

DELIBERAZIONE N. 7/17513 DEL 17 MAGGIO 2004

Oggetto: **Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e successive modifiche e integrazioni;

VISTI:

- il decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, pubblicato sulla G.U. n. 133 dell’8.2.2002;
- il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 29 novembre 2002 emanato in applicazione del d.l. 6 settembre 2002 n. 194 convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 2002 n. 246;

PRESO ATTO del Progetto Obiettivo Regionale “Tutela socio-sanitaria dei malati di mente – triennio 1995-97” approvato con D.C.R. n. V/1329 del 30 gennaio 1995;

RITENUTO di confermare l’articolazione delle Unità Operative di Psichiatria e le relative dotazioni organiche così come definite dal Progetto Obiettivo Regionale e dai provvedimenti in materia di accreditamento;

RICHIAMATA la DGR 38133 del 6 agosto 1998 “ Attuazione dell’art 12, comma 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997 n.31. Definizione dei requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie” relativamente a quanto definito per l’area della Psichiatria;

VISTO il Progetto Obiettivo nazionale “Tutela salute mentale 1998-2000”, pubblicato sulla G.U. n. 274 del 22.11.1999;

PRESO ATTO del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 95 della G.U. n. 139 del 18.6.2003 che individua la salute mentale tra gli obiettivi strategici da realizzare attraverso azioni mirate a:

- ridurre le interruzioni non concordate dei trattamenti, mediante attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi multidisciplinari integrati in risposta ai bisogni di salute mentale dei pazienti e delle famiglie;
- promuovere la salute mentale nell’intero ciclo della vita, garantendo l’integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale e imprenditoriale;
- promuovere l’informazione e la conoscenza sulle malattie mentali nella popolazione e il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sui bisogni di salute mentale nella popolazione e sull’efficacia degli interventi;

RICHIAMATO il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con DCR n. 462 del 13 marzo 2002, che individua tra gli obiettivi prioritari la salute mentale e dispone che la Giunta Regionale si impegni a predisporre un piano regionale per la salute mentale che interverrà con particolare attenzione a:

- definire i ruoli e le responsabilità in capo alla pluralità dei soggetti;
- definire la rete dei servizi;
- definire le modalità della presa in carico dei bisogni dell’utente;

- ridefinire i criteri e le quote di finanziamento;
- attivare idonei programmi di formazione e aggiornamento degli operatori;
- individuare risposte al bisogno di intervento psichiatrico per il soggetto internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e per i soggetti reclusi in Istituti Penitenziari;

RICHIAMATA la DGR n.9491 del 21.06.2002 ad oggetto “Definizione dei rapporti contrattuali di cui alla DGR n.47508/99 in applicazione degli indici programmatori espressi dal PSSR 2002/2004” che prevede il blocco dei posti delle Strutture residenziali psichiatriche accreditate e oggetto di contratto fino al raggiungimento dell’indice del Progetto Obiettivo regionale e, comunque, fino all’emanazione del Piano regionale per la salute mentale” previsto dal PSSR, ad eccezione delle strutture realizzate con fondi pubblici;

RICHIAMATA inoltre la DGR 13306 del 13.6.2003 ad oggetto “Piano Pluriennale degli investimenti in Sanità. Determinazioni per la realizzazione degli interventi prioritari di Edilizia Sanitaria e per l’adeguamento dei requisiti di accreditamento” per quanto attiene alla sperimentazione gestionale e ai rapporti di collaborazione tra pubblico e privato;

PRESO ATTO della DGR n.15324 del 28.11.2003 “ Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario regionale per l’esercizio 2004”;

RILEVATO che per conseguire gli obiettivi individuati dal citato PSSR è prevista la realizzazione di Progetti che offrano risposte innovative finalizzate a realizzare forme di gestione efficaci ed efficienti in risposta ai bisogni complessi della salute mentale e che pertanto la Direzione Generale Sanità, con specifico provvedimento, pubblicherà i bandi per la presentazione dei progetti;

RITENUTO di favorire la realizzazione dei suddetti progetti anche attraverso la collaborazione tra pubblico e privato;

RITENUTO opportuno nominare, con Decreto del Direttore Generale Sanità, un Comitato Tecnico regionale composto da esperti nel settore che esamini i progetti sopra definiti, effettui un costante monitoraggio e valuti i risultati conseguiti secondo i criteri definiti nel Piano;

RITENUTO inoltre di costituire, con Decreto del Direttore Generale Sanità, una Commissione regionale che svolga la funzione di garante dell’ attuazione del presente Piano regionale per la salute mentale, secondo le finalità ad essa preposte e con le modalità descritte nel Piano stesso;

ACQUISITI i documenti predisposti dai Gruppi di lavoro tenuti presso la Direzione Generale Sanità e finalizzati, coerentemente con gli obiettivi del PSSR 2002-2004, a definire i contenuti tecnici del Piano, riportati nell’Allegato A al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;

DEFINITO che per l’anno 2004 la quota di finanziamento ammonterà a € 10.000.000 (dieci milioni di euro) da destinarsi all’implementazione di progetti innovativi in attuazione degli obiettivi del Piano regionale per la Salute Mentale e indirizzati a specifiche aree di intervento: area territoriale, area residenziale, area qualità e formazione.

Le risorse finanziarie per gli anni successivi, finalizzate alla realizzazione e al proseguimento dei progetti innovativi definiti con il presente piano, troveranno allocazione nelle determinazioni dei criteri di spesa previsti con i provvedimenti relativi alle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario regionale;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

RILEVATA la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto, completo degli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito Web della Direzione Generale Sanità;

ACQUISITO il parere favorevole della Commissione consiliare competente espresso nella seduta del 29.04.2004 con le proposte accolte integralmente;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

1. di approvare il “Piano Regionale triennale per la Salute Mentale” -Allegato A- parte integrante della presente deliberazione;
2. di confermare l'articolazione delle Unità Operative di Psichiatria e le relative dotazioni organiche così come definite dal Progetto Obiettivo Regionale e dei provvedimenti in materia di accreditamento;
3. di prevedere la realizzazione di progetti che offrano risposte innovative finalizzate a realizzare forme di gestione efficaci ed efficienti in risposta ai bisogni complessi della salute mentale e di procedere alla pubblicazione dei relativi bandi con specifico provvedimento della Direzione Generale Sanità;
4. di favorire la realizzazione dei suddetti progetti anche attraverso la collaborazione tra pubblico e privato;
5. di costituire, con Decreto del Direttore Generale Sanità, un Comitato Tecnico regionale, composto da esperti nel settore, che esamini i progetti sopra definiti, effettui un costante monitoraggio e valuti i risultati conseguiti;
6. di costituire inoltre, con Decreto del Direttore Generale, una Commissione regionale che svolga la funzione di garante dell'attuazione del presente Piano Regionale per la Salute Mentale, secondo le finalità ad essa preposte e descritte nel citato Piano;
7. di prevedere per l'anno 2004 la quota di finanziamento di €10.000.000 (dieci milioni di euro) da destinarsi all'implementazione di programmi innovativi in attuazione degli obiettivi del “Piano Regionale per la Salute Mentale” e indirizzati a specifiche aree di intervento: area territoriale, area residenziale, area qualità e formazione.
Le risorse finanziarie per gli anni successivi, finalizzate alla realizzazione e al proseguimento dei progetti innovativi definiti con il presente piano, troveranno allocazione nelle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale;
8. di disporre la pubblicazione del presente atto, completo dell'allegato A, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito Web della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO



REGIONE LOMBARDIA

Direzione Generale Sanità

Piano Regionale Salute Mentale

REGIONE LOMBARDIA

Piano Regionale Salute Mentale

*Direzione Generale Sanità
Via Pola 9/11 • 20124 Milano*

Sommario

INTRODUZIONE	6
CAPITOLO 1: IL QUADRO DI RIFERIMENTO.....	9
1.1 LA DOMANDA	9
LA POPOLAZIONE	9
PREVALENZA DEI DISTURBI PSICHICI STIMATA NELLA POPOLAZIONE.....	11
PREVALENZA E INCIDENZA DEI DISTURBI PSICHICI TRATTATI NEI SERVIZI PSICHIATRICI	12
1.2 L'OFFERTA	15
LE UNITA' OPERATIVE DI PSICHIATRIA	15
LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE	21
1.3 LE AREE CRITICHE DELLA SITUAZIONE ATTUALE	25
1.4 LINEE DI SVILUPPO	27
OBIETTIVI E INDIRIZZI (PSSR 2002-2004)	
LE LINEE POLITICO-ORGANIZZATIVE	28
IL LAVORO PER PROGETTI	28
IL COORDINAMENTO DELLE RISORSE	28
L'INTEGRAZIONE DIPARTIMENTALE	29
I CONTENUTI DEL PIANO	29
CAPITOLO 2: IL NUOVO SCENARIO	32
2.1 I RUOLI E LE FUNZIONI.....	32
LA REGIONE.....	32
GLI ENTI LOCALI	32
LE ASL.....	33
LE AZIENDE OSPEDALIERE.....	35
IL DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM).....	35

L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL DSM	37
LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	39
LE ASSOCIAZIONI , IL VOLONTARIATO ED IL TERZO SETTORE	39

2.2 IL MODELLO GESTIONALE	41
LA PLURALITA' DI SOGGETTI EROGATORI.....	41
L'ACCESSO AI SERVIZI.....	41
IL GOVERNO CLINICO NEI DISTURBI MENTALI GRAVI.....	42
IL GOVERNO DEL SISTEMA	43
ORGANISMO DI COORDINAMENTO	44
IL RUOLO DEL DSM	46
<i>APPENDICE: PATTO TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE E INTESE</i>	
<i>DISTRETTUALI DI PROGRAMMA</i>	<i>48</i>

CAPITOLO 3: RIORGANIZZARE I PERCORSI DI ASSISTENZA: AREE DI INTERVENTO E MODELLI OPERATIVI 49

3.1 PERCORSI TERRITORIALI.....	49
LA SITUAZIONE ATTUALE.....	49
GLI ASPETTI CRITICI.....	50
IL MODELLO ORGANIZZATIVO	51
L'INTERVENTO NEI DISTURBI PSICHICI COMUNI (ANSIA E DEPRESSIONE, I DISTURBI ALIMENTARI).....	59
<i>APPENDICE: SCHEDA SINTETICA DI PIANO DI TRATTAMENTO</i>	
<i>INIDIVIDUALE.....</i>	<i>64</i>
3.2 MODELLI DI INTERVENTO PER RISPONDERE A BISOGNI CON RILEVANZA SOCIALE	66
L'INTERVENTO PRECOCE NELLE PSICOSI.....	66
L'INSERIMENTO LAVORATIVO	70
L'INTERVENTO NEI CASI DI DOPPIA DIAGNOSI.....	74
LA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI PATOLOGICI CHE GENERANO ALLARME SOCIALE	76
L'ASSISTENZA AGLI UTENTI DI ORIGINE STRANIERA	78
3.3 AREE DI INTERVENTO NELL'OSPEDALE GENERALE.....	80
LA RISPOSTA ALL'ACUZIE	80
LA PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE	82
3.4 RESIDENZIALITA'.....	83
LA SITUAZIONE ATTUALE.....	83
GLI ASPETTI CRITICI.....	83
GLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	84
GLI OBIETTIVI STRATEGICI	88
<i>APPENDICE: PROTOCOLLI PER ACCOGLIMENTO, TRATTAMENTO</i>	
<i>E DIMISSIONE DALLE STRUTTURE RESIDENZIALI</i>	<i>93</i>

3.5 AREE DI CONFINE	98
RITARDO MENTALE E I DISTURBI DELLO SVILUPPO	98
NEUROPSICOGERIATRIA	99
OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO	99
ISTITUTI PENITENZIARI	101
CAPITOLO 4: QUALITA'	103
LA QUALITA' NEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	103
CONTROLLO DI QUALITA'	104
DEFINIZIONE DI UN SISTEMA DI REQUISITI DI QUALITA'	104
VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEI REQUISITI DI QUALITA'	106
PROMOZIONE DI QUALITA'	107
RUOLO DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' (NVQ)	108
APPENDICE : STRUMENTI PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITA'	111
CAPITOLO 5: FORMAZIONE	115
IL RUOLO DEL DSM	116
CRITERI GENERALI, STRUMENTI E PERCORSI	116
OBIETTIVI E CONTENUTI FORMATIVI	117
APPENDICE: I BISOGNI FORMATIVI DELLE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI	118
CAPITOLO 6: RISORSE, SVILUPPO E FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA	122
LE RISORSE DESTINATE ALLA SALUTE MENTALE	122
ORGANISMI TECNICI REGIONALI	125
IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA	126
ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE	127

INTRODUZIONE

Nel 2001 il World Health Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è stato dedicato alla Mental Health per sottolineare la rilevanza dell'impatto dei disturbi psichici sugli individui malati, i loro familiari e l'intera collettività. L'OMS utilizza l'indicatore *anni di vita con disabilità* per esprimere l'impatto sociale delle malattie. In termini di impatto sulla popolazione generale è stato stimato che i disturbi psichici sono causa del 31% degli *anni di vita con disabilità* a livello mondiale. Se si considerano i dati riferiti all'Europa, la stima è ancora più significativa, poiché il 43% degli *anni di vita con disabilità* della popolazione è riconducibile alla presenza di un disturbo psichico. Tra le prime 20 cause di disabilità nelle fasce di età adulta della popolazione generale nel mondo, 6 rientrano nell'area dei disturbi psichici: depressione unipolare, disturbi da abuso di alcol, comportamenti autolesivi, schizofrenia, disturbo bipolare e disturbo da attacchi di panico.

La risposta a bisogni così elevati di salute mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere gli ambiti sociale e politico e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo. Nel corso degli ultimi decenni le pratiche relative all'intervento nella tutela della salute mentale hanno abbandonato le dottrine teoriche chiuse ed auto-referenziali e sono sempre più fondate sul riconoscimento della dimensione multi-fattoriale della malattia mentale. Tale prospettiva rinnova l'importanza della relazione come elemento cruciale dell'operare nel campo della salute mentale: relazione con i soggetti affetti da disturbi ma anche con i loro familiari e, più in generale, con il loro ambiente di vita. Nello stesso tempo, negli ultimi decenni è emerso il problema della scarsità delle risorse a fronte di bisogni che paiono illimitati. Ciò ha messo in risalto l'esigenza di stime epidemiologiche, di analisi dei bisogni, di valutazione di efficacia degli interventi e del loro costo e necessariamente ha reso prioritari gli interventi basati su evidenze e razionali in termini economici.

Vi è ora la necessità di sviluppare nuove politiche per la salute mentale. Il Piano Regionale per la Salute Mentale indica i modelli organizzativi da attuare nei prossimi anni grazie al contributo di un ampio numero di esperti che hanno partecipato a gruppi di lavoro su temi specifici affiancati da rappresentanti delle associazioni, del mondo del volontariato e più in generale del terzo settore.

In primo piano vi è il tema dell'integrazione e del collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non istituzionali, coinvolti nella tutela della salute mentale: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Dipartimenti di Salute Mentale, soggetti erogatori accreditati, Medici di medicina generale, Enti locali, Scuola, agenzie del privato sociale e della "rete naturale", associazioni, mondo del lavoro e della cooperazione. Nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, in una logica di sussidiarietà, ad ognuno dei diversi soggetti, in quanto presenze costitutive del tessuto vivo di un territorio, viene chiesto di partecipare a una "comunità per la salute mentale" assumendosi la propria parte di compiti e di responsabilità. Il coordinamento tra i diversi soggetti all'interno di macroaree territoriali può, pertanto, stimolare lo sviluppo di una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, ove si sviluppino programmi di intervento integrati fra i diversi servizi del territorio e aperti alla collaborazione con la rete informale e la società civile.

Vi sono alcuni modelli operativi che il Piano indica per muoversi verso questi obiettivi: l'identificazione di percorsi territoriali di cura coerenti con i diversi bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici, la ridefinizione dei modelli clinico-organizzativi della residenzialità psichiatrica, l'intervento in aree specifiche quali il riconoscimento precoce dei disturbi gravi, l'inserimento lavorativo di soggetti affetti da disturbi psichici, l'intervento nei casi di doppia diagnosi, e infine il trattamento di disturbi di grande rilievo epidemiologico come i disturbi depressivi, d'ansia, del comportamento alimentare.

Sul piano organizzativo e gestionale viene indicata la necessità di introdurre flessibilità nei percorsi di assistenza, attraverso modelli di collaborazione pubblico-privato e convenzioni con soggetti non istituzionali in modo da offrire opzioni di scelta agli utenti e valorizzare la relazione terapeutica personale con la responsabilizzazione dell'utente considerato come protagonista della cura e non come oggetto passivo. Analogamente viene indicata la priorità della "partnership"

fra terapeuta e familiari dei soggetti affetti da disturbi psichici, attraverso modelli di intervento allargati e il supporto della rete sociale, valorizzando il ruolo degli aiutanti naturali, del volontariato e delle associazioni.

L'assistenza a soggetti affetti da disturbi psichici pone problemi che vanno oltre i trattamenti. Si tratta della qualità della vita della persona e della famiglia nel loro contesto di vita e di lavoro. Ai servizi psichiatrici viene chiesto, particolarmente per gli utenti con bisogni complessi, di assumersi la responsabilità della cura favorendo al contempo l'alleanza terapeutica con i propri utenti e con i loro familiari, offrendo programmi di intervento ampi, che rispondano anche a bisogni di rilievo sociale attraverso il collegamento con i diversi soggetti che operano sul territorio. L'impegno di lavoro nell'area della salute mentale richiede un forte investimento sulla professionalità degli operatori attraverso iniziative di sostegno, aggiornamento e formazione continua.

Il Piano Regionale per la Salute Mentale indica i modelli per sviluppare una nuova *policy* per la salute mentale. Per incentivare tali modelli viene valorizzato il metodo progettuale e vengono stanziati nuove risorse. Lo strumento dei progetti di natura gestionale e organizzativa è indicato per favorire percorsi di assistenza innovativi all'interno di una cornice che garantisca la valutazione dell'efficacia e della razionalità economica. L'utilizzo di interventi innovativi nella pratica clinica può favorire la raccolta di informazioni e di conoscenze utili a valutare i modelli e le politiche oltre che i singoli trattamenti. L'obiettivo di individuare oltre che trattamenti basati sulle evidenze anche politiche sanitarie basate sulle evidenze rappresenta una sfida per gli anni futuri.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1.1 LA DOMANDA

LA POPOLAZIONE

In Lombardia la popolazione di residenti al di sopra dei 14 anni è composta da 7.926.581 soggetti. La tabella 1 descrive la popolazione maggiore di 14 anni per ASL di residenza e per età. I dati si riferiscono al 2001. L'analisi della popolazione condotta per aree geografiche evidenzia che la popolazione con più di 14 anni è prevalente nella bassa pianura padana, nella fascia di comuni montani a cavallo tra le province di Sondrio, Bergamo, Brescia e nella città di Milano.

Tabella 1 : Popolazione lombarda maggiore di 14 anni per ASL di residenza

	15/17	18/24	25/44	45/64	>64	Totale
Bergamo	29519	79974	323154	247380	152039	832066
Brescia	29238	82069	335599	259313	167942	874161
Como	15401	42534	174051	141783	94897	468666
Cremona	8815	25167	103012	89857	67745	294596
Lecco	8789	25035	99062	81857	53239	267982
Lodi	5660	15448	66140	54151	36241	177640
Mantova	9247	28036	117043	97679	79553	331558
Milano Città	26132	78298	412555	358697	285023	1160705
Milano 1	26375	73773	309537	252034	141255	802974
Milano 2	14592	40350	175834	143178	71367	445321
Milano 3	27511	78140	332751	276436	165855	880693
Pavia	11665	33840	153315	133129	111293	443242
Sondrio	5489	14904	56627	44371	30703	152094
Varese	23023	63767	260276	218587	146096	711749
Valcamonica	3044	8424	30370	25331	15965	83134
Totale	244500	689759	2949326	2423783	1619213	7926581
%	3,1	8,7	37,2	30,6	20,4	100

Nella figura 1, le zone più densamente colorate corrispondono ad aree dove è maggiore la percentuale di popolazione con più di 14 anni. La figura 2 mostra invece il rapporto percentuale della popolazione superiore ai 64 anni rispetto alla totalità della popolazione (compresi i minori di 14 anni). La popolazione anziana si concentra nelle ASL meridionali della Lombardia, nella fascia di territorio lungo il fiume Po. Altre aree con elevata percentuale di anziani sono la ASL di Milano Città, alcune aree tra le ASL di Lecco, Como e la Valtellina e, nella ASL di Brescia, la sponda occidentale del Lago di Garda. Tutta la fascia centrale della Regione e, in particolare, l' hinterland delle grandi città (Milano, Bergamo e Brescia) presenta una minore prevalenza di popolazione con età superiore ai 64 anni.

Figura 1 : Popolazione > 14 anni

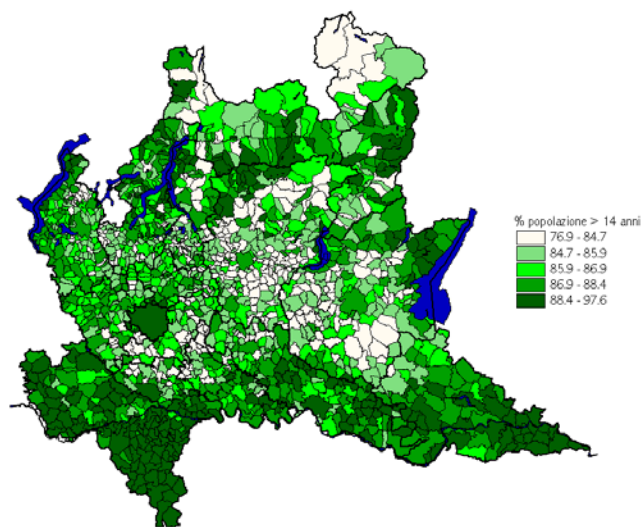
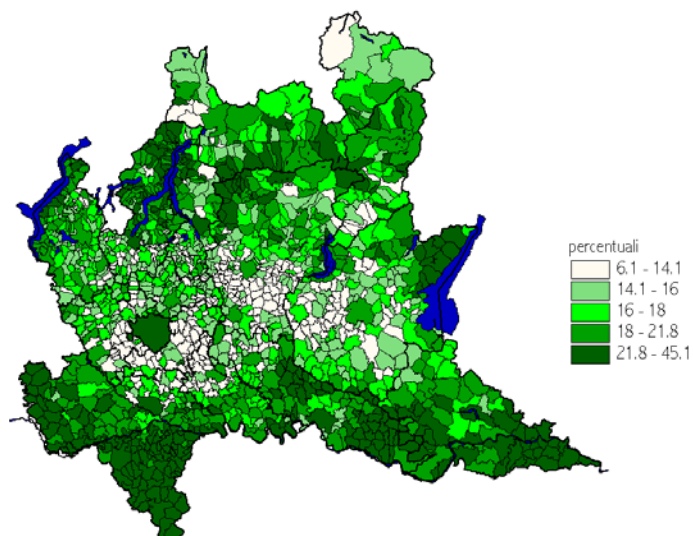


Figura 2 : Popolazione > 64anni



PREVALENZA
DEI DISTURBI
PSICHICI
STIMATA NELLA
POPOLAZIONE

Per analizzare in modo completo i bisogni di trattamento in campo psichiatrico, sono necessari dati relativi ai soggetti in trattamento presso la medicina generale e i servizi psichiatrici, e dati relativi a chi, nella popolazione generale, pur soffrendo di un disturbo mentale, non cerca e/o non riceve trattamento. Per una stima della prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione lombarda sono stati utilizzati i dati di prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale ricavati da studi effettuati in diversi contesti internazionali. Il numero di casi stimato nella popolazione lombarda viene ricavato applicando alla popolazione maggiore di 14 anni, divisa per sesso, la mediana dei tassi dei singoli studi di popolazione.

- **Schizofrenia** La schizofrenia rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica e può essere considerata il disturbo psichico più grave in termini di disabilità, stigma che colpisce chi ne è affetto, carico per i familiari. Utilizzando la mediana dei valori che emergono da studi di prevalenza della schizofrenia nella popolazione (tra 4 e 6 casi per 1.000 abitanti)¹, si può stimare che le persone che soffrono di schizofrenia nel corso di un anno in Lombardia siano tra 32.000 e 48.000.
- **Depressione** I disturbi depressivi comprendono un ampio ed eterogeneo gruppo di condizioni. La frequenza della depressione nella popolazione generale è molto elevata. Se si considerano oltre i disturbi depressivi maggiori anche la distimia, le sindromi ansioso-depressive e i disturbi dell'adattamento, la prevalenza dei disturbi depressivi varia tra i 60 e 110 casi per 1.000 abitanti (il rapporto tra la frequenza maschi/femmine è di 1 a 2)². Utilizzando dati epidemiologici relativi ad un spettro ampio di disturbi depressivi, si può stimare che, in Lombardia nel corso di un anno, soffrano di depressione circa 700.000 persone. Se si limita il campo considerando solo il disturbo depressivo maggiore, la popolazione affetta da depressione ammonterebbe a 415.000 persone ogni anno.
- **Disturbo affettivo bipolare** La diagnosi di disturbo affettivo bipolare formulata secondo il sistema ICD 10 comprende l'episodio maniacale, la sindrome affettiva bipolare, la ciclotimia, l'episodio affettivo misto. Il dato mediano dei dati epidemiologici presenti in letteratura dice che nella popolazione generale vi sono 12 individui ogni 1.000³ (non vi è differenza di sesso) che soffrono di questi disturbi. Considerando tale dato, ogni anno in Lombardia soffrirebbero di un disturbo bipolare 95.000 persone.

