

Allegato 13

Area salute mentale

La **programmazione** per l'area della salute mentale nel 2012 prende le mosse dagli obiettivi di sviluppo raggiunti negli ultimi anni e dalle innovazioni introdotte in psichiatria all'interno del sistema sanitario lombardo.

I risultati ottenuti dimostrano che il sistema si è sviluppato, che sono stati effettuati degli investimenti significativi nell'ambito della Salute Mentale e che può essere utile studiare e sperimentare nuovi modelli di finanziamento / remunerazione

Tra i temi prioritari, quello dell'**integrazione** è sempre più attuale e da incrementare, con il fondamentale ruolo svolto dagli OCSM per favorire la collaborazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali del territorio.

La programmazione nel 2012 per l'**area NPIA** deve evidenziare quanto emerso dalla rilevazione delle attività ordinarie, dal lavoro dei progetti regionali attuati e dal contributo del GAT sull'acuzie psichiatrica in adolescenza, nonché i nuovi progetti di NPIA e le aree prioritarie di intervento e di approfondimento previste nel 2012.

In tale ambito va inserito il problema di una maggiore integrazione di Psichiatria e NPIA per l'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza e al ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni. L'interesse per questa area di passaggio all'età giovanile, di grande rilievo prognostico e preventivo, deve rappresentare un primo terreno in cui mettere a frutto le esperienze innovative svolte, allo scopo di unire conoscenze e competenze tra NPIA e Psichiatria ed elaborare nuove linee di intervento.

Occorre quindi mantenere e sviluppare la centralità dell'attività **territoriale**, il cui trend è cresciuto in termini di accessibilità e di specificità, grazie al contributo dei programmi innovativi favorendo e monitorando lo sviluppo della collaborazione tra i Dipartimenti ed i MMG; l'attuazione distinta dei percorsi di diagnosi e di cura, l'implementazione del case manager e del PTI (piano di trattamento individuale) come pratica da generalizzare per il trattamento personalizzato del paziente con disturbi psichici gravi e complessi.

Importanza simile va attribuita al riconoscimento e alla cura delle patologie di confine e in **comorbidità** con i disturbi da abuso di sostanze, il ritardo mentale, l'area psicogeriatrica..

A livello ospedaliero, occorre operare per un aggiornamento della funzione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (**SPDC**), nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, in linea con le indicazioni e raccomandazioni presenti nel documento finale del GAT sul ruolo dell'SPDC, ove è presente una proposta di revisione complessiva degli indirizzi circa l'emergenza-urgenza psichiatrica, il trattamento dell'acuzie e i nuovi modelli organizzativi, oltre agli aspetti fondamentali legati alle modalità di contenimento dell'aggressività, all'umanizzazione e alla sicurezza del contesto.

L'interesse per la **residenzialità** psichiatrica, reso attuale anche dal rilievo quantitativo ed economico del settore, sollecita a individuare nuovi modelli e prospettive nei confronti sia delle strutture residenziali con programmi a valenza primariamente riabilitativa, sia delle strutture residenziali prevalentemente assistenziali, sia della residenzialità leggera, che di residenze assistite o di housing sociale. Ciò richiama il tema dello sviluppo complessivo dell'integrazione

tra sanitario e socio-sanitario, accanto ad ipotesi di revisione delle forme di finanziamento, di remunerazione e di contribuzione alla spesa.

Deve inoltre trovare compimento una organica modalità di attuazione del processo di *dimissione* dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, oltre ad un aggiornamento della programmazione regionale in materia penitenziaria verso i pazienti psichiatrici autori di reato e l'assistenza in carcere. In particolare va considerato l'esito del lavoro del GAT sull'OPG circa i criteri di dimissibilità, con i percorsi ordinari e sperimentali previsti, nonché, alla luce dei dati rilevati, l'efficacia del coordinamento OPG - Regione – ASL – DSM con il monitoraggio dei progetti individuali programmati.

