



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 35/6 del 12.9.2007

## Linee di indirizzo per l'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze

### Indice

1. Premessa
2. Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze (DSMD)
  - 2.1. Indirizzi di carattere generale
  - 2.2. Compiti del DSMD
3. Articolazioni strutturali ed organizzative del DSMD
  - 3.1. Organizzazione del DSMD
  - 3.2. Funzioni direttive del DSMD
  - 3.3. Organismi di coordinamento e partecipazione del DSMD
4. Centro di Salute Mentale (CSM)
  - 4.1. Strutture, organizzazione, funzioni del CSM
5. Servizio per le Dipendenze (SerD)
  - 5.1. Struttura, organizzazione, funzioni del SerD
6. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
  - 6.1. Struttura, organizzazione, funzioni dell'SPDC
7. Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS)
  - 7.1. Organizzazione e funzioni dell'ARIS
  - 7.2. Strutture residenziali e semi-residenziali per la salute mentale
  - 7.3. Strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze
  - 7.4. Il budget individuale di salute
8. Rapporti con le Aziende Ospedaliero-Universitarie
9. Integrazione dei servizi per la tutela della salute mentale e per le dipendenze
10. Unità di Coordinamento Regionale per le Dipendenze (UCRD)



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 1. Premessa

Le presenti linee d'indirizzo offrono indicazioni organiche sull'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), individuato come dipartimento strutturale dall'atto di indirizzo per l'atto aziendale *"Principi e criteri direttivi per l'atto aziendale delle aziende sanitarie locali"* di cui alla DGR 30/38 del 2/8/2007, ai sensi dell'art. 9 comma 3 della LR n. 10 del 28 luglio 2006.

Esse, in coerenza con gli obiettivi e le priorità del Progetto Obiettivo *"Tutela della Salute Mentale"* 1998 – 2000, della LR 28 luglio 2006, n. 10 *"Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5"* e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 - 2008, rispondono alla necessità di promuovere la partecipazione e condivisione sociale delle tematiche della salute mentale e la complessiva riorganizzazione dei servizi attraverso azioni finalizzate a garantire l'accoglienza "a bassa soglia" della domanda, la continuità terapeutica nel rispetto dei diritti della persona, il riconoscimento e il rafforzamento delle associazioni dei familiari e delle persone con disturbo mentale, l'adeguatezza e la qualità degli ambienti che le accolgono, la presa in carico delle persone con disagio o disturbo mentale detenute negli Istituti di pena e l'attivazione di percorsi alternativi all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), l'appropriatezza dell'utilizzo delle strutture residenziali in rapporto alle esigenze delle persone.

Le presenti linee guida si inseriscono all'interno di un insieme di interventi avviati in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 - 2008 relativamente alla formulazione del Progetto strategico salute mentale e riguardanti:

- la formazione, con l'attuazione di un progetto formativo rivolto a tutto il personale impegnato nell'ambito della salute mentale e finalizzato a potenziare le abilità di presa in carico armonica e complessiva dei bisogni delle persone con disturbo mentale (progetto *"Lavorare per progetti: formazione degli operatori dei servizi psichiatrici della Sardegna"*; finanziamento del Ministero della Salute a carico del FSN ai sensi dell'art 1 comma 34/34 bis legge 23.12.1996, n. 662);
- la qualificazione degli spazi e dei luoghi della salute mentale, con l'intento di superare la trascuratezza ed il degrado di spazi e strutture (DGR n. 38/19 del 2.8.2005, *"Progetto strategico di salute mentale – Linee di indirizzo per la riqualificazione delle strutture"*);
- la promozione di interventi finalizzati alla presa in carico delle persone con disturbo mentale coinvolte nel circuito giudiziario/penitenziario, la riduzione degli invii in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e la dimissione dallo stesso (DGR n. 40/3 del 26.8.2005, *"Schema di Convenzione tra Regione Sardegna, Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Sardegna per l'organizzazione del servizio relativo alla tutela della salute mentale in ambito penitenziario"*);



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DGR n. 27/5 del 21.6.2006, “Schema di convenzione tra Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato dell’Igiene, Sanità e dell’Assistenza sociale e Ministero della Giustizia, Centro Giustizia Minorile della Sardegna, per l’organizzazione del servizio per la tutela della salute mentale dei minori e giovani adulti sottoposti a misure penali”);

- l’abilitazione e l’inclusione sociale, con l’adozione di misure rivolte a promuovere la diversificazione e l’integrazione degli interventi sociali e sanitari all’interno di progetti personalizzati idonei a garantire il pieno diritto di cittadinanza delle persone con l’esperienza del disturbo mentale (DGR n. 23/29 del 30.5.2006 “Presentazione di progetti d’intervento di cui alla L.R. 20/97 “Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche” e all’art. 9, comma 10 della LR 24 febbraio 2006 n. 1”; DGR n. 42/11 del 4.10.2006 “Linee di indirizzo per l’attuazione del programma sperimentale “Ritornare a casa”; art. 33, comma 3, LR 29 maggio 2007, n. 2 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2007)”);
- l’offerta complessiva dei servizi di salute mentale delle ASL, con lo stanziamento di risorse da utilizzarsi all’interno di progetti strategici aziendali per il perseguimento degli obiettivi del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008 sulla salute mentale (DGR n. 32/11 del 29.8.2007, “Progetto strategico salute mentale: interventi per il potenziamento dell’offerta di servizi”).

Contemporaneamente all’adozione di provvedimenti ed azioni nel campo della salute mentale, sono stati adottati altri provvedimenti nel campo delle dipendenze patologiche, basati su analoghe valutazioni della necessità di riqualificazione degli interventi, della rete dei servizi e di inclusione sociale (DGR n. 44/9 del 20.9.2005, “Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d’abuso”; DGR n. 42/10 del 4.10.2006 e DGR n. 25/51 del 3.7.2007, “programma sperimentale di inclusione sociale”; DGR n. 12/3 del 27.3.2007, “Programma regionale d’interventi nel settore delle dipendenze in attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari”).