¹ Epidemiological Catchment Area (USA, 1991); National Comorbidity Study (USA 1994); National Psychiatric Morbidity Study (UK 1998); Australian Survey on Psychotic Illness (Australia 1999); NEMESIS (Olanda 1998)

² Epidemiological Catchment Area (USA 1991); National Comorbidity Study (USA 1994); National Psychiatric Morbidity Study (UK 1998); Australian Survey on Psychotic Illness (Australia 1999); NEMESIS (Olanda 1998); Finnish Health Care Survey (Finlandia 2000); ODIN (UK, Norvegia, Finlandia, Spagna 2001); National Survey of Mental Health and Wellbeing (Australia 1999)

³ Epidemiological Catchment Area (USA 1991); National Comorbidity Study (USA 1994); National Psychiatric Morbidity Study (UK 1998); NEMESIS (Olanda 1998)

- **Disturbi d'ansia** I disturbi d'ansia rappresentano la categoria più diffusa di disturbi psichici. Questa categoria è estremamente eterogenea sia in termini di quadri clinici sia di gravità del disturbo. Le stime epidemiologiche rilevano che soffrono di un disturbo d'ansia 80 uomini ogni 1.000 e 160 donne ogni 1.000⁴. Considerando tale valore mediano, in Lombardia soffrirebbero ogni anno di un disturbo d'ansia 980.000 persone.

L'insieme dei dati sopra presentati genera un quadro significativo riguardo ai bisogni della popolazione nel campo della salute mentale. Tuttavia, i dati ricavati dalle indagini di popolazione non sono sempre misure attendibili del bisogno di trattamento. In una recente indagine condotta in Gran Bretagna, a fronte del 16 % della popolazione che corrispondeva ai criteri per la diagnosi di depressione, solo il 6 % presentava un quadro psicopatologico di gravità tale da beneficiare di un trattamento antidepressivo⁵. Dunque, gli attuali criteri diagnostici hanno un valore limitato come indicatori del bisogno di trattamento⁶. E' possibile che molte persone definite all'interno delle indagini di popolazione come affette da un disturbo psichico presentino risposte omeostatiche appropriate che non sono né patologiche né bisognose di trattamento. E' necessario considerare altre dimensioni oltre quella diagnostica, quali il funzionamento sociale e la disabilità, in quanto queste variabili sono quelle che inducono il bisogno di un trattamento⁷. Se venissero considerate anche queste dimensioni oltre alla diagnosi, la percentuale di popolazione che necessita di trattamento risulterebbe inferiore.

PREVALENZA E
INCIDENZA DEI
DISTURBI PSICHICI
TRATTATI NEI
SERVIZI
PSICHIATRICI

Il sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia (*Psiche*) rileva i dati relativi ai pazienti e alle attività erogate dai servizi psichiatrici. *Psiche* è un registro informatizzato di servizio che consente la rilevazione delle caratteristiche epidemiologiche dell'utenza dei servizi psichiatrici e il monitoraggio delle prestazioni erogate con una registrazione dei contatti centrata sull'utente durante tutto il percorso di cura. La diagnosi è formulata in base ai raggruppamenti diagnostici proposti dalla *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* dell'OMS (ICD 10).

I dati relativi a prevalenza e incidenza dei disturbi psichici trattati nei servizi psichiatrici in Lombardia sono stati ricavati dalla pubblicazione "*L'attività delle UOP*

⁴ Epidemiological Catchment Area (USA 1991); National Comorbidity Study (USA 1994); National Psychiatric Morbidity Study (UK 1998); NEMESIS (Olanda 1998); National Survey of Mental Health and Wellbeing (Australia 1999)

⁵ Hotopf M. et al. . What is a name? A comparison of four psychiatric assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 27-31, 1997

⁶ Spitzer RL. Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry* 55, 120, 1998

⁷ Ustun TB et al. Limitations of diagnostic paradigm : it doesn't explain need. *Archives of General Psychiatry* 55, 1145-1146, 1998

nel 2001” a cura dell’Osservatorio Epidemiologico e Flussi Informativi, DGS Regione Lombardia.

Tabella 2: Prevalenza e incidenza trattata dei disturbi psichici (principali categorie diagnostiche ICD 10) in Lombardia (tassi per 1.000 abitanti)

	prevalenza trattata	incidenza trattata
Schizofrenia e sindromi correlate (F2)	3,2	0,16
Sindromi affettive (F3)	3	0,54
Sindromi nevrotiche (F4)	2,9	0,92
Disturbi della personalità (F6)	1,3	0,18

- **Schizofrenia** Nel 2001 i soggetti residenti in Lombardia maggiori di 14 anni in cura nelle UOP per schizofrenia e disturbi correlati (categoria F2 dell’ICD 10) sono stati 25.175. La prevalenza trattata è pari a 3,2 casi per 1.000 abitanti maggiori di 14 anni. I soggetti trattati dalle UOP per la prima volta per schizofrenia e sindromi correlati sono stati 1.268. L’incidenza di questi disturbi trattati nelle UOP è pari a 0,16 per 1.000 abitanti maggiori di 14 anni.
- **Sindromi affettive** La diagnosi di sindrome affettiva, nell’ambito della classificazione ICD 10 (categoria F3), include i disturbi depressivi e i disturbi bipolari. Tuttavia, esclude una serie di disturbi (es. sindrome mista ansioso-depressiva, sindrome da disadattamento con reazione depressiva) che in altre classificazioni sono considerate nell’ambito dei disturbi dell’umore. Nel 2001, i soggetti residenti in Lombardia maggiori di 14 anni trattati nelle UOP per un disturbo che rientra nell’ambito della categoria F3 dell’ICD 10 sono stati 23.888. La prevalenza trattata è pari a 3 casi per 1.000 abitanti maggiori di 14 anni. I soggetti che hanno avuto un primo contatto con le UOP per un disturbo classificato nell’ambito della categoria F3 dell’ICD 10 sono stati 4.286. L’incidenza trattata dei disturbi riconducibili a una sindrome affettiva secondo l’ICD 10 è pari a 0,54 casi per 1000 abitanti maggiori di 14 anni.
- **Sindromi nevrotiche** La categoria F4 dell’ICD 10 include i disturbi riconducibili a sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi. Nel 2001 i soggetti maggiori di 14 anni residenti in Lombardia in cura nelle UOP per un disturbo che rientra nell’ambito della categoria F4 dell’ICD 10 sono stati 23.083. La prevalenza trattata delle sindromi nevrotiche è pari a 2,9 casi per 1000 abitanti maggiori di 14 anni. I soggetti che hanno avuto un primo contatto con le UOP per un disturbo che rientra nella categoria F4 dell’ICD 10 sono stati 7.266. L’incidenza trattata dei disturbi riconducibili a sindrome nevrotica, legata a stress o somatoforme è pari a 0,92 casi per 1000 abitanti maggiori di 14 anni.

- **Disturbi di personalità** La diagnosi di disturbo di personalità comprende tutta la categoria F6 dell'ICD 10. Nel 2001 i soggetti maggiori di 14 anni residenti in Lombardia in cura nelle UOP per un disturbo della personalità sono stati 9.939. La prevalenza trattata dei disturbi di personalità è pari a 1,3 casi per 1000 abitanti maggiori di 14 anni. I soggetti che hanno avuto un primo contatto con le UOP per un disturbo della personalità sono stati 1.425. L'incidenza trattata è pari a 0,2 casi per 1000 abitanti maggiori di 14 anni.

1.2 L'OFFERTA

LE UNITA'
OPERATIVE DI
PSICHIATRIA

Le strutture e il personale

Nel progetto obiettivo regionale 1995-1997 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" veniva definito che, in Lombardia, l'Unità Operativa di Psichiatria (UOP) esercita le funzioni che nel progetto obiettivo nazionale sono esercitate dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Il DSM veniva definito come il luogo in cui si programmano e si coordinano le attività per la tutela della salute mentale.

Una rilevazione condotta nel corso del 2003 dalla *Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia* indica che, relativamente alle strutture delle UOP, sono operanti sul territorio lombardo 101 Centri Psicosociali (CPS), 56 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con un totale di 820 posti letto, 67 Centri Diurni (CD) con una disponibilità di 983 posti, 44 Centri Residenziali di Terapia riabilitativa (CRT) con un totale di 683 posti letto e 116 Comunità Protette (CP) con un totale di 951 posti letto (tabella 3).

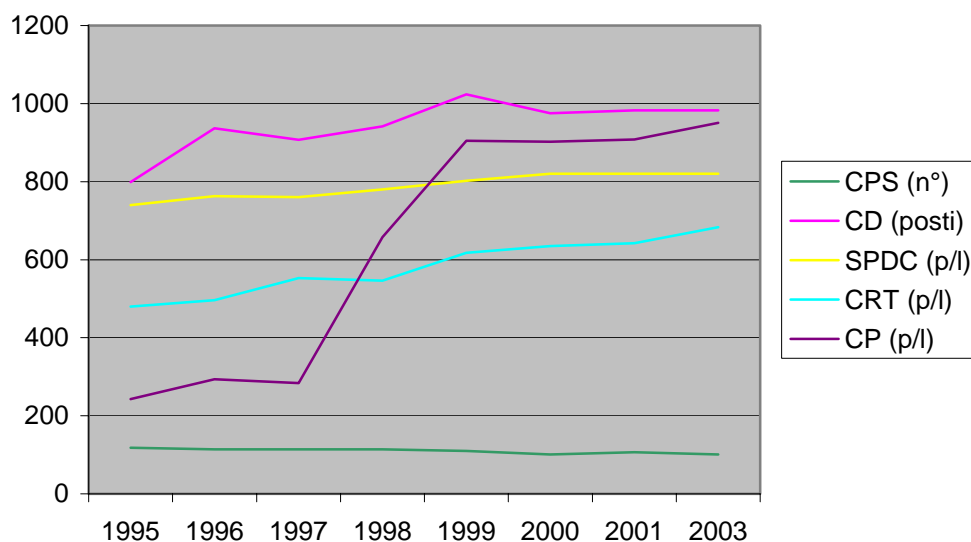
Tabella 3: Strutture delle UOP nel 2003

Strutture	n°	posti
CPS	101	
SPDC	56	820
CRT	44	683
CD	67	983
CP	116	951

- 1 CPS ogni 78.000 abitanti maggiori di 14 aa
- 1 posto letto in SPDC ogni 9.700 abitanti maggiori di 14 aa
- 1 posto letto in SR pubbliche ogni 5.100 abitanti maggiori di 14 aa
- 1 posto semiresidenziale ogni 8.000 abitanti maggiori di 14 aa

La dotazione delle strutture e dei posti letto delle UOP si è modificata nel corso del tempo secondo quanto emerge nella figura 3. Dal 1995 al 2003 a fronte di una relativa stabilità del numero di CPS e del numero dei posti letto in SPDC, si è avuto un graduale aumento dei posti di semiresidenzialità e dei posti letto in CRT, ed una forte crescita dei posti in Comunità Protetta che sono passati dai 243 del 1995 ai 951 del 2003.

Figura 3: Dotazione delle strutture delle UOP nel periodo 1995-2003

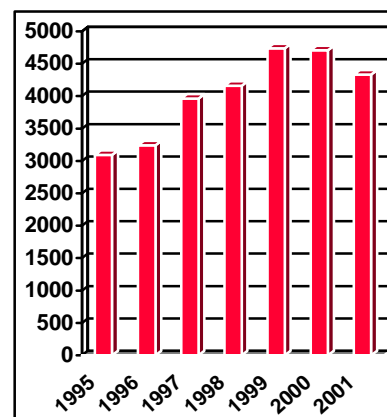


Riguardo alla dotazione di personale delle UOP, il dato consolidato più recente si riferisce al 2001. Nel 2001, il personale ammontava a 4.334 unità di personale dipendente distribuito secondo quanto emerge nella tabella 4. Ad esso devono essere aggiunte 234 unità di personale convenzionato. Nel periodo 1995-2001 il personale dipendente delle UOP è passato da 3.093 unità a 4.334 unità (1 operatore ogni 1.800 residenti > 14 anni).

Tabella 4: Il personale dipendente delle UOP nel periodo 1995-2001

Personale	2001
Medici	743
Infermieri	2.194
OTA / ASS	706
Psicologi	175
Ass. Sociali	167
Educatori	349
Totale	4.334

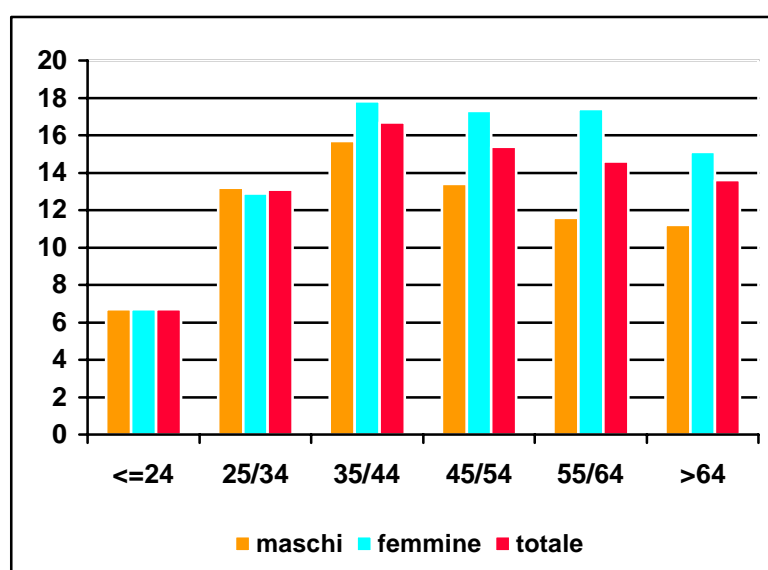
PERSONALE UOP 1995-2001



Gli utenti in cura nelle UOP

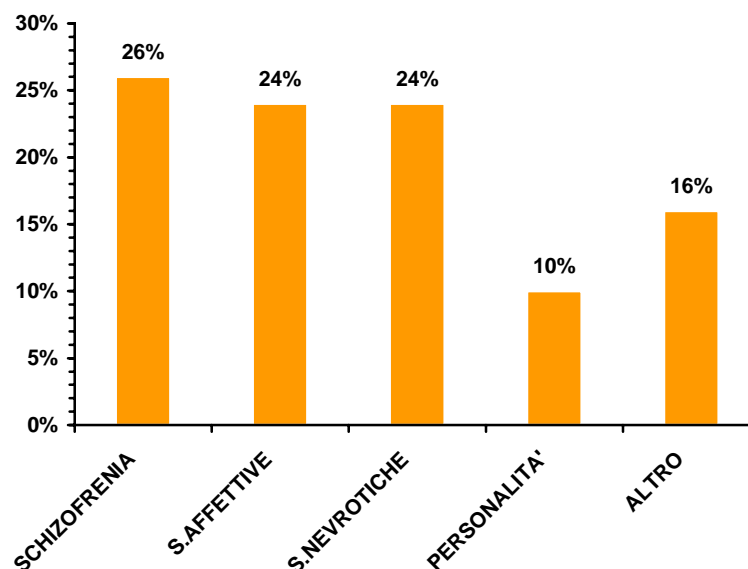
I dati relativi all'attività delle UOP sono tratti dalla pubblicazione *“L'attività delle UOP nel 2001”* a cura dell'Osservatorio Epidemiologico e Flussi Informativi, DGS Regione Lombardia. Nel 2001 sono entrati in contatto con le UOP 110.486 soggetti residenti in Lombardia. In altre parole, 13,7 persone ogni 1000 abitanti con età superiore a 14 anni hanno preso contatto con le UOP. La figura 4 descrive l'utenza per fasce di età e per sesso.

Figura 4: Soggetti in contatto con le UOP nel 2001
(tassi per 1000 residenti > 14 anni)



Tra i soggetti che entrano in contatto con le UOP nel corso di un anno, il 88% entra in contatto con un CPS, il 13% viene ricoverato in SPDC, mentre solo il 3% ha contatti con Centri Diurni e Strutture Residenziali. Riguardo alla diagnosi (categorie diagnostiche ICD 10) il 26% degli utenti delle UOP è affetto da schizofrenia, il 24% da una sindrome affettiva, il 24% da una sindrome nevrotica, il 10% da un disturbo di personalità e il 16% da un'altra diagnosi (figura 5).

Il 33% degli utenti con almeno un contatto con le UOP nel 2001 ha avuto il primo contatto nello stesso anno, il 34% ha avuto il primo contatto nei 4 anni precedenti (periodo 1996-2000), il 16% in un periodo variabile tra i 5 e i 10 anni precedenti (periodo 1990-1995) e il 17% è costituito da utenti in contatto da più di 10 anni.

Figura 5: Utenti delle UOP nel 2001 classificati per diagnosi (ICD 10)

L'attività erogata dai CPS

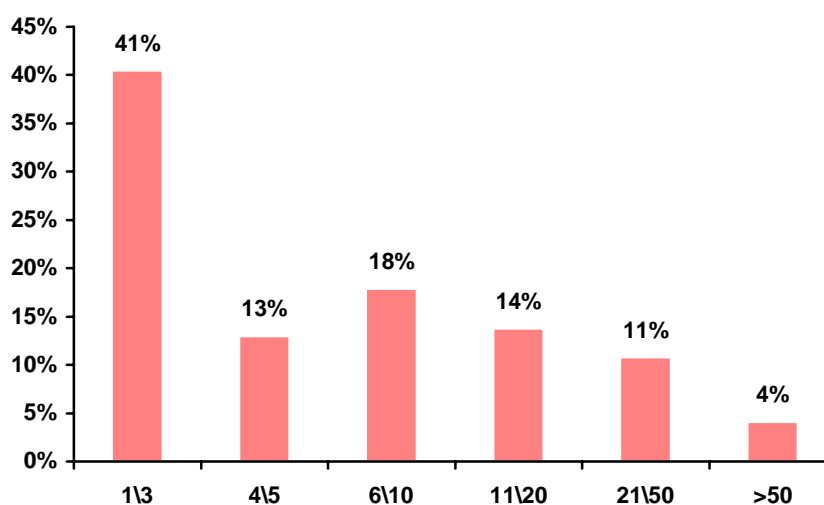
Nel 2001 sono entrati in contatto con i CPS 102.981 soggetti residenti in Lombardia con età maggiore di 14 anni. Di questi, 29.581 (28,7%) si rivolgevano ad un CPS per la prima volta. All'utenza complessiva sono stati erogati 1.146.192 interventi individuali e 15.146 interventi di gruppo. Circa l'80% di questi interventi è stata erogata in sede, il 9% al domicilio degli utenti e il 11% è stata erogata in altra struttura sanitaria o in altro luogo. Classificando in termini di attività gli interventi erogati, il 65% di essi appartiene all'attività clinica, il 7 % all'attività di psicoterapia, il 5% ad attività di supporto, il 6% ad attività rivolte ai familiari, il 10% ad attività di riabilitazione e risocializzazione (tabella 5)

Tabella 5: Interventi dei CPS per area di attività nel 2001

Area di attività	Interventi
Attività clinica	65 %
Attività di psicoterapia	7 %
Attività rivolta alla famiglia	6 %
Attività di supporto	5 %
Attività di riabilitazione	3 %
Attività di risocializzazione	7 %
Attività di coordinamento	7 %

Nel corso degli ultimi anni il numero di interventi erogati dai CPS è incrementato regolarmente passando da circa 970.000 nel 1999 a circa 1.150.000 nel 2001. Riguardo ai pattern di trattamento, il 41% degli utenti dei CPS riceve meno di 4 interventi nel corso dell'anno, il 31% riceve tra 4 e 10 interventi, il 14% tra 11 e 20 interventi e solo il 15% riceve più di 20 interventi (figura 6). Gli utenti con diagnosi di schizofrenia ricevono in media 11 interventi in un anno (valore mediano), gli utenti con diagnosi di disturbo depressivo, disturbo bipolare e sindromi nevrotiche rispettivamente ricevono in media 4,7 e 3 interventi in un anno.

Figura 6: Utenti (%) per numero di interventi in un anno



L'attività erogata dai SPDC

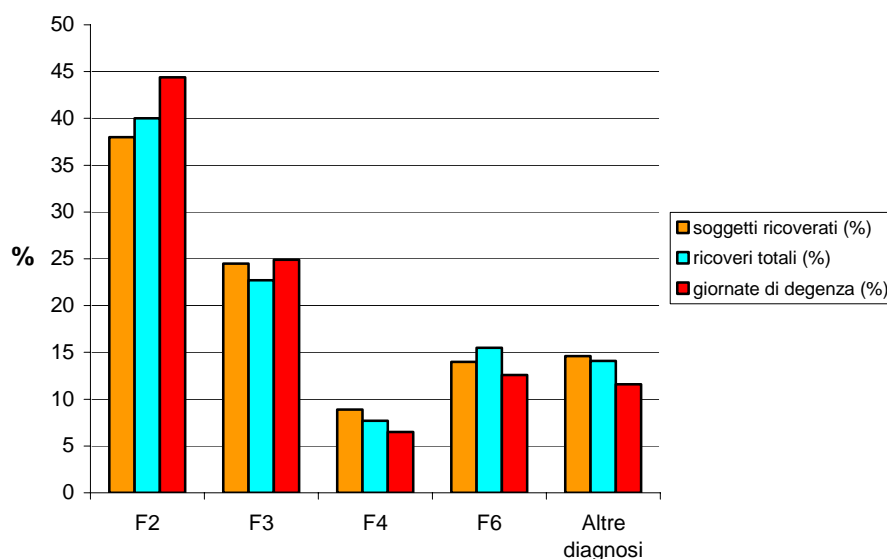
Nel corso del 2001 sono stati ricoverati in SPDC 15.158 soggetti per un totale di 23.123 ricoveri. I ricoveri in regime di TSO sono stati il 11% del totale. Il numero di ricoveri presenta una tendenza stabile nel corso degli anni. I dati relativi all'attività di ricovero dal 1998 al 2001 sono presentati nella tabella 6.

Tabella 6: Attività di ricovero in SPDC dal 1998 al 2001

	1998	1999	2000	2001
Pazienti ricoverati	13.884	13.880	14.645	15.158
Ricoveri complessivi	23.167	22.122	23.603	23.123
Ricoveri in TSO	2.803	2.792	2.794	2.487
Giornate di degenza	268.075	272.559	275.592	281.503
Degenza media	11,5	12,3	11,7	12,2

Nel 2001 il 38% degli utenti con almeno un ricovero è risultato affetto da schizofrenia e sindromi correlate, il 24,5% da una sindrome affettiva, il 8,9% da una sindrome nevrotica, il 14% da un disturbo di personalità. Gli utenti con diagnosi di schizofrenia e sindromi correlate generano il 40 % dei ricoveri totali e il 44,4% delle giornate di degenza. I dettagli relativi alle diverse categorie diagnostiche sono presentati nella figura 7.

Figura 7: Attività di ricovero in SPDC nel 2001 per categoria diagnostica



Gli utenti al primo contatto con le UOP

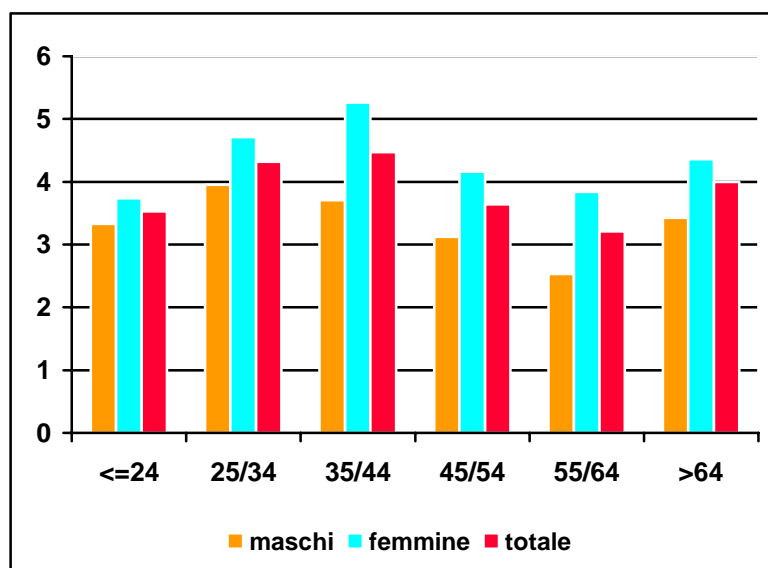
Nel corso del 2001, 31.563 soggetti residenti in Lombardia (4 persone ogni 1000 abitanti di età maggiore di 14 anni) hanno preso contatto per la prima volta con una UOP. Il 9,5% dei nuovi utenti ha ricevuto una diagnosi di schizofrenia e sindromi correlate, il 24% di sindrome affettiva, il 35% di sindrome nevrotica, il 8,4% di disturbo della personalità (tabella 7).

Tabella 7: Utenti al primo contatto con le UOP nel 2001: distribuzione degli utenti per diagnosi

Diagnosi	% dei primi contatti
Schizofrenia e sindromi correlate	9,5
Sindrome affettiva	24,3
Sindrome nevrotica	35,1
Disturbo della personalità	8,4

Riguardo all'età e al sesso dei nuovi utenti delle UOP, i tassi più elevati si trovano tra le persone di sesso femminile e nelle fasce di età giovanile (25/34 e 35/44) e al di sopra dei 64 anni (figura 8).

