

2.4.4. INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Continua anche per il 2014 il blocco dei contratti, fatte salve le attività di psichiatria relative al superamento degli OPG e le attività di NPIA relativamente alla sperimentazione di cui al successivo paragrafo “Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza”. L’attività finanziata con 43San sarà oggetto di verifiche puntuali in relazione alla spesa che negli ultimi anni ha subito sensibili aumenti.

Psichiatria

Nell’ambito della salute mentale degli adulti si sono evidenziati i seguenti punti salienti per il governo del sistema a partire dal 2014:

1. È necessario che le ASL si attestino sul livello di spesa del 2013, agendo quindi sulla differenziazione dei servizi acquistati ed erogati, in modo sia da aumentarne l’appropriatezza, sia da creare risparmi utilizzabili in ulteriori settori, favorendo la riconversione della spesa dalle strutture residenziali in direzione di forme di residenzialità leggera e/o di modelli innovativi e a forte integrazione socio-sanitaria
2. Nel corso del 2014 verrà implementata sperimentalmente un’attività di valutazione della qualità delle prestazioni psichiatriche erogate, attraverso l’utilizzo della metodologia elaborata con il Progetto regionale sulla valutazione della qualità e dell’esito dei programmi di cura, realizzata nell’ambito delle azioni di cui al decreto n. 12404 del 24.11.2009.
3. Nel corso del 2014 gli uffici regionali provvederanno a costituire e convocare periodicamente un Comitato Regionale di Coordinamento degli OCSM, quale luogo dove condividere

39

problemi, individuare soluzioni il più possibile omogenee sul territorio regionale e suggerire

linee di azione di supporto alla programmazione della attività.

1. Per quanto riguarda la residenzialità leggera, si confermano le previsioni contenute nella dgr n. VIII/4221/2007 e nella successiva circolare attuativa n. 37249 del 20.12.2011, a riguardo della dotazione di programmi assegnati alle singole ASL.
2. Occorre implementare in tutte le A.O. modelli di integrazione degli interventi nei disturbi di età adolescenziale e giovanile con i servizi NPIA e la psicologia clinica tramite equipe funzionali dedicate, allo scopo di sviluppare e migliorare la collaborazione in atto, anche in riferimento a una più ampia collaborazione tra Organismi di coordinamento per la salute mentale e per la NPIA. Nei CPS, analogamente, è necessario avviare o aggiornare modelli di collaborazione con i SERT per i frequenti quadri di comorbidità con i disturbi indotti da sostanze o da dipendenza patologica e similmente con i servizi disabili in relazione ai problemi di assistenza a soggetti affetti da diverse forme di disabilità che presentano disturbi psichici, con i Dipartimenti di Prevenzione Medici per la presa in carico di pazienti sieropositivi con problematiche psichiche, o con i servizi sociali rispetto a problematiche di vario ordine (familiare, tutelare, assistenziale, socio-lavorativo) dei pazienti.
3. Il mantenimento e lo sviluppo dell’area dell’innovazione necessita di ulteriori azioni migliorative, in particolare a riguardo della prosecuzione del processo di consolidamento

istituzionale già avviato. I programmi si svilupperanno nell'arco temporale di un biennio e dovranno prevedere un graduale e misurabile assorbimento (anche solo di parte di essi) nell'offerta dei DSM, oppure prevedere una chiusura conseguente al raggiungimento del risultato prefissato. Le risorse eventualmente liberatesi in tale processo saranno destinate alla attivazione di nuovi programmi innovativi, da effettuarsi con la procedura utilizzata di prassi. Inoltre si confermano le tematiche strategiche per aree di salute già indicate nella DGR 2633/2011, la dotazione finanziaria complessiva per lo stesso importo assegnato per il 2013, nonché le modalità di presentazione dei programmi. Questi ultimi dovranno essere proposti alle ASL dagli erogatori entro il 31.01.2014; le ASL, previo parere favorevole dell'OCSM, dovranno presentarli agli uffici regionali entro il 14.02.2014.

4. La presa in cura dei pazienti è rappresentabile da un concatenamento di eventi (controlli, colloqui, visite, ricoveri, ecc.) che hanno una espressione di qualità se quantitativamente equilibrati nel tempo. Pertanto è la sequenza e l'integrazione degli eventi che rappresenta la misura della reale presa in cura. L'attuale sistema di remunerazione a prestazione poco si adatta a questo sviluppo poiché tende alla frammentazione del percorso ed a costituire una rendicontazione delle attività basata sulla quantità delle prestazioni erogate e non sulla effettiva valutazione della presa in cura. Nel 2014 per adattare il sistema di remunerazione alla nuova visione si prospetta l'avvio del superamento dell'attuale modalità di pagamento a prestazione con una tariffa di responsabilità per la presa in carico del singolo paziente. Si procederà pertanto alla definizione di un modello di classificazione dei pazienti per intensità di cura, del relativo sistema tariffario ed alla applicazione sperimentale del modello in 2-3 dipartimenti di salute mentale. A sostegno di questa azione dovranno essere definite anche le modalità di verifica dei percorsi di presa in cura. In tal senso la validazione delle esperienze in atto che hanno accertato la possibilità di ottenere risultati rilevanti utilizzando specifici algoritmi estratti dalla BDA e dai flussi amministrativi, rappresenta la base su cui sviluppare un modello di riferimento.