La Regione Sardegna ha adottato la scelta innovativa di prevedere, nell’ambito del processo di riorganizzazione delle ASL di cui alla LR 28 luglio 2006, n. 10, che le attività relative alla salute mentale e alla prevenzione e cura delle dipendenze siano organizzate in un unico dipartimento denominato “Dipartimento aziendale della salute mentale e delle dipendenze” (DGR n. 30/38 del 2.8.2007, “Principi e criteri direttivi per l’atto aziendale delle aziende sanitarie locali - Approvazione definitiva”) sulla base del progressivo riconoscimento delle analogie esistenti fra i due ambiti in relazione:

- alle problematiche coinvolte, all’impatto sul tessuto sociale, agli strumenti e interventi utili a fornire le risposte negli ambiti della prevenzione, cura, riabilitazione ed inclusione sociale;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- alla frequenza con la quale le due condizioni convivono nella persona, famiglia e comunità sociale.

Il dipartimento unico tende a promuovere un progressivo aumento del livello di integrazione fra i due ambiti di intervento. Pur tuttavia si ritiene che il processo di integrazione fra le due aree debba essere rispettoso delle competenze e specializzazioni acquisite nei due ambiti, in modo da garantire sia l'integrazione che la diversificazione degli interventi.

La riorganizzazione dei servizi per la salute mentale e per le dipendenze è funzionale alla adozione di strategie – fondate sulla centralità della persona, lo sviluppo di comunità, la prevenzione e la promozione della salute, l'integrazione socio-sanitaria, la "proattività" dei servizi – volte a rendere effettive le possibilità di accoglienza, i diritti di cittadinanza, la congruenza dell'intervento terapeutico nella gestione della crisi e le modalità di sostegno di lungo periodo delle persone con disturbo mentale o dipendenza patologica; strategie nelle quali il lavoro clinico si riarticola nell'incontro con la persona, con la sua storia, con l'insieme delle sue relazioni.

I temi dell'accessibilità, della valutazione del bisogno, della pianificazione e della gestione del programma terapeutico-riabilitativo individuale in rapporto alle risorse e al coinvolgimento della rete delle relazioni della persona con disturbo mentale o dipendenza patologica e del suo contesto sono al centro della nuova strategia di intervento in capo al DSMD.

## **2. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)**

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), dipartimento strutturale, è la struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze e all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale dei cittadini. Il DSMD sostiene il processo di rinnovamento dell'organizzazione e delle strategie di intervento e consolida l'organizzazione dei servizi in una visione territoriale dell'assistenza.

L'attivazione del DSMD e la sua definizione in termini di risorse strutturali, risorse umane, organizzazione, procedure e obiettivi rappresenta obiettivo prioritario delle ASL. A tal fine le ASL:

- individuano, sulla base dei *"Principi e criteri direttivi per l'atto aziendale delle Aziende Sanitarie Locali"* (DGR 23/10 del 13.6.2007) compiti e responsabilità, prefigurando uno schema organizzativo che si avvalga di strutture semplici, complesse e funzioni, anche relativamente ai Servizi per le Dipendenze;
- verificano, per la costituzione di centri di costo e il controllo di gestione, la spesa reale sostenuta in ogni DSMD (consuntivo 2006) per il personale, le strutture, l'acquisto di servizi, contratti e convenzioni con la cooperazione sociale, ricoveri in strutture private regionali ed



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

extraregionali e quanto altro attribuibile alle spese, suddivise per l'area della "salute mentale" e delle "dipendenze";

- verificano le risorse umane attualmente dedicate alla salute mentale e alle dipendenze patologiche e ne valutano l'adeguatezza in rapporto alla popolazione ed ai progetti di innovazione che si intende avviare;
- deliberano il regolamento del DSMD, avendo cura di garantire la partecipazione alla stesura di tutte le componenti professionali ed associative.

### 2.1 Indirizzi di carattere generale

Le ASL garantiscono il funzionamento dei DSMD in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-08 e dei seguenti indirizzi generali:

- garantire l'effettiva presa in carico globale, anche attraverso l'individuazione di responsabili dei singoli casi, evitando la frammentazione dei percorsi assistenziali e la dispersione delle informazioni, e assicurando un punto di riferimento certo alle persone con disturbo mentale o con dipendenza patologica;
- prevedere che i servizi per la salute mentale e i servizi per le dipendenze operanti nell'ASL costituiscano un complesso organizzativo unico, coerente e radicato nel territorio capace di incontrare i bisogni piuttosto che organizzarsi sull'attesa della domanda, assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi e lo stretto raccordo con gli altri servizi dell'ASL;
- prevenire pratiche di abbandono e percorsi stigmatizzanti lesivi dei diritti della persona, compreso il ricorso a mezzi di contenzione;
- operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale o di problematiche connesse all'abuso e dipendenza da sostanze o comportamentali e promuovere attivamente i diritti di cittadinanza;
- valorizzare il protagonismo degli utenti, delle famiglie, e dei diversi soggetti interessati delle comunità locali.

I programmi annuali delle ASL, elaborati in coerenza con i suddetti indirizzi generali, prevedono strategie e modalità per una progressiva riqualificazione dell'offerta assistenziale dei DSMD ed in particolare:

- garantiscono che i servizi di salute mentale e delle dipendenze territoriali siano disposti all'ascolto, curando l'accoglienza "a bassa soglia", evitando liste di attesa e qualsiasi rinvio della domanda;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- si raccordano con la comunità e le sue istituzioni, con il sistema integrato dei servizi alla persona nell'ambito della predisposizione del Plus e della sua attuazione, sia per quanto attiene le problematiche relative agli utenti con patologia psichiatrica, sia relativamente alle persone con problemi di dipendenza;
- prevedono un allargamento della partecipazione del privato sociale sia nella gestione di percorsi residenziali che di formazione e inserimento lavorativo per le persone che vivono o hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale o della dipendenza, promuovendo la qualificazione e la capacità imprenditoriale di tutto il sistema dell'impresa sociale;
- promuovono l'adeguatezza e la qualità di ambienti ed arredi di tutte le strutture che accolgono a diverso titolo persone con disturbo mentale e con problemi di dipendenza in linea con le indicazioni della Giunta regionale in materia di qualificazione degli ambienti.