**Figura 8: Nuovi utenti in contatto con le UOP nel 2001
(tassi per 1000 residenti > 14 anni)**



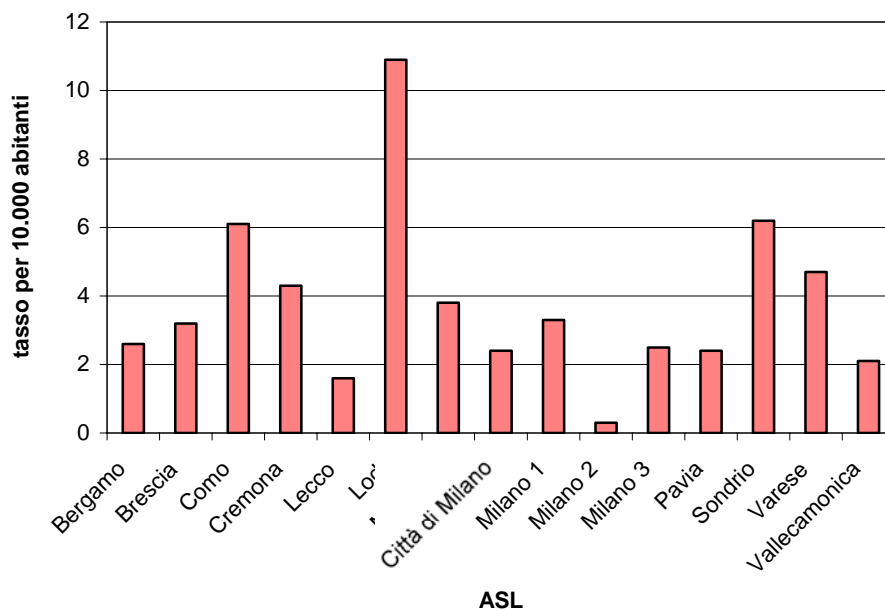
LE STRUTTURE
RESIDENZIALI
PSICHIATRICHE

Le strutture

Dopo la chiusura degli ex-ospedali psichiatrici la residenzialità rappresenta l'area dell'assistenza psichiatrica dove sono avvenuti i cambiamenti più profondi e significativi. Dal 1997 ad oggi vi è stata una crescita sia in termini di strutture che di posti letto superiore al 100%.

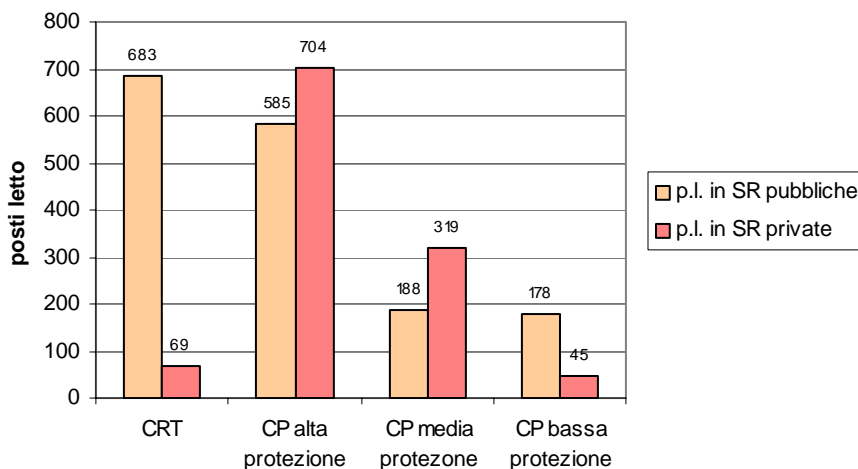
Considerando i dati aggiornati al giugno 2003 risultano accreditate 243 SR, di cui 160 (66%) a gestione pubblica e 83 (34%) gestite da privati. Il numero totale di posti letto risulta 2.771 di cui 1.634 (59%) in SR pubbliche e 1.137 (41%) in SR private. Il tasso di posti letto per 10.000 abitanti è 3,2 (1,3 ogni 4.000 abitanti), con una notevole disparità fra i territori delle diverse ASL lombarde: da un tasso di 0,3 posti letto ogni 10.000 abitanti della ASL Milano 2 al tasso di 10,9 posti letto per 10.000 abitanti nella ASL di Lodi. (figura 9).

Figura 9: posti letto di residenzialità psichiatrica nelle diverse ASL lombarde (tassi per 10.000 abitanti)



Dei 2.771 posti letto in SR, 752 (27,1%) sono posti letto in Comunità Residenziali Terapeutiche riabilitative (CRT), 1.289 (46,5%) in Comunità Protette ad elevato livello di protezione, 507 (18,3%) in Comunità Protette a medio livello di protezione, e 223 (8%) in Comunità Protette a basso livello di protezione. La maggioranza dei posti letto in SR a gestione privata è presente nelle Comunità Protette ad elevato livello di protezione (62% del totale dei posti letto in SR private) e nelle Comunità Protette a medio livello di protezione (28% dei posti letto in SR private) (figura 10).

Figura 10: Posti letto nelle diverse tipologie di SR



L'attività erogata agli utenti delle Strutture Residenziali

La più recente e attendibile fonte di dati sul funzionamento delle strutture residenziali psichiatriche (SR) in Lombardia è costituita dal Progetto RESPIL finanziato dalla Regione Lombardia e condotto per la parte scientifica dall'Istituto Mario Negri. Il progetto RESPIL ha fornito informazioni relativamente alle caratteristiche organizzative e assistenziali delle SR, ai pazienti residenti in tali strutture e all'attività erogata dalle SR ai propri utenti.

Allo studio sulle caratteristiche dell'utenza e sull'attività erogata dalle SR hanno partecipato 179 SR e sono state raccolte informazioni su 1.792 soggetti residenti. Delle 1.792 persone censite, 663 (37%) erano utenti provenienti dagli Ospedali Psichiatrici (OP). Le principali caratteristiche individuali sono presentate nella tabella 8. L'età media del campione è 47 anni, la durata media di degenza 744 giorni.

Tabella 8: Caratteristiche individuali degli utenti delle SR

	n°	%
Sesso		
Maschi	731	40,8
Femmine	1061	59,2
Età		
< 40 aa	600	33,4
40-59 aa	797	44,4
> 60 aa	395	22
Diagnosi		
Schizofrenia	1206	67,3
Disturbi affettivi	186	10,4
Disturbi di personalità	133	7,4
Ritardo mentale	174	9,7
Disturbi mentali organici	31	1,7
Abuso di sostanze	28	1,6
Altro	34	1,9
Durata del ricovero		
< 1 aa	756	42,2
1-2 anni	564	31,5
>2anno	470	26,3
Non nota	2	0,1

Riguardo alla provenienza dei 1.129 utenti delle SR che non erano precedentemente ricoverati in OP: 326 (29%) provenivano da altre SR psichiatriche, 282 (25%) provenivano da SPDC, 476 (26,6%) provenivano dal proprio domicilio (42%).

La tabella 9 presenta infine le attività che vengono erogate agli utenti delle SR. Interventi sulle abilità di base vengono erogati al 92% degli utenti, interventi di risocializzazione al 70% degli utenti, interventi di reinserimento lavorativo al 10% degli utenti.

Tabella 9: Utenti che ricevono interventi psico-sociali nelle SR

	n°	%
Interventi abilità di base		
Nessun intervento	150	8,4
1-4 interventi	1.136	63,4
> 5 interventi	506	28,2
Interventi di risocializzazione		
Nessun intervento	560	31,2
1-4 interventi	1.064	59,4
> 5 interventi	168	9,4
Interventi di riabilitazione occupazionale		
No	1.621	90,5
Si	171	9,5

Le dimissioni dalle Strutture Residenziali

La seconda fase del progetto RESPIL ha studiato il fenomeno delle dimissioni degli utenti delle SR nel corso dei 13 mesi successivi al censimento. Dei 1792 utenti presenti sono stati dimessi 337 utenti (18,8%). Di essi 172 sono stati dimessi al proprio domicilio, 145 in altra struttura sanitaria, 20 in altra realtà (non conosciuta). Dei 337 utenti dimessi, 47 (13,9%) erano pazienti ex-OP .

1.3 LE AREE CRITICHE DELLA SITUAZIONE ATTUALE

I dati presentati nei paragrafi precedenti permettono di evidenziare alcune aree critiche relative alla programmazione e alla organizzazione dei servizi per la salute mentale.

Alcune considerazioni riguardano le caratteristiche della popolazione e la definizione dei bisogni:

- il progressivo invecchiamento della popolazione determina un maggior bisogno di servizi nell'area dei disturbi mentali organici e dei disturbi psicopatologici nei soggetti anziani;
- l'emergere di nuove problematiche nell'ambito del trattamento dei disturbi psichici quali i disturbi del comportamento associati a disturbo della personalità e più in generale le situazioni di comorbidità e di doppia diagnosi richiede la proposizione di nuovi modelli operativi specifici;
- il numero di nuovi casi di soggetti con schizofrenia per anno che prendono contatti con le UOP (circa 1.300 persone) appare sostenibile rispetto all'offerta di programmi di trattamento precoce e intensivo per questi utenti (in media circa 20 nuovi utenti per ogni UOP in ogni anno);
- la stima di prevalenza nella popolazione generale di disturbi quale la depressione e le sindromi nevrotiche definisce un importante bisogno di salute. Tale bisogno trova una risposta sostenibile principalmente nei progetti di collegamento tra psichiatria e medicina generale.

Riguardo all'offerta di servizi e di programmi per la cura dei disturbi psichici, i dati attuali evidenziano come le UOP e i DSM lombardi siano una realtà fortemente radicata sul territorio. In termini di strutture e personale i servizi per la salute mentale presenti in Lombardia corrispondono, seppur con qualche disomogeneità nelle diverse aree geografiche, agli obiettivi identificati dal Progetto Obiettivo Regionale 1995-1997.

Anche i dati relativi alle attività indicano un'offerta intensa e diffusa. A titolo di esempio, il dato per cui sono in cura presso i DSM oltre 25.000 persone con una diagnosi di schizofrenia e disturbi correlati, identifica un livello adeguato di soddisfacimento del bisogno se si considera che, sulla base dei dati di prevalenza nella popolazione generale, è possibile stimare in 32/48.000 nel corso di un anno le persone affette da schizofrenia in Lombardia.

Tuttavia, sembra emergere una scarsa progettualità nell'erogazione dei percorsi di assistenza. Alcune evidenze sostengono tale ipotesi:

- la percentuale di utenti in contatto con le UOP che riceve più di 10 interventi nel corso di un anno non raggiunge il 30%;
- gli interventi al domicilio rappresentano solo il 9% degli interventi erogati dai CPS;
- il 65% degli interventi erogati dai CPS è costituito da visite specialistiche; solo il 6% è costituito da interventi rivolti alla famiglia, solo il 5% è costituito da interventi di supporto, solo il 10% è costituito da interventi di riabilitazione / risocializzazione;
- la percentuale di utenti stabilmente in contatto con i CD non supera il 3%;
- l'offerta di posti di residenzialità psichiatrica è fortemente disomogenea nell'ambito del territorio delle diverse ASL e principalmente orientata verso la tipologia di struttura ad alto livello di protezione;
- il 60% degli utenti è residente nella stessa SR da più di un anno e il 25% da più di due anni. La percentuale di utenti dimessi dalle SR nel corso di un anno non raggiunge il 20%.

Questi pattern di attività sembrano riconducibili a una insufficiente differenziazione della domanda e ad una insufficiente responsabilizzazione rispetto ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi. In ogni caso, tale situazione genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti.

La situazione attuale sembra indicare che, nei disturbi psichici gravi, si interviene in modo aspecifico nelle fasi più critiche della malattia, quando sarebbero possibili interventi per contrastare l'evoluzione cronica, e si opera invece in modo massiccio durante le fasi successive, per contrastare una cronicità ormai instaurata, con interventi incerti dal punto di vista dell'efficacia e dispendiosi per la collettività.

Infine, riguardo al trattamento dei disturbi psichici comuni, l'intervento appare poco orientato a una valutazione dei bisogni specifici, alla definizione di obiettivi del progetto terapeutico in modo condiviso con l'utente, e a una pratica che favorisca la collaborazione con la medicina generale.

1.4 LINEE DI SVILUPPO

Secondo quanto indicato dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 della Regione Lombardia (PSSR 2002-2004), definito l'assetto organizzativo dei servizi per la salute mentale, diviene rilevante dedicarsi ai programmi di trattamento, ai percorsi di diagnosi e terapia, ai processi clinici, alla relazione con la persona malata e con la sua famiglia, tutelandone i diritti di cittadino. Primo obiettivo da perseguire è lo sviluppo di una **psichiatria di comunità** che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, con programmi di cura improntati a modelli di efficacia e valutabili, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile.

In tale prospettiva è necessario mettere in primo piano il problema dell'integrazione e del collegamento tra diversi soggetti istituzionali e diversi soggetti erogatori nel campo della salute mentale e prevedere il ruolo di un **organismo di coordinamento** ove il DSM si apra alla collaborazione con ASL, MMG, enti locali, altri soggetti erogatori, agenzie della rete naturale, associazioni, mondo del lavoro.

Inoltre, deve essere messo in primo piano anche il lavoro di integrazione all'interno del DSM con la valorizzazione delle attività delle diverse Unità Operative e della specificità delle diverse discipline e professionalità. Ciò attraverso la definizione di procedure di collegamento e di protocolli specifici per le diverse aree di intervento. La prospettiva è quella di superare l'organizzazione del lavoro per struttura in favore dello sviluppo di "*equipes funzionali*" che si costituiscono in funzione di **programmi di cura** e di attività specifiche.

La specificità del lavoro nel campo della salute mentale richiede un forte investimento sulla professionalità degli operatori. Nel campo della salute mentale, più che in ogni altra disciplina sanitaria, la qualità dell'assistenza dipende dalla motivazione, dal coinvolgimento e dalla soddisfazione degli operatori. In questo senso devono essere considerate fondamentali le iniziative di sostegno, aggiornamento e formazione continua di tutti gli operatori nell'ambito delle diverse professionalità che concorrono alla costituzione delle *equipes* di lavoro all'interno dei DSM.

OBIETTIVI E
INDIRIZZI
(PSSR 2002-2004)

Il PSSR 2002-2004 indica alcuni punti significativi rispetto alle esigenze a cui dare soluzioni in via prioritaria nell'area della salute mentale.

Le linee politico-organizzative

Il PSSR 2002-2004 indica in primo luogo l'esigenza di trasferire anche al settore della salute mentale alcuni principi ispiratori della legge regionale 31/97, con particolare riguardo al diritto alla libera scelta del cittadino e alla parità tra soggetti erogatori di servizi. Inoltre chiede l'attuazione di politiche che realizzino una sempre maggior apertura alle funzioni territoriali (interventi ambulatoriali e domiciliari), così da favorire l'applicazione di modelli di psichiatria di comunità, riducendo il ricorso a ricoveri residenziali impropri. Tra gli strumenti, indica anche una revisione del sistema di finanziamento per orientare le attività verso criteri di qualità. Infine, propone la riformulazione dei modelli clinico-organizzativi in base alla necessità di attuare programmi di assistenza che garantiscano efficacia e appropriatezza in un contesto di risorse limitate (introduzione di misure di attività ed esito, definizione di linee guida).

Il lavoro per progetti

Sul piano clinico-organizzativo il PSSR 2002-2004 indica la necessità di differenziare i *percorsi di cura*, sulla base di una accurata osservazione diagnostica e valutazione dei bisogni clinico-sociali. Vengono indicati alcuni percorsi di cura: la *consulenza* per le patologie "minori" attraverso la definizione di percorsi diagnostico - terapeutici con corresponsabilizzazione dei MMG; l'*assunzione in cura* per la risposta a bisogni di trattamento essenzialmente specialistico con l'elaborazione di protocolli di trattamento specifici; la *presa in carico* (trattamento integrato) per il soggetto con disturbi psichici gravi e che richiede programmi articolati nel tempo. Per il percorso della presa in carico vengono richiesti piani terapeutico-riabilitativi personalizzati anche articolati tra pubblico e privato (aperti a modalità sperimentali) e con il coinvolgimento della rete territoriale e delle famiglie. Infine vi è la richiesta di definire programmi specifici per la risposta all'acuzie. Il PSSR 2002-2004 indica che tali diversificazioni debbono incentivare la professionalità e l'efficacia dell'offerta, promuovere la libera scelta di chi domanda, contrastare l'autoreferenzialità dei servizi.

Il coordinamento delle risorse

Riguardo al coordinamento delle risorse il PSSR 2002-2004 indica tre punti principali: coordinamento, integrazione e sviluppo delle risorse operanti sul territorio (formali e informali) e loro messa in rete, anche con l'attuazione di modelli gestionali innovativi. In secondo luogo, coordinamento di tutte le risorse residenziali presenti su un territorio provinciale. Infine, coordinamento e attivazione degli interventi di urgenza - emergenza sul territorio e integrazione dei servizi di ricovero ospedaliero.

L'integrazione dipartimentale

Il PSSR 2002-2004 indica come prioritario l'obiettivo di affrontare gli aspetti assistenziali delle disabilità a rilievo psichiatrico, in particolare per quanto concerne l'utilizzo delle strutture residenziali attraverso il raccordo essenziale con la rete sociale e la rete socio-sanitaria ad elevata integrazione delle ASL. Inoltre, chiede risposte integrate a problematiche di confine: patologie correlate all'abuso di sostanze, comportamenti violenti, patologie legate all'immigrazione, malati terminali. Infine viene posta attenzione allo sviluppo e integrazione, nell'ambito dei DSM, dell'area della neuropsichiatria infantile con i servizi psichiatrici, in particolare per i disturbi dell'adolescenza.

I CONTENUTI DEL PIANO

Il Piano Regionale per la Salute Mentale è stato sviluppato nel rispetto delle linee e degli indirizzi indicati nel PSSR 2002-2004 della Regione Lombardia.

I seguenti **obiettivi strategici** hanno rappresentato un costante punto di riferimento per la definizione di un modello gestionale coerente con la realtà attuale della sanità lombarda e per la proposta di strumenti organizzativi per l'attività dei servizi per la salute mentale:

- promuovere la salute mentale del soggetto adulto attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale o imprenditoriale, con particolare riferimento ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi e con bisogni complessi (*piano di trattamento individuale per gli utenti con disturbi psichici gravi*);
- investire in termini organizzativi e gestionali sui percorsi territoriali per promuovere una psichiatria di comunità che operi in un territorio funzionale ampio integrando i diversi servizi e soggetti presenti e garantendo la libertà di scelta da parte degli utenti;
- dare maggiore forza al DSM attraverso le sinergie necessarie ad attivare i percorsi di integrazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale nell'ambito di macroaree territoriali;
- individuare il ruolo di ASL, Enti locali, e di tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale in un'area territoriale e attivare un Organismo di coordinamento che assicuri le sinergie con le AO e i DSM promuovendo interventi a tutela dei diritti dei cittadini affetti da disturbi psichici relativamente a: l'analisi dei bisogni (anche di rilievo sociale), l'integrazione della rete socio-sanitaria, l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse del territorio, le iniziative di prevenzione e lotta allo stigma;
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di collaborazione con soggetti non istituzionali (convenzioni con associazione di utenti e di familiari, volontariato, cooperative sociali, associazioni di advocacy e più in generale terzo settore) e con la rete informale;

- ridefinire i modelli clinico-organizzativi e i percorsi di cura della residenzialità psichiatrica (*progetto terapeutico riabilitativo per gli utenti in strutture residenziali*);
- proporre modelli gestionali e organizzativi innovativi per l'assistenza psichiatrica nel contesto attuale della sanità lombarda che favoriscano la continuità terapeutica e il processo unitario di cura utilizzando i contributi del privato sociale;
- elaborare percorsi diagnostico-terapeutici integrati (multi-disciplinari e multi-professionali) in risposta ai diversi bisogni dei soggetti con disturbi psichici con particolare attenzione a programmi specifici di trattamento, anche con riferimento a patologie emergenti nelle quali le manifestazioni psichiche acute si accompagnano a disturbi di tipo comportamentale;
- promuovere modelli organizzativi di assistenza che consentano la sperimentazione di nuove forme di finanziamento per i percorsi di cura;
- favorire e rafforzare il lavoro di equipe nei DSM attraverso la valorizzazione delle diverse figure professionali ponendo particolare attenzione ai bisogni formativi specifici;
- introdurre nell'operatività dei DSM strumenti per promuovere la qualità dell'assistenza e per monitorare le attività e i risultati;
- valorizzare e incentivare il metodo progettuale e sperimentale per introdurre cambiamenti strutturali e gestionali nella rete di offerta;

Il Piano Regionale Salute Mentale è organizzato in sei capitoli:

Il presente capitolo (*capitolo 1*) ha presentato il **contesto di riferimento**. Sono stati analizzati i dati epidemiologici che descrivono la realtà attuale della domanda di salute mentale nella popolazione ed è stata descritta l'offerta attuale relativamente alle diverse aree dell'assistenza psichiatrica. Infine in questo capitolo sono state presentate le aree critiche della situazione attuale e descritti gli obiettivi e gli indirizzi del Piano.

Il *capitolo 2* presenta lo **scenario organizzativo** in cui si collocano gli Enti, i servizi e gli erogatori che collaborano nell'area della salute mentale. Vengono definiti i ruoli e le funzioni dei diversi soggetti e viene identificato un modello gestionale per il governo del sistema nel rispetto dei principi e delle indicazioni del PSSR 2002-2004.

Il *capitolo 3* presenta le diverse aree di **riorganizzazione dell'assistenza**. Vengono identificati diversi percorsi territoriali in funzione dei bisogni degli utenti con particolare attenzione al trattamento integrato dei soggetti con disturbi psichici gravi e vengono proposti modelli operativi di intervento per rispondere a bisogni con rilevanza sociale. Inoltre vengono proposte aree di intervento nell'ambito

dell'Ospedale Generale e viene ridefinito il sistema della residenzialità psichiatrica. Infine vengono affrontate le problematiche relative ad aree di confine.

Il **capitolo 4** affronta la problematica della **qualità** nei servizi psichiatrici. Viene definito un sistema di requisiti di qualità e vengono identificati le procedure per la verifica e il controllo della qualità. Infine vengono proposti gli strumenti per promuovere la qualità dell'assistenza.

Il **capitolo 5** definisce i programmi e i contenuti per la **formazione** degli operatori psichiatrici valorizzando le diverse professionalità e i bisogni formativi specifici.

Il **capitolo 6** descrive la situazione attuale delle **risorse** destinate alla psichiatria e alla salute mentale e programma il piano di sviluppo per gli anni 2004 e 2005.

IL NUOVO SCENARIO

2.1 I RUOLI E LE FUNZIONI

LA REGIONE

Il ruolo della Regione nell'ambito della salute mentale fa riferimento a quello ampiamente delineato nel PSSR 2002-2004.

Se il cittadino è posto al centro del sistema significa che tutto deve essere sviluppato nell'interesse del soggetto assistito. Per fare che ciò si verifichi la Regione ha il preciso ruolo di destinare le risorse corrispondenti affinché le stesse siano trasformate in servizi ed innovazione utili alla prevenzione, alla cura ed alla assistenza del malato. Il ruolo della Regione di garante si estrinseca nella funzione di promozione e valutazione del funzionamento dell'assistenza. Solo la valutazione adeguata dei risultati prodotti dal sistema e degli effetti dei cambiamenti introdotti consentirà di mantenere e confermare le soluzioni organizzative che dimostreranno di aver prodotto dei risultati positivi. Andranno in modo particolare individuati e monitorati gli indicatori per la valutazione dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture, per la *customer satisfaction*, per il rispetto dei tempi di attesa, per l'accessibilità ai servizi.

GLI ENTI LOCALI

La legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" sancisce in modo netto e definitivo **per gli Enti locali (i Comuni) il ruolo di governo** del sistema integrato di interventi e servizi sociali, da realizzarsi in forma associata sul territorio. Tale sistema è finalizzato a promuovere i diritti di cittadinanza, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

Questa legge è un'importante occasione per ribadire che la salute mentale attraversa tutte le età e le condizioni umane e pertanto in tutti gli ambiti tecnici la questione va tenuta presente e valutata in rapporto ai bisogni locali e alle priorità d'intervento.

In accordo con gli orientamenti espressi dal PSSR 2002-2004, i comuni associati hanno dato attuazione al dettato legislativo della legge 328/00, definendo, secondo il principio di sussidiarietà, i **piani di zona** su base distrettuale, con il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e in sinergia con il sistema dei servizi sociosanitari, governato dalle ASL.

Nell'ambito della salute mentale un ruolo significativo è quello della **Provincia**, in particolare nell'ambito dei programmi di inserimento lavorativo e dei processi di formazione lavoro.

LE ASL

La legge Regionale n.31 del 11 luglio 1997 "*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*" ha introdotto nel sistema sanitario regionale lombardo principi regolatori nuovi. In primo luogo, in applicazione di quanto previsto dai decreti di riordino, ha promosso il processo di aziendalizzazione delle vecchie USSL e ha istituito nuove Aziende Sanitarie con assegnazione di patrimonio e personale: 15 Aziende Sanitarie Locali (**ASL**) e 29 Aziende Ospedaliere (**AO**).

