

Consiglio Regionale del Lazio



PROPOSTA DI LEGGE

n. 488 dell' 8 maggio 2009

Di iniziativa *dei Consiglieri:*

L. Canali – G. Mariani – R. Del Balzo

Oggetto:

**NORME IN MATERIA DI PROMOZIONE E TUTELA
DELLA SALUTE MENTALE**



CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO

PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE concernente: *"Norme in materia di promozione e tutela della salute mentale"*.

di iniziativa:

cons. reg. *Luigi CANALI*

Luigi Canali

GIUSEPPE MARIANI

RODOLFO DEL BALLO / Paolo La Bero

PROPOSTA DI LEGGE

Dichiara formalmente ricevibile

Assegnata all' Commissione *13^a - 9^a - 14^a - C.P.S. RUF.*

Roma *8-5-2009* *SIST. SAN. REG.*

D'ordine del Presidente

Il Direttore del Servizio Aula ad interim

(*Dot. Onofrio Oricello*)

Art. 1
(Finalità e obiettivi)

1. La Regione, con la presente legge, garantisce e tutela la salute mentale come uno degli elementi fondamentali per la qualità della vita degli individui, delle famiglie e delle comunità, al fine di migliorare il benessere e la funzionalità delle persone valorizzandone le potenzialità nonché le capacità relazionali e sociali.

2. La Regione persegue la definizione omogenea ed organica degli obiettivi e delle strategie di intervento per la promozione e la tutela della salute mentale ed in particolare:

a) la promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria svolti dalle aziende sanitarie e/o da pubbliche amministrazioni, con particolare attenzione alle situazioni riconosciute a rischio sia personale che sociale;

b) la prevenzione e la cura dei disturbi mentali con particolare attenzione ai pazienti complessi e alle fasce sociali con presenza di maggiori fattori di rischio, attraverso l'individuazione e l'attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici;

c) la riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso interventi mirati alla ricostruzione del tessuto relazionale e alla riattivazione di reti sociali e di risorse della persona sofferente e del suo contesto di appartenenza, al fine di perseguire percorsi di integrazione sociale e lavorativa e forme sempre più accentuate di autonomia;

d) la promozione e la tutela della salute e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente, specialmente di quello portatore di disturbo complesso, offrendo un supporto attivo per la riduzione del carico familiare;

e) la necessità di rispondere adeguatamente ai bisogni sempre più complessi legati alla salute mentale, nel rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e dei principi della dignità della persona, dell'equità, della qualità e dell'appropriatezza nell'accesso alle cure;

f) lo sviluppo di sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti attraverso adeguati sistemi informativi e valutazioni epidemiologiche nonché la diffusione di conoscenze e strumenti già in uso in altri settori sanitari quali l'appropriatezza, l'accreditamento professionale, l'audit clinico e la revisione tra pari, anche ai fini del miglioramento continuo e dimostrabile della qualità delle cure, superando la logica della prestazione a beneficio di un approccio multidimensionale;

g) la definizione di standard basati sul principio del governo clinico, che garantiscano l'accessibilità alle cure qualunque sia la modalità di presentazione del disturbo, che contrastino fenomeni di abbandono e che prevedano programmi terapeutico-riabilitativi individuali, sostenuti con risorse adeguate;

h) l'attivazione di programmi specifici per il monitoraggio e la riduzione delle condotte suicidarie;

i) il riconoscimento e il rafforzamento del ruolo centrale delle cure primarie e dei medici di medicina generale, includendoli come parte attiva nel processo di cura;

l) lo sviluppo di percorsi di formazione, ricerca ed intervento in grado di utilizzare al meglio le conoscenze scientifiche;

m) il contrasto allo stigma, alla discriminazione e all'esclusione sociale, garantendo la salvaguardia dei diritti e della dignità delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie sostenendole nella piena partecipazione alla vita collettiva.