Riguardo al mantenimento e sviluppo dei *programmi innovativi* per la salute mentale nel triennio 2012 – 2014, i dati ricavati dai flussi informativi relativi alle attività dei programmi innovativi avviati nell'ultimo triennio confermano non solo la capacità di risposta delle innovazioni ai bisogni specifici di salute ma anche il miglioramento dei dati di accesso e di soddisfazione delle attività territoriali. Sulla base di tali risultati evidenziati dalle ASL e nella prospettiva di favorire un coordinamento di aree progettuali a livello regionale, le tematiche strategiche vengono confermate come di seguito indicato:

- i) Prevenzione e intervento precoce nei disturbi psichici gravi;
- ii) Inserimento lavorativo;
- iii) Intervento integrato e lavoro di rete;
- iv) Disturbi emergenti.

Riguardo specificamente all'area dell'inserimento lavorativo, in una prospettiva triennale, le ASL di Como, Bergamo, Milano e Sondrio, nell'ambito delle quali è attivo il progetto "Lavoro e Psiche", dovranno individuare le risorse necessarie a proseguire l'innovazione in tale area alla scadenza prevista dal progetto.

Gli interventi di *formazione e miglioramento di qualità* si sono di recente sviluppati, in collaborazione con Eupolis, attraverso programmi formativi organici e capillari sulla implementazione del case manager, le iniziative delle associazioni dei familiari, l'elaborazione di procedure di qualità, e nel contempo sono state avviate ricerche sui processi ed esiti dell'attività dei DSM, sul ruolo degli OCSM, sulle nuove forme di residenzialità. Una prospettiva di continuità promossa a livello territoriale da ASL e AO e volta in particolare a favorire l'umanizzazione delle cure negli interventi ospedalieri, riabilitativi e di comunità, appare oggi auspicabile.

Le azioni prioritarie per l'anno 2012 nell'area della salute mentale

In premessa occorre evidenziare un tema trasversale di grande rilievo inerente lo *sviluppo dei processi integrativi tra NPIA e Psichiatria* nell'area adolescenza, non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento e il trattamento dei *disturbi psichici gravi nella fascia 16 – 18 anni*. Proprio rispetto all'utenza di questa fascia di età, l'esperienza maturata nell'ambito dei Programmi Innovativi di salute mentale dello scorso triennio può favorire un confronto tra Psichiatria e NPIA capace di realizzare sintesi operative e organizzative condivise ed integrate, che vedano il coinvolgimento sistematico dei Dipartimenti di Salute Mentale.

In particolare esiste la possibilità, anche correlando operativamente i progetti di NPJA sull'emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza con l'ambito dei programmi innovativi specifici per l'intervento precoce, di realizzare équipes funzionali integrate a livello territoriale in grado di intercettare i bisogni dei 16-18enni affetti da gravi disturbi psichici o a rischio e di intervenire con modalità tempestive e continuative, come richiesto da tutte le evidenze scientifiche internazionali.

Nel contempo l'individuazione di una *fase di transizione all'età giovanile* in ordine alla prevenzione e trattamento precoce delle psicosi e dei disturbi gravi potrebbe ovviare alle attuali criticità rilevate nel passaggio delle competenze al compimento del 18° anno.

La trasversalità degli interventi necessaria in una fascia d'età tanto cruciale richiede approfondimenti condivisi istituendo allo scopo un apposito GAT nel quale devono essere rappresentati psichiatri, neuropsichiatri e psicologi con l'obiettivo di identificare linee operative basate sul consenso.