La mission di una **ASL** consiste nel mantenere in buona salute la popolazione di cui è chiamata a prendersi carico. Per fare ciò è necessario che la ASL conosca in modo approfondito lo stato di salute dei suoi cittadini, la domanda di prestazioni socio-sanitarie e l'evoluzione nel tempo dei bisogni. Per la ASL la capacità di "**governare la domanda**" è strategica e l'approfondita conoscenza dei fenomeni di salute/malattia/cronicità consente di valutare la migliore risposta ai bisogni della popolazione in termini di efficacia, appropriatezza e consumi. La stima della frequenza, consistenza, distribuzione e modifica nel tempo dei determinanti di salute/malattia e dei bisogni di assistenza da soddisfare è il presupposto necessario per una incisiva politica socio-sanitaria territoriale e per un'efficiente ed efficace allocazione di risorse limitate. In questo senso l'ASL è l'unica organizzazione che ha a disposizione tutti i flussi informativi che consentono una completa ricongiunzione delle prestazioni agli utenti che ne hanno usufruito. L'individuazione della allocazione spazio/temporale dei principali determinanti di spesa sanitaria consente di **monitorare e verificare** il corretto funzionamento del sistema, creando le premesse per una attenta valutazione delle priorità di allocazione delle risorse e del loro ottimale impiego.

Altro principio fondante della Legge 31 è rappresentato dalla piena parità di diritti e di doveri riconosciuta ai soggetti di diritto pubblico e ai soggetti di diritto privato nella erogazione dei servizi necessari a garantire la tutela della salute dei cittadini. Condizione necessaria perché i diversi soggetti possano erogare prestazioni finanziabili con i fondi del Servizio Sanitario Regionale è il possesso, accertato dalla

ASL competente, dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia di accreditamento. Attraverso il riconoscimento della parità tra erogatori pubblici ed erogatori privati si pongono le premesse per la creazione di una competizione regolata tra i diversi soggetti erogatori. Sulla attuazione di tali processi si fonda un altro principio cardine della Legge 31, ovvero l'affermazione del diritto alla libera scelta da parte del cittadino. L'ampliarsi della rete di offerta, realizzata con il concorso, non più solo integrativo o residuale, del settore privato (sia imprenditoriale che sociale) consente al cittadino in situazione di bisogno di indirizzare la propria richiesta alla struttura e/o al servizio che più rispondono alle sue esigenze. Come presupposto e garanzia di una effettiva attuazione del principio della libera scelta, la Legge 31 ha previsto la separazione tra i soggetti erogatori delle prestazioni (AO ed erogatori privati accreditati) e i soggetti garanti della salute dei cittadini e acquirenti le prestazioni stesse (ASL).

La ASL ha poi un ruolo fondamentale nel rapporto con la *medicina generale*. Il medico di medicina generale, nell'ambito della specifica attività clinica prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, deve interagire a vari livelli con le strutture che svolgono attività nel campo della salute mentale, per assicurare l'iter diagnostico-terapeutico e assistenziale degli utenti. E' altamente auspicabile lo sviluppo di progetti strutturati di collegamento tra i servizi psichiatrici e la medicina generale costruiti attraverso il coordinamento della ASL. Tali progetti dovrebbero tendere alla definizione e adozione di percorsi diagnostico-terapeutici per i disturbi psichici, a percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG, a definire procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e medici di medicina generale anche attraverso forme di sperimentazione che prevedano forme associative di medicina generale.

Riguardo specificamente alla *salute mentale*, l'ASL deve necessariamente assumere un ruolo di cerniera e promozione, in quanto la sua mission istituzionale è la tutela del diritto alla salute nella sua accezione più completa di benessere fisico, psichico e sociale. L'ASL, nella sua azione di programmazione e controllo, si trova a svolgere un importante ruolo intermedio fra le aziende ospedaliere, gli enti accreditati, i comuni (nel momento in cui predispongono e adottano i piani di zona) e il mondo del terzo settore. A tale proposito è necessario che l'ASL si doti di una funzione organizzativa competente per questa azione di coordinamento della programmazione e tutela dei diritti di salute. Tale funzione organizzativa trova espressione nell'*organismo di coordinamento per la salute mentale*. Esso rappresenta il momento di integrazione e collaborazione fra i diversi soggetti istituzionali che concorrono alla progettazione e realizzazione dei programmi di assistenza per la salute mentale (servizi ASL, Enti Locali, DSM, soggetti erogatori accreditati), coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori, anche non istituzionali. Tale organismo avrà obiettivi relativi al monitoraggio dei bisogni sanitari e sociali di un territorio, alla definizione di previsioni di spesa (budget), al controllo e alla verifica delle attività erogate, alla promozione di iniziative preventive e di tipo culturale e educativo, e alla realizzazione di programmi riabilitativi e assistenziali innovativi che comprendano risposte alle esigenze

abitative, lavorative e di socialità favorendo la buona pratica clinica con un uso razionale delle risorse disponibili.

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Uno degli aspetti principali della riforma sanitaria lombarda che ha avuto avvio con la legge 31/1997 è la costruzione di una rete di Aziende Ospedaliere (AO) autonome che agisce in un modello in grado di valorizzare l'autonomia degli utenti e la competizione tra le strutture. Le aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione.

Il PSSR 2002-2004 conferma le principali scelte del modello individuato dalla legge regionale 31/1997 e ad esso si rimanda per una esaustiva trattazione. Il PSSR propone una visione centrata sulle Aziende Ospedaliere come insieme di soggetti che in virtù del proprio spazio di autonomia devono dare risposte adeguate ai bisogni di salute in ambito diagnostico e terapeutico. Il modello ordinario di gestione operativa di tutte le Aziende Ospedaliere è identificato nell'organizzazione dipartimentale.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Secondo quanto emerge nelle *“Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia” (delibera 14049 del 8 agosto 2003)*, il Dipartimento è una modalità di organizzazione di più strutture complesse e di quelle semplici di particolare specificità. Esso è un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria, avente quale compito specifico lo svolgimento, in maniera coordinata, di attività complesse al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. In coerenza con il PSSR 2002-2004, il modello dipartimentale è incentrato sulla flessibilità organizzativa delle Aziende Sanitarie.

I Dipartimenti delle Aziende Sanitarie, secondo quanto definito dalla delibera 14049 del 8 agosto 2003, in relazione alla propria funzione hanno il compito di:

- individuare gli obiettivi da perseguire, in termini di attività complesse (sia su base annuale che pluriennale), tramite il coordinamento e l'organizzazione dell'attività di assistenza;
- analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo della apparecchiature, nonché ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;
- individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, anche al fine di verificare il livello di personalizzazione degli interventi e la promozione di iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;
- valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;

- ottimizzare l'uso delle risorse assegnate, non più legate alle singole UO;
- utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per assistiti, e le apparecchiature, al fine di consentire una più completa assistenza al malato e una razionalizzazione dei costi;
- organizzare l'attività libero-professionale;
- partecipare insieme alla struttura aziendale preposta alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione (organizzando la didattica);
- studiare e applicare sistemi integrati di gestione, tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche al fine di implementare i collegamenti funzionali e lo scambio di informazioni e immagini all'interno del dipartimento e tra dipartimenti aziendali; ciò potrà oltremodo consentire l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati;
- promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

Nell'ambito delle tipologie di Dipartimento presentate nel POFA, il Dipartimento di Salute Mentale trova idonea collocazione tra i ***dipartimenti di tipo gestionale***.

A questo riguardo viene specificato che il dipartimento gestionale è costituito da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità (anche appartenenti a Presidi/Stabilimenti diversi) affini o complementari, comunque omogenee; in esso si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget. Caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

Riguardo al Dipartimento di Salute Mentale, il Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000" afferma che il direttore del DSM è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo, nei limiti delle risorse destinate dall'azienda.

La normativa regionale relativa ai requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (DGR 6 agosto 1998 n. 38133) definisce gli standard organizzativi e funzionali delle strutture sanitarie. Riguardo alla psichiatria, tale normativa fa riferimento al Progetto Obiettivo Regionale 1995/1997 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" che viene qui confermato relativamente alla definizione dell'articolazione dei presidi delle Unità Operative di Psichiatria e la relativa dotazione di personale.

L'INTEGRAZIONE
DELLE ATTIVITA'
NEL DSM

Il PSSR 2002-2004 indica l'area della salute mentale come un campo in cui operano tre discipline: psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia. A questo riguardo la DGR 6 agosto 1998 n. 38114 relativo alle "Linee guida per la regolamentazione del Dipartimento di Salute Mentale" indica il DSM come struttura organizzativa interdisciplinare e come organo di coordinamento e di governo atto a garantire unitarietà ed integrazione ai servizi per la salute mentale. Nell'ambito del Comitato Tecnico di gestione del DSM trovano posto i responsabili di tutte le UO del DSM compreso il responsabile della UO di Psicologia, qualora esistente.

Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile

Nell'ambito della salute mentale, psichiatria e neuropsichiatria infantile rappresentano due discipline con proprie specificità clinico-operative che presentano aree di competenza contigue. Tali aree richiedono forme organizzate di collegamento tra le UOP e le UONPIA progettate non solo in funzione dell'età degli utenti ma piuttosto in funzione della tipologia dei problemi presentati, della loro prevedibile evoluzione, dell'obiettivo di rispondere alle richieste e alle aspettative degli utenti e dei loro familiari.

Le forme di collegamento tra UOP e UONPIA devono garantire, indipendentemente dall'età del paziente, coerenza e continuità del progetto di cura. Alcune aree di intervento risultano prioritarie e devono essere regolate da appositi protocolli:

- ***Esordi psicotici nell'adolescenza o presenza di eventuali segnali di rischio*** : appare necessaria l'attivazione di risorse integrate tra UOP e UONPIA nelle situazioni psicopatologiche ad esordio adolescenziale, per garantire il massimo livello di cura e attenzione fin dalle prime fasi dell'emergenza dei sintomi. Sul piano operativo, è opportuna la definizione di un gruppo di lavoro stabile di collegamento tra le due Unità Operative, che garantisca anche il lavoro di integrazione con le ASL (Dipartimento ASSI) per la formulazione di progetti psicoeducativi sul territorio e per la presa in carico dei genitori in situazioni conflittuali, e con il SerT per le situazioni di competenza. È importante che il lavoro terapeutico sia concepito come lavoro di équipe multiprofessionale.
- ***Disturbi del comportamento, ritardo mentale, sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza*** : si tratta di un'area in cui gli operatori dell'UOP sono chiamati a fornire una consulenza o un supporto in ordine a specifici problemi o, in via eccezionale, in ordine ad una eventuale presa in carico, nel momento in cui le due UO ritengono concordemente che ciò debba e possa avvenire. In questo ambito devono essere incentivati progetti per il monitoraggio delle nuove patologie emergenti ove manifestazioni psichiche acute si accompagnano a disturbi di tipo comportamentale per individuare gli interventi più appropriati. Fino all'età di 18 anni la titolarità

formale del caso resta comunque alla UONPIA così come le eventuali responsabilità di carattere assistenziale.

- ***Ospedalizzazione per disturbi comportamentali***: riguardo ai ricoveri di adolescenti che giungono al Pronto Soccorso per disturbi comportamentali, uno specifico protocollo descrive il percorso operativo riguardo a: ruolo dello psichiatra di guardia o reperibile nella decisione per il ricovero e per la sede di tale ricovero (Pediatria, SPDC, in un reparto di NPI disponibile); informazione del responsabile della UONPIA di quanto avvenuto; modalità di visita da parte della UONPIA al giovane ricoverato non appena ricevuta la segnalazione.
- ***Patologia e familiarità***: nel rispetto della normativa vigente e della dignità delle persone, gli operatori delle UOP e UONPIA adottano un protocollo che regola il trasferimento reciproco di informazioni riguardanti condizioni cliniche di loro assistiti che rappresentano un comprovato fattore di rischio per un familiare, segnatamente un discendente. Ciò allo scopo di poter mettere in atto tempestivi interventi di supporto e di tutela della salute nei confronti del familiare esposto al rischio.

Psichiatria e Psicologia

Riguardo all'area della psicologia, l'attività degli psicologi nelle Aziende Ospedaliere, nel corso del tempo, ha assunto forme organizzate in modo disomogeneo. Da un canto l'attività degli psicologi continua a essere svolta nell'ambito delle Unità Operative di Psichiatria in tutti i presidi ospedalieri (SPDC, DH) ed extra-ospedalieri (CPS, CRT, etc). D'altro canto, in casi specifici, sono state sperimentate, forme di organizzazione all'interno dei DSM che raccolgono gli psicologi che operano in psichiatria. Infine, in casi specifici, sono nate Unità Operative di Psicologia al di fuori del DSM.

Considerata l'indicazione del PSSR 2002-2004 per lo sviluppo di un'attività centrata sul lavoro per progetti attraverso l'integrazione di tutte le risorse disponibili nel DSM, viene indicata come prioritaria la creazione di Servizi di Psicologia, diretti da Psicologi, all'interno dei DSM come strutture semplici (qualora non siano già presenti strutture complesse) che aggregino tutti gli operatori psicologi. I Servizi di Psicologia hanno il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di cura offerti dal DSM ai propri utenti e di contribuire in modo adeguato alla realizzazione degli obiettivi di salute mentale indicati nel Piano Regionale. Tale organizzazione appare coerente con lo sviluppo di "*equipes funzionali*" che non coincidono più con il gruppo degli operatori di una struttura ma che si costituiscono in funzione di programmi di cura e di attività specifiche. In tale contesto al Servizio di Psicologia può competere la responsabilità di coordinamento di programmi o progetti specifici nell'ambito delle attività del DSM.

LE STRUTTURE
PRIVATE
ACCREDITATE

Le strutture private accreditate che erogano attività psichiatrica in Regione Lombardia corrispondono, nella situazione attuale, a due principali tipologie: le case di cura e le strutture residenziali. Tali strutture devono partecipare ai percorsi di cura per gli utenti affetti da disturbi psichici nell'ambito delle modalità organizzative definite nei percorsi territoriali e nei programmi residenziali (*vedi capitolo 3.1 e 3.4*).

In quest'ottica, il **sistema informativo Psiche** è esteso a tutte le strutture psichiatriche accreditate (comprese le case di cura e le attività ambulatoriali a loro collegate) al fine di monitorare in modo valido le attività erogate. Il monitoraggio dei percorsi territoriali e dei programmi residenziali viene attuato tramite i flussi informativi del sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia (**Psiche**). L'attivazione di un percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico) deve essere rilevata sul sistema informativo, insieme con le possibili modificazioni. Nelle fasi successive il sistema informativo permette la verifica e il monitoraggio della congruenza tra piano di cura e pattern di trattamento erogato.

Il PSSR 2002-2004 prevede la possibilità di organizzare UOP private come frutto della messa in rete di strutture con diversa funzione così da disporre di una articolazione di servizi (propri o collegati) tali da garantire organicamente la continuità e l'integrazione del trattamento anche del paziente grave e complesso. Lo sviluppo di nuove strutture dovrà comunque avvenire nell'ambito di una programmazione che vada a completare situazioni di carenza locale oltre che favorire la libera offerta regionale.

LE ASSOCIAZIONI,
IL VOLONTARIATO,
IL TERZO SETTORE

Negli ultimi decenni si è assistito a una progressiva contrazione delle misure di protezione precedentemente garantite dai sistemi di welfare ai propri cittadini. La riduzione delle risorse istituzionali disponibili ha imposto una attenzione diversa alle modalità erogative delle prestazioni, facendo prevalere orientamenti volti alla sussidiarietà, alla valorizzazione delle risorse informali e allo sviluppo di partnership.

D'altro lato, i nuovi soggetti sociali implicati oggi nella risposta ai bisogni (es: privato sociale, associazionismo, volontariato, cooperative sociali) si sono affermati sulla scena non solo in quanto invitati a partecipare a processi di cura non più gestibili interamente dal sistema pubblico dei servizi, ma anche e in quanto autonomi e competenti interlocutori delle agenzie formali, spesso più capaci di queste di cogliere con tempestività e capacità di innovazione le nuove istanze e i nuovi bisogni che la collettività andava esprimendo.

L'insieme di questi fattori ha profondamente ridisegnato il panorama nel quale si collocano i servizi alla persona imponendo logiche di lavoro nuove, attente alla promozione di mix sinergici di solidarietà informali e servizi formali, di risorse pubbliche e strutture private. Nel campo della salute mentale, in particolare, tali processi appaiono decisivi per la realizzazione di un trattamento efficace: la complessità della malattia mentale, infatti, è tale da richiedere l'attivazione di soggetti e competenze differenti (sanitarie e sociali) che, in maniera coordinata e integrata, operino nella direzione comune di garantire e promuovere la fruizione dei diritti di cittadinanza dei soggetti con disturbi mentali.

I DSM non esauriscono il bisogno di integrazione degli interventi e della possibilità di accesso alle risorse del territorio. Per questo obiettivo, diventa necessario considerare l'apporto di altri soggetti per applicare tendenze generali di sistema, quali l'acquisto di servizi dal privato, la parità degli erogatori, la libera scelta, ma anche l'attuazione dei principi di sussidiarietà. Una particolare attenzione deve essere rivolta al privato non-profit, o privato sociale in senso proprio, che nasce dai mondi vitali, radicati in valori condivisi, e che si organizza in genere nell'ambito della cooperazione. Questo mondo (indicato anche come "Terzo settore") comprende due distinte realtà: le organizzazioni che erogano servizi accreditati (tipo Cooperative sociali, Enti religiosi, Fondazioni) e le associazioni di utenti, familiari e volontari (con le quali si possono stabilire rapporti convenzionali).

Tale prospettiva conduce a sviluppare ulteriormente il ruolo dei diversi attori sociali e a porre dentro il sistema attuale la *funzione innovativa* del privato sociale, utilizzandone le potenzialità nel creare "imprese sociali" oppure valorizzandone la vocazione specifica a rispondere a bisogni sociali quali l'abitare, il tempo libero, il lavoro.

Inoltre va sottolineato e sviluppato il lavoro di rete tra queste realtà e tutti i servizi sociali e sanitari del territorio che costituiscono il tessuto delle reti formale, nell'ambito di una "alleanza" per la salute mentale nella società civile. Tale lavoro con le reti "secondarie" si deve altresì raccordare con la presenza della rete naturale o "primaria" nel contesto microsociale delle persone. Perciò, è opportuno prevedere specifiche iniziative volte alla attivazione delle reti sociali naturali ed al coinvolgimento di cittadini in grado di collaborare con i servizi nel ruolo di facilitatori naturali, anche attraverso l'utilizzo di un contributo economico identificato ad hoc. I bisogni dei pazienti psichiatrici possono infatti presentare una complessità tale da non trovare risposta unicamente all'interno dei servizi, sia per la limitatezza delle risorse, sia soprattutto per la loro intrinseca natura istituzionale. Va perciò incoraggiata la funzione di ri-socializzazione e di supporto sociale della rete naturale, così come il ruolo dei gruppi di mutuo aiuto o delle famiglie affidatarie.

2.2 IL MODELLO GESTIONALE

LA PLURALITA' DI SOGGETTI EROGATORI

La valorizzazione in psichiatria della parità **pubblico-privato** deve essere correlata all'attesa di benefici sul piano tecnico e gestionale (obiettivi di salute ed esiti): in particolare, sia nel senso di interventi che contribuiscano a innovare la pratica e ad interrompere il circuito della cronicità, sia nel senso della differenziazione delle esperienze e della specificità delle indicazioni riguardo ai trattamenti terapeutico-riabilitativi.

A un primo livello occorre garantire, in continuità con le norme e la prassi attuali, l'attività erogata dalle strutture private accreditate. Tali strutture devono costruire propri percorsi di cura o partecipare a percorsi di cura collegati con servizi inviati nel rispetto dei requisiti richiesti (tipologia, personale, programmi) e dei protocolli di attività (cfr. protocolli per le strutture residenziali). Le nuove strutture devono essere sviluppate sia nell'ambito di una programmazione che vada a completare situazioni di carenza locale, sia come presenze nell'ambito della libera offerta regionale, coerentemente con il PSSR 2002-2004 che prevede la possibilità di organizzare le UOP private attraverso la messa in rete di strutture a diversa funzione così da disporre di una articolazione di servizi tali da garantire organicamente la continuità e l'integrazione del trattamento anche del paziente grave e multiproblematico.

Nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), la prospettiva è quella di integrare realmente i soggetti erogatori privati nella rete e nel sistema dei DSM regionali in modo che essi assumano una configurazione più ampia e comprensiva delle diverse risorse presenti sul territorio.

L'ACCESSO AI SERVIZI

L'ambito territoriale individuato per rispondere contemporaneamente alle molteplici esigenze di ampliare l'offerta e di definire un'area di riferimento, di offrire ai cittadini un sistema più libero ma insieme più garantito, viene indicato in una dimensione di **macroarea**, coincidente di norma con il **territorio delle ASL**.

Tali macroaree si intendono come riferimenti funzionali e di buona accessibilità. La coincidenza con la ASL consente di agevolare sia i meccanismi amministrativi, sia le azioni relative all'offerta, valutazione, programmazione dei servizi. Ne risulta l'ambito più appropriato, se pur non esclusivo, entro il quale attuare i vari percorsi di cura, compresi i **piani terapeutici individualizzati (PTI)** di presa in carico e i **progetti terapeutico-riabilitativi (PTR)** personalizzati per utenti in strutture residenziali.

Tuttavia, l'ambito di maggiore prossimità va visto nel territorio del **distretto socio-sanitario**, ove diventa più immediato il coinvolgimento della rete naturale, dei Comuni (Piani di zona), dei medici di famiglia e la realizzazione delle idonee

integrazioni con il lavoro delle UOP, attraverso i CPS, le strutture residenziali e semiresidenziali. L'accessibilità al servizio sarà favorita da una appropriata modalità dell'offerta, dalla sensibilizzazione della comunità, dai servizi di supporto sociale anche utilizzando idonei strumenti formalizzati. La collaborazione del DSM con soggetti non istituzionali (associazioni dei familiari, degli utenti, volontariato, associazioni di advocacy) e con il privato sociale, può dar luogo all'organizzazione di punti di ascolto il più possibile prossimi ai luoghi di vita abituale del cittadino. In questo modo viene naturalmente favorito il riferimento al CPS locale, specie riguardo alla definizione ed attuazione dei **piani terapeutici individualizzati (PTI)** relativi alla presa in carico del paziente complesso con disturbi gravi e persistenti. Per i **casi nuovi**, in situazione di emergenza, deve comunque essere considerato come riferimento la UOP locale.

Un aspetto critico è il problema della competenza territoriale, come elemento inscindibilmente connesso alla pratica della psichiatria di comunità e al lavoro di rete, rispetto ai casi gravi bisognosi di percorsi di trattamento integrato (**presa in carico**). Il criterio di prossimità dei servizi deve tuttavia essere funzionale all'instaurarsi di relazioni di collaborazione con il paziente e la sua famiglia, e la competenza territoriale non può contraddire la competenza (capacità di scelta) del paziente, anche grave, la cui fiducia va sempre conquistata. Il "naturale" riferimento del cittadino che necessita della proposta di un percorso di **presa in carico** resta il CPS locale, ma non può essere obbligatorio. In questo senso, la rigida attribuzione burocratica deve essere sostituita da regole di buona pratica clinica, dalla chiara definizione della **titolarità** del percorso di cura e dalla prassi di definire protocolli clinici e organizzativi al fine di fissare le diverse reciproche responsabilità nel rapporto sia tra enti che tra persone (operatori e utenti).

IL GOVERNO
CLINICO NEI
DISTURBI
MENTALI GRAVI

La realizzazione della **presa in carico** del paziente grave, in una prassi costantemente orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro, rappresenta una *mission* specifica del DSM. Ciò comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. La continuità terapeutica si configura come "costanza" della presa in carico: il DSM se ne assume l'impegno, garantendo l'articolazione di interventi diversi, ma al tempo stesso salvaguardando l'unitarietà del progetto terapeutico necessaria per garantire al soggetto in trattamento un sostegno ed un punto di riferimento stabili, contrastando in tal modo, attraverso una coerenza di rapporto, la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l'evoluzione del suo disturbo. Appare centrale in tal senso la funzione attribuita al servizio territoriale di **titolare e garante** della presa in carico e della continuità terapeutica, a cui devono attivamente concorrere tutte le strutture delle UOP e DSM coinvolte nel processo di cura. In questa prospettiva deve essere assicurata la funzione di un **referente** del percorso di cura per i pazienti gravi (**case manager**).

E' quindi necessaria l'assunzione da parte dell'équipe di alcune funzioni specifiche:

- **funzione clinica e terapeutica**, nella sua componente medica e psicologica, costantemente centrata sul paziente e sui suoi bisogni, ed in stretta collaborazione con il MMG; tale funzione non può che essere orientata allo sviluppo di un contratto terapeutico, evitando inappropriate e incompatibili committenze finalizzate al mero controllo sociale;
- **funzione assistenziale**, intesa nel senso di relazione ad elevata e specifica professionalità, che consenta di realizzare a favore del paziente l'indispensabile sostegno agli aspetti deficitari rispetto al proprio contesto socio-ambientale; l'assistenza, in tale specifica accezione, è intesa come dimensione relazionale di accoglienza, condivisione e di aiuto, finalizzata a sostenere e incrementare il funzionamento psicosociale del paziente;
- **funzione di integrazione dell'approccio multiprofessionale**, da esplicarsi in un progetto terapeutico-assistenziale centrato sul contesto di vita del paziente attraverso la valorizzazione dell'apporto delle diverse professionalità, con particolare riferimento a quelle infermieristica, sociale ed educativa;
- **funzione di intermediazione**, per favorire la fruizione da parte del paziente di servizi e beni sociali (*funzione di case management*) e per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: promozione e utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali, in un impegno verso il recupero del diritto di cittadinanza; individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; attivazione di idonei percorsi assistenziali, sia stimolando livelli più elevati di integrazione degli interventi erogati dalla stessa équipe psichiatrica, sia facilitando la fruizione dei percorsi socio-sanitari corrispondenti ai bisogni emergenti; sostegno/informazione alla famiglia.