Art. 2

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il dipartimento di salute mentale (DSM) è il modello gestionale e organizzativo, a carattere multidisciplinare, con figure professionali funzionalmente e gerarchicamente collocate nel DSM medesimo, cui fanno capo tutte le attività e i servizi per la tutela della salute mentale e si configura quale centro di responsabilità e di costo. E' un dipartimento a struttura, idoneo a garantire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica, dotato di una adeguata struttura di supporto amministrativo per i compiti gestionali.

2. Il DSM svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

a) elabora programmi di prevenzione ed attua trattamenti di cura e di riabilitazione in risposta ai bisogni di salute mentale del suo bacino d'utenza garantendo continuità dei percorsi di cura, omogeneità delle strategie di intervento e coerenza ai progetti terapeutico riabilitativi individuali;

b) coordina gli interventi prestati al suo esterno e ne è il garante nel definirne priorità e appropriatezza;

c) garantisce il governo clinico della salute mentale con particolare attenzione ai disturbi psichiatrici complessi, agli interventi precoci e alla riduzione della disabilità anche tramite specifici protocolli di intervento che garantiscano percorsi integrati con i servizi territoriali per la tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) per la fascia di età 15-18 anni con patologia psichiatrica in esordio o ad alto rischio e con i servizi per le tossicodipendenze (SERT) per la doppia diagnosi;

d) gestisce e coordina le azioni del servizio pubblico, del privato sociale e imprenditoriale presenti nel territorio di competenza, garantendo, in ogni fase della cura, l'integrazione degli interventi ed organizzando percorsi congiunti con gli altri servizi sanitari e sociali, differenziati e modulati sui bisogni specifici della persona in trattamento;

e) realizza un collegamento operativo e funzionale con i medici di medicina generale, al fine di costituire una rete integrata di servizi in collaborazione con le unità territoriali delle cure primarie e con i servizi sociali;

f) promuove e partecipa ad azioni integrate tra servizi sociali, sanitari ed enti locali, all'interno dei piani di zona, dei piani per la salute, dei patti territoriali e dei piani di azione locale;

g) provvede, d'intesa con gli organismi competenti, alla stesura di programmi operativi rivolti alla popolazione carceraria inclusa quella in trattamento presso gli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo l'utilizzazione di specifiche risorse dedicate;

h) promuove le attività di formazione e ricerca anche in collaborazione con le università e gli istituti di ricerca e formazione stipulando apposite convenzioni.

3. Il DSM il cui bacino di utenza sia superiore a 150.000 abitanti, è suddiviso in unità modulari coincidenti con uno o più distretti. Ciascuna unità modulare si configura come unità operativa complessa territoriale cui fanno capo tutti i servizi e le strutture costitutivi dell'unità stessa ubicati nel territorio di riferimento.

4. Il DSM si articola in:

- a) unità operative complesse territoriali (UOCT);
- b) unità operative complesse ospedaliere (UOCO);
- c) unità operative semplici (UOS);
- d) unità operative semplici dipartimentali (UOSD).

5. Le unità operative complesse territoriali (UOCT) sono costituite da unità operative semplici denominate: “centro di salute mentale” (CSM), “centro diurno” (CD), “strutture residenziali terapeutico-riabilitative” (SRTR), “strutture residenziali socio-riabilitative” (SRSR)

6. Le unità operative complesse ospedaliere (SPDC) sono costituite da unità operative semplici denominate U.O.S. area degenza, U.O.S day hospital psichiatrico (D.H.), U.O.S. psichiatria di consultazione.

7. Eventuali servizi e/o aree di intervento specifici, sono considerati articolazioni del DSM e si configurano come unità operative semplici o unità operative semplici dipartimentali.

8. La struttura di supporto amministrativo per i compiti gestionali del DSM si configura come unità operativa semplice (UOS).

9. I direttori dei DSM e i direttori delle UOC a direzione universitaria costituiscono un unico coordinamento con funzioni consultive.

