

quantità e qualità dell'attività svolta, nonché sulla dimensione temporale dei programmi di ricovero.

In attesa di definizioni successive da parte Direzione Generale Sanità, come anticipazione transitoria delle indicazioni contenute nel Piano Regionale Salute la tariffa per giornata di degenza relativamente a ciascun utente attualmente degente presso una SR psichiatrica viene negoziata da parte dell'ASL sulla base dei tre livelli tariffari attuali:

➤ Euro 165,3

➤ Euro 113,6

➤ Euro 77,4

in coerenza con la durata massima di degenza prevista per la diversa tipologia di struttura

➤ 18 mesi la CRA

➤ 36 mesi le CPA e CPM

e/o con l'intensità assistenziale offerta negli ultimi 18 mesi per ragione d'anno all'interno del programma individuale di trattamento erogato (meno di 250 interventi per anno, tra 250 e 400 interventi per anno; più di 450 interventi per anno).

Transitoriamente e in attesa di successive indicazioni da parte della Direzione Generale Sanità, qualora all'interno di una singola SR siano contemporaneamente presenti utenti con programmi di cura diversificati le tariffe si adeguano al programma del singolo utente con una verifica trimestrale da parte delle ASL e con un coerente possibile adeguamento degli standard organizzativi e di personale da *verificarsi* trimestralmente.

Si precisa inoltre *che*, nell'ambito dei programmi di cura erogati da tutte le SR pubbliche e private accreditate a contratto, devono essere forniti dalle SR stesse ogni tipo di farmaco, intervento diagnostico - clinico e attività sanitaria appropriate per il trattamento della patologia psichiatrica senza ulteriore onere a carico del fondo sanitario regionale e senza oneri a carico degli ospiti. Per quanto riguarda i farmaci per il trattamento di patologie non psichiatriche di particolare complessità; transitoriamente e in attesa delle definizioni regionali relative al finanziamento dei programmi residenziali con distinzione tra quota fissa: quota variabile, si conviene di considerare le SR appartenenti ai DSM pubblici alla stregua degli altri servizi specialistici delle AO. Si conviene altresì che per quanto riguarda la permanenza in SR private accreditate a contratte il paziente mantiene l'iscrizione con il MMG che rimane titolato ai processi di cura per le patologie non psichiatriche. Pertanto, la prescrizione di farmaci o di percorsi terapeutici non correlati alla patologia psichiatrica rimane a carico del MMG e i costi relativi non sono da considerarsi nella tariffa giornaliera applicata

Il Direttore Generale
Carlo Lucchina

**Ai Direttori Generali
delle Aziende Ospedaliere**

**Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali**

**Ai Commissari Straordinari
degli IRCCS di diritto pubblico**

**Ai Legali Rappresentanti
degli IRCCS di diritto privato**

**Ai Legali Rappresentanti
degli Ospedali Classificati
con attività di psichiatria**

**Ai Legali Rappresentanti
delle Case di Cura
private accreditate
con attività di psichiatria**

**Ai Legali Rappresentanti
delle Strutture Psichiatriche
private accreditate**

CIRCOLARE N. 28/SAN

LORO SEDI

Oggetto : Residenzialità Psichiatrica: prime norme attuative del Piano Regionale Salute Mentale (DRG n. 17513 del 17 maggio 2004)

In attuazione del Piano Regionale Salute Mentale (DGR n. 17513 del 17 maggio 2004), con particolare riferimento all'area della residenzialità psichiatrica, si forniscono le seguenti indicazioni:

Organismo di coordinamento per la salute mentale

Le ASL d'intesa con le Aziende Ospedaliere che insistono sul suo territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati a contratto, Comuni e terzo settore **istituiscono l'organismo coordinamento per la salute mentale**. Esso si dota di una struttura organizzativa propria, definisce un regolamento relativo sia alla composizione e rappresentanza delle diverse articolazioni, sia all'organizzazione delle attività e al calendario delle riunioni.

Rete servizi e emergenza
Via Pola, 9 e 11 – 20124 Milano - [http:// www.regione.lombardia .it](http://www.regione.lombardia.it)
Tel. 02 6765 3351 - Fax 0267658306

Riguardo alla composizione, deve essere garantita la partecipazione del direttore dei DSN che può avvalersi dei responsabili delle strutture complesse che operano nel DSM, garantendo la rappresentanza della NPI. Inoltre, deve essere garantita la partecipazione del direttore del dipartimento ASSI e del direttore del dipartimento Servizi Sanitari di Base dell'ASL, di rappresentanti delle strutture private accreditate a contratto, di rappresentanti delle associazioni di tutela dei malati, dei familiari e del terzo settore, di dirigenti comunali designati dalla conferenza dei sindaci. Gli organismi di coordinamento attivano in "funzione degli obiettivi e dei compiti prescritti nel Piano gli strumenti in questo indicati.

Riguardo alle esigenze di tipo residenziale, essi avranno obiettivi relativi al monitoraggio dei bisogni di residenzialità secondo criteri epidemiologici e nell'ambito dei più vasti bisogni sociali di un territorio, alla definizione di previsioni di spesa (budget), al controllo e alla verifica delle attività erogate, alla promozione di programmi innovativi che favoriscano l'uso razionale delle risorse e insieme interventi di buona pratica clinica.

Riqualificazione delle Strutture Residenziali (SR)

Nel rispetto degli attuali requisiti di accreditamento previsti dalla d.g.r. 38133 del 6 agosto 1995 e fino a nuova determinazione regionale le SR vengono così riqualificate :

Gli attuali CRT vengono rinominati **Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA)**.