Ospedali psichiatrico giudiziari

In Lombardia è stato redatto un programma per l'utilizzo dei fondi che la legge 9/2012 mette a disposizione per la realizzazione di nuove strutture sanitarie per l'esecuzione di misure di sicurezza

40

(REMS). Tale programma potrà essere rimodulato sulla base delle effettive necessità, ed inoltre dato che il fenomeno ha una caratteristica eminentemente nazionale più che regionale, e dato che l'ingresso dei pazienti negli OPG avviene attualmente su disposizione della magistratura, in tale rimodulazione eventuale si dovrà tenere conto dello stato di attuazione del processo di superamento degli OPG a livello nazionale.

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

La programmazione per il 2014 nell'area NPIA dovrà tener conto, oltre che delle attività ordinarie svolte, del lavoro dei progetti regionali di NPIA attuati nel territorio, del risultato dei diversi GAT attivati e delle azioni prioritarie già indicate negli scorsi anni., con particolare riferimento ai seguenti punti:

1. Allo scopo di dare immediata operatività alla organizzazione locale delle risposte alle situazioni di emergenza – urgenza psichiatrica in età evolutiva, le singole ASL, d'intesa con le AA. OO. afferenti, dovranno provvedere a individuare e attivare modalità per garantire risposte omogenee, appropriate e sostenibili, identificando il ruolo e i compiti dei singoli

presidi ospedalieri e le integrazioni necessarie per poter garantire i percorsi dei pazienti, nonché monitorando attentamente ricadute operative ed esiti. Andranno inoltre individuate e attivate modalità per garantire o potenziare la possibilità di ricovero specifico di NPIA in macroaree regionali (Milano, Monza, Brescia, Pavia, Varese), anche attraverso la trasformazione di posti letto esistenti, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse in relazione agli effettivi bisogni assistenziali.

2. La domanda di residenzialità terapeutica di NPIA in Lombardia appare in aumento e in trasformazione, soprattutto per situazioni di elevata complessità. Risulta quindi opportuno approfondire nuove modalità di risposta ai bisogni in un'ottica di percorsi di cura differenziati per intensità assistenziale. Si procederà pertanto nel 2014 alla verifica della fattibilità di una sperimentazione sui cui risultati effettuare una ipotesi di ristrutturazione del sistema della residenzialità e semiresidenzialità terapeutica in NPIA in Lombardia e valutare la ridefinizione dei livelli tariffari. La sperimentazione riguarderà esclusivamente gli inserimenti di nuovi utenti minorenni con disturbi psichiatrici, ed avrà tra i propri obiettivi la riduzione della mobilità passiva extraregionale. Con nota a firma del Direttore della Direzione Generale Salute alle ASL verranno poi fornite indicazioni relativamente agli ambiti di sperimentazione ed alle modalità. Fatto salvo quanto sarà previsto dalla sperimentazione, permangono pertanto i vincoli relativi all'accreditamento e messa a contratto di nuove strutture, secondo quanto indicato nella DGR n. IX/2633 del 6/12/2011.
3. Date le numerose difficoltà esistenti nella gestione delle liste d'attesa in età evolutiva, risulta necessario:
 1. che ogni ASL avvii un raccordo stabile tra UONPIA, strutture accreditate di NPIA e strutture di riabilitazione del proprio territorio per una rilevazione a riguardo degli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ai loro percorsi, alle liste d'attesa esistenti, alle progettualità in atto
 2. che vengano individuati e condivisi a livello regionale criteri trasversali di segmentazione dell'utenza, di priorità per l'accesso e la presa in carico e di coordinamento della rete
 3. che vengano definiti alcuni percorsi di riferimento prioritari e le modalità necessarie per garantirne l'erogazione appropriata e tempestiva
 4. che le prenotazioni vengano gestite direttamente da operatori interni alle UONPIA adeguatamente formati (anche attraverso appositi percorsi formativi), onde consentire la gestione sia dei primi accessi che degli accessi successivi attraverso adeguati criteri di priorità e appropriatezza

41

che si proceda ad una analisi dell'attività erogata sul territorio regionale, in modo da poter meglio rilevare e valorizzare le prestazioni effettuate.

1. Il budget complessivo a disposizione a livello regionale per il 2014 per l'area dei progetti di neuropsichiatria infantile si conferma in 10 milioni di euro, ed i budget locali corrispondono in prima definizione a quanto già evidenziato nella DGR 2633 del 6-12-2011. La presentazione dei progetti (siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente

avviati) dovrà avvenire entro il 13.01.2014 con le modalità già indicate nella nota della DG sanità del 29 dicembre 2011, prot n.H1.2011.0037958. La rendicontazione dei progetti attivi nel biennio 2012-2013 dovrà invece avvenire secondo quanto indicato nella nota della DG Salute prot H1.2013.0019567 del 2 luglio 2013. Lo stato di attuazione dei progetti verrà valutato nell'ambito della Direzione Generale Sanità. Sulla base delle risultanze della valutazione (che terrà conto dell'andamento dei progetti negli scorsi anni e dell'effettivo e completo utilizzo delle risorse assegnate), potrà venire ridestinata una quota non superiore al 20% del budget assegnato a ciascuna ASL. Così come per i programmi innovativi per la psichiatria degli adulti, è auspicabile che i progetti di NPIA, nel tempo, tendano ad un graduale e misurabile assorbimento (anche parziale) nell'offerta dei DSM.

2. Analogamente a quanto previsto per gli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale gli organismi di Coordinamento della NPIA saranno periodicamente chiamati dagli uffici regionali alla partecipazione ad un Comitato Regionale di Coordinamento appositamente costituito con nota della Direzione Generale Salute.