Art. 3

(Centro di salute mentale)

1. Il Centro di salute mentale (CSM) è una struttura territoriale identificata come UOS, anche ad accesso diretto, per accogliere, valutare e rispondere ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza.

2. Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza dei pazienti presi in carico attraverso la fase della valutazione diagnostica e l'elaborazione e la realizzazione di progetti terapeutici personalizzati con definiti gli indicatori di esito.

3. Il CSM effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipes, attività finalizzate alla cura quali visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi di servizio sociale e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari. Realizza, altresì, interventi di valutazione ed eventuale "presa in carico attiva" nei confronti di pazienti con limitata aderenza ai trattamenti.

4. Nel CSM rimane centrale l'intervento multidisciplinare, garantito nell'arco dell'intero orario di apertura, basato sulla presenza e la valorizzazione delle diverse professionalità quali psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, tecnico della riabilitazione e/o educatore di comunità.

5. Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita del paziente. Il CSM opera attraverso trattamenti territoriali intensivi anche su pazienti con limitata aderenza ai trattamenti e garantisce il collegamento con gli altri servizi di salute mentale per il percorso di cura del paziente, integrandosi con le agenzie sociali e le strutture sanitarie del territorio.

6. Il CSM svolge altresì:

a) attività di prescrizione, verifica e valutazione dei ricoveri nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;

b) attività di programmazione e verifica degli interventi che prevedono un periodo di trattamento presso strutture residenziali accreditate, definendo gli obiettivi clinici da raggiungere nel corso dell'inserimento concordato;

c) interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative quali soggiorni, tempo libero ed altre anche in collaborazione con le associazioni di privato sociale;

d) interventi di sostegno economico ad integrazione del progetto terapeutico riabilitativo;

e) attività di promozione, formazione e raccordo con le associazioni degli utenti e dei familiari e con le associazioni di volontariato.

7. Il CSM è tenuto a rispondere in tempi certi a richieste di intervento domiciliare per i pazienti in carico o su richiesta del medico di medicina generale. La gestione della crisi di un paziente in

carico al DSM, in orario di apertura del servizio, va gestita dall'equipe del CSM che eventualmente e successivamente attiva le procedure per l'emergenza e/o urgenza. La gestione dell'emergenza territoriale è assicurata dall'ARES 118 ai fini di una rapida diagnosi, anche tramite i DEA e la successiva attivazione di percorsi specialistici appropriati, compreso quello psichiatrico.

8. Ogni CSM garantisce un primo intervento nelle situazioni urgenti in accesso diretto inserendo nel sistema informativo assistenza sanitaria (SIAS) la dicitura "*prestazione non remunerata in emergenza*".



Art. 4
(Centro diurno)

1. Il Centro diurno (CD) è una struttura territoriale identificata come UOS, con funzioni sociosanitarie (socioterapeutiche e socioriabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quei pazienti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti sociosanitari tesi a ridurre tendenze passivizzanti, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale.

2. Il CD favorisce prioritariamente l'inserimento dei pazienti in contesti formativi e professionali esterni.

3. Il CD è una struttura funzionale al progetto terapeutico e all'inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.

4. Il CD si rivolge a pazienti:

- a) in situazioni critiche e/o in dimissione dal SPDC o dalle case di cura neuropsichiatriche private accreditate;
- b) inviati per l'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
- c) che necessitano di interventi favorevoli al recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
- d) che possono giovare di interventi mirati all'apprendimento di attività preformative e prelaborative in un contesto protetto.

5. Il CD svolge, sulla base del progetto personalizzato concordato con l'équipe inviante, attività socio riabilitative e socio terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l'acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale.



Art. 5

(Strutture residenziali terapeutico riabilitative)

1. Le strutture residenziali terapeutico riabilitative (SRTR) sono strutture sanitarie territoriali di tipo comunitario, identificate come UOS, che garantiscono un'assistenza 24 ore su 24 per il trattamento volontario globale, psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale, di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post acuzie o sub acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale.