In fase di prima applicazione, le ASL si attivano per perseguire i seguenti obiettivi:

- l'apertura del CSM per almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7 compatibilmente con la disponibilità di risorse. In prima applicazione i territori delle ASL 1, 3 e 8 sono individuati come aree pilota nelle quali sperimentare progetti di funzionamento del CSM sulle 24 ore;
- l'attuazione di protocolli e procedure condivise tra gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e i diversi attori (118, enti locali, pronto soccorso, forze dell'ordine, ecc), che garantiscano la risposta all'emergenza, all'urgenza e alla crisi nel rispetto della dignità e della libertà della persona;
- la predisposizione di programmi terapeutico-riabilitativi intensivi finalizzati al rientro delle persone attualmente internate negli OPG anche attraverso l'utilizzo delle risorse della LR 30 maggio 1997 n. 20 e successive modifiche e delle risorse del programma regionale "Ritornare a casa" (DGR, n. 42/11 del 4.10.2006);
- la formulazione di indirizzi e criteri per la predisposizione dei budget di salute e l'individuazione delle modalità di gestione e di realizzazione degli stessi;
- la verifica dell'appropriatezza dell'utilizzo delle strutture residenziali in rapporto alle esigenze delle persone che necessitano di percorsi riabilitativi;
- il monitoraggio delle attività di ricovero al fine di ridurre, fino ad evitarla, ogni forma di contenzione fisica;
- l'avvio di un piano di monitoraggio continuo del suicidio nel proprio territorio e di interventi di sensibilizzazione e prevenzione.

### 2.2 Compiti del DSMD



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il DSMD nel rispetto degli indirizzi generali di cui sopra ha il compito di:

- indirizzare, coordinare e verificare i programmi di prevenzione e gli interventi clinico-diagnostici e terapeutico-riabilitativi, garantendo la continuità assistenziale e la qualità dell'assistenza;
- gestire le risorse assegnate dal Direttore Generale e controllare le modalità di gestione, da parte delle strutture nelle quali si articola, delle risorse umane e finanziarie loro assegnate nell'ambito del budget attribuito; curare gli adempimenti amministrativo - contabili;
- partecipare alla definizione del Programma sanitario annuale e triennale e del Piano locale unitario dei servizi (Plus);
- realizzare attività di informazione, comunicazione sociale ed educazione sanitaria;
- realizzare attività di ricerca, innovazione e promozione di buone pratiche, eticamente rispettose dei diritti delle persone;
- garantire l'aggiornamento e la formazione del personale perseguendo l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi; sostenere momenti formativi e di scambio, in collaborazione con il servizio aziendale della formazione;
- organizzare il sistema informativo dipartimentale, coordinando la raccolta e la elaborazione dei dati di rilievo epidemiologico, amministrativo e contabile a fini istituzionali garantendo la gestione dei flussi epidemiologici nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- controllare la corrispondenza tra l'attività prestata e quella prevista dai contratti per i servizi esternalizzati;
- coordinare l'attività dei Servizi per le Dipendenze secondo le indicazioni del "Programma Regionale di interventi nel settore delle Dipendenze" (DGR n. 12/3 del 27.3.2007), garantendo la piena integrazione con gli interventi e strutture per la salute mentale;
  - assicurare il coordinamento interno tra le strutture afferenti al DSMD; il loro raccordo ed integrazione con le altre strutture aziendali negli ambiti della formazione, prevenzione, riabilitazione, con particolare riguardo ai servizi distrettuali, in tema di accoglienza e valutazione (Punto Unico di Accesso e Unità di Valutazione Territoriale dei distretti) e di articolazione degli interventi (consultori, neuropsichiatria infantile, medicina generale, riabilitazione, medicina scolastica, assistenza domiciliare).

### **3. Articolazioni strutturali ed organizzative del DSMD**

Il DSMD è costituito dalle seguenti unità organizzative:

- il Centro di Salute Mentale (CSM),



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il Servizio per le Dipendenze (SerD),
- il Servizio Psichiatrico ospedaliero di Diagnosi e Cura (SPDC), ove presente,
- l'Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS), ove prevista.

Sulla base di valutazioni demografiche, epidemiologiche ed organizzative, ciascuna di queste unità può essere individuata come struttura complessa o struttura semplice a valenza dipartimentale.

L'ARIS è prevista come unità organizzativa costitutiva del DSMD nelle ASL le cui dimensioni e problematiche ne giustificano la presenza. Nelle ASL di minori dimensioni, l'ARIS può afferire direttamente alla direzione del dipartimento o essere costituita come unità semplice o posizione funzionale all'interno delle unità organizzative CSM e SerD.

Il numero di massima di strutture complesse per singola ASL è indicato nelle linee guida per l'atto aziendale (DGR 30/38 del 2.8.2007). Eventuali scostamenti devono essere adeguatamente motivati sulla base di valutazioni di carattere demografico, epidemiologico ed organizzativo; in ogni caso l'eventuale previsione di ulteriori unità operative complesse deve riguardare prioritariamente i CSM che erogano i servizi nell'arco delle 24 ore.

### 3.1 Organizzazione del DSMD

L'assetto organizzativo, le procedure e i programmi del DSMD devono basarsi sulle indicazioni della LR n. 10 del 28.7.06, del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008, delle linee di indirizzo per l'atto aziendale di cui alla DGR 30/38 del 2.8.2007 e delle presenti linee guida. Lo sviluppo dell'assetto organizzativo è definito in rapporto alla sostenibilità dei processi innovativi che le ASL intendono perseguire.

La dotazione organica del DSMD, dimensionata in relazione al numero di abitanti del territorio aziendale e considerando i parametri del Progetto Obiettivo *“Tutela della Salute Mentale”* 1998 – 2000 per l'area della salute mentale e i parametri del DM n. 444 del 30.11.1990 per l'area delle dipendenze *“Determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali”*, viene rinviata a successivi atti, in coerenza con le previsioni delle linee di indirizzo per l'atto aziendale di cui alla DGR n. 30/38 del 2.8.2007.