IL GOVERNO DEL SISTEMA

La complessità dell'assetto gestionale e organizzativo sopra presentato pone l'esigenza di un governo del sistema che consideri il ruolo, le funzioni e le competenze dei diversi soggetti ed Enti coinvolti. In particolare:

- le ASL
- i soggetti erogatori (Aziende Ospedaliere e soggetti privati accreditati)
- gli Enti locali
- la rete sociale

Le **ASL** hanno il compito di individuare i fabbisogni, programmare e garantire le risposte, regolare e negoziare l'offerta, acquistare servizi, controllare l'appropriatezza delle prestazioni, verificare i requisiti per l'accreditamento, stipulare i contratti con gli erogatori. L'intervento propriamente sanitario è compito delle **Aziende Ospedaliere** e dei **soggetti erogatori privati**

accreditati. Riguardo alla salute mentale, le Aziende Ospedaliere sono soggetti erogatori di servizi attraverso le Unità Operative di Psichiatria afferenti a DSM aziendali. L'intervento socio-assistenziale è compito degli **Enti Locali**, in particolare dei **Comuni**, coadiuvati dalla **rete del terzo settore**.

Nell'ambito della tutela socio-sanitaria delle persone affette da disturbi psichici, così come si è storicamente evoluta attraverso i progetti-obiettivo nazionali e regionali, un'importanza fondamentale è data al concetto di **integrazione** tra *interventi propriamente sanitari* (diagnosi, cura, riabilitazione), *interventi sanitari a rilevanza sociale* (prevenzione primaria e azione culturale di lotta allo stigma, prevenzione secondaria e terziaria) e *interventi sociali a rilevanza sanitaria* (es: risocializzazione, supporti economici, culturali, abitativi, inserimenti lavorativi).

Secondo quanto indicato dal PSSR 2002-2004, la partecipazione all'erogazione delle prestazioni di soggetti privati accreditati, la valorizzazione di tutti gli attori della rete, l'introduzione di un concetto di territorialità definito attraverso macroaree territoriali, la valorizzazione del principio di libera scelta dell'utente, richiedono di ridisegnare il quadro di riferimento.

Occorre creare le condizioni per **responsabilizzare** le ASL in tema di promozione e tutela della salute mentale, i DSM e gli erogatori accreditati in relazione alla organizzazione di percorsi di trattamento psicosociale efficaci, interagendo in ordine a questi obiettivi per il reperimento delle risorse occorrenti e delle integrazioni utili al governo clinico.

In questa prospettiva, sia il rapporto con i **Comuni** deve essere considerato attentamente per favorire la partecipazione della salute mentale ai tavoli tecnici e agli ambiti di programmazione dei **Piani di zona** per tutti gli aspetti di rilevanza sociale, sia la collaborazione con gli Istituti scolastici e le agenzie della rete sociale e naturale devono assumere forma organica attraverso un **coordinamento** che rappresenti il fulcro di una nuova polarità funzionale.

Organismo di coordinamento per la salute mentale

È maturo il tempo perché si realizzino momenti di coordinamento fra istituzioni ed enti pubblici, privati e di volontariato dove ciascuno, secondo il proprio ruolo e competenza, partecipi a una "**comunità per la salute mentale**" e si senta protagonista di un comune lavoro di sostegno alle persone in difficoltà e alle loro famiglie. **Integrazione** significa definire ed attuare insieme strategie, obiettivi, azioni per il fine comune della tutela dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.

È necessario pertanto istituire un **organismo di coordinamento** che si articoli in diversi livelli nell'ambito di una **macroarea territoriale (territorio dell'ASL)**.

L'**organismo di coordinamento** è istituito dall'ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere che insistono sul suo territorio, coinvolgendo altri erogatori

accreditati, Comuni e terzo settore. 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.

A livello del territorio dell'ASL, l'organismo di coordinamento assolve a **funzioni** quali l'analisi dei bisogni del territorio, il controllo e la verifica delle attività erogate, la definizione di previsioni di spesa (budget), gli inserimenti in strutture residenziali, l'organizzazione di programmi innovativi che favoriscano la buona pratica utilizzando razionalmente le risorse, la promozione di programmi di prevenzione e di educazione e gli interventi di rilievo sociale.

Riguardo alla **composizione**, deve essere garantita la partecipazione del direttore dei DSM 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, di rappresentanti delle associazioni di tutela dei malati, dei familiari e del terzo settore, di dirigenti comunali designati dalla conferenza dei sindaci.

Obiettivi:

- analizzare i bisogni e le risorse dell'intero territorio
- verificare e controllare le attività erogate
- proporre linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione di servizi e unità d'offerta anche nell'ambito di progetti innovativi
- promuovere iniziative di integrazione della rete socio-sanitaria, di prevenzione, di lotta allo stigma
- coordinare i protocolli attuativi proposti a livello distrettuale
- valutare attività e risultati con studi di benchmarking e analisi critica di indicatori

Compiti e strumenti:

- predisporre un **Patto territoriale per la salute mentale** (*vedi appendice*), coerente con il Piano Regionale per la Salute Mentale, da rinnovare ogni 3 anni e aggiornato annualmente
- organizzare annualmente una **Conferenza territoriale per la salute mentale** coinvolgendo i diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale nell'ambito della macroarea territoriale

L'organismo di coordinamento per la salute mentale deve inoltre garantire l'attivazione di **Tavoli a livello di distretto socio-sanitario** (per singolo distretto o con aggregazione di due o più distretti) per affrontare problemi tecnici quali la tutela giuridica ed economica delle persone con ridotta capacità e/o a lungo istituzionalizzate, l'eventuale concorso degli utenti alle spese sociali, le integrazioni relative ai programmi territoriali e residenziali, le

situazioni miste e di confine o pluri-problematiche, nonché ogni altro aspetto inerente la salute mentale che sia giudicato rilevante nell'ambito di una comunità locale specie riguardo alla casa, al lavoro, al tempo libero.

L'obiettivo dei Tavoli tecnici è far interagire i diversi soggetti circa le problematiche individuali delle persone ed elaborare *intese distrettuali di programma* (vedi appendice) fra ASL, Aziende ospedaliere, Comuni, Associazioni e Terzo settore, Enti riconosciuti (ad es. il giudice tutelare competente per territorio, i rappresentanti dei tutori dell'ordine pubblico e della polizia locale, i rappresentanti degli Istituti Scolastici per le problematiche relative alle fasce di età giovanile), finalizzate anche a favorire la partecipazione agli ambiti di programmazione dei Piani di Zona.

Il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Il DSM, in sintonia con il *Patto territoriale per la salute mentale* elaborato dall'*organismo di coordinamento per la salute mentale* a livello di ASL, realizza le azioni connesse agli obiettivi di salute mentale e, con l'apporto delle varie risorse e servizi afferenti, i compiti relativi all'assistenza psichiatrica. Inoltre, assicura il collegamento delle strutture e l'integrazione delle attività per la tutela della salute mentale nell'ambito di un determinato contesto territoriale.

Secondo quanto definito nel PSSR 2002-2004, è parte integrante delle funzioni dipartimentali costruire rapporti di collaborazione con i soggetti che costituiscono le rete formale (Comuni, MMG, servizi ASL) e informale (associazioni di volontari, utenti, famiglie) presente nel territorio di riferimento, avendo cura di trasferire i rapporti di partecipazione e collaborazione, laddove utile o richiesto, in forme organizzate e atti convenzionali.

Tutti i soggetti erogatori accreditati concorrono alla migliore offerta di servizi ed interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, al soggetto con disturbi mentali e si articolano con le agenzie del privato sociale, della rete e degli enti locali per la necessaria integrazione socio-assistenziale degli interventi in un ampio bacino d'utenza. Per questo occorre che il regolamento dei DSM preveda organicamente oltre che la rappresentanza dei soggetti erogatori privati anche la modalità di organizzazione dell'integrazione pubblico-privato. L'integrazione tra strutture pubbliche e private accreditate, e l'articolazione dei relativi percorsi di cura, è raccomandata nell'ambito di una macroarea territoriale a condizione che sia individuato per il percorso territoriale della presa in carico realizzata da un DSM (vedi capitolo 3.1) un *referente* quale prescrittore / responsabile del *piano di trattamento individuale* (PTI).

Tale impostazione si fonda sull'esperienza clinica che evidenzia come condizione di base del trattamento lo stabilirsi di una relazione fiduciaria o di buona alleanza terapeutica. Pertanto, si può riaffermare che la libera scelta del soggetto che accede ad un percorso di "assunzione in cura" presso un servizio accreditato deve essere sempre garantita. Il diritto alla libera scelta, basata su un rapporto di fiducia, del soggetto che accede ad un percorso di "trattamento integrato" (o "presa in carico")

va riconosciuto, purché sia esercitato sulla articolazione complessiva del programma di cura (piano di trattamento individuale o progetto terapeutico-riabilitativo) offerto da un DSM. Qui è opportuno introdurre forme di accordo o consenso sottoscritte con l'utente (*vedi capitolo 3.1*).

La configurazione minima di un DSM deve essere comunque tale da fornire adeguati interventi ospedalieri per la acuzie, interventi territoriali garantendo anche l'assistenza domiciliare, e interventi riabilitativi (semiresidenziali e residenziali) secondo gli standard fissati dalla normativa regionale. La modalità di organizzazione del DSM potrà considerare diverse articolazioni dei servizi e forme giuridiche di collaborazione.

Si danno comunque le seguenti possibilità:

- DSM interamente “pubblici”;
- DSM “misti”, che prevedono la partecipazione di più erogatori, pubblici e privati, per garantire il percorso di cura, tra loro integrati con varie forme di convenzione;
- DSM “privati” attraverso la costituzione di UOP private come insieme di servizi psichiatrici organizzati in rete.

Il privato, profit o non-profit, che gestisce singole strutture o attività garantisce i necessari collegamenti con i DSM per rispettare il percorso di cura dei soggetti affidati anche con forme specifiche di convenzionamento con una o più UOP/DSM. Riguardo ai soggetti erogatori privati, è auspicabile che si organizzino in “Unità Operative” che forniscano offerte articolate di più servizi, piuttosto che singole strutture. Tali “Unità Operative” possono (non necessariamente devono) afferire ad un DSM misto.

Entro otto mesi dall'approvazione di questo Piano saranno emanate delle linee guida per la definizione giuridica e la definizione dei regolamenti dei DSM misti e privati.

Appendice

PATTO
TERRITORIALE
PER LA SALUTE
MENTALE

Rilevazione dati

- Strutture
- Attività
- Personale
- Costi
- Indicatori di attività, di processo, di risultato, di efficienza
- Prevalenza / incidenza patologie principali e loro evoluzione

Obiettivi strategici nel triennio

Priorità di intervento

Azioni di sistema

- Nuovi modelli organizzativi
- Percorsi e funzioni
- Semplificazione procedure
- Confronti culturali

Risorse

- Finanziarie
- Umane
- Strutturali

Piano di sviluppo triennale

INTESE
DISTRETTUALI DI
PROGRAMMA

Aree Tematiche

- Area della territorialità
- Area delle problematiche di confine
- Area della residenzialità

Possibili protocolli attuativi (a titolo di esempio)

- Integrazione fra assistenza domiciliare psichiatrica, socio-sanitaria e sociale.
- Contributi economici
- Soggiorni terapeutici
- Tirocini terapeutici
- Inserimenti lavorativi
- Residenzialità protetta
- Iniziative di prevenzione sociale
- Doppia diagnosi
- Risocializzazione
- Altri significativi in sede locale

RIORGANIZZARE I PERCORSI DI ASSISTENZA: AREE DI INTERVENTO E MODELLI OPERATIVI

3.1 I PERCORSI TERRITORIALI

LA SITUAZIONE ATTUALE

La rilevazione delle attività delle UOP e dei DSM attraverso il Sistema Informativo Regionale (*Psiche*) mette in risalto le seguenti evidenze (*vedi capitolo 1*):

- il 54 % degli utenti in contatto con i Centri Psicosociali (CPS) riceve nel corso di un anno meno di 6 interventi, il 32 % riceve tra 6 e 20 interventi e il 15 % riceve più di 20 interventi in un anno;
- il 65% degli interventi erogati dai CPS è costituito da visite specialistiche, il 10% da interventi di riabilitazione/risocializzazione, il 6% da interventi rivolti alla famiglia, il 5% da interventi di supporto. Sul totale, il 9% degli interventi è erogato a domicilio.
- la percentuale di utenti delle UOP stabilmente in contatto con i CD non supera il 3%;
- gli utenti dei CPS con diagnosi di schizofrenia ricevono in media (valore mediano) 11 interventi in un anno, gli utenti con diagnosi di disturbo depressivo 4 interventi, gli utenti con disturbo bipolare 7 interventi, gli utenti con diagnosi di sindrome nevrotica 3 interventi.

GLI ASPETTI
CRITICI

I dati disponibili riguardo all'attività dei DSM sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa. Dal punto di vista metodologico, l'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio. Per superare tale difficoltà è opportuno identificare alcuni modelli clinico - organizzativi che consentano di governare il processo assistenziale.

Il PSSR 2002-2004 propone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi: i) **la consulenza**: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche; ii) **l'assunzione in cura**: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali; iii) **la presa in carico**: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi".

Lo sviluppo del modello proposto richiede di affrontare alcune tematiche organizzative fondamentali:

- i) organizzazione di una funzione di accoglienza / valutazione della domanda e delle richieste che giungono ai servizi psichiatrici. La funzione di accoglienza appare cruciale poiché rappresenta l'accoglimento del soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio. La fase di valutazione della domanda (successiva all'accoglimento della richiesta) può concludere l'intervento di per sé, oppure generare l'attivazione del percorso di cura ritenuto più idoneo. La fase di accoglienza/valutazione deve comunque concludersi con una risposta appropriata alla richiesta ricevuta;
- ii) coinvolgimento "forte" del MMG, da attuarsi fin dalle prime fasi del contatto del paziente col servizio. In questo senso occorre che il DSM gestisca in modo strategico e non occasionale il rapporto con il MMG, sia come lavoro sui singoli casi sia nel senso di una più forte integrazione tra contesti (medicina generale e salute mentale). Il lavoro di collegamento tra servizi psichiatrici e medicina generale deve rappresentare una funzione permanente del Dipartimento di Salute Mentale in un dato territorio;
- iii) definizione e organizzazione dei percorsi di cura nel rispetto dei principi di competenza e libertà di scelta degli utenti e, al contempo, nel rispetto dei principi di "territorialità" e di responsabilizzazione dei servizi erogatori come elementi inscindibilmente connessi alla pratica della psichiatria di comunità;
- iv) centralità del Centro Psicosociale (CPS) come perno dell'organizzazione territoriale dell'assistenza psichiatrica, sia riguardo al coordinamento dei programmi di assistenza, sia nella risposta all'acuzie e nell'intervento di emergenza sul territorio;
- v) definizione di programmi di intervento per patologie emergenti caratterizzate da nuovi bisogni nelle quali le manifestazioni psichiche acute si

accompagnano a disturbi di tipo comportamentale (sintomi da discontrollo degli impulsi, aggressività);

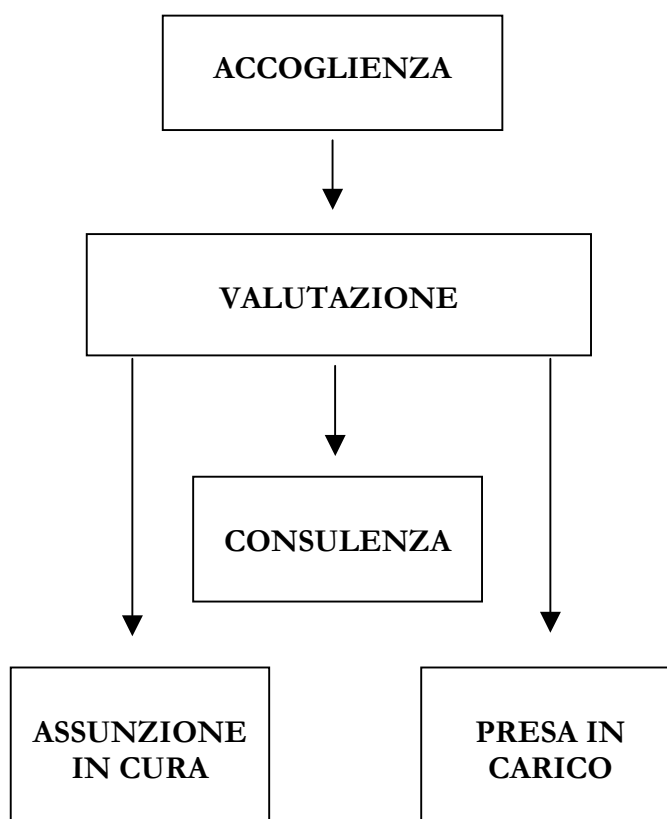
vi) definizione di modelli organizzativi per il trattamento dei soggetti affetti da disturbi psichici che per la loro diffusione sono assimilabili ai disturbi comuni. Il trattamento di queste patologie necessita del collegamento con la medicina generale e con altre agenzie del territorio in modo tale che sia comunque garantito il coordinamento degli interventi a livello territoriale presso i Centri Psicosociali (CPS);

vii) monitoraggio dei percorsi territoriali attuato tramite i flussi informativi del sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia (*Psiche*). L'attivazione di un percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico) deve essere rilevata sul sistema informativo, insieme con le possibili modificazioni. Nelle fasi successive il sistema informativo permette la verifica e il monitoraggio della congruenza tra piano di cura e pattern di trattamento erogato. In quest'ottica, il sistema informativo *Psiche* deve essere esteso a tutte le strutture psichiatriche accreditate (comprese le case di cura e le attività ambulatoriali a loro collegate) al fine di monitorare in modo valido le attività erogate.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

In accordo con il PSSR 2002-2004, il modello organizzativo per sviluppare i percorsi territoriali è rappresentato nella figura 1.

Figura 1



Accoglienza e Valutazione

La fase di **accoglienza** è una **attività organizzata** per il soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio psichiatrico. Il soggetto che pone una richiesta può essere altro rispetto al soggetto portatore di bisogni; può essere un soggetto istituzionale oppure chi, come familiare, parente o altro, pone la richiesta di occuparsi di una persona che non sia già conosciuta dal servizio. La funzione di accoglienza gestisce la prima fase di rapporto con il soggetto che pone una richiesta. L'obiettivo è quello di definire la posizione del servizio rispetto alla domanda di intervento.

La fase di **valutazione** è una **attività organizzata** di approfondimento del caso, successiva alla fase di accoglienza. Essa è primariamente, ma non esclusivamente, organizzata per il soggetto portatore di disagio. Può concludere l'intervento di per sé, oppure può attivare il percorso di cura ritenuto più idoneo.

Dal punto di vista clinico, l'**attività di valutazione** deve giungere, rispetto al caso individuale, a una **diagnosi clinica** e a una **valutazione funzionale**, considerando le diverse aree che concorrono a definire un "profilo di salute": diagnosi nosografica, funzionamento psicosociale, caratteristiche del contesto familiare e sociale. La diagnosi e la valutazione funzionale permettono di rendere esplicito e condivisibile il percorso di cura e verificabile nel suo sviluppo.

Dal punto di vista organizzativo, ogni DSM deve esplicitare nell'organizzazione dei propri servizi territoriali (**Centri Psicosociali**) un processo di **accoglienza/valutazione** e le modalità di una prima restituzione all'utente/inviante. A seguito della verifica di appropriatezza rispetto alla necessità di intervento, deve definire la procedura per giungere ad una diagnosi funzionale del soggetto portatore di bisogni, e alla proposta di un percorso di cura. La procedura deve contenere le azioni concrete, la durata e gli operatori coinvolti. La cartella in uso presso i CPS deve essere formulata in modo da contenere obbligatoriamente i dati salienti del suddetto processo, così come il programma "*Psiche*" ne rileverà l'esito in termini organizzativi (dimissioni o invio ad uno dei percorsi di cura definiti).

Nel caso l'invio sia effettuato dal MMG la fase di accoglienza / valutazione può già strutturarsi come una consulenza con l'attivazione di un percorso di cura definito che si pone l'obiettivo di formulare e restituire un'indicazione e/o un parere. Questo percorso è ottimale per quelle condizioni, in genere di moderata gravità, in cui è necessario un inquadramento diagnostico e terapeutico a supporto delle conoscenze del paziente e del suo medico per rispondere adeguatamente al problema clinico presentato.

Consulenza

La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi psichiatrici, principalmente i Centri Psicosociali (CPS) e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica.

Per rendere efficace il percorso di consulenza, deve esistere una modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG (nell'ambito delle modalità descritte dalla convenzione con i MMG). Tale modalità deve essere esplicitata in una procedura definita congiuntamente dai MMG e dal servizio psichiatrico nell'ambito di specifici progetti di collegamento costruiti anche attraverso il coordinamento della ASL.

Un percorso di consulenza efficace si basa su una relazione stabile tra MMG e DSM. Ciò configura una nuova funzione specifica del DSM che necessita di personale dedicato. Essa deve essere attuata attraverso azioni che implementino un modello organizzativo strutturato: esempi di tali azioni sono: incontri semestrali organizzati dal DSM per i MMG del territorio di competenza (es: aggiornamento di protocolli di trattamento, discussioni di casi clinici), organizzazione di una linea di comunicazione diretta per contattare lo specialista (telefono, posta elettronica) ed avere un parere in tempo reale, gruppi integrati di lavoro specialisti – MMG.

Assunzione in cura (*Trattamento specialistico*)

Nel percorso dell'assunzione in cura rientrano i percorsi terapeutici previsti per gli utenti dei DSM portatori di bisogni prevalentemente di tipo specialistico e comunque che non necessitano del trattamento complesso e multi-professionale tipico della presa in carico. Tale percorso terapeutico viene erogato principalmente nei **Centri Psicosociali (CPS)** e non si esaurisce necessariamente in un trattamento ambulatoriale. Per rispondere a bisogni specifici richiede l'erogazione di prestazioni da parte di tutti gli operatori del CPS. Il percorso dell'assunzione in cura è compatibile con il trattamento in day-hospital o con episodi di ricovero per il trattamento di riacutizzazioni sintomatologiche.

I punti qualificanti del percorso di **assunzione in cura** sono:

- negoziazione e consenso informato fra medico e paziente sulla base della conoscenza del percorso terapeutico e degli obiettivi della terapia proposta e sulla necessità di collaborazione attiva. Si può connotare questo come un “contratto” di cura che sarà contenuto nella cartella clinica e, previo accordo dell'utente, sarà comunicato al MMG;
- informazione da dare all'utente e, previo consenso, ai suoi familiari circa la natura del disturbo di cui l'utente soffre, utilizzando strategie di tipo

psicoeducativo. Tale informazione deve avere l'obiettivo di rendere l'utente più consapevole del suo disturbo e di comprendere il tipo di terapia che gli viene proposta;

- libertà di scelta da parte dell'utente riguardo a dove svolgere le cure necessarie. La valutazione dei bisogni e la definizione degli obiettivi e del piano terapeutico consente all'utente di esercitare l'opzione di scelta del contesto pubblico o dei soggetti privati accreditati in cui seguire il percorso terapeutico;
- proposta terapeutica che si estende in un arco di interventi farmacologici e psicologici di tipo prevalentemente ambulatoriale basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate. In caso di bisogni specifici è prevista l'erogazione di prestazioni da parte di tutti gli operatori dei CPS. Inoltre, è previsto l'utilizzo di day-hospital o di ricovero ospedaliero in caso di episodi acuti di malattia;
- nel caso di proposta di psicoterapia definizione di un *piano di psicoterapia*. Pur senza costituire un fattore vincolante, deve essere favorito l'utilizzo di quelle terapie psicologiche che abbiano acquisito una rilevanza negli esiti.

E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dai pazienti con disturbi psichici che richiedono trattamento specialistico ma non necessitano della presa in carico. Tale strategia deve riguardare prioritariamente l'organizzazione e la prassi di lavoro dei **Centri Psicosociali (CPS)**. Nell'ambito dell'organizzazione delle attività dei CPS, la strategia per il trattamento di tali utenti può indirizzarsi anche verso forme innovative di assistenza:

- partecipare all'attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche per soggetti affetti da disturbi quali depressione, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare;
- stabile collegamenti con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità. Questo oltre a stimolare una logica competitiva sulla qualità delle cure proposte, permette di poter rispondere a un numero maggiore di richieste di aiuto sia per psicoterapie sia per trattamenti integrati medico - psicologici.

E' compito del DSM attivare protocolli e procedure per i percorsi di cura e per la valutazione degli esiti dell'assistenza erogata.

Presa in carico (*Trattamento integrato*)

Il percorso territoriale della ***presa in carico*** è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni “complessi”. La realizzazione della ***presa in carico*** del paziente grave e multiproblematico, in una prassi costantemente orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro, rappresenta una *mission* specifica del DSM. L’identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il “profilo di salute”:

- diagnosi nosografica (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
- gravità clinica
- funzionamento sociale
- caratteristiche della rete familiare e psicosociale
- precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici

Per gli utenti dei DSM che presentano bisogni complessi, ovvero che presentano una diagnosi di disturbo psichico grave e che presentano deficit nel funzionamento psicosociale e nella rete familiare e sociale, la ***presa in carico*** rappresenta il modello di buona pratica clinica. Il coordinamento del percorso di cura della ***presa in carico*** ha sede nei ***Centri Psicosociali (CPS)***.