1) La PSICHIATRIA

I dati di attività territoriale

A differenza di quanto osservato negli anni precedenti, nel biennio 2009-2010 si è assistito ad uno sviluppo significativo dell'area territoriale (pazienti trattati e interventi erogati):

- Il tasso di pazienti in contatto nel 2010 con i Centri Psicosociali e gli Ambulatori lombardi è stato pari a 164 per 10.000 ab. maggiori di 17 anni, con un aumento del 9% rispetto al tasso del 2009: dato significativo se rapportato all'incremento annuale medio del numero di pazienti nettamente inferiore (+3%) nel periodo 2005-2009
- Il tasso di pazienti giovani trattati nei CPS è un indicatore significativo, in quanto questa fascia di età presenta un gap di accessibilità. In media nel periodo 2005-2009 l'incremento annuale è stato pari al 1% per la fascia 18-24 anni e si è osservato addirittura un decremento (-2%) per la fascia 25/34. Nel biennio 2009-2010 questo trend si è invertito e si è assistito ad un aumento importante dei pazienti in trattamento in ambedue le fasce di età (+17% per la fascia 18/24 e +8% per la fascia 25/34)
- Nel 2010 il tasso di interventi erogati è stato pari ad un tasso di 2.264 interventi per 10.000 con un incremento del 8.4% rispetto al corrispondente dato del 2009: un incremento doppio di quello annuale medio del periodo 2005-2009, pari al 4%.
- Più nello specifico l'incremento ha riguardato tra il 2009 ed il 2010 anche la componente psicosociale dell'attività territoriale (attività rivolta alla famiglia +6% e attività psicologica – psicoterapica +7%). Per ambedue queste attività l'incremento medio nel periodo 2005-2009 è stato inferiore al risultato 2009-2010.

I Programmi Innovativi per la salute mentale

Si stabilisce per il 2012 di confermare la destinazione all'area della salute mentale di risorse aggiuntive pari a euro 10 milioni finalizzate, in particolare, alla prosecuzione dei programmi innovativi territoriali avviati a partire dal 2009 e la distribuzione delle risorse tra le ASL come è stata effettuata nel 2011.

I progetti in corso, approvati dalle ASL secondo le modalità previste, sono quindi confermati, con la possibilità di aggiornarli rispetto ai bisogni e alla realtà operativa attuale. Pertanto, al fine di consentire la prosecuzione dei suddetti programmi senza soluzioni di continuità e la conseguente semplificazione dei processi, si confermano le modalità di assegnazione dei fondi alle ASL, con l'indicazione di poter utilizzare almeno l'80% del budget assegnato per proseguire i programmi in corso e fino ad un massimo del 20% per l'avvio di nuovi progetti coerenti con le indicazioni tematiche regionali.

L'area dell'innovazione continuerà a far perno sulle 4 aree prioritarie di intervento sopra elencate in una dimensione inter-dipartimentale e inter-ASL, valorizzando la funzione propria degli OCSM e dei soggetti presenti nel territorio.

Sul piano operativo le ASL, al fine di dare avvio ed operatività ai programmi, devono stipulare un contratto integrativo specifico con le Aziende Ospedaliere / Erogatori accreditati e a contratto per attività di psichiatria territoriale.

Le proposte dei programmi inclusi nell'area dell'innovazione vengono inviate dalle ASL, sentito l'OCSM, alla DG Sanità per approvazione, indicando gli importi attribuiti ai singoli progetti nell'ambito del finanziamento complessivo assegnato alla AO / Erogatore.

La possibilità di produrre e rendicontare attività non riconducibili al singolo utente rimane sino a un massimo del 20% per ciascun programma innovativo. Le attività formative sono effettuabili, nell'ambito delle esigenze dei progetti dell'area dell'innovazione, pur non essendo previste risorse finanziarie dedicate.

Le ASL sono inoltre invitate a promuovere, coinvolgendo i DSM, sia il collegamento dei progetti di area tematica simili attivi sul territorio sia l'integrazione delle attività istituzionali con le attività svolte nell'ambito dei programmi innovativi, favorendo anche la partecipazione delle UONPIA in particolare nella sperimentazione dei programmi innovativi raccomandati per la prevenzione e la gestione integrata dei disturbi gravi in adolescenza.