### 3.2 Funzioni direttive del DSMD

Il direttore del DSMD, in coerenza con le indicazioni della LR 28 luglio 2006, n. 10, svolge compiti di programmazione, indirizzo e verifica, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, perseguendo il raggiungimento degli obiettivi assegnati e di quelli propri del DSMD e garantendo





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

una adeguata autonomia nelle strutture, nel personale e nella pratica operativa dei servizi per la salute mentale e di quelli per le dipendenze. Per le modalità di individuazione e nomina del direttore del dipartimento si rimanda alla LR 28 luglio 2006, n. 10 e alla DGR n. 30/38 del 2.8.2007.

Il direttore del DSMD oltre a quanto definito dalla LR 28 luglio 2006, n. 10, dalla DGR n. 30/38 del 2.8.2007 e dalle presenti linee di indirizzo, provvede a ripartire armonicamente le risorse assegnate tra l'area delle dipendenze e quella della salute mentale e nello specifico delle strutture e unità funzionali individuate, in accordo con il piano di attività annuale approvato dalla Direzione Generale.

### **3.3 Organismi di coordinamento e partecipazione del DSMD**

Nell'ambito del DSMD si strutturano modalità di gestione partecipata e di condivisione delle decisioni:

- il *Comitato di Dipartimento* (LR n. 10 del 28.7.06, art. 9, comma f). Il Comitato concorre alla definizione del programma d'attività ed alla verifica degli obiettivi ed è composto dai responsabili delle strutture che vi afferiscono e da una quota di componenti elettivi, individuati tra le professionalità presenti all'interno del dipartimento, secondo quanto meglio specificato nei *"Principi e criteri direttivi per l'atto aziendale delle Aziende Sanitarie Locali"* di cui alla DGR 30/38 del 2.8.2007;
- la *Conferenza di Partecipazione*. La Conferenza è costituita dal direttore del dipartimento, dai responsabili delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale, da rappresentanti di associazioni-non profit dell'utenza e dei familiari individuate fra quelle più rappresentative, da rappresentanti di associazioni del volontariato e della cooperazione sociale attive nel territorio nello specifico della salute mentale e delle dipendenze. Essa ha funzione consultiva; formula proposte e suggerimenti al fine di assicurare una maggiore qualità nell'offerta dei servizi.

Data la particolare complessità delle attività del DSMD, la Direzione può avvalersi di gruppi di lavoro che coinvolgono dirigenti ed operatori per la elaborazione di programmi di carattere organizzativo, assistenziale, abilitativi o comunque strategici per il perseguimento degli obiettivi del DSMD.

## **4 Centro di Salute Mentale (CSM)**

Il CSM (struttura semplice o complessa del DSMD) è la struttura di riferimento territoriale per la salute mentale; garantisce l'assistenza sul territorio e cura l'accoglienza delle persone adulte, delle loro famiglie, dei loro contesti, promuovendo la salute mentale nella comunità. Le strutture del CSM, anche in considerazione della frequente multiproblematicità della domanda di intervento



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, svolgono funzione di prima accoglienza anche rispetto a situazioni/condizioni che richiedono un successivo invio/accompagnamento a strutture/servizi più idonei. Il CSM è responsabile dell'elaborazione, conduzione ed evoluzione del programma terapeutico e riabilitativo individuale; coordina gli interventi ed integra funzioni e risorse anche di diversa provenienza, garantendo sostegno alla vita quotidiana e continuità della presa in carico per le persone con disturbo mentale.

Al fine di garantire una migliore qualità degli interventi, le ASL provvedono ad articolare la presenza dei CSM nel territorio di norma a livello distrettuale, prevedendo CSM sovradistrettuali per gli ambiti di minori dimensioni e CSM subdistrettuali per le aree urbane (tendenzialmente uno ogni 80.000 abitanti).

### **4.1 Strutture, organizzazione, funzioni del CSM**

Il CSM, struttura ad accesso diretto, è collocato in una sede con buona accessibilità, con spazi articolati e dedicati a diverse funzioni. E' prevista una dotazione di posti di ospitalità diurno/notturna, fino ad un massimo di 6-8, destinati alle situazioni e condizioni cliniche e ambientali che per tipologia e gravità non richiedono i supporti sanitari propri dell'Ospedale Generale, ma necessitano di presa in carico temporanea sulle 24 ore in un contesto professionalmente qualificato. L'ospitalità è tale da garantire la privacy degli utenti. Il CSM dispone di spazi polivalenti e flessibili a carattere comunitario, idonei a garantire l'interazione sociale, ma anche la privacy delle persone e delle relazioni terapeutiche. Particolare attenzione è posta alla verifica dell'adeguatezza delle strutture.

L'organizzazione del lavoro del CSM è centrata sull'equipe multiprofessionale, che garantisce la partecipazione degli operatori e delle professionalità nonché la condivisione della conoscenza delle persone prese in carico.

Il CSM svolge le attività previste dal Progetto Obiettivo *"Tutela della Salute Mentale"* 1998 – 2000, orientando l'organizzazione del lavoro per favorire:

- l'accoglienza, ottimizzando le risorse del CSM per garantire la qualità e il decoro degli ambienti e la relazione umana e terapeutica;
- la relazione diretta con le persone e la presa in carico nei luoghi di vita;
- la gestione delle situazioni di crisi con immediatezza e nell'arco delle 24 ore, anche attraverso supporto domiciliare, ospitalità diurna e/o diurno/notturna;
- la continuità assistenziale nella gestione dei ricoveri presso l'SPDC, facilitando la dimissione e la presa in carico territoriale;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la promozione di attività di aggregazione sociale, in cui il CSM si propone come sede di iniziative rivolte alla generalità della popolazione, quale punto di riferimento visibile e riconoscibile sia per le persone con problemi di salute mentale che per i cittadini e per le istituzioni.

Alcune delle funzioni del CSM, quali la gestione della crisi nelle 24 ore, l'accoglienza diurna, il lavoro di rete, possono rappresentare segmenti gestionali di particolare rilievo organizzativo.

Il CSM si raccorda con i SerD individuando, nel singolo caso e sulla base della complessità della situazione clinica e di contesto della persona, gli ambiti di specificità di intervento e quelli di corresponsabilità.