Tra gli utenti dei DSM affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi rientrano principalmente i soggetti affetti da disturbi psicotici. Le condizioni degli utenti affetti da disturbi psicotici richiedono alcune considerazioni specifiche:

- l’esperienza dei soggetti con gravi disturbi psicotici può essere caratterizzata dalla negazione del bisogno, la paura della relazione, la diffidenza angosciata nei confronti di approcci vissuti come intrusivi e minacciosi;
- le caratteristiche della patologia psicotica impongono una specificità di indirizzo dell’offerta sanitaria, i cui principi informativi devono essere l’attribuzione di valore ad ogni individuo ed il riconoscimento del suo inalienabile diritto di cittadinanza;
- la condizione psicotica può compromettere una reale possibilità di scelta, intesa come esercizio di critica e pienezza di progettualità esistenziale; la “presa in carico” deve tendere verso il recupero di questa progettualità esistenziale, nei modi e nei tempi consentiti dal rispetto dell’individuo e delle sue difese;

- nel trattamento di un soggetto affetto da psicosi si adottano tutte le strategie per costruire un rapporto di collaborazione con l'utente inserito nel suo contesto familiare e sociale, in quanto lo stabilirsi di una relazione di fiducia (alleanza di lavoro) tra la persona malata e gli operatori costituisce la condizione di base della cura e il fondamento di un programma di trattamento efficace protratto nel tempo;
- la metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici, dell'offerta di interventi differenziati e integrati e della garanzia della continuità terapeutica rappresenta il modello di lavoro appropriato per la psichiatria di comunità.

L'attuazione del principio di continuità terapeutica e la necessità di integrazione sociosanitaria indispensabili per la cura dell'utente affetto da disturbi psichici gravi e portatore di bisogni complessi, rende necessario il rispetto del principio della **territorialità**, intesa come prioritario investimento nell'organizzazione di congrue offerte di cura in stretta correlazione con il contesto socioambientale dell'individuo. L'ambito territoriale per la pianificazione complessiva delle offerte di cura per la salute mentale viene indicato in una dimensione di **macroarea** coincidente, di norma, con il territorio delle ASL. Tali macroaree si intendono anzitutto come riferimenti funzionali e di buona accessibilità. La coincidenza con la ASL consente di agevolare sia i meccanismi amministrativi, sia le azioni relative all'offerta, programmazione, valutazione e controllo dei servizi.

L'ambito più appropriato per la programmazione degli interventi per il percorso dell'utente grave e multi-problematico va identificato nel territorio del **distretto socio-sanitario**, ove diventa immediato il coinvolgimento della rete naturale, dei Comuni (Piani di zona), dei medici di famiglia e la realizzazione delle idonee integrazioni con il lavoro delle UOP, attraverso i CPS, le strutture residenziali e semiresidenziali. Per i casi nuovi, in situazione di emergenza, deve comunque essere considerato come riferimento la UOP locale. Il livello di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nei programmi di tutela e di assistenza per la salute mentale (ASL, Enti Locali., DSM, MMG, altri soggetti erogatori accreditati) viene trovato nell'istituzione di un **organismo di coordinamento per la salute mentale** (vedi capitolo 2), concepito come momento istituzionale di integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello di ASL e di distretto socio-sanitario.

La **presa in carico** si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la **titolarità** della **presa in carico** di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) ed assumere la responsabilità di tutte le fasi del trattamento. Il servizio psichiatrico che assume la **titolarità di un progetto di presa in carico** di un utente residente al di fuori dell'ambito territoriale della propria ASL dovrà darne **comunicazione scritta alla ASL** di residenza dell'utente che lo trasmette all'organismo di coordinamento per la salute mentale.

Compito del DSM che assume la **titolarità di un percorso di presa in carico** è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);
- flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un **registro dei casi gravi presi in carico** (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali **drop out** (i cosiddetti "persi di vista").

Dal punto di vista operativo un **percorso di presa in carico** si fonda sull'integrazione di **attività specifiche**:

- **attività clinica** : attività psichiatrica e psicologica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia), ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione e del contratto terapeutico.
- **attività riabilitativa** : attività di riabilitazione, risocializzazione, reinserimento nel contesto sociale; attività semiresidenziale (o di *Centro Diurno*) che favorisca un ancoraggio forte al progetto di cura attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi)
- **attività di assistenza** : attività di sostegno al paziente nei suoi aspetti deficitari, attività finalizzata a sostenere e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.
- **attività di intermediazione** : attività per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: i) utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); ii) individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; iii) sostegno e informazione alla famiglia
- **attività di coordinamento** : attività sul singolo caso che garantisca integrazione delle diverse aree di attività, dei diversi erogatori che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale

Dal punto di vista organizzativo, **la presa in carico**, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, si fonda su progetti individuali. Il percorso

di ***presa in carico*** assume valenza amministrativa (risulterà nel sistema informativo regionale “*Psiché*”) ed è fondato su un piano di trattamento individuale. Il ***Piano di Trattamento Individuale (PTI)*** deve essere contenuto nella cartella clinica e deve essere regolarmente aggiornato in funzione dell’andamento del percorso clinico. Al massimo entro un anno dalla precedente stesura deve essere rinnovato per ogni utente.

Il ***Piano di Trattamento Individuale (PTI)***, strumento operativo della presa in carico, avrà i seguenti requisiti:

- indicazioni delle motivazioni psicosociali che hanno evidenziato la necessità di una presa in carico;
- tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe, nell'ambito delle funzioni sopra indicate:
 - trattamento psichiatrico e psicologico;
 - iniziative volte a garantire un supporto assistenziale (iniziative volte al recupero di "cittadinanza" nel proprio contesto socioambientale, visite domiciliari, attività di supporto sociale, lavoro di rete);
 - iniziative riabilitative (programmi di Centro Diurno, inserimenti lavorativi, iniziative volte a incrementare i livelli di autonomia)
 - iniziative volte a sostenere e coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente;
 - attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semiresidenziale;
 - verifiche periodiche dell'andamento del progetto;
 - composizione della microéquipe titolare del progetto;
 - individuazione del referente complessivo del progetto (***case manager***), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione.

La ***scheda sintetica di PTI***, presentata in appendice, rappresenta la sottoscrizione di un “accordo/impegno di trattamento”. Essa contiene gli elementi principali del programma di cura, e deve essere rinnovata al massimo entro un anno per ogni utente. La scheda rappresenta l’impegno del DSM alla cura dell’utente secondo il modello della “***presa in carico***”. La scheda è firmata dal case manager e dal medico referente del progetto, viene vista dal direttore della UOP (o da un suo delegato) e sottoscritta dall’utente (anche se non obbligatoriamente).

Nell’ambito del percorso territoriale della ***presa in carico*** risulta rilevante l’adozione di ***strategie di valutazione dell’esito e della soddisfazione degli utenti*** attraverso l’utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica. La valutazione degli esiti dei programmi di cura, ripetuta nel tempo,

rappresenta un requisito indispensabile per un confronto in ambito scientifico, economico e organizzativo.

Il percorso territoriale della *presa in carico*, per la sua specificità e rilevanza, necessita di un adeguamento del sistema di finanziamento in modo coerente con l'implementazione di programmi di cura centrati sul piano di trattamento individuale. Nel caso del percorso di "*presa in carico*" la revisione del sistema di finanziamento rappresenta una leva di responsabilizzazione dei soggetti erogatori ed uno stimolo per orientare l'attività territoriale verso criteri di qualità.

Il percorso di *presa in carico* si configura come progetto caratterizzato da: elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale, capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria. La realizzazione di questo percorso comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare una accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata.

A tal fine è indispensabile che la dotazione organica dei CPS sia adeguata, in termini di operatori e di professionalità disponibili, in stretta correlazione con la possibilità di assumere realmente le funzioni indicate.

L'INTERVENTO NEI
DISTURBI PSICHICI
COMUNI

Ansia e depressione

Il PSSR 2002-2004 indica i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore come un'area prioritaria di intervento a causa dell'elevata prevalenza nella popolazione generale. Secondo le stime di prevalenza di questi disturbi nella popolazione generale è ipotizzabile che, nel corso di un anno, circa il 10% della popolazione presenti una condizione diagnosticabile come disturbo depressivo o d'ansia. Anche se tali dati non sono indicatori attendibili del bisogno di trattamento⁸, indicano una problematica di assoluto rilievo nei termini di sanità pubblica.

Rispetto alla situazione attuale si può indicare che:

- solo una percentuale ridotta dei soggetti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore è in cura nei servizi psichiatrici;
- la medicina generale rappresenta l'ambito principale di riferimento per questa utenza;
- rispetto a queste problematiche la medicina generale ha una interlocuzione debole con i servizi psichiatrici.

⁸ Regier DA et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Archives General of Psychiatry 55, 109-115, 1998; Spitzer RL. Diagnosis and need for treatment are not the same. Archives of General Psychiatry 55, 120, 1998; Ustun TB et al. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain need. Archives of General Psychiatry 55, 1145-1146, 1998.

In termini clinici i disturbi dell'umore e disturbi d'ansia possono manifestarsi all'interno di quadri estremamente diversificati. In questa utenza vi sono soggetti per i quali possono essere indicati tutti i percorsi di cura indicati precedentemente, anche se più frequentemente si tratta di soggetti per i quali sono appropriati i percorsi della **consulenza** o l'**assunzione in cura**.

E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dagli utenti con disturbi d'ansia e dell'umore, anche attraverso la definizione di protocolli di collegamento fra servizi psichiatrici, medicina generale, reti formali e informali di comunità con particolare attenzione al volontariato, alle associazioni di utenti, familiari e di advocacy. La collaborazione del DSM con soggetti non istituzionali e con il privato sociale può dar luogo all'organizzazione di punti di ascolto il più possibile prossimi ai luoghi di vita abituale del cittadino. Tali progetti di collaborazione devono avere la sede di coordinamento nel DSM, più specificatamente nei **Centri Psicosociali**.

Si identificano due linee prioritarie di intervento:

Progetti di collegamento con la medicina generale

Progetti strutturati di collegamento con la medicina generale costruiti in accordo con le ASL che garantiscano:

- contributi professionali alla definizione e adozione di percorsi diagnostico - terapeutici nella medicina generale;
- supporto alle iniziative di formazione dei medici di medicina generale;
- percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG ;
- procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e medici di medicina generale anche attraverso forme di sperimentazione che prevedano forme associative di medicina generale.

Progetti di trattamento specialistico (assunzione in cura)

Progetti che riguardano prioritariamente l'organizzazione e la prassi di lavoro dei **Centri Psicosociali (CPS)**. Nell'ambito dell'organizzazione delle attività dei CPS, le strategie per il trattamento specialistico di ansia e depressione può indirizzarsi anche verso forme innovative di assistenza quali :

- attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche;
- collegamento con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità.

Ogni DSM, nell'ambito della strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti da questi utenti ha il compito di definire percorsi diagnostico-terapeutici per la depressione e i disturbi d'ansia attraverso le seguenti iniziative:

- definizione e/o adozione di linee guida e procedure per il trattamento dei diversi disturbi;
- validazione dei percorsi attraverso *consensus conference* locali che garantiscano il coinvolgimento dei professionisti, delle aziende e dei diversi soggetti sociali;
- diffusione del contenuto dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle relative linee guida a tutti i professionisti coinvolti e interessati;
- monitoraggio delle attività erogate per una valutazione dei livelli di adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici e revisione annuale delle procedure e delle linee guida sulla base delle problematiche emerse;
- definizione di protocolli di collegamento fra i servizi psichiatrici, medicina generale, reti formali e informali di comunità con particolare attenzione al volontariato, alle associazioni di utenti, familiari e di advocacy;
- attivazione di gruppi di auto-aiuto per sostenere l'utente e i familiari durante il percorso di cura.

Infine, sono da considerarsi prioritarie linee di intervento centrate sulla prevenzione dei disturbi depressivi e d'ansia e sulle loro possibili complicanze.

In particolare:

- progetti per aumentare la conoscenza e l'informazione sulla realtà dei disturbi depressivi e d'ansia, sulla loro diffusione e sui trattamenti con l'obiettivo di ridurre pregiudizi e stigma;
- progetti finalizzati alla prevenzione dei comportamenti suicidari;
- progetti finalizzati alla prevenzione della depressione nei pazienti a rischio con particolare attenzione alla prevenzione della depressione nella gravidanza e nel post-partum grazie anche alla collaborazione tra specialisti di diverse discipline (psichiatria, ginecologia, ostetricia, Neuropsichiatria Infantile, psicologia) e con il privato sociale (associazioni di volontariato / advocacy).

I disturbi alimentari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie di sempre maggior riscontro nella pratica clinica. A fronte di un costante aumento della incidenza e quindi della richiesta d'interventi terapeutici, c'è una sostanziale carenza di strutture idonee alla terapia. Sul territorio nazionale sono attualmente presenti poche strutture specializzate nella terapia dei DCA, la maggior parte delle quali non attuano trattamenti multidisciplinari ma solo trattamenti in regime ambulatoriale o di day hospital non intensivo oppure procedono a ricoveri di breve durata per gestire le complicanze mediche dei DCA.

L'intervento di un solo specialista è insufficiente poiché la compresenza nello stesso paziente di alterazioni fisiche e disturbi psichici, indipendentemente dal loro

movente etiopatogenetico, rende indispensabile una cooperazione pluridisciplinare per un corretto inquadramento diagnostico e per un adeguato indirizzo terapeutico.

E' compito di ogni DSM esplicitare una strategia per rispondere ai bisogni e alle domande di cura posti dagli utenti con disturbi psichici che richiedono trattamento specialistico. Tra le strategie indicate nell'ambito del percorso territoriale dell'**assunzione in cura** vi è l'attivazione di ambulatori e/o strutture terapeutiche specialistiche sovra (inter)-dipartimentali e il collegamento con strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi riconosciuti nella loro efficacia e qualità.

Riguardo all'organizzazione di centri o servizi specialistici per i DCA vengono indicati i seguenti criteri:

- la direzione e l'organizzazione dei centri per i DCA compete al DSM, vista la prevalenza psichiatrica del problema;
- i servizi che devono cooperare ed integrarsi con il DSM sono in primo luogo la UONPIA, la Dietologia ed inoltre servizi come Ginecologia, Endocrinologia e Medicina Interna. Inoltre deve essere considerata la possibilità di collaborazione con le associazioni di utenti (es: organizzazione di gruppi di auto-aiuto);
- le procedure dell'integrazione devono avvenire seguendo dei protocolli ben definiti che considerino la fase dell'accoglienza, il trattamento ambulatoriale, il Day Hospital diagnostico e/o terapeutico con la partecipazione di più figure professionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili, dietologi e dietisti), e quando necessario l'invio in reparti ospedalieri per il ricovero ordinario con i quali sia definita una collaborazione strutturata e definita da procedure sia per l'invio che per la dimissione;
- la sede di intervento deve essere identificata con l'obiettivo di favorire l'accesso dei giovani utenti e di organizzare una microequipe multidisciplinare all'interno della quale gli operatori delle diverse discipline possano apportare il loro contributo;
- i programmi di cura devono essere monitorati con strumenti di verifica delle attività e di controllo degli esiti.

Con l'obiettivo di offrire programmi terapeutici in funzione dei bisogni degli utenti, una seconda strategia per il trattamento dei DCA è quella di collegarsi a strutture o altri servizi accreditati che sviluppino programmi di cura innovativi. In tale prospettiva vengono identificati i seguenti requisiti per il trattamento dei DCA in ambito residenziale per i casi più gravi o con bisogni specifici:

- utilizzo, applicazione e revisione annuale dei protocolli di accoglimento, trattamento e dimissione descritti nel capitolo relativo alle strutture residenziali psichiatriche;
- accoglimento e dimissione su base volontaria con invio motivato nell'ambito dei percorsi di cura definiti precedentemente in questo capitolo;

- alta intensità terapeutica dei programmi di cura;
- lavoro terapeutico-riabilitativo multidisciplinare in equipe mista (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere, dietologo/dietista, internista);
- durata massima di degenza di 6 mesi;
- programmi di sostegno per le famiglie

Appendice

SCHEDA PER IL PIANO
DI TRATTAMENTO
INDIVIDUALE

SCHEDA SINTETICA PER IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Nome..... Cognome.....

Motivazioni della presa in carico:

- diagnosi (ICD 10)
- funzionamento psicosociale: ottimo
buono
moderatamente deficitario
gravemente deficitario
- rete sociale/familiare: presente
deficitaria
assente
- precedenti trattamenti psichiatrici: presenti
assenti

Obiettivi del progetto di PTI:

.....

.....

Micro-equipe:

Psichiatra: Psicologo

Infermiere: Educatore:

Assistente sociale

Referente del PTI (case manager):

Programma di cura

- Colloqui psichiatrici: SI NO (frequenza mensile:)
- Colloqui psicologici: SI NO (frequenza mensile.....)
- Farmacoterapia SI NO
- Psicoterapia : SI NO
- Interventi domiciliari SI NO
- Coinvolgimento / sostegno ai familiari SI NO
- Interventi sociali SI NO
- Attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici,
privato sociale, volontariato) SI NO
- Interventi riabilitativi SI NO
- Interventi di inserimento lavorativo SI NO
- Inserimento al CD SI NO (sede del CD)
- Inserimento in Struttura Residenziale SI NO
se SI: tipo di SR Sede della SR
- Sede di eventuali ricoveri ospedalieri :

Data compilazione PTI : Data prevista revisione PTI

Firma del case manager:

Firma del medico referente per il progetto:

Visto Direttore dell'UOP (o suo delegato) :

Sottoscrizione da parte dell'utente :

3.2 MODELLI DI INTERVENTO PER RISPONDERE A BISOGNI CON RILEVANZA SOCIALE

L'intervento precoce nelle psicosi

LA SITUAZIONE ATTUALE

I soggetti affetti da disturbi psicotici rappresentano l'utenza dei servizi psichiatrici che necessita di risorse sanitarie in misura significativamente superiore rispetto ai soggetti affetti da altri disturbi psichici. In Lombardia, le persone con schizofrenia e diagnosi correlate consumano il 47% delle prestazioni erogate dai CPS, il 44% delle giornate di ricovero in SPDC e circa il 70% delle giornate in struttura residenziale psichiatrica. Ciò significa che questa popolazione di utenti (circa il 26 % dei soggetti in cura presso i CPS) assorbe più della metà delle risorse destinate all'assistenza dei disturbi psichici.

L'elevata rilevanza sociale di queste patologie, l'elevato consumo di risorse ad esse associato, e alcune peculiarità legate alla patogenesi e allo sviluppo delle psicosi, suggeriscono l'opportunità di proporre modelli di intervento specifici in questo settore, fortemente orientati verso un'ottica di prevenzione.

La comunità scientifica ha dimostrato già da alcuni anni che le fasi iniziali dei disturbi psicotici presentano importanti opportunità di prevenzione secondaria e terziaria. Le fasi iniziali delle psicosi rappresentano infatti un "periodo critico" in cui possono verificarsi le compromissioni più decisive. In questa fase è possibile fare previsioni di *outcome* a lungo termine e intervenire su una situazione psicopatologica e sociale della persona che è ancora plastica e responsiva al trattamento. L'identificazione precoce e l'intervento tempestivo nelle psicosi rappresentano un obiettivo cruciale dell'assistenza psichiatrica e in questo ambito sono state proposte pratiche cliniche innovative e nuovi modelli di intervento e organizzazione dei servizi⁹. Numerose esperienze concordano nel riconoscere che una specifica ed immediata risposta ai primi segnali di sofferenza, proteggendo la vulnerabilità della persona e il suo ruolo nell'ambiente, ritarda o modera l'evoluzione della malattia e delle sue conseguenze biologiche, psicologiche e sociali.

Nel corso degli ultimi anni sono state proposte sia strategie di prevenzione secondaria per il riconoscimento di nuovi casi (primi episodi manifesti) e per una

⁹ Mc Glashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. British Journal of Psychiatry, 1998, 172, suppl, 33: 3-6; McGorry et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin 1996, 22: 305-326

più opportuna e mirata presa in carico all'esordio, sia strategie per l'identificazione di soggetti con sintomi e/o caratteristiche personali e familiari che rappresentano un "fattore di rischio" per l'insorgenza di un grave disturbo psichico.

Sono descritti numerosi programmi per il riconoscimento, l'intervento precoce e la ***presa in carico*** di soggetti a rischio di patologia grave giovanile, e/o nelle fasi iniziali e prodromiche di psicosi. Pur differenziandosi in relazione ai diversi contesti organizzativi e culturali, essi hanno in comune alcune fondamentali caratteristiche:

- il riconoscimento di una *specificità dell'utenza* ;
- un *setting* di cura non stigmatizzante: in particolare l'utilizzo di luoghi di cura per i giovani all'esordio o nella fase di rischio separati dai luoghi di cura per le persone in fase più consolidata di malattia;
- uno *stile di lavoro* flessibile e "amichevole" ;
- l'utilizzo di *procedure* standardizzate relativamente a: strategie di *valutazione* dei bisogni e degli esiti, *percorsi flessibili e individualizzati* all'interno di un'offerta terapeutica multidimensionale, coinvolgimento tempestivo *dell'ambiente familiare* e sociale di riferimento, *collaborazione* tra le strutture del territorio coinvolte nei problemi del mondo giovanile, attuazione di iniziative di *sensibilizzazione* della comunità.

GLI ASPETTI CRITICI

I dati che emergono nell'analisi di attività delle UOP e dei DSM lombardi indicano che si interviene in modo inadeguato nelle fasi più critiche della malattia, quando sarebbero possibili interventi preventivi per contrastare l'evoluzione cronica e si opera invece in modo massiccio durante le fasi successive, per contrastare una cronicità ormai instaurata, con interventi incerti dal punto di vista prognostico e dispendiosi per la collettività.

Una politica sanitaria attenta alla salute dei cittadini e all'impiego razionale delle risorse deve orientarsi necessariamente verso ipotesi preventive per contrastare il pesante impatto che la malattia mentale grave ha in termini di sofferenza e di costi diretti e indiretti. A tale scopo è cruciale un'attenta conoscenza dell'evoluzione della ricerca (le cui acquisizioni vengono usualmente accolte nella pratica clinica con grande ritardo), uno stretto legame tra agenzie sanitarie e sociali, e una seria politica di sussidiarietà.

LA PROPOSTA OPERATIVA

La proposta operativa che di seguito viene presentata implica la collaborazione di diversi soggetti (ASL, DSM, MMG, Enti locali, scuola, associazioni) nel pieno rispetto dei propri ruoli. L'ambito istituzionale per la pianificazione dei programmi di prevenzione è costituito dalla ASL, sul cui territorio il livello di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nei programmi di tutela e di assistenza per la salute mentale si trova nell'***organismo di coordinamento per la salute mentale*** istituito dall'ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere. L'ambito operativo per il

trattamento dei disturbi psicotici è costituito dal DSM, organizzato in Unità Operative.

Il **Progetto di individuazione e intervento precoce nelle psicosi** viene formulato dal DSM, presentato e approvato nella sede dell'organismo di coordinamento della ASL di appartenenza. Nella definizione del progetto, il DSM individua al proprio interno una “*équipe funzionale*” dedicata. Le procedure, ivi incluse quelle valutative, e gli obiettivi del programma, nel rispetto delle specificità locali e delle autonomie aziendali, assumono i criteri di massima di seguito richiamati:

Integrazione

Se la presa in carico delle fasi iniziali delle psicosi o delle situazioni di rischio costituisce un'importante opportunità di contenimento e di prevenzione delle forme più gravi del disagio giovanile, essa è resa possibile dall'attuazione di progetti che prevedano collaborazione tra strutture diverse, integrazione di risorse e una stretta correlazione tra gli obiettivi.

Collaborazione

La realizzazione del Progetto nell'ambito dei DSM richiede necessariamente la collaborazione tra le strutture territoriali pubbliche e private coinvolte nei problemi della salute, dell'educazione, della vita sociale e del mondo giovanile: UONPIA, medici di medicina generale, scuole, agenzie di volontariato e varie forme di associazionismo (es: sportivo, ricreativo). Lo sviluppo di linee operative di integrazione è un obiettivo prioritario, poiché l'intervento mirato e tempestivo richiede ad un tempo capacità di riconoscimento precoce del disagio, disponibilità a chiedere e ricevere aiuto e messa in campo di una adeguata e articolata offerta di intervento.

Procedure

Il Progetto si basa su procedure, il più possibile sistematiche, di sensibilizzazione, informazione e formazione, e soprattutto di partecipazione in alcuni momenti chiave delle attività di prevenzione/protezione dalla malattia e di quelle di cura e assistenza. Queste attività costituiscono gli strumenti fondamentali del progetto e possono raggrupparsi nella costruzione e nel funzionamento di un'offerta che sia connotata dagli aspetti descritti nei punti successivi.