2. Le SRTR sono di due tipologie:

- a) per trattamenti comunitari intensivi, a permanenza massima orientativamente di sessanta giorni,
- b) per trattamenti comunitari estensivi, a permanenza massima orientativamente di due anni.

3. Le SRTR, quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post acuzie o sub acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale.



Art. 6

(Strutture residenziali socioriabilitative)

1. Le strutture residenziali socioriabilitative (SRSR) sono strutture sociosanitarie territoriali di tipo comunitario, identificate come UOS, per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socioassistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio/lungo termine, con diversi livelli di assistenza.

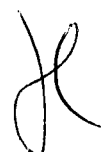
2. Le SRSR sono di tre tipologie:

a) ad elevata intensità assistenziale sociosanitaria (24 ore su 24);

b) a media intensità assistenziale sociosanitaria (12 ore su 24);

c) a bassa intensità assistenziale sociosanitaria con presenza di personale per fasce orarie.

3. Le SRSR, quali mediatori della restituzione sociale, hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con un minore livello di intensità di protezione assistenziale sociosanitaria.



Art. 7

(Funzioni delle strutture residenziali)

1. Le strutture residenziali di cui agli articoli 5 e 6, esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per pazienti di esclusiva competenza psichiatrica, tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentano una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza e/o abuso da sostanze psicotrope.

2. Agli ospiti delle strutture residenziali devono essere garantiti:

- a) un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;
- b) la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- c) la socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;
- d) la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- e) il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.



Art. 8

(Servizio psichiatrico di diagnosi e cura)

1. Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) è una struttura ospedaliera identificata come UOC che si articola in UOS area degenza, UOS day hospital psichiatrico (DH) e UOS psichiatria di consultazione. L'SPDC costituisce struttura obbligatoria per gli ospedali sedi di DEA di primo e di secondo livello.

2. L'SPDC è una unità operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

3. L'SPDC svolge in particolare:

- a) attività di diagnosi, cura e definizione per i pazienti ricoverati di un progetto terapeutico condiviso con i servizi territoriali;
- b) attività di integrazione e collegamento, garantendo la continuità terapeutica con i servizi territoriali;
- b) attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- c) attività di consulenza presso il pronto soccorso ospedaliero (PSO) e nei DEA di primo e di secondo livello;
- d) attività di documentazione e comunicazione con l'agenzia di sanità pubblica (ASP).

4. L'SPDC è ubicato nel contesto dei presidi ospedalieri delle aziende USL, di aziende ospedaliere, di policlinici universitari, di ospedali classificati, di ospedali sede di DEA di primo e di secondo livello e resta parte integrante del DSM anche quando l'ospedale nel quale è ubicato non sia amministrato dall'azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. In tal caso i rapporti tra le due amministrazioni sono regolati da convenzioni obbligatorie e da protocolli operativi.

5. Il ricovero in SPDC avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione.

6. Nell'SPDC rimane centrale l'intervento multidisciplinare basato sulla valorizzazione delle diverse professionalità quali psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale e tecnico della riabilitazione.

7. L'SPDC assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.



Art. 9

(Ruolo degli enti locali)

1. Gli enti locali garantiscono pari opportunità e diritti tra i cittadini, con particolare attenzione a quelli in condizione di fragilità in carico ai servizi per la salute mentale. I DSM collaborano nell'affrontare, con gli strumenti teorici e pratici che sono loro propri, i problemi di salute ed inclusione della collettività.

2. Gli enti locali provvedono all'integrazione delle politiche per la salute, per l'istruzione, per il lavoro, per la tutela sociale, per le pari opportunità e per il contrasto all'emarginazione da realizzare attraverso i piani di zona, i patti territoriali, i piani per la salute e i piani di azione locale.