In capo al CSM, dotato di autonomia tecnico – professionale e di responsabilità di gestione di risorse qualora individuato come struttura complessa, vi è un dirigente sanitario medico psichiatra, che assicura il perseguimento delle attività e degli obiettivi di cui sopra nel rispetto degli indirizzi generali definiti dalla Direzione del DSMD e discussi nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

### **5. Servizio per le Dipendenze (SerD)**

Il SerD (struttura semplice o complessa del DSMD) è il fulcro della "rete" territoriale di intervento per le persone con problemi di dipendenza; garantisce l'assistenza sul territorio e cura l'accoglienza delle persone, delle loro famiglie, dei loro contesti. Le strutture del SerD, anche in considerazione della frequente multiproblematicità della domanda di intervento nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, svolgono funzione di prima accoglienza anche rispetto a situazioni/condizioni che richiedono un successivo invio/accompagnamento a strutture/servizi più idonei. Il SerD è responsabile dell'elaborazione, conduzione ed evoluzione del programma terapeutico e riabilitativo individuale; coordina gli interventi ed integra funzioni e risorse anche di diversa provenienza, garantendo continuità della presa in carico per le persone con disturbo da uso di sostanze o dipendenze di tipo comportamentale.

#### **5.1 Struttura, organizzazione, funzioni del SerD**

Il SerD, struttura ad accesso diretto, nel rispetto delle funzioni attribuite dalla normativa nazionale e regionale, attua nel settore delle Dipendenze gli obiettivi prioritari individuati dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008 per:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone con problemi di abuso/dipendenza patologica;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- raccordarsi con i diversi punti della rete dei servizi (sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione promuovendo la territorializzazione dell'assistenza e la diversificazione degli interventi;
- attuare programmi di prevenzione e di riduzione del danno, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, con l'intento di scoraggiare l'uso delle varie sostanze d'abuso (legali ed illegali) e di prevenire le complicità (sanitarie e sociali);
- valorizzare ed integrare con il sistema pubblico, l'esperienza delle associazioni di volontariato, di promozione sociale e di cooperazione sociale.

Il SerD si articola in unità funzionali distrettuali, unità funzionali tematiche e si rapporta funzionalmente agli altri servizi sanitari distrettuali della ASL idonei ad intercettare la domanda di intervento, organizzandosi secondo il modello logistico a raggiera o "hub and spoke" di cui alla DGR 12/3 del 27.03.07 "Programma regionale di interventi nel settore delle Dipendenze".

I SerD mantengono il profilo multidisciplinare del personale e assicurano la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo, medico-farmacologico e preventivo, includendovi le azioni relative alla gestione del budget di salute.

Il SerD, articolato in unità funzionali a carattere multiprofessionale, provvede all'organizzazione territoriale dell'assistenza negli spazi socio-sanitari distrettuali, nelle strutture penitenziarie, e garantisce l'assistenza domiciliare.

Il SerD si raccorda con i CSM individuando, nel singolo caso e sulla base della complessità della situazione clinica e di contesto della persona, gli ambiti di specificità di intervento e quelli di corresponsabilità.

Per ogni ulteriore precisazione, si rimanda al "Programma regionale di interventi nel settore delle Dipendenze" (DGR 12/3 del 27.03.07).

In capo al SerD, dotato di autonomia tecnico - professionale e di responsabilità di gestione di risorse qualora individuato come struttura complessa, vi è un dirigente sanitario medico, che assicura il perseguimento delle attività e degli obiettivi di cui sopra nel rispetto degli indirizzi generali definiti dalla Direzione del DSMD e discussi nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

### **6. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero che eroga trattamenti sanitari, volontari ed obbligatori, a favore di persone con disturbo mentale. Opera quando la complessità del quadro clinico e la rilevanza degli aspetti sanitari richiedono la degenza in ambiente ospedaliero.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Al fine di conciliare le esigenze diagnostico-terapeutiche con le esigenze di relazione delle persone, l'SPDC è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

### 6.1 Struttura, organizzazione, funzioni dell'SPDC

L'SPDC é situato in un ospedale generale della ASL quale struttura operativa del DSMD. Le strutture e l'organizzazione dell'SPDC sono tali da garantire l'assistenza e la salvaguardia dei diritti della persona nella delicata fase di vulnerabilità quale è quella dell'acuzie. In particolare l'SPDC attiva modalità di assistenza che consentano di prevenire le condizioni che portano ad ogni forma di contenzione fisica o farmacologica.

Gli SPDC devono essere dotati di posti letto in numero massimo di 15 (Legge 13 maggio 1978, n. 180 "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*"; Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*"). Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008 prevede un aumento della dotazione di posti letto per la psichiatria dagli attuali 100 a 130. I posti letto dell'SPDC devono intendersi funzionali alle strategie più generali di promozione e sviluppo dell'assistenza psichiatrica territoriale. Nello specifico si prevede la presenza di SPDC in sei ASL della Sardegna, compresa l'apertura di un nuovo SPDC presso l'ASL di Olbia. Le ASL n. 1 e 8, in considerazione della estensione territoriale, del numero di abitanti e della complessità organizzativa, rivedono l'assetto logistico e le procedure per la risposta all'emergenza, valutando la congruità degli SPDC, anche dal punto di vista della qualità degli ambienti e della loro vivibilità, nel rispetto della dignità delle persone e della promozione delle relazioni.

La progressiva riorganizzazione dei DSMD e dei percorsi di cura e di riabilitazione richiedono una adeguata articolazione delle modalità di interazione tra il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e gli altri servizi del dipartimento, in particolare con i CSM, nonché con gli altri servizi sanitari.

Il ricovero ospedaliero va inteso in continuità con gli interventi territoriali.

Il direttore del DSMD definisce le modalità attraverso le quali l'SPDC e il CSM o il SerD assicurano la continuità della presa in carico e l'integrazione degli interventi, ospedalieri e territoriali.

L'SPDC assicura in particolare servizi di osservazione e primo intervento; trattamenti sanitari in condizioni di degenza ospedaliera, volontari e/o obbligatori; consulenze psichiatriche urgenti presso il Pronto Soccorso o nei reparti ospedalieri.