Caratteristiche dell'offerta/servizi specifici

In primo luogo deve trattarsi di offerte/servizi specifici, cioè organizzati per una utenza giovane, in fase di esordio o di rischio di patologia, separata dalle situazioni di malattia consolidata, e quindi caratterizzate da:

- un *setting* ambientale e relazionale *ad hoc*, amichevole, rassicurante, adatto ai giovani, non stigmatizzante;
- una *équipe* multiprofessionale, che dedichi una parte significativa del suo tempo al programma e che abbia per questo un comprovato interesse e competenza;
- uno stile di lavoro caratterizzato da rapidità, mobilità, flessibilità e la maggior omogeneità dottrinale possibile.

Multidimensionalità

La multidimensionalità consiste nell'implementazione di programmi di ampio respiro, la cui articolazione rifletta la complessità biosociopsicologica della patologia e l'eterogeneità dei problemi nelle delicate fasi di confine.

Le componenti di base di questi programmi sono:

- *assessment*
- utilizzo di farmaci sulla base di linee guida
- psicoeducazione
- interventi psicoterapeutici (secondo criteri di scientificità riconosciuti) rivolti anche agli aspetti di comorbidità
- lavoro individuale e di gruppo per il mantenimento e il miglioramento del funzionamento sociale, l'immagine di sé e l'autostima (es. gruppi di abilità sociale, di assertività e di *problem solving*)
- coinvolgimento contestuale e sistematico dell'ambiente di riferimento (es. psicoeducazione ed eventuale trattamento di problematiche familiari).

Individualizzazione

Questa multidimensionalità deve accompagnarsi alla capacità di individualizzare, all'interno della più ampia proposta terapeutica, il percorso per ogni persona, calibrato sulle specifiche esigenze della sua situazione di malattia e di vita. I programmi di cura si attengono a quanto definito nel *capitolo 3.1* relativo ai *percorsi territoriali*. I programmi di presa in carico utilizzano lo strumento del piano di trattamento individuale (PTI) (*vedi capitolo 3.1*).

Valutazione

Devono essere adottate strategie di valutazione sistematiche, con l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica (ad es. BPRS, HoNOS, DAS). Da un punto di vista clinico, questo utilizzo diventa essenziale, non soltanto in una fase di valutazione iniziale, per decidere l'inclusione in un dato percorso di trattamento e per determinarne le modalità, ma, nel tempo, per adattare all'evolversi della situazione psicopatologica ed esistenziale della persona e del suo ambiente. Da un punto di vista più generale, ciò costituisce un prerequisito essenziale per qualunque confronto e scelta metodologica, scientifica, economica ed organizzativa.

Visibilità/Comunicazione

Infine, vanno attuate costanti iniziative che garantiscano la visibilità della offerta/servizio nei confronti dell'utenza e delle altre strutture, e la loro adesione e partecipazione alla realizzazione del progetto.

Sono quindi da prevedere:

- attività di diffusione degli aspetti concettuali ed operativi del progetto nell'ambito scientifico e in quello degli operatori di settore (es. convegni, corsi di formazione, articoli);
- iniziative di sensibilizzazione della comunità in generale (es. conferenze, utilizzo dei media) e coinvolgimento, almeno a livello informativo, di

alcune agenzie interessate (es. organizzazioni parrocchiali, organizzazioni sportive di quartiere);

- momenti strutturati, da ripetere nel tempo, di informazione-formazione con i MMG, per il loro imprescindibile ruolo del primo riconoscimento ed invio del disagio;
- contatti sistematici (es. corsi brevi con alcune figure chiave) con le scuole del territorio;
- programma specifico di collaborazione con l'UONPIA.

L'inserimento lavorativo

LA SITUAZIONE ATTUALE

Tra i soggetti affetti da disturbi psichici la percentuale di disoccupazione è notevolmente superiore rispetto alla popolazione generale e l'autonomia lavorativa è uno dei principali obiettivi dichiarati dagli utenti dei servizi psichiatrici e dai loro familiari. Numerose evidenze dimostrano che i programmi di inserimento lavorativo nei soggetti affetti da disturbi psichici gravi hanno un effetto positivo sul piano clinico, sul piano della fiducia e dell'autostima e sul piano sociale ed economico¹⁰.

In Italia, la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha creato uno scenario nuovo e del tutto particolare. L'articolo 11 introduce la possibilità di stipulare convenzioni con il datore di lavoro al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili e molte aziende hanno messo a disposizione postazioni utilizzabili anche per utenti psichiatrici. I soggetti affetti da disturbi psichici sono però assunti solo con progetti mirati, e la preparazione per attuare questi progetti non è ancora patrimonio condiviso.

GLI ASPETTI CRITICI

La Regione Lombardia ha investito molte risorse per le strutture residenziali e riabilitative psichiatriche. La qualità e l'efficacia dei programmi riabilitativi messi in atto nelle diverse strutture risultano fortemente disomogenee nelle diverse aree territoriali. Nelle strutture residenziali psichiatriche gli interventi riabilitativi centrati sull'inserimento lavorativo sono erogati solo al 10 % degli utenti (*vedi capitolo 1*) e anche nei Centri Diurni e nei Centri Psicosociali gli interventi di inserimento lavorativo rappresentano la minoranza rispetto ad altri interventi riabilitativi.

Considerando che circa il 38% dei disabili iscritti nelle liste di collocamento provinciali sono disabili mentali e/o intellettivi, i DSM devono considerare tra gli obiettivi principali della riabilitazione psichiatrica la promozione di strategie volte all'inserimento lavorativo dei loro utenti.

¹⁰ Crowther et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. British Medical Journal 2001, 322: 204-208

LA PROPOSTA
OPERATIVA

In linea con gli indirizzi del PSSR 2002-2004, i DSM devono promuovere, in collaborazione con le ASL e nell'ambito dell'organismo di coordinamento per la salute mentale, ***Progetti per favorire l'inserimento lavorativo*** dei soggetti affetti da disturbi psichici.

Le linee strategiche prioritarie di tali Progetti sono:

Promuovere la cultura dell'inserimento lavorativo

E' essenziale in primo luogo promuovere iniziative mirate ad approfondire la conoscenza del territorio, e a far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia per gli utenti già occupati.

Tra le iniziative da mettere in atto vi sono:

- organizzare momenti teorici e pratici, di formazione degli operatori;
- effettuare un censimento del percorso formativo e lavorativo, pregresso e attuale, degli utenti con gravi problemi psichici;
- effettuare un censimento di tutte le realtà di impresa sociale e formazione della zona, usufruibili nei percorsi di avviamento al lavoro per attivare strumenti quali tirocini e borse lavoro;
- verificare l'ottemperanza alle norme vigenti in merito ai posti vacanti per collocamento disabili (Convenzioni ex-art.11, L. 68/99), da parte delle stesse Aziende Ospedaliere presso cui si opera, dei Comuni e delle ASL;
- verificare l'applicazione delle Convenzioni di cui all'articolo 5 della Legge 381/91 ("Disciplina delle Cooperative Sociali"), da parte delle Aziende Ospedaliere, ASL e Comuni.

Promuovere una rete per l'inserimento lavorativo

Un'altra strategia da perseguire riguarda la promozione di una rete permanente per l'integrazione lavorativa, che consenta contatti stabili tra tutti gli attori potenzialmente coinvolti nell'inserimento lavorativo in una data area geografica:

- Ufficio collocamento disabili della Provincia;
- Commissioni per la valutazione delle capacità lavorative (ASL);
- Centri per l'impiego della Provincia, Servizi per l'integrazione lavorativa (SIL);
- Centri di formazione professionale (CFP);
- Cooperative sociali di tipo B;
- Aziende pubbliche e private socialmente sensibili/mature;
- Organizzazioni sindacali;
- Associazioni del volontariato e di familiari;
- ASL;
- Comune.

Obiettivi della rete sono:

- integrare e potenziare opportunità sociali volte all'integrazione lavorativa nei territori di appartenenza;

- sperimentare forme di *mix* pubblico/privato finalizzate a costruire un sistema di *welfare* comunitario e che offrano sostegno attivo all'offerta di occasioni di inclusione sociale ed integrazione lavorativa, sulla base delle rispettive disponibilità economiche e organizzative.

Creazione di “equipes funzionali”

Un aspetto rilevante riguarda la creazione di “*equipes funzionali*” a carattere multidisciplinare, specializzate nel settore della riabilitazione lavorativa. A differenza di altre categorie di disabili, i soggetti con disturbi psichici presentano infatti una specificità clinica elevata, tale da rendere inefficaci i modelli usualmente adottati per l'inserimento di disabili fisici o sensoriali. Il ruolo attivo, partecipe, preparato e “progettuale” degli operatori dei Servizi psichiatrici è risorsa indispensabile per inserire nel mondo del lavoro persone con grave disagio mentale.

Le *equipes funzionali* devono garantire le seguenti competenze:

- analisi e valutazione articolata del candidato all'inserimento lavorativo con strumenti ad hoc;
- sostegno relazionale alla persona su tutto l'arco del percorso;
- facilitazione di rete (dal luogo della cura, alla formazione, all'azienda);
- monitoraggio nei luoghi della formazione e dell'apprendimento specifico;
- valutazione degli ambienti lavorativi, dell'organizzazione del lavoro e delle richieste aziendali.

Formazione

E' necessario promuovere e consolidare con attività di formazione dedicata, la preparazione e le competenze in merito ai disabili psichici dei Servizi per l'Inserimento Lavorativo (SIL), dei Centri di Formazione Professionale (CFP), dei Centri per l'Impiego, e del personale che opera presso tutte le strutture che promuovono l'inserimento lavorativo dei soggetti con disturbi psichici. La formazione deve comprendere sia momenti teorici, sia attività pratiche, e potrebbe essere svolta con la compresenza di operatori delle strutture psichiatriche. Questa strategia sarà opportunamente sostenuta e promossa da iniziative degli Assessorati Regionali della Sanità, della Formazione, Istruzione e Lavoro e della Famiglia e Solidarietà Sociale.

Valutazione e Monitoraggio

Il *Progetto per favorire l'inserimento lavorativo* deve adottare strategie di valutazione sistematiche con l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica. Tale aspetto costituisce un requisito essenziale per una valutazione e un confronto in ambito scientifico, economico e organizzativo. Inoltre, nell'ambito dell'*organismo di coordinamento per la salute mentale*, deve essere costituito un tavolo di monitoraggio e di progettazione permanente, centrato sull'inserimento al lavoro di utenti con grave disagio psichico.

Deve essere poi ricordato che l'articolo 6, comma 1, della Legge 68/99 “*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*”, stabilisce che “...gli organismi individuati dalle regioni, provvedono, in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio...alla programmazione, all'attuazione, alla verifica degli interventi volti a

favorire l'inserimento dei soggetti di cui alla presente legge nonché all'avviamento lavorativo, alla tenuta delle liste, al rilascio delle autorizzazioni, degli esoneri e delle compensazioni territoriali, alla stipula delle convenzioni e all'attuazione del collocamento mirato". A questo proposito, è auspicabile un tavolo di lavoro che veda la presenza dei referenti regionali (Assessorati Regionali della Sanità, della Formazione, Istruzione e Lavoro, della Famiglia e Solidarietà Sociale, Industria), dei Servizi occupazione disabili provinciali, dei Comuni, di esperti dell'inserimento lavorativo in ambito psichiatrico, rappresentanti di API, Assolombarda, sindacati ed associazioni dei famigliari.

Sul piano operativo il **Progetto per favorire l'inserimento lavorativo** degli utenti affetti da disturbi psichici deve considerare alcuni aspetti tecnici e organizzativi rilevanti. In primo luogo il percorso per l'avvicinamento al lavoro degli utenti con grave disagio psichico è sempre lungo, richiede tappe graduali per verificare la risposta del soggetto, deve comprendere opportunità di formazione e *stages* in ambiente protetto, semiprotetto e competitivo, e può comportare blocchi o arretramenti. Non si tratta dunque di un compito delegabile solo ad un Servizio e/o a una figura professionale, ma richiede il coinvolgimento delle diverse figure professionali del DSM, che devono sentirsi a loro volta partecipi e co-protagoniste del progetto di inserimento.

Gli strumenti fondamentali per rendere efficace il percorso di inserimento lavorativo di utenti con disturbi psichici gravi sono:

- la **valutazione iniziale** attraverso predittori di integrazione lavorativa e attraverso strumenti specifici (es: scale di valutazione sulla motivazione al lavoro, test di verifica delle capacità cognitive);
- la figura dell'operatore "**tutor**" per l'affiancamento, il sostegno e la mediazione nel corso del processo di inserimento. L'operatore "**tutor**" rappresenta punto di riferimento costante per l'utente e per l'azienda, ha il ruolo di regista del progetto e di mediatore fra patologia e salute. Questa figura professionale ha il compito importante di costruire il "senso del lavoro" per l'utente stesso, dosare le spinte emancipative, e rilevare per primo l'insorgenza dei momenti critici;
- una **rete mobile di sostegno** che abbia funzione di protezione e monitoraggio intorno ai soggetti in corso di inserimento lavorativo, costituita dagli operatori coinvolti dei servizi psichiatrici territoriali, degli enti di formazione, dai "tutors" di riferimento all'interno delle aziende e delle cooperative;
- **tappe intermedie** di avvicinamento al lavoro costituite da tirocini osservativi, borse di formazione, tirocini lavorativi, borse lavoro;
- un percorso di cura costruito sul principio della **continuità terapeutica** da parte del DSM che abbia tra i propri obiettivi clinici e psicosociali il mantenimento dell'attività occupazionale sia degli utenti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia di coloro che svolgono un lavoro da tempo (in molti casi anche da prima dell'esordio della malattia).

Infine devono essere considerati alcuni *aspetti tecnici inerenti alla valutazione e all'idoneità dei soggetti* affetti da disturbi psichici da inserire nei percorsi di inserimento lavorativo:

- per i soggetti che chiedono l'invalidità civile, la valutazione ufficiale delle potenzialità lavorative e della tenuta clinica complessiva deve essere effettuata dalla Commissione Medica dell'ASL, integrata con rappresentanti del DSM (si vedano in proposito le Linee guida regionali per la valutazione delle potenzialità lavorative, il DDG 18.12.2002, e il DPCM 13.1.2000);
- per i soggetti che non vogliono, o per i quali non è opportuno chiedere l'invalidità civile (ad esempio, giovani al primo esordio), la valutazione (bilancio delle competenze e condizione clinica complessiva) è a carico dei SIL e dei DSM. (Riferimenti di legge: DLGS 297 del 19.12.2002 e DL 181/2000);
- se i soggetti hanno un'invalidità superiore al 45% viene fatta l'iscrizione alle liste del Servizio occupazione disabili della Provincia. L'art. 9 della legge 68/99 stabilisce che i disabili psichici possono essere avviati, mediante le convenzioni di cui all'art.11, solo con progetti mirati e mediati e non per invio numerico. Il Servizio occupazione disabili provinciale ha l'incombenza istituzionale di sollecitare i SIL ad occuparsi di disabili psichici e di convincere le aziende più sensibili socialmente ad accettare i disabili psichici;
- se i soggetti hanno un'invalidità inferiore al 45%, o non hanno l'invalidità ma presentano comunque problematiche psichiche attestate dai DSM, possono rivolgersi ai Centri per l'impiego, ai SIL ed alle altre Agenzie che promuovono l'inserimento lavorativo. Queste devono essere sollecitate a promuovere politiche attive per il collocamento al lavoro di soggetti con grave disagio psichico.

L'intervento nei casi di doppia diagnosi

LA SITUAZIONE ATTUALE

Negli ultimi decenni numerose ricerche epidemiologiche hanno messo in evidenza il fenomeno della “doppia diagnosi” ovvero della comorbidità fra “disturbi psichici” e “disturbi da uso di sostanze”. Una recente ricerca inglese ha evidenziato che tra i soggetti in cura presso i Centri di Salute Mentale oltre il 40% riferisce nel corso dell'anno precedente un problema di abuso di sostanze (compreso l'abuso di alcolici), mentre una percentuale pari al 75-85% dei soggetti in cura presso i Servizi per i disturbi da dipendenza ha sofferto nel corso dell'anno precedente di un disturbo psichico¹¹.

¹¹ Weaver T et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, 304-313

A fronte della rilevanza di questi dati epidemiologici vi è una carenza di dibattito scientifico e di confronto tecnico-politico sulle strategie da adottare per affrontare i problemi della “doppia diagnosi” che si accompagna ad una carenza di normative su questo tema. La principale problematica attuale riguarda l’adeguamento o riconversione o istituzione ex novo di Servizi ad hoc tra i molteplici soggetti istituzionali che attualmente operano nel settore della psichiatria e delle tossicodipendenze, siano essi appartenenti a enti pubblici o privati accreditati. Solo da poco tempo il **Progetto Regionale Dipendenze** della Regione Lombardia (delibera n. 7/12621 del 7 aprile 2003) ha proposto una definizione di standard in grado di delineare tipologie specifiche di Servizi e i criteri idonei per il loro accreditamento.

GLI ASPETTI CRITICI

I soggetti affetti da “doppia diagnosi” presentano caratteristiche psicopatologiche e comportamentali che, in molti casi, rendono inadeguati gli strumenti terapeutici attualmente a disposizione. Le patologie psichiatriche emergenti nel corso della disintossicazione rappresentano, inoltre, il maggior fattore di rischio correlato alla ricaduta tossicomane. Ciò è vero sia nel caso di disturbi psichici esorditi precedentemente all’abuso/dipendenza, sia quando emergono successivamente come problematiche reattive all’impoverimento socioaffettivo della vita di questi soggetti e per la rilevanza che hanno i disturbi di personalità in chi fa uso di sostanze.

Le problematiche di ordine clinico che questi soggetti pongono ai Servizi riguardano prevalentemente:

- la compliance ai trattamenti farmacologici (anche con farmaci agonisti);
- la gestione delle “crisi” per acuzie sintomatologica e il bisogno di ospedalizzazione, comprese le situazioni in cui vi sia indicazione per il TSO;
- le interferenze che questi utenti determinano nelle dinamiche istituzionali e nei setting terapeutici
- l’uniformità del linguaggio e degli strumenti diagnostico-terapeutici tra Servizi diversi;

LA PROPOSTA OPERATIVA

I programmi per i soggetti con “doppia diagnosi” richiedono risorse terapeutiche specificatamente dedicate alla cura della co-presenza di disturbi e necessitano di un costante approccio integrativo, sia tra i servizi coinvolti, sia tra le diverse figure professionali impiegate.

La proposta operativa consiste nella definizione di **progetti innovativi per il trattamento dell’utenza con “doppia diagnosi”**, attraverso protocolli d’intesa tra il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e i Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.t), che saranno approvati nelle strategie, obiettivi ed azioni **dall’organismo di coordinamento per la salute mentale** a livello di ASL.

Il progetto deve essere definito da DSM e Ser.t concordemente e rappresentare un modello fruibile nella pratica operativa di entrambi i servizi.

Per quanto riguarda le procedure dell'integrazione esse possono declinarsi nelle seguenti modalità:

- rapporto di consulenza specialistica su richiesta del Servizio (DSM o Ser.t) con titolarità del caso clinico;
- formazione di **“equipages funzionali”** costituite da operatori di DSM e Ser.t per lavorare su progetti specifici;

Sul piano operativo, per favorire un approccio integrato al problema della “doppia diagnosi”, il **progetto innovativo** dovrà considerare le seguenti tematiche:

- definizione di *protocolli diagnostici e di trattamento* condivisi;
- individuazione di *procedure* per quanto attiene a: ricoveri in SPDC; gestione dei casi, soprattutto nelle situazioni di “crisi acuta”; attuazione e monitoraggio trattamenti psicofarmacologici; accoglimento in strutture residenziali comunitarie;
- riferimento a *linee guida* internazionali/nazionali sugli interventi terapeutici in tema di “doppia diagnosi” ;
- organizzazione congiunta di programmi di *formazione, aggiornamento* e della *supervisione* per il personale;
- sperimentazione di *modelli di assistenza innovativi* attraverso progetti che garantiscano la valutazione dei risultati raggiunti.

La prevenzione dei comportamenti patologici che generano allarme sociale

La prevenzione dei comportamenti patologici che generano allarme o danno per la società rappresenta un importante obiettivo per la salute della popolazione e costituisce un'importante area di confine ove è necessario il contributo di diversi Enti e servizi di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale.

Le manifestazioni antisociali connesse a patologie del comportamento includono un'ampia serie di situazioni, quali i comportamenti aggressivi, i comportamenti

secondari ad abuso e dipendenza da sostanze, l'abuso e devianza sessuale, la violenza sui minori.

I dati epidemiologici indicano che i comportamenti patologici antisociali sono più frequenti nella fascia di età 15-19 anni, anche se l'esordio può essere precoce (8-14 anni) e la frequenza permane significativa fino alle fasce di età adulta. Dal punto di

vista psichiatrico, i principali fattori di rischio per i comportamenti patologici sono rappresentati dai gravi disturbi della personalità, dalle condizioni di comorbidità tra disturbi della personalità ed altri disturbi psichici e dalle condizioni di doppia diagnosi ove vi è la comorbidità tra un disturbo psichico e un disturbo da uso di sostanze. Inoltre, per quanto riguarda i comportamenti auto ed etero-aggressivi (con particolare rilevanza per i comportamenti suicidari) sono da considerare le forme gravi di depressione anche durante la gravidanza ed il post-partum.

La prevenzione dei comportamenti patologici antisociali deve avvenire in ambiti diversi, ognuno con la propria specificità: nell'ambito legislativo con specifici atti e provvedimenti, a livello degli organismi giudiziari attraverso interventi che riducano il rischio che siano commesse manifestazioni antisociali, nell'ambito politico attraverso il miglioramento delle condizioni di vita nella comunità, a livello socio-sanitario attraverso interventi specifici per gli individui a rischio.

Riguardo agli interventi per contrastare lo sviluppo di comportamenti antisociali, in alcuni paesi Europei, sono stati sperimentati specifici programmi preventivi¹²: programmi di sostegno per le donne in gravidanza e per il periodo dell'infanzia, programmi di sostegno per coppie di genitori, programmi per l'età prescolare e nell'ambito della scuola primaria e secondaria. Alcuni di questi programmi rientrano nell'ambito della prevenzione primaria, ovvero sono dedicati in modo non selettivo all'intera popolazione, altri rientrano nella prevenzione secondaria intervenendo direttamente su situazioni o individui a rischio.

I servizi che operano per la tutela della salute mentale contribuiscono a tali programmi nell'ambito del collegamento con altri enti e istituzioni: gli Enti Locali, la Scuola, le agenzie di Pubblica Sicurezza. Lo sviluppo di programmi specifici in collegamento con tali Enti è raccomandato e deve avvenire attraverso la funzione dell'**organismo di coordinamento per la salute mentale** (vedi capitolo 2).

Per quanto riguarda più specificamente il ruolo dei DSM e dei servizi psichiatrici nell'ambito della prevenzione dei comportamenti patologici, esso si esplica nella capacità di intercettare i segnali di disagio che provengono dagli individui, di accogliere le richieste e le segnalazioni di singoli utenti o di altri servizi o istituzioni, nella responsabilizzazione rispetto ai percorsi di cura di soggetti con disturbi psichici gravi.

Come è detto più diffusamente in altri capitoli, è compito dei servizi psichiatrici territoriali:

- organizzare una attività di accoglienza / valutazione della domanda proveniente da singoli individui o da istituzioni in merito a problemi connessi con la salute mentale;

¹² D. Farrington and J. Coid: Early prevention of adult antisocial behaviour. Cambridge University Press, 2003

- collaborare con soggetti non istituzionali e con il privato sociale per dar luogo all'organizzazione di punti di ascolto il più possibile prossimi ai luoghi di vita abituale del cittadino;
- collaborare con Enti Locali e agenzie di pubblica sicurezza nell'ambito di programmi specifici;
- collaborare a programmi di prevenzione dei comportamenti auto ed etero-aggressivi con particolare attenzione agli eventi depressivi nella gravidanza e nel post-partum;
- organizzare funzioni di collegamento con la medicina generale, con le UONPIA e con i Servizi Territoriali Dipendenze (Ser.t);
- organizzare programmi di intervento precoce per i disturbi mentali gravi;
- definire programmi di intervento per patologie psichiatriche emergenti caratterizzate da nuovi bisogni ove le manifestazioni psichiche acute si accompagnano a disturbi di tipo comportamentale;
- assumere la titolarità del percorso di presa in carico per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi monitorando i percorsi di cura e gli esiti con una particolare attenzione volta a rilevare gli utenti "persi di vista".

L'assistenza agli utenti di origine straniera

La presenza nella popolazione lombarda di una ampia componente appartenente ad altre nazionalità e culture, è un fenomeno che va consolidandosi nell'intero territorio regionale anche se con intensità differenti. Tale fenomeno deve essere considerato anche alla luce del cambiamento della stratificazione sociale di questa parte della popolazione, oggi rappresentata da un sempre crescente numero di famiglie nucleari con un maggiore radicamento nel territorio. Nell'ambito di questa popolazione, ai fisiologici fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichici, si aggiungono gli elementi di disagio che traggono origine dal fenomeno migratorio, dal cambiamento di riferimenti culturali nonché dalla fatica per la ricerca di una nuova integrazione sociale.

Considerare la molteplicità degli aspetti di vita della persona è parte costitutiva di una psichiatria di comunità. Tale principio operativo diviene particolarmente significativo nel caso della cura di un soggetto di origine straniera, considerata la complessità delle sue problematiche di vita.