3. Gli enti locali, nel rispetto della normativa vigente, individuano quote di servizi da affidare alle cooperative sociali di cui alla legge regionale 27 Giugno 1996, n. 24 e promuovono, altresì, attraverso accordi con le organizzazioni imprenditoriali, iniziative in collaborazione con imprese profit e il terzo settore.

4. Gli enti locali assicurano ai pazienti del DSM:

- a) il diritto alla casa, destinando loro quote di edilizia popolare o finanziamenti su progetti finalizzati all'abitare, sviluppati in collaborazione con i DSM ;
- b) le risorse economiche per il sostegno alla residenzialità socioassistenziale.

5. Gli enti locali assicurano ai DSM l'assegnazione di strutture di loro proprietà per l'attivazione di servizi residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali dei medesimi.



Art. 10
(Ruolo delle Università)

1. Nell'ambito dei protocolli tra Regione e le Università, vengono promosse convenzioni didattiche e assistenziali che definiscono l'integrazione dei servizi assistenziali a direzione universitaria con i servizi territoriali afferenti al DSM al fine di concorrere alla realizzazione e alla gestione di funzioni assistenziali costituendo apposite UOC ospedaliere (SPDC) e/o territoriali, anche al fine di definire progetti di ricerca volti al miglioramento dell'offerta assistenziale ed assicurare la formazione di studenti e specializzandi.

2. Le UOC a direzione universitaria, convenzionate ai sensi del comma 1, sono parte integrante del DSM.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'H' followed by a long horizontal stroke that curves upwards at the end.

Art. 11

(Ruolo dell'associazionismo)

1. La Regione sostiene e promuove la partecipazione dei cittadini e delle associazioni che rappresentano e tutelano l'utenza, in attuazione dei valori di solidarietà, lotta allo stigma ed inclusione sociale.

2. I DSM favoriscono la partecipazione degli organismi consultivi e promuovono specifici protocolli operativi con l'associazionismo ed il terzo settore presenti nel loro territorio.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'H' followed by a few loops and a tail stroke.

Art. 12
(Regolamento di attuazione)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la competente commissione consiliare permanente, adotta un regolamento di attuazione in cui sono definiti, tra l'altro:

- a) i profili organizzativi e funzionali dei DSM;
- b) i profili organizzativi, funzionali e strutturali dei CSM, dei CD, delle SRTR, delle SRSR e degli SPDC.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'H'.

Art. 13
(Abrogazioni)

1. Sono abrogate tutte le disposizioni in contrasto con la presente legge.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'H' or similar character.

Art. 14
(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'R' followed by a short horizontal stroke.

Relazione

La presente proposta di legge, che consta di 14 articoli, assumendo che la salute mentale sia una componente essenziale della qualità della vita, persegue l'obiettivo prioritario di definire un quadro normativo chiaro e completo per la disciplina della materia sia dal punto di vista organizzativo che da quello operativo.

Si sottolinea la necessità di interventi attivi, precoci e di supporto alle famiglie, fondati sulle più recenti conoscenze scientifiche e valutati nei risultati effettivamente ottenuti.

Vengono pertanto disciplinati gli aspetti strutturali e funzionali che, in base all'esperienze maturate in questi ultimi anni, si sono rivelati elementi necessari allo svolgersi di interventi integrati e multiprofessionali.

Lo sviluppo applicativo dei principi del "governo clinico" assicura equità nell'accesso alle cure e la garanzia di qualità delle stesse. Altri elementi fondamentali sono: la maggiore integrazione con i medici di medicina generale, al fine di avere un intervento più capillare nei confronti di tutti i cittadini; il coinvolgimento delle associazioni e degli organismi del privato sociale e quello degli Enti locali al fine di potenziare i percorsi dell'autonomia e dell'inclusione sociale quali l'inserimento lavorativo e il diritto alla casa.

Costituiscono, infine, ulteriori punti qualificanti quelli relativi alla prevenzione delle condotte suicidarie e di lotta allo stigma così come la necessaria integrazione con le Università.

