terapeutico-assistenziali e nosografici; per quanto concerne la nosografia è opportuno riferirsi alla IX Revisione della classificazione internazionale delle malattie dell'O.M.S.

3.7 Ricerca finalizzata

La ricerca finalizzata è strumento essenziale al perseguimento degli obiettivi indicati nel progetto e si articola su tre assi principali: l'epidemiologia, le tecniche terapeutiche e di riabilitazione, la valutazione dei risultati ottenuti.

In particolare, vengono identificati i seguenti temi di ricerca (da avviarsi nei prossimi tre anni) prioritari per le necessità di una psichiatria in cambiamento:

- a) studio della morbosità psichiatrica e del suo andamento nell'area regionale allo scopo di accertare ed aggiornare il bisogno di servizi;
- b) analisi dei dati relativi all'utenza dei servizi, atti ad inferire sulle principali modalità di diffusione della morbosità psichiatrica della popolazione;
- c) definizione ed impiego di indicatori di distribuzione della patologia capaci di fornire sia criteri di verifica della funzionalità dei servizi che indicazioni sulle linee di evoluzione degli stessi;
- d) studi specifici sul funzionamento e sulla adeguatezza delle nuove strutture residenziali per terapie psichiatriche e riabilitazione (C.R.T.), nonché delle nuove comunità derivate dal riassetto degli ex ospedali psichiatrici;
- e) studi specifici sul fenomeno degli «alti utilizzatori» dei servizi di diagnosi e cura in condizioni sia di ricovero volontario, sia trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.);

f) ricerche sulla cronicità ambulatoriale e follow-up degli utenti dei servizi;

g) promozione di progetti intesi a sperimentare tecniche e moduli innovativi e verifica della loro efficacia.

Oltre a questi temi, temporalmente prioritari, è necessario preconstituire la base per l'avvio delle seguenti ricerche, che si proiettano oltre il triennio;

- h) studio delle «malattie attese» con particolare interesse ai gruppi a «rischio elevato» nella comunità;
- i) modalità d'uso degli psicofarmaci sia da parte degli specialisti operanti nei servizi psichiatrici che da parte dei medici di base;
- l) efficacia delle tecniche psicoterapeutiche, di riabilitazione e di animazione utilizzate nei servizi;
- m) sperimentazione controllata di approcci terapeutici diversi;
- n) livello di soddisfazione dell'utenza sia sotto il profilo terapeutico/assistenziale o riabilitativo che sotto quello dell'accessibilità e comfort dei Servizi.

4. Verifiche

Le verifiche da attuarsi nel triennio dovranno riguardare prevalentemente il livello di funzionamento dei servizi poiché il miglioramento delle condizioni di salute è misurabile solo su tempi più lunghi. Le verifiche si attueranno su:

- a) l'adeguatezza delle caratteristiche strutturali e funzionali dei servizi psichiatrici;
- b) l'adeguatezza degli standards di personale;
- c) la costituzione e funzionalità dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- d) l'attivazione delle iniziative specifiche di educazione sanitaria e di prevenzione primaria;
- e) l'adeguamento della gestione dei complessi ex manicomiali alle indicazioni del progetto-obiettivo;
- f) l'attivazione ed il funzionamento del sistema di raccolta dei dati.

Le verifiche relative al miglioramento dello stato di salute, alle valutazioni di efficacia-efficienza dei moduli tecnico-organizzativi adottati sono demandate all'attuazione delle specifiche ricerche finalizzate.

Ogni anno entro il 15 marzo, la Giunta presenterà al Consiglio Regionale una relazione di verifica dell'attuazione del presente progetto-obiettivo e le conseguenti proposte per eventuali aggiornamenti, modifiche, integrazioni.

— • —

Allegato 1 CONVENZIONE PER LA GESTIONE UNITARIA DELL'UNITÀ OPERATIVA PSICHIATRICA

(Schema di Deliberazione delle Assemblee degli E.R.S.Z.)