Qualora nel territorio aziendale siano presenti più ospedali sarà compito del DSMD organizzare l'attività di consulenza. L'SPDC partecipa alla formalizzazione di protocolli operativi finalizzati alla collaborazione con i reparti ospedalieri, le forze dell'ordine, le istituzioni giudiziarie ed il carcere.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'SPDC elabora con il pronto soccorso e con i reparti ospedalieri percorsi di accesso, modalità di intervento e consulenza in tutta l'area delle patologie organiche con componenti psichiatriche (psichiatria di consultazione), compresi i disturbi correlati all'abuso di sostanze e le dipendenze comportamentali, coordinandosi con il SerD.

In capo all'SPDC, dotato di autonomia tecnico - professionale e di responsabilità di gestione di risorse qualora individuato come struttura complessa, vi è un dirigente medico psichiatra che assicura il perseguimento delle attività e degli obiettivi di cui sopra nel rispetto degli indirizzi generali definiti dalla Direzione del DSMD e discussi nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

### **7. Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS)**

La previsione di un'Area Residenzialità e Inclusione Sociale risponde all'esigenza di assicurare una programmazione organica e unitaria a un insieme di interventi, tradizionalmente erogati in modo non sufficientemente coordinato ed integrato, propri dell'ambito riabilitativo e del reinserimento sociale. Si fa in particolare riferimento all'area della residenzialità e della semiresidenzialità, agli interventi di inserimento lavorativo e sociale, ai programmi di acquisizione di abilità e competenze.

L'ARIS può rappresentare una opportunità importante per la qualificazione dell'offerta assistenziale, la garanzia della continuità delle cure, la promozione degli interventi delle istituzioni e dei soggetti sociali solidali verso questi ambiti deboli dell'intervento sociale e sanitario.

#### **7.1 Organizzazione e funzioni dell'ARIS**

L'ARIS viene individuata come struttura o funzione di coordinamento e promozione delle attività residenziali, attività formative e di inserimento lavorativo, delle attività di inclusione sociale. Essa si pone in relazione con il sistema dei servizi dipartimentali, con le cooperative sociali e con le associazioni del volontariato.

L'ARIS, che nei DSMD di piccole dimensioni è ricompresa nell'attività della Direzione, assume rilevanza strategica in quanto porta a sintesi operativa la complessità del progetto personalizzato e ne garantisce il monitoraggio e l'esito attraverso un costante lavoro di supporto e di coordinamento alle singole unità operative dipartimentali. Essa svolge le seguenti funzioni:

- coordina le strutture e le iniziative deputate ad attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale a favore dell'utenza, anche predisponendo modalità di applicazione dei budget individuali di salute;
- articola i suoi programmi in luoghi differenziati (strutture residenziali, centri diurni) e concerta i rapporti con le cooperative sociali e le associazioni, ricercando la massima integrazione con i servizi e gli interventi promossi dai Comuni;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- garantisce l'organizzazione delle strutture residenziali, ne verifica la qualità dell'offerta e il rispetto dei diritti delle persone inserite;
- promuove l'inserimento lavorativo e sociale nonché il supporto alla vita di relazione.

La cooperazione sociale costituisce una risorsa per i processi abilitativi e di inclusione sociale delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale o delle diverse forme di dipendenza patologica. E' importante che in ogni ASL si verifichi la presenza nel territorio della cooperazione sociale, in particolare quella di tipo B, attivando, con questa, progetti abilitativi idonei rivolti alla formazione e all'inserimento lavorativo di persone che hanno fatto/fanno l'esperienza del disturbo mentale o della dipendenza da sostanze o comportamentale, promuovendo percorsi integrati. Per ciò che riguarda l'ulteriore definizione della problematica dell'abilitazione, inserimento lavorativo e coinvolgimento della cooperazione sociale per le persone con problemi di dipendenza patologica, si rimanda all'articolazione prevista nel *"Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze"* (DGR n. 12/3 del 27.3.2007).

In capo all'ARIS, dotata di autonomia tecnico - professionale e di responsabilità di gestione di risorse qualora individuata come struttura complessa, vi è un dirigente, che assicura il perseguimento delle attività e degli obiettivi di cui sopra nel rispetto degli indirizzi generali definiti dalla Direzione del DSMD e discussi nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

### **7.2 Strutture residenziali e semi-residenziali per la salute mentale**

Il *Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008* prevede l'attivazione di tre tipologie di strutture residenziali socio-sanitarie:

- comunità ad alta intenzionalità terapeutica, con sostegno continuativo nelle 24h, con non più di 8 posti letto. Si tratta di residenze terapeutico-riabilitative ospitanti utenti con presenza di problemi rilevanti di salute mentale, assenza di rete familiare o gravi problematiche all'interno della famiglia, elevata disabilità, per i quali il CSM valuta che l'inserimento residenziale sia indispensabile in ordine alle specifiche problematiche soggettive, familiari e sociali in atto;
- gruppi residenziali di integrazione sociale (gruppi famiglia, con spiccata intenzione abilitativa e di socializzazione), con sostegno per tempi compresi tra le 10 e le 14 ore, con al massimo 6/8 posti letto. Si tratta di residenze che ospitano utenti dei CSM con ridotte capacità di vita autonoma, che necessitano di un supporto per le attività della vita quotidiana e che possono trarre significativo vantaggio e sostegno dalla vita comunitaria, in particolare per disabilità originarie o acquisite;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- gruppi di convivenza, anche in abitazioni di proprietà della stessa persona in carico, volti a sostenere l'abitare e la vita sociale anche per lunghi periodi, con la presenza di operatori per alcune ore al giorno.

Tra le strutture per le attività riabilitative della Salute mentale deve essere inoltre considerato il Centro diurno per la salute mentale. Tale struttura, a carattere socio-sanitario, aggrega, coordina e promuove programmi ed attività finalizzate a processi educativi, formativi, di apprendimento sociale, scolastico, culturale, di animazione, di espressione corporea e di sviluppo delle capacità cognitive. Mette a punto strategie per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo.

L'accoglienza di utenti nelle strutture residenziali socio-sanitarie è disposta dal direttore del DSMD, su proposta del responsabile del CSM sulla base di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato.

Il CSM assicura la continuità della presa in carico e la predisposizione di un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato anche per le persone con disturbo mentale inserite nelle strutture residenziali socio-assistenziali.