- Le **CRA** erogano programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa. La durata di degenza è 18 mesi. Tale limite è inderogabile per i nuovi accoglimenti.
- Per gli utenti già ricoverati in SR, il limite di 18 mesi di degenza (540 gg di ricovero) viene calcolato considerando gli ultimi 24 mesi.
- I programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuta l'appropriatezza tramite l'organismo di Coordinamento per la Salute Mentale).

Le attuali Comunità Protette ad alta protezione vengono rinominate Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA).

La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi.

- ➡ Per gli utenti già ricoverati in SR, il limite di 36 mesi di degenza (1080 gg di ricovero) viene calcolato considerando gli ultimi 42 mesi.
- ➡ Tutti i programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuta l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento per la Salute mentale).

Le attuali Comunità Protette a media protezione vengono rinominate Comunità Protette a Media Assistenza (CMP).

- ➡ La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi. Per gli utenti già ricoverati in SR, il limite di 36 mesi di degenza (1080 gg di ricovero) viene calcolato considerando gli ultimi 42 mesi.
- ➡ Tutti i programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuta l'appropriatezza tramite l'Organismo di per la Salute Mentale)

Le attuali CP a bassa protezione assumono il nome di Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo o altro a seconda delle proprie caratteristiche.

- ➡ In tali strutture non vi è durata massima di degenza.

Appropriatezza dei programmi residenziali erogati dalle SR Per ogni utente inserito in SR dovrà essere elaborato un Progetto Terapeutico - Riabilitativo (PTR) coerente e funzionale al Piano di Trattamento Individuale (PTI) elaborato in sede territoriale.

Le SR riqualificate dovranno recepire le linee guida e gli indicatori di attività che vengono presentati nel Piano Regionale Salute Meritale come "protocollo di accoglimento, trattamento, dimissione". Tali protocolli devono essere applicati e mantenuti nel tempo con revisione annuale. Essi sono stati sviluppati nella logica di offrire garanzie agli utenti delle SR e di introdurre criteri ed elementi obiettivi per facilitare il governo del sistema.

Le verifiche periodiche da parte della ASL, che è il soggetto preposto al controllo dell'appropriatezza del ricovero e della realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo, terranno in considerazione gli indicatori relativi ad accoglimento, trattamento e dimissioni dalla SR descritti nei protocolli presentati nel Piano Regionale Salute Mentale, i seguenti criteri di ammissione:

1. criteri relativi alla diagnosi;
 2. criteri relativi all'età,
- a) criteri relativi alla diagnosi: sono applicabili a tutte le tipologie di SR. Sono considerate, diagnosi elettive: Schizofrenia e sindromi correlate. Sindromi affettive gravi (Sindrome depressiva ricorrente grave, Sindrome affettiva bipolare), Disturbi della personalità. Sono considerate diagnosi di esclusiof2e: Demenza primaria, Grave ritardo mentale;
- b) i limiti di età sono correlati alle tipologie delle SR e sono connessi all'opportunità che risorse riabilitative, specialmente, quelle intensive, siano utilizzate verso un'utenza con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati e prevedibilmente verso soggetti con un decorso non troppo prolungato di trattamento. **Pertanto, per le SR di area riabilitativa (CRA) si stabilisce, per le nuove ammissioni, un limite di età di 50 anni.** Per le SR di area assistenziale (CPA, CPM), si introduce, per le nuove ammissioni, il limite di età di 65 anni, oltre il quale, generalmente, i problemi di disabilità e i bisogni di supporto assistenziale per i malati di mente tendono ad omologarsi a quelli della popolazione anziana.

Relativamente ai nuovi inserimenti in SR i DSM, che sono i soggetti preposti alla richiesta di inserimento in SR e all'invio degli utenti, dovranno indicare il programma residenziale appropriato per il singolo utente, se di area riabilitativa o di area assistenziale e in questo caso se di alta o media assistenza o se l'utente, è idoneo per un inserimento in SR quali Casa Alloggio, Casa Famiglia o altre strutture a bassa assistenza.

Le singole ASL, ai fine di ovviare all'eventuale difficoltà a gestire congruamente l'equilibrio del sistema, possono prevedere, nel rapporto con i DSM del proprio territorio, norme di cautela circa il livello di spesa indotta sul budget assegnato per i propri residenti sulla base di indicatori delineati dalla ASL nell'ambito dell'Organismo di coordinamento e finalizzati a correggere eventuali squilibri tra domanda e offerta. Inoltre, tutti gli erogatori accreditati a contratto dovranno provvedere a comunicare alla ASL del proprio territorio l'eventuale disponibilità di posti letto all'interno delle proprie strutture residenziali psichiatriche al fine di limitare l'invio di utenti verso strutture fuori Regione o in strutture accreditate non a Contratto.

Contratto integrativo tra la ASL e gli erogatori pubblici e privati accreditati per la psichiatria

In attuazione della DRG 15324 del 28 novembre 2003, in particolare dell'allegato che prevede, con il coordinamento della Direzione Generale, la contrattazione tra le ASL e i soggetti erogatori accreditati a contratto relativamente al volume di attività della psichiatria riconducibile al flusso informativo "46/san", si dà indicazione perché le ASL procedano con i contratti integrativi con i soggetti erogatori accreditati a contratto sul proprio territorio negoziando le risorse assegnate per il 2004. Con indicazione regionale le singole ASL riceveranno una proposta di indirizzo operativo definita a seguito degli incontri e delle osservazioni pervenute dalle stesse ASL, riservando alle singole ASL la definizione dei piani di controllo con la possibilità di introdurre degli indicatori per la