L'Assemblea

— Visti gli artt. 34 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 concernenti la tutela della salute mentale;

— Visti i decreti del Presidente della Regione Lombardia con i quali sono state trasferite agli Enti Responsabili dei Servizi di zona, fra le altre, le funzioni in materia di assistenza psichiatrica già esercitate dalle Amministrazioni Provinciali;

— Viste le deliberazioni della Giunta Regionale n. 3/8561 del 30 giugno 1981 e n. 3/13646 del 23 dicembre 1981 contenenti direttive sull'esercizio delle funzioni

trasferite e l'azzonamento territoriale dei Servizi psichiatrici degenziali;

— Vista la deliberazione del Consiglio regionale n. III/917 del 30 ottobre 1982 che integra e modifica la deliberazione del Consiglio regionale n. II/1129 del 30 luglio 1979 e definisce i servizi psichiatrici come servizi unitari e diretti da medici psichiatri con posizione funzionale di primari;

— Ritenuto peraltro opportuno addivenire ad una convenzione fra gli Enti responsabili dei Servizi di Zona, aggregati secondo l'azzonamento vigente per i servizi psichiatrici;

Delibera:

di autorizzare il Presidente a stipulare fra gli Enti Responsabili dei Servizi di Zona

una convenzione per la gestione unitaria dell'Unità Operativa di Psichiatria secondo lo schema allegato che forma parte integrante della presente deliberazione.

SCHEMA DI CONVENZIONE

per la gestione unitaria dell'Unità Operativa di Psichiatria.

- Tra i sottoscritti: 1
- 2
- 3

nella loro qualità di Presidenti, legali rappresentanti dei rispettivi Enti Responsabili dei Servizi di Zona - U.S.S.L. di

- 1
- 2
- 3

a ciò autorizzati dalle deliberazioni delle rispettive assemblee generali in data

- 1
- 2
- 3

si stipula e si conviene quanto segue:

Art. 1

L'Unità Operativa di Psichiatria costituisce lo strumento unitario per mezzo del quale si attuano nel territorio delle U.S.S.L. n., n., n. gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di natura psicosociale per la popolazione adulta.

Art. 2

L'Unità Operativa di Psichiatria dispone, per le necessità di tutto il territorio di cui all'art. 1, dei presidi (C.P.S., S.P.D.C., C.R.T., Comunità protette) costituiti e da costituirsi secondo le disposizioni vigenti, individuate nell'allegata tabella A e sue successive modifiche ed integrazioni.

Art. 3

Il personale di cui all'allegata tabella B, e sue successive modifiche ed integrazioni, costituisce una sola Unità Operativa al servizio dell'intero territorio di cui all'art. 1.

Art. 4

L'Unità Operativa di Psichiatria di cui all'art. 3 è posta alle dipendenze tecnico-funzionali del primario medico psichiatra responsabile

Art. 5

L'Unità Operativa di Psichiatria si articola in tanti nuclei operativi quante sono le U.S.S.L. di competenza, alle quali essi fanno rispettivamente riferimento per l'attuazione concreta delle scelte programmatiche di cui all'art. 7.

Art. 6

I membri dell'unità operativa di Psichiatria qualunque sia l'U.S.S.L. di appartenenza possono essere chiamati dal primario responsabile a prestare la loro attività sia ordinaria che di emergenza in tutti i presidi e su tutto il territorio di competenza nel quadro degli indirizzi e dei protocolli tecnico-operativi di cui al successivo art. 7.

Art. 7

L'attività delle Unità Operative di Psichiatria è organizzata mediante protocolli tecnico-operativi proposti dal primario responsabile e definiti di concerto tra gli uffici di direzione delle U.S.S.L. interessate, in conformità agli indirizzi programmatici risultanti dal progetto obiettivo regionale «Tutela socio-sanitaria dei malati di mente», nonché agli ulteriori eventuali specifici indirizzi stabiliti, d'intesa tra loro, dai comitati di gestione degli Enti responsabili dei servizi di zona interessati.

Art. 8

Gli oneri relativi al personale dell'Unità Operativa Psichiatrica sono posti a carico della U.S.S.L. da cui dipende il personale medesimo.

Art. 9

Le spettanze economiche inerenti alla produttività vanno ripartite tra tutti gli operatori dell'U.O.P. indipendentemente dall'U.S.S.L. di appartenenza.

Art. 10

Gli oneri relativi alle dotazioni strumentali, alla manutenzione e pulizia dei locali, al materiale di uso corrente e alla fornitura dei farmaci necessari, sono assunti dalle singole U.S.S.L. presso le quali sono situati i presidi.

Art. 11

La presente convenzione ha la durata di anni uno ed è tacitamente rinnovabile di anno in anno, compatibilmente con le disposizioni del Piano sanitario regionale o altre disposizioni regionali.

(seguono tabelle)



Tabella B

PERSONALE DELL'UNITA' OPERATIVA PSICHIATRICA

ucleo operativo della	cognome	nome	posizione amministrativa*	qualifica	sede prevalente (indirizzo)
U.S.S.L. n.					
U.S.S.L. n.					
U.S.S.L. n.					

* precisare se di ruolo, non di ruolo, incaricato, consulente.