La ASL assicura il coordinamento fra il DSMD, il Punto Unico di Accesso e l'Unità di Valutazione Territoriale, soprattutto nell'ambito delle situazioni multiproblematiche, nonché per la definizione dei flussi informativi.

Con successivo provvedimento, la Regione fornisce indicazione per una complessiva riorganizzazione e riqualificazione della rete delle strutture residenziali in particolare con riguardo a:

- la dotazione di posti letto, tenuto conto che il Progetto Obiettivo "*Tutela Salute Mentale*" 1998-2000 ritiene adeguato il rapporto 2 posti letto ogni 10.000 abitanti, contro una media regionale pari a 2,9 posti letto;
- la qualità dell'offerta assistenziale, favorendo il superamento delle attuali carenze in termini di numero di pazienti inseriti, programmi di socializzazione e riabilitazione, qualità degli ambienti, livelli di autonomia e qualità della vita garantiti.

Al fine di assicurare il progressivo re-inserimento sociale della persona con disturbo mentale, l'accoglienza in strutture residenziali non può che costituire una delle diverse fasi del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, di carattere transitorio e della durata strettamente necessaria ad acquisire una sufficiente autonomia.

Il personale del DSMD garantisce l'assistenza medico-infermieristica agli ospiti delle strutture residenziali delle ASL.





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In riferimento alle strutture gestite dal privato sociale e/o imprenditoriale, il DSMD detiene la titolarità del progetto terapeutico e regola e conduce il monitoraggio dei percorsi terapeutici e dei risultati.

### **7.3 Strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze**

La Regione Sardegna ha provveduto, con la DGR n. 44/9 del 20.9.2005 *“Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d’abuso”* a promuovere e diversificare l’offerta dei servizi privati e regolare le caratteristiche strutturali, organizzative e di programma. Ulteriori indirizzi sono stati forniti con la DGR n. 12/3 del 27.3.2007 *“Programma regionale di interventi nel settore delle dipendenze”*.

Laddove le problematiche di dipendenza si associano a bisogni complessi e rilevanti sintomi psichiatrici, le strutture residenziali per la salute mentale e per le dipendenze possono essere utilizzate in maniera flessibile, sulla base di una valutazione individualizzata e di un adeguato progetto terapeutico.

### **7.4 Il budget individuale di salute**

Il budget individuale di salute è un progetto terapeutico abilitativo personalizzato con risorse assegnate, volto alla promozione della salute mentale attraverso l’attivazione di percorsi abilitativi e di inclusione sociale. Il budget di salute integra tutte le risorse a vario titolo disponibili per un sostegno attivo alla persona, all’accesso ed al mantenimento dei suoi diritti; esso è alla base della costruzione di un sistema di protezione sociale capace di includere le persone a bassa contrattualità, per ragioni di malattia, disabilità e deprivazione o perdita di *habitat* sociale.

Nel budget individuale di salute viene predisposto per l’utente, da parte di una equipe multidisciplinare, un progetto personalizzato redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, che definisce gli obiettivi da perseguire e le risorse a disposizione. La redazione del progetto personalizzato è proposta dal DSMD ma coinvolge attivamente il soggetto beneficiario e/o i suoi familiari, il servizio sociale del Comune di residenza, nonché gli altri soggetti di volta in volta individuati. Il CSM e il SerD individuano i soggetti da inserire nel budget di salute, definiscono l’intensità del progetto e promuovono quanto è necessario per la sua migliore realizzazione.

Il budget individuale di salute favorisce, nell’ambito dell’integrazione socio sanitaria, la mobilitazione di un insieme di risorse in cui si integrano sia quelle proprie del soggetto, della famiglia, della ASL, del Comune e di altri soggetti istituzionali e sociali, sia quelle relative alla legge regionale 20/97, al programma regionale “Ritornare a casa” di cui alla DGR n. 42/11 del 4.10.2006, al programma sperimentale di inclusione sociale, di cui alle DGR 42/10 del 4.10.2006 e 25/51 del



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3.7.2007, nonché infine quelle dei diversi servizi dell'ASL, dei partner privati profit e non profit, delle associazioni.

Mediante il budget individuale di salute sono poste in essere azioni nell'ambito di tre sfere di vita (la casa, la socialità e il lavoro) a supporto della quotidianità nei processi di salute, per la ricostruzione e mediazione all'interno della rete familiare e sociale, nelle attività di aggregazione e socializzazione, per l'inserimento lavorativo, per il mantenimento di standard minimi di qualità della vita, evitando il ricovero e qualsiasi altra forma di istituzionalizzazione.

I budget di salute prevedono una diversa intensità assistenziale in relazione alle esigenze del beneficiario e alla complessità del programma terapeutico e del percorso abilitativo e di inclusione sociale.

La gestione del budget individuale di salute può richiedere l'apporto di partner esterni all'Azienda per la co-gestione dei progetti personalizzati, azione questa che si concretizza attraverso strumenti formalizzati di programmazione strategica integrata e coerente con le normative nazionali e regionali di settore.

Con successivo provvedimento, anche alla luce delle esperienze in atto, potranno essere meglio definiti i criteri e le modalità per la predisposizione e l'utilizzo dei budget individuali di salute.

### **8. Rapporti con le Aziende Ospedaliero-Universitarie**

In conformità a quanto previsto dalla LR 28 luglio 2006, n. 10 e dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 - 2008 e relativi documenti applicativi, sono state istituite le aziende Ospedaliero-Universitarie di Sassari e Cagliari al cui interno confluiscono le attività assistenziali svolte anche dalle cliniche psichiatriche universitarie.