Al fine di migliorare i processi di valutazione e di assicurare la coerenza metodologica dei progetti rispetto alle tematiche strategiche, occorre validare set di indicatori atti a misurare gli esiti attesi nelle diverse aree progettuali; tali indicatori dovranno essere proposti entro il primo semestre dalle ASL alla DG Sanità, la quale a sua volta favorirà il costituirsi di ambiti di lavoro per il coordinamento regionale delle tematiche affini anche allo scopo di elaborare criteri condivisi dai Responsabili scientifici.

I percorsi di cura territoriali e i CPS

Facendo seguito a quanto sviluppato nel corso degli ultimi anni si intende confermare le raccomandazioni di cui alle Regole 2011, allegato 9, per l'attività territoriale, con particolare attenzione all'accessibilità, agli interventi richiesti dalle popolazioni specifiche di utenti (i giovani in primis) ed alla metodologia dei percorsi di cura nei CPS, che dovrà essere monitorata attentamente sulla base dell'esito degli obiettivi assegnati nel 2011.

La residenzialità

Per quanto riguarda in particolare la residenzialità leggera si dispone la possibilità di realizzare i programmi previsti dall'analisi di fabbisogno compiuta, in coerenza con quanto indicato dalla DGR 937/2010, dalle ASL nel 2011 ed acquisita dalla Direzione Generale Sanità. L'esito atteso del potenziamento dei programmi di residenzialità leggera, fino a un importo massimo

complessivo di euro 4 milioni, e dell'auspicato sviluppo di ulteriori e diverse forme di carattere assistenziale/housing sociale, coerentemente con la normativa regionale, è un miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dal sistema di offerta residenziale, anche con l'obiettivo di un contenimento del ricorso a strutture non a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

Relativamente alle attività erogate in strutture non a contratto, si richiamano le ASL a mantenere, tramite i Dipartimenti di Salute Mentale, un monitoraggio costante dei ricoveri in atto, prevedendo la registrazione nel Sistema Informativo Psichiatrico dei contatti con i pazienti e verificando periodicamente il permanere delle condizioni che hanno reso necessario l'inserimento in strutture non a contratto.

L'acuzie in SPDC

Gli obiettivi prioritari per il 2012 sono connessi all'attuazione locale delle linee indicate dal GAT SPDC, con particolare attenzione alla verifica dei protocolli previsti (contenzione e contenimento aggressività), alla continuità e al monitoraggio delle azioni avviate nel corso dell'anno.

Il processo di dimissione dagli OPG

La rilevazione regionale effettuata nell'ottobre 2011, cui hanno risposto tutte le ASL e i DSM, offre i seguenti dati:

- I pazienti residenti sul territorio della ASL attualmente in OPG per i quali i DSM e/o le ASL hanno ricevuto richiesta di valutazione e/o hanno in corso una progettualità ai fini della dimissione e/o inserimento in struttura residenziale nel 2011 sono 132
- I pazienti residenti sul territorio della ASL dimessi da un OPG a partire dal 1.1.2011 su progetto del DSM e/o autorizzazione della ASL sono 132.

Risulta quindi che 264 pazienti lombardi sono stati dimessi o hanno in corso un progetto per esserlo dal sistema OPG italiano nel 2011 e sono stati accolti tramite il sistema sanitario e di salute mentale di questa Regione.

Pertanto occorre proseguire il lavoro in atto da parte dei DSM e delle ASL, in collegamento con l'OPG di Castiglione delle Stiviere, in coerenza con le determinazioni nazionali e regionali, la programmazione dell'utilizzo delle strutture residenziali e le succitate indicazioni del GAT regionale sui dimessi da OPG nel territorio.

Il sistema informativo

Nei primi mesi del 2012 si avvierà la sperimentazione pilota del nuovo sistema informativo della Psichiatria. Nel corso dell'anno il sistema sarà progressivamente diffuso presso le varie Unità Operative lombarde in coerenza con un piano di diffusione che sarà definito congiuntamente tra DGS, ASL e AO. A questo fine si invitano le aziende ospedaliere e gli erogatori privati accreditati a supportare il processo di implementazione del nuovo software nelle strutture dei DSM.