In coerenza con quanto disposto dalla DGR n. 13/1 del 30.3.07 "*Costituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari ai sensi dell'articolo 1 della L.R. 28 luglio 2006 n. 1.*" e DGR n. 17/2 del 27.4.07 "*Costituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari ai sensi dell'articolo 1 della L.R. 28 luglio 2006 n. 10*", facendo salvo quanto definito negli accordi sottoscritti in data 26.10.2005 e 12.7.2005 tra la Regione Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e Sassari, nonché nel Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 - 2008, in fase di prima applicazione e per garantire la continuità delle attività svolte presso le Cliniche psichiatriche universitarie, le attività assistenziali già garantite in regime di convenzione tra le ASL 1 e 8 e le Università di Sassari e Cagliari continueranno ad essere assicurate, in attesa della proposta di definitiva attribuzione del personale in essa operante e dell'integrazione delle attività psichiatriche universitarie con le attività assistenziali del DSMD da parte del direttore generale della Azienda Ospedaliero-Universitaria e del direttore generale della ASL.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 9. Integrazione dei servizi per le dipendenze e per la tutela della salute mentale

L'assunzione di sostanze psicoattive è riconosciuta come causa o conseguenza di manifestazioni psicopatologiche. I disturbi psichici aumentano il rischio di esposizione alle sostanze d'abuso e l'abuso/dipendenza da sostanze espone a complicazioni psicopatologiche importanti.

Le persone in situazione multiproblematica possono alternativamente presentare aspetti clinici di prevalente competenza dei SerD e/o del CSM o disturbi di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati da un solo servizio. Per attuare un valido percorso terapeutico-riabilitativo delle persone con dipendenza patologica e rilevanti disturbi psichici è necessario aumentare il livello di collaborazione tra i due servizi. Gli obiettivi generali sono fondamentalmente due:

- migliorare i percorsi terapeutici dei soggetti;
- permettere un valido coordinamento tra le strutture coinvolte (SerD e CSM in primo luogo, ma anche altre interfacce sanitarie quali medicina generale, reparti internistici, SPDC, etc., nonché altre strutture territoriali quali comunità terapeutiche, centri diurni, cooperative di lavoro, etc.).

Sulla base di queste premesse si prevede quanto segue:

- gli interventi devono essere basati sulla integrazione culturale, organizzativa e gestionale delle strutture a vario titolo coinvolte; questa integrazione, attraverso lo sviluppo di una articolata esperienza clinica e di una adeguata riflessione teorica, deve permettere una continuità della presa in carico globale di ciascun paziente, fattore importante per l'adesione agli interventi e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti di uso problematico, abuso e dipendenza, che nei disturbi psichiatrici;
- per le persone con bisogni complessi e rilevanti sintomi psichiatrici l'intervento deve avvalersi delle risorse umane, strutturali e di programma disponibili presso i due ambiti dell'intervento (salute mentale e dipendenze); la responsabilità del trattamento, quando esiste un coinvolgimento multiplo, deve essere definita in maniera coordinata, sulla base di una partecipazione strutturata del SerD e del CSM; in relazione alle caratteristiche del caso e delle priorità dell'intervento, un servizio se ne deve assumere la responsabilità prevalente e ricoprire quindi il ruolo di regia dello svolgimento del trattamento riabilitativo, mentre l'altro servizio viene attivato in qualità di co-gestore del caso; questi ruoli e funzioni sono complementari e possono essere ridefiniti anche sulla base dei cambiamenti delle condizioni cliniche, della specifica situazione locale e delle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del SerD;
- per le persone che presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale, una debole alleanza con il terapeuta, maggior rischio di abbandono precoce, frequenti ricadute ed un alto margine di fallimento, il livello di interazione fra i servizi deve intensificarsi e prevedere anche una totale corresponsabilità nella articolazione e gestione del programma terapeutico;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

per questi casi si rende necessaria la costituzione di un'equipe multidisciplinare che coinvolga operatori dei due servizi, che attivi il privato sociale attraverso lo strumento del budget di salute, e che si ponga in relazione con le persone, la famiglia e le altre istituzioni che possono contribuire alla gestione dell'intervento. La costituzione di unità operative stabili integrate alle quali possono corrispondere funzioni di particolare rilievo organizzativo che richiedono esperienza clinica, competenze organizzative, capacità gestionali di alta professionalità, va valutata sulla base di considerazioni di carattere epidemiologico ed organizzativo.

### **10. Unità di Coordinamento Regionale per le Dipendenze (UCRD)**

Gli interventi nel campo delle dipendenze patologiche costituiscono un'area debole dell'intervento sociale e sanitario, fortemente condizionato da orientamenti ideologici e poco attenta all'efficacia e appropriatezza degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. L'Unità di Coordinamento Regionale delle Dipendenze (UCRD), istituita in attuazione delle previsioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008, costituisce una risposta prioritaria nella direzione della qualificazione dell'offerta di interventi da parte dei servizi pubblici e privati della regione. Essa svolge al livello regionale le funzioni assegnate dalla DGR n. 45/20 del 7.11.2006 *“Interventi per il miglioramento della qualità e coordinamento dei servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche”*, e dalla DGR n. 12/3 del 27.3.2007 *“Programma regionale d'interventi nel settore delle dipendenze in attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari”*, sulla base delle priorità e degli indirizzi dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, assolvendo a compiti di coordinamento tecnico-scientifico, monitoraggio e valutazione degli interventi, rilevazione epidemiologica, promozione della diffusione di informazioni scientificamente corrette, supporto per l'attività di formazione/aggiornamento. Costituisce premessa per l'azione dell'UCRD, la presenza in Sardegna di competenze consolidate e riconosciute a livello nazionale ed internazionale nella ricerca e valutazione nel campo delle dipendenze patologiche.

L'UCRD ha sede presso la ASL 8 (DGR n. 45/20 del 7.11.2006) ed è collocata nell'ambito della Direzione Generale Aziendale come struttura complessa in relazione alle funzioni strategiche di livello regionale che le sono attribuite.

La ASL 8 è responsabile della gestione organizzativa e del personale dell'UCRD. L'UCRD garantisce lo svolgimento delle azioni di supporto tecnico-scientifico nei riguardi dell'attività di programmazione e valutazione dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale e dell'attività assistenziale dei servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche presenti nella regione. L'Assessorato sovrintende all'implementazione della struttura, alla articolazione dell'organizzazione interna, alla definizione delle funzioni e competenze, nonché alla definizione del piano annuale delle attività dell'UCRD.



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

L'UCRD costituisce centro regionale di riferimento per le dipendenze patologiche e problematiche correlate. I DSMD si avvalgono del supporto tecnico-scientifico dell'UCRD e con essa collaborano in relazione agli obiettivi assegnati.