In previsione dell'imminente avvio del nuovo sistema informativo si richiama l'importanza di garantire, da parte dei soggetti erogatori, la completezza dei dati (non superando, sui dati valorizzati, il 3% di missing per i codici ICD 10 e i codici fiscali degli assistiti) e la revisione ed aggiornamento delle diagnosi dei pazienti in trattamento fino alla 3° cifra del codice ICD 10. Al fine di permettere una maggiore affidabilità del dato diagnostico è prevista con la nuova versione

del software la possibilità di indicare per lo stesso paziente, oltre la diagnosi principale, una seconda diagnosi ICD 10.

2) NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

1) progetti di NPIA

Si conferma anche per il 2012 la possibilità per le ASL di attivare, a fronte di esigenze cliniche documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche e con risorse aggiuntive non storicizzabili, specifici progetti per l'area della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, di durata biennale, finalizzati allo sviluppo di interventi coordinati tra più servizi di NPIA sul territorio di una stessa ASL, a programmi di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi oltre che a percorsi diagnostico terapeutici mirati alle aree di particolare criticità. La presentazione dei progetti (siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati) dovrà avvenire entro il 15.01.2012. Il budget complessivo a disposizione a livello regionale per il 2012 sarà di 10 milioni di euro, in base alla tabella sotto riportata.

La ripartizione delle risorse è stata effettuata in base alla popolazione residente 0-17 anni, riparametrata in modo inversamente proporzionale alla presenza di risorse nei servizi di NPIA e nei servizi di riabilitazione per l'età evolutiva nel territorio di riferimento.

ASL	Budget di riferimento
BERGAMO	1.200.000
BRESCIA	1.000.000
COMO	400.000
CREMONA	500.000
LECCO	320.000
LODI	200.000
MANTOVA	350.000
MILANO	1.900.000
MILANO 1	948.000
MILANO 2	550.000
MONZA BRIANZA	800.000
PAVIA	430.000
SONDRIO	152.000
VARESE	520.000
VALCAMONICA-SEBINO	100.000
PROGETTI SOVRATERRITORIALI	630.000
TOTALE 2012	10.000.000

2) Aree prioritarie di intervento e di approfondimento per il 2012

a) acuzie psichiatrica in adolescenza (APA)

Alla luce di quanto emerso dal GAT sul trattamento dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, si evidenziano di seguito gli interventi prioritari da effettuarsi da parte di ASL e AO:

- Strutturazione, presso ogni UONPIA, di modalità di accesso ambulatoriale prioritario per la gestione del pre e post APA e per la fascia 16-18 anni, coerentemente con quanto sopra, possibili sperimentazioni di equipe funzionali integrate a livello territoriale con le UO di Psichiatria sugli esordi precoci delle psicosi anche utilizzando modalità e risorse dei programmi innovativi specifici dei DSM e dei progetti di NPIA
- Strutturazione, in ogni Azienda Sanitaria dotata di PS, di protocolli condivisi tra le diverse UO per la gestione dell'APA
- Strutturazione in ogni ASL, per il tramite dell'OC NPIA, di protocolli condivisi interaziendali per la gestione dell'APA, che includano l'individuazione nel territorio di riferimento di almeno un PS/DEA presso il quale sia garantita la consulenza NPIA diurna feriale 8-17
- Rilevazione della situazione strutturale e organizzativa esistente presso i PS/DEA sopraindicati, nell'ottica dell'individuazione di spazi dedicati presso i quali poter effettuare OBI NPIA; definizione della fattibilità e delle modalità organizzative necessarie
- Implementazione dei posti letto di NPIA, anche attraverso l'attivazione di macroaree di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito di letti dipartimentali, con priorità alla città di Milano
- Rilevazione della situazione esistente nei reparti pediatrici e SPDC rispetto all'appropriatezza strutturale ed organizzativa in caso di eventuali ricoveri di APA, e individuazione degli interventi di adeguamento necessari

b) informatizzazione delle UONPIA

Nel corso del 2012 è fondamentale completare la dotazione informatica ed il collegamento in rete di tutte le sedi appartenenti alle UONPIA, con particolare attenzione a quelle periferiche, onde garantire da un lato l'adeguatezza dell'intervento riabilitativo e dall'altro porre le basi per l'attivazione di un sistema informativo mirato delle UONPIA, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la NPIA prevedendo l'integrazione al SISS.

c) interventi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NPIA

Alla luce della trasformazione avvenuta in questi anni nella tipologia dei bisogni di semiresidenzialità e residenzialità terapeutica in infanzia ed adolescenza, delle notevoli disomogeneità di distribuzione territoriale delle strutture esistenti, della carenza significativa di risposte per alcune tipologie di utenza, evidenziata anche nel documento del GAT APA, appare necessario effettuare un approfondimento mirato relativamente al sistema degli interventi residenziali e semiresidenziali di NPIA, anche nell'ottica di valutare la eventuale necessità di revisione dei requisiti di accreditamento e delle tariffe.

Pertanto, l'accreditamento di nuove strutture semiresidenziali e residenziali di NPIA nel 2012 potrà avvenire solo dopo la conclusione del GAT ad esse relativo, così come la possibilità di stipulare, previa verifica con la DG Sanità dell'equilibrio complessivo di sistema, nuovi contratti con strutture già accreditate e non a contratto.

3) Disabilità complessa: accessibilità, tempestività e percorsi di cura

La tempestività dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo rappresenta un elemento critico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva ed in particolar modo nell'ambito della disabilità complessa e dei disturbi dello sviluppo. Data l'evidente complessità della gestione delle liste d'attesa in età evolutiva, il tema richiede un approfondimento sistematico ed interventi mirati (anche attraverso l'istituzione di un GAT) :

- la rilevazione dettagliata della situazione esistente presso ogni ASL, che includa UONPIA, accreditato di NPIA, riabilitazione dell'età evolutiva
- la formazione per gli operatori dei servizi su segmentazione dell'utenza, gestione liste d'attesa, livelli minimi erogativi e definizione di criteri di priorità

Data inoltre la peculiarità e specificità delle prestazioni di NPIA, la necessità di continuità nella presa in carico, la complessità della gestione delle liste d'attesa esistenti, a ulteriore precisazione di quanto già indicato nella nota della DG sanità del 3-2-2010 prot H1.2010.0004404, si raccomanda che la prenotazione delle attività avvenga attraverso CUP dedicato interno alle UONPIA con operatori formati, onde consentire la gestione degli accessi attraverso adeguati criteri di priorità.

4) modalità di monitoraggio e finanziamento delle attività

Nel corso del 2011 è stato completato il previsto approfondimento relativo alle prestazioni erogabili dei servizi di NPIA accreditati pubblici o privati. E' stata conseguentemente effettuata la revisione degli allegati 1A, 1B, 1C ed 1D della DGR n. 2800/2000, su cui è stato acquisito il parere favorevole del Coordinamento dei Referenti di NPIA regionale e della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza). Il pagamento del ticket, se dovuto, riguarda solo le attività dirette di cui agli allegati 1A ed 1B. A partire dal 1 gennaio 2012 decorreranno pertanto le nuove modalità di monitoraggio e finanziamento delle attività dei servizi di NPIA, secondo quanto indicato in allegato. Contestualmente verrà attivato un monitoraggio mirato delle attività erogate dai servizi di NPIA. Per quanto riguarda la codifica diagnostica, per la quale è previsto dalle Linee di Indirizzo per la NPIA l'utilizzo dell'ICD10, la conversione della diagnosi principale ICD10 in ICD9-CM dovrà avvenire attraverso la specifica tabella di conversione allegata. Si ricorda inoltre la necessità di adempiere all'obbligo informativo attraverso Fluper per tutto il personale afferente ai servizi di NPIA.