L'assistenza psichiatrica a soggetti di origine straniera che necessitano di cure è compito dei DSM. In tale ambito è opportuno che vengano considerate modalità operative specifiche quali:

- il contatto con figure di mediazione culturale che favoriscano la relazione tra operatori ed utente

- lo sviluppo di una funzione di accoglienza dei CPS che consideri le differenze culturali degli utenti e si adatti agli aspetti specifici del singolo
- l'aggiornamento su temi di psichiatria transculturale del personale che opera nei DSM

E' opportuno inoltre, in una logica di programmazione, che i servizi psichiatrici, in collaborazione con le ASL e l'organismo di coordinamento per la salute mentale, si attivino per una rilevazione epidemiologica relativa ai bisogni di questa fascia di utenti e alle attività erogate, in modo da favorire l'elaborazione di modelli organizzativi (ospedalieri, territoriali, residenziali) coerenti con i bisogni espressi.

3.3 AREE DI INTERVENTO NELL'OSPEDALE GENERALE

La risposta all'acuzie

Nell'ambito dell'Ospedale Generale, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta la struttura dell'Unità Operativa di Psichiatria (UOP) e del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che ha un ruolo specifico nella gestione dell'acuzie e dell'emergenza/urgenza psichiatrica. Il SPDC opera nell'ambito dei programmi di cura offerti dalle UOP e dai DSM e in collegamento con le strutture territoriali (in particolare i CPS).

Il SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie. In questo senso, esso ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. Inoltre, in accordo con i programmi di cura del DSM e delle strutture territoriali (CPS), il ruolo del SPDC è rilevante per il recupero funzionale cognitivo dell'utente ricoverato, per l'attenzione agli aspetti riabilitativi e di reintegrazione sociale e per l'informazione agli utenti e ai familiari.

Il SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'utenza dei SPDC si caratterizza per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto riguardo ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. In un SPDC sono ricoverati al contempo soggetti in trattamento sanitario obbligatorio (nei confronti dei quali, indipendentemente dalla diagnosi, il reparto ha una funzione e una responsabilità di custodia), soggetti con aspetti di ritiro sociale e autismo, soggetti con comportamenti aggressivi e anche soggetti affetti da disturbi depressivi con propositi o precedenti di comportamenti suicidari.

Al SPDC sono richieste contemporaneamente funzioni contenitive e di accoglimento. Ciò richiede un equilibrio tra queste istanze diverse e per certi versi opposte. In tal senso, per non gravare i SPDC di degenze improprie, quali quelle relative a utenti nella fase post-acuta, potranno essere individuati in via sperimentale posti letto in strutture accreditate che offrano la possibilità di degenze post-acuzie, comunque finalizzati a realizzare il piano di trattamento individuale (PTI) (vedi capitolo 3.1), secondo indirizzi che saranno definiti a livello Regionale.

Dal punto di vista della pratica clinica deve essere posta attenzione al problema della contenzione fisica degli utenti nei SPDC. In ogni SPDC deve esistere un protocollo scritto sulle procedure per attuare la contenzione: deve essere definito chi dispone la contenzione, per quali motivazioni e chi la effettua. Inoltre deve esistere un registro per la rilevazione nominativa dei pazienti contenuti e il tempo della durata della contenzione. Infine deve essere garantita un'adeguata assistenza all'utente nel corso del periodo di contenzione.

Il DSM ha il compito di programmare annualmente e di monitorare le attività dei SPDC e della gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica in Ospedale Generale attraverso protocolli specifici e nell'ambito di modelli organizzativi che prevedano il coordinamento con il territorio e con i CPS.

Le tematiche d'intervento prioritario sono così individuate :

- definire procedure e protocolli operativi per il trattamento in fase acuta e di ricovero dei soggetti affetti dai diversi disturbi psichici che prevedano la collaborazione e la valorizzazione di tutte le figure professionali;
- definire protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera in collaborazione con il Nucleo di Valutazione e Miglioramento della Qualità (NdV) del DSM (*vedi capitolo 4*), curando in particolare le procedure interne di ammissione, trattamento e dimissione e la valutazione della soddisfazione degli utenti;
- sostenere la motivazione e la formazione dell'equipe del SPDC allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e il clima relazionale nel reparto, anche utilizzando forme di supervisione clinica;
- ridurre l'incongruità dei ricoveri in SPDC e la loro durata attraverso la collaborazione con i CPS e attivando precocemente le risorse territoriali e ambientali; in loro assenza o indisponibilità temporanea o per necessità di decorso clinico, individuando posti letto in strutture accreditate per degenze in fase di post-acuzie per programmi comunque finalizzati a realizzare il piano di trattamento individuale (PTI) (*vedi capitolo 3.1*);
- fornire una particolare attenzione al momento delle dimissioni per i casi ad alta complessità e gravità clinica, garantendo sempre la continuità delle cure attraverso la presa in carico da parte dei Centri Psicosociali e la collaborazione con le altre strutture territoriali, e inoltre garantendo il collegamento con altre Agenzie di supporto clinico e sociale (comunità Terapeutiche, Istituti, RSA etc), con la Medicina Generale e con le reti formali e informali di comunità (con particolare attenzione al volontariato e alle associazioni di familiari, pazienti ed advocacy);
- definire procedure di integrazione operative tra il DSM e tutti gli interlocutori preposti a svolgere azioni di emergenza, pubblica sicurezza e di protezione civile attraverso specifici protocolli operativi;

- definire in modo appropriato, e in accordo con i Centri Psicosociali, procedure per gli ASO ed i TSO specificando le responsabilità e le titolarità dell'intervento, garantendo i diritti del cittadino ma rinforzando l'accesso ad una cura tempestiva ed efficace in tutti i casi compresi quelli con comportamenti auto ed etero-lesivi.

La Psichiatria di Consultazione

L'integrazione della psichiatria nell'Ospedale Generale ha determinato, negli ultimi anni, una maggior capacità di riconoscimento dei disturbi psichici da parte degli altri specialisti, un incremento delle richieste di visite nei reparti ospedalieri e un aumento della richiesta di programmi di cura per specifiche popolazioni di utenti affetti da patologie primariamente medico-chirurgiche.

L'Ospedale Generale è una delle sedi più importanti per il riconoscimento dei disturbi psichici. Questo accade perché l'esperienza di malattia, soprattutto se grave e/o cronica (la tecnologia medica, in molte patologie, prolunga la durata della vita ma in uno stato di cronicità e riduzione della qualità di vita e funzionamento) può diventare fattore scatenante di molti disturbi psichici.

L'Ospedale Generale è dunque un "territorio" ad alta morbilità a ragione dell'alta prevalenza di disturbi psichiatrici associati a patologie mediche gravi, croniche, invalidanti e ad esito infausto. Per la risposta alle richieste dell'Ospedale Generale, si individua come strumento organizzativo per il DSM, un Servizio di Psichiatria di Consultazione e Collegamento che assolve alle seguenti funzioni:

- risposta alle richieste di visita a parere
- attività di collegamento e quindi di cura e prevenzione per i pazienti organici a rischio (es: soggetti affetti da tumore, soggetti con disturbi cardiologici, anziani);
- presa in cura del paziente nel reparto di ricovero per ridurre le richieste di trasferimento al reparto psichiatrico;
- educazione al riconoscimento e al trattamento dei disturbi psichiatrici "comuni" (disturbi depressivi e d'ansia) da parte dei medici dell'Ospedale Generale;
- partecipazione ai programmi di miglioramento della qualità delle cure e di umanizzazione dell'Ospedale Generale.

3.4 LA RESIDENZIALITA'

LA SITUAZIONE ATTUALE

Lo scenario attuale della residenzialità psichiatrica in Lombardia è caratterizzato dalla presenza di varie strutture accreditate, pubbliche e private, che offrono programmi residenziali specifici. Secondo i dati relativi al 2003 (*vedi capitolo 1*) la disponibilità di posti residenziali psichiatrici in Regione Lombardia risulta fortemente disomogenea fra i territori delle diverse ASL: il tasso di posti letto accreditati per 10.000 abitanti varia da 0,3 nella ASL Milano 2 a 10,9 nella ASL di Lodi. Complessivamente la dotazione di posti letto nelle Strutture Residenziali psichiatriche (SR) lombarde accreditate si descrive come segue:

- **2.041 posti letto in strutture ad alta protezione.** Di questi 752 posti in Comunità Residenziali Terapeutiche riabilitative (CRT) (683 in strutture pubbliche e 69 in strutture private) e 1289 posti in Comunità Protette (CP) (585 posti in strutture pubbliche e 704 posti in strutture private);
- **507 posti letto in strutture a media protezione.** Di questi 188 posti in Comunità Protette (CP) a gestione pubblica e 319 posti in CP a gestione privata;
- **223 posti letto in strutture residenziali a bassa protezione.** Di questi 178 posti in Comunità Protette (CP) a gestione pubblica e 45 posti in CP a gestione privata.

Riguardo all'utenza e alle attività erogate nelle SR (*vedi capitolo 1*) i dati attualmente disponibili rilevano che:

- I pazienti provenienti dagli ex-Ospedali Psichiatrici rappresentano circa il 36% dell'utenza complessiva;
- La maggioranza degli utenti delle SR ha una diagnosi di schizofrenia (65%). Gli utenti con una diagnosi di disturbo affettivo sono il 10%, quelli con diagnosi di disturbo di personalità il 7%, quelli con diagnosi di ritardo mentale il 9%;
- Il 60% degli utenti è residente nella stessa SR da più di un anno e il 25% da più di due anni. La percentuale di utenti dimessi dalle SR nel corso di un anno non raggiunge il 20%.

GLI ASPETTI CRITICI

La “funzione residenzialità” integra esigenze di tipo riabilitativo ed esigenze di tipo socio-assistenziale. E' necessario differenziare questi due aspetti, pur considerandoli entrambi importanti. Tra i fattori cruciali per il funzionamento del “sistema residenzialità” in psichiatria vi sono: i) la centralità del **progetto terapeutico**

riabilitativo basato sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente; ii) la disponibilità di **forme diversificate e flessibili** di residenzialità in ambito sanitario e non sanitario, anche con risorse diverse dalle SR predefinite.

Tutti i soggetti erogatori accreditati devono concorrere alla migliore offerta di servizi per i soggetti affetti da disturbi psichici. Secondo il PSSR 2002-2004 “*un obiettivo da perseguire è lo sviluppo di una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile*”. Dunque, il DSM deve essere aperto al confronto e all'integrazione con gli altri soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dei percorsi di cura. Il livello di garanzia rispetto alla coerenza e alla continuità dei percorsi di cura deve essere trovato nell'istituzione di un **organismo di coordinamento per la salute mentale**, concepito come momento istituzionale di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti (ASL, Enti Locali., DSM, altri soggetti erogatori accreditati) (*vedi capitolo 2*).

La situazione attuale di disponibilità di posti in SR si inserisce in un contesto ove solo i DSM delle Aziende Ospedaliere sono in grado di garantire un completo percorso di cura centrato sulla presa in carico territoriale. Analogamente, la titolarità del percorso di cura (*vedi capitolo 3.1*) assume un ruolo centrale nella responsabilizzazione dei soggetti erogatori alla buona pratica clinica. Il **progetto terapeutico-riabilitativo** (PTR) deve essere elaborato in modo da essere coerente e funzionale al **piano di trattamento individuale** (PTI) di presa in carico (*vedi capitolo 3.1*) elaborato in sede territoriale. D'altra parte, la risposta ai bisogni di accoglimento residenziale e di abitazione in ambiente comunitario deve essere trovata all'interno di un'ampia articolazione di soluzioni che consideri il concorso attivo di diversi interlocutori istituzionali e non (Comuni e ASL, privato sociale e famiglie).

Allo stato attuale, vi è un progressivo allungamento dei tempi di degenza, con un sempre più ridotto turn-over dei pazienti. La residenzialità psichiatrica assume sovente la funzione di “soluzione abitativa” piuttosto che essere funzionale al “progetto terapeutico-riabilitativo”. Ciò genera il pericolo che le SR vengano utilizzate per forme di nuova istituzionalizzazione.

GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Considerando quanto detto sopra, fin da subito vi è la necessità di operare per una **differenziazione delle SR**, allo scopo di qualificarne il funzionamento, sulla base di due assi: a) i livelli di intervento terapeutico e riabilitativo, b) il grado di intensità assistenziale offerto.

Nel corso dei 4 mesi successivi all'approvazione del Piano, nel rispetto degli attuali requisiti di accreditamento previsti dalla DGR 38133 del 6 agosto 1998 e fino a nuova determinazione regionale, le SR attuali saranno riquelificate sulla base dei seguenti criteri:

- gli attuali CRT diverranno **Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA)**. Le CRA erogano programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa. La durata massima di degenza è 18 mesi. Tale limite è inderogabile per i nuovi accoglimenti. I programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuterà l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento). Per i programmi residenziali che si protraggono oltre i 18 mesi si prevede una revisione della tariffa giornaliera, con applicazione della tariffa per la media protezione o con applicazione negoziale del modello di finanziamento previsto nella sezione di questo capitolo relativo al “*finanziamento dei programmi residenziali*” con previsione di una “*quota fissa*” per giornata e di una “*quota variabile*” in funzione del trattamento erogato;
- le attuali CP ad alta protezione diverranno **Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA)**. La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi. Tutti i programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuterà l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento). Per i programmi residenziali che si protraggono oltre i 36 mesi si prevede una revisione della tariffa giornaliera, con applicazione della tariffa per la media protezione o con applicazione negoziale del modello di finanziamento previsto nella sezione di questo capitolo relativo al “*finanziamento dei programmi residenziali*” con previsione di una “*quota fissa*” per giornata e di una “*quota variabile*” in funzione del trattamento erogato;
- le attuali CP a media protezione diverranno **Comunità Protette a Media Assistenza (CPM)**. La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi. Tutti i programmi residenziali che si protraggono oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuterà l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento). Per i programmi residenziali che si protraggono oltre i 36 mesi si prevede una revisione della tariffa giornaliera, con applicazione negoziale del modello di finanziamento previsto nella sezione di questo capitolo relativo al “*finanziamento dei programmi residenziali*” con previsione di una “*quota fissa*” per giornata e di una “*quota variabile*” in funzione del trattamento erogato;
- le attuali CP a bassa protezione assumeranno il nome di **Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo** o altro a seconda delle proprie caratteristiche.

Inoltre, è da prevedere fin da subito l'attivazione, in aree dove l'offerta attuale è scarsa, di nuove SR di particolare interesse sotto il profilo dell'innovazione gestionale (mix pubblico-privato, coinvolgimento della rete sociale), e sotto l'aspetto della specificità dei programmi di cura attuati. In tale ambito, oltre ai modelli di strutture esistenti, vengono introdotte a livello sperimentale delle nuove **Comunità Riabilitative a Media Assistenza (CRM)**, che erogano programmi residenziali di media/alta intensità riabilitativa a costi inferiori rispetto alla CRA (applicazione della tariffa per la media protezione) e che prevedono una durata massima della degenza di 24 mesi.

L'erogazione di **prestazioni semiresidenziali** ad utenti non residenti nella SR è appropriata a condizione che i requisiti di accreditamento (personale e attività) vengano rispettati secondo quanto previsto per il “Centro Diurno” (deliberazione 38133 del 6 agosto 1998 e decreto 19791 del 8 agosto 2000). Per le strutture ad alta intensità riabilitativa è raccomandabile l'erogazione di prestazioni semiresidenziali all'interno di programmi di inserimento-dimissione graduale. L'erogazione di prestazioni semiresidenziali in SR accreditate, rivolte ad utenti non ricoverati, potrà avvenire solo dopo la modifica dell'attuale normativa regionale relativa all'accreditamento.

Coerentemente con quanto proposto, superando il concetto di “grado di protezione”, vi è la necessità di costruire *indicatori* dell'intensità riabilitativa erogata da una SR basati non solo sul numero e qualifica del personale presente, ma anche sulla quantità e qualità dell'attività svolta, nonché sulla dimensione temporale dei programmi di ricovero.

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 nell'appendice di questo capitolo come **“protocolli 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 degli organismi preposti 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 in appendice, e i criteri di ammissione di cui si parla al punto successivo.

Per i nuovi accoglimenti in SR saranno considerati i seguenti **criteri di ammissione**: criteri relativi alla diagnosi e criteri relativi all'età. I criteri di ammissione relativi alla diagnosi sono applicabili a tutte le tipologie di SR, quelli relativi all'età sono correlati alle tipologie delle SR.

- a) **criteri relativi alla diagnosi**: 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 esclusione**: Demenza primaria, Grave ritardo mentale;
- b) i **limiti di età** 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 un limite di età di 50 anni. Per le **SR di area assistenziale (CPA, CPM)**, si introduce 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.

Interventi prioritari

- Attivazione di nuovi posti letto per aumentare la disponibilità residenziale nell'ambito delle **Comunità Protette a Media assistenza (CPM)** e delle strutture a bassa assistenza individuabili nelle tipologie di **Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo** a seconda dei casi.
- Attivazione di posti letto, anche ad alta intensità riabilitativa, nell'ambito di peculiari requisiti quali: collocazione in aree carenti di offerta; modelli gestionali caratterizzati da forme innovative di rapporto pubblico-privato e dal coinvolgimento della rete sociale territoriale nello sviluppo dei Progetti Terapeutico Riabilitativi; proposta di programmi di cura specifici per tipologia di pazienti e/o qualità terapeutica degli interventi.
- Attivazione a titolo sperimentale di una nuova tipologia di SR che eroghi, con modalità coerenti con i principi del punto precedente, programmi residenziali a riabilitazione intensiva, di durata massima di 24 mesi, applicando tariffe inferiori alle CRA (**CRM – Comunità Riabilitative a Media Assistenza**).
- Revisione dei “casi” attualmente presenti nelle SR al fine di cercare una idonea collocazione agli utenti sulla base dei reali bisogni assistenziali.
- Monitoraggio riguardo all'appropriatezza dei programmi residenziali erogati dalle SR ad alto livello assistenziale, verifica dei tempi massimi di degenza stabiliti e revisione delle tariffe in rapporto alla durata dei programmi di trattamento.

Per quanto riguarda gli ex-degenti in Ospedale Psichiatrico ancora ospitati presso strutture residenziali psichiatriche accreditate, va costantemente monitorata l'appropriatezza del ricovero in area riabilitativa. Di norma sarebbe da escludere per questa utenza l'utilizzo delle Strutture Residenziali a riabilitazione intensiva (CRA). Tuttavia, considerata la peculiarità di storia istituzionale di questa popolazione, deve essere garantita, fino al raggiungimento dell'obiettivo di inserimento in residenze alternative anche di tipo socio-assistenziale, una remunerazione del ricovero tale da non incentivare da parte dei soggetti gestori delle strutture residenziali comportamenti di espulsione e di deterioramento della qualità di vita di questi soggetti.

Per la realizzazione degli obiettivi sopra delineati un ruolo cruciale è assegnato all'**organismo di coordinamento per la salute mentale** (vedi capitolo 2). Tale organismo rappresenta il momento di integrazione fra i diversi soggetti

istituzionali che concorrono alla progettazione e realizzazione dei programmi di assistenza per la salute mentale (ASL, Enti Locali, DSM, soggetti erogatori accreditati). 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.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

In una seconda fase, la revisione del sistema della residenzialità psichiatrica richiederà modificazioni sostanziali, tali da spostare l'accento dalle strutture ai *programmi di cura*. I programmi di assistenza che necessitano di residenzialità in psichiatria devono essere ricondotti a *tre principali aree funzionali*:

Area Riabilitativa

L'*area riabilitativa* comprende i programmi residenziali di carattere specificamente riabilitativo. In ambito residenziale essi rientrano tra i progetti terapeutico-riabilitativi a termine e sono quindi di esclusiva competenza sanitaria. Tali programmi devono essere funzionali al piano di trattamento individuale complessivo (*vedi capitolo 3.1*). I programmi residenziali di area riabilitativa hanno un'articolazione triennale, prevedono una durata massima di degenza di 18/24 mesi e non sono rinnovabili prima della scadenza di 5 anni.

Le strutture dove tali programmi possono avere luogo sono:

Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA)

- struttura residenziale a riabilitazione intensiva;
- offerta assistenziale di alto grado estesa sulle 24 ore;
- adeguata presenza di personale psico-socio-educativo accanto a quello sanitario;
- durata massima di degenza 18 mesi.

Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM)

- struttura residenziale a riabilitazione intensiva;
- offerta assistenziale di medio grado estesa sulle 24 ore;
- adeguata presenza di personale psico-socio-educativo accanto a quello sanitario;
- durata massima di degenza 24 mesi.

Le SR di area riabilitativa sono deputate a erogare programmi riabilitativi di alta/media intensità. L'intensità dei programmi riabilitativi si basa su tre criteri: a) la numerosità e l'intensità degli interventi erogati, b) il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede), c) la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano i rapporti di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Area Assistenziale

L'*area assistenziale* comprende i programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo e specifico e che invece richiedono gradi diversi di misure assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. La competenza sanitaria è prevalente ma non esclusiva. La durata dei periodi di degenza viene stabilita caso per caso sulla base dei bisogni, anche di natura assistenziale.

Le strutture dove tali programmi possono avere luogo sono:

Comunità Protetta Alta assistenza (CPA)

- struttura residenziale a riabilitazione estensiva;
- offerta assistenziale estesa sulle 24 ore;
- prevalenza di personale sanitario e di assistenza alla persona (OTA, OSS);
- durata massima di degenza 36 mesi. I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuterà l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento). In questo caso si prevede una revisione della tariffa giornaliera, con applicazione negoziale del modello di finanziamento previsto nella sezione di questo capitolo relativo al "*finanziamento dei programmi residenziali*".

Comunità Protetta Media assistenza (CPM)

- struttura residenziale a riabilitazione estensiva;
- offerta assistenziale di medio grado estesa sulle 8-12 ore;
- personale di assistenza alla persona e dedicato al supporto abitativo;
- durata massima di degenza 36 mesi. I programmi residenziali che necessitano di prosecuzione oltre la soglia prevista devono essere ridefiniti in accordo con la ASL di residenza (che ne valuterà l'appropriatezza tramite l'Organismo di Coordinamento). In questo caso si prevede una revisione della tariffa giornaliera, con

applicazione negoziale del modello di finanziamento previsto nella sezione di questo capitolo relativo al “*finanziamento dei programmi residenziali*”.

Le SR di area assistenziale sono deputate a erogare programmi riabilitativi di media/bassa intensità definiti secondo i criteri indicati a proposito delle SR di area riabilitativa.

Area Sociale

L'*area sociale* comprende i programmi individuali di trattamento che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito. Tali proposte abitative possono essere di tipologia molto variabile (*es: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA*) e sono reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale. Si tratta di strutture con caratteristiche sociali o socio-assistenziali e non sanitarie, svincolate dall'accreditamento.

La durata dei programmi di area sociale è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. I programmi dell'area sociale sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Tali programmi rispondono a un'ampia gamma di bisogni che si situano attorno a due tipologie: i) persone, di età adulta o anziana, con buona autonomia residua, non necessitanti di effettuare programmi riabilitativi intensivi ma solo estensivi o di mantenimento, per periodi lunghi anche per tutto l'arco della vita; ii) persone, di età giovane o adulta, autonome e in grado di svolgere i compiti della vita quotidiana, ma bisognose di recuperare le capacità sociali e possibilmente lavorative, idonee a programmi riabilitativi anche intensivi, per periodi medio-brevi. Lo sviluppo di tali programmi è centrale per il futuro del sistema della residenzialità psichiatrica nel suo complesso.

Il finanziamento dei programmi

Le tariffe in vigore per l'attività di residenzialità psichiatrica in strutture sanitarie accreditate (DGR n. VI/37597 del 24 luglio 1998) sono onnicomprensive relativamente all'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e socio-educativa connesse alla patologia psichiatrica (disturbi classificati nell'ambito della *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* dell'OMS (ICD 10). Pertanto, devono essere fornite dalle SR accreditate, senza ulteriore onere a carico del Fondo Sanitario Regionale e senza oneri a carico degli ospiti, ogni tipo di farmaco,

intervento diagnostico-clinico e attività/procedura sanitaria appropriate per il trattamento della patologia psichiatrica. Vengono altresì assicurate la fornitura e la somministrazione di ogni tipo di farmaco fermo restando, per le situazioni medico-chirurgiche di particolare complessità, la possibilità di negoziazione tariffaria descritta nei paragrafi successivi.

Coerentemente con l'impostazione delineata nei paragrafi che individuano gli obiettivi strategici nell'ambito della residenzialità psichiatrica, diviene rilevante pervenire ad un diverso sistema di remunerazione che supporti il processo di cambiamento, relativizzando il peso del pagamento a giornata di degenza e introducendo una modalità di finanziamento del programma di cura nel suo complesso, secondo i seguenti criteri:

- identificazione di una **quota fissa** (“residenziale”) a giornata, diversa per tipologia di struttura e definita rispetto all'*offerta assistenziale* ;
- identificazione di una **quota variabile** (“riabilitativa”) ponderata in funzione del *progetto di trattamento* stabilito per l'utente inserito nella struttura e contrattato sulla base di un minimo e un massimo prefissati.

La **quota variabile** va concepita come una modalità per riconoscere l'applicazione di **programmi riabilitativi differenziati** a seconda del grado di intensità: avremo perciò programmi ad **intensità “alta”, “media” e “bassa”**, ciascuno con uno specifico “pacchetto di prestazioni” ed una specifica tariffa. Inoltre, nell'ambito di un modello negoziale di finanziamento delle attività sanitarie, rientrano nella **quota variabile** i costi per l'assistenza sanitaria agli ospiti delle SR accreditate per tutte le patologie medico-chirurgiche di particolare complessità non correlate alla patologia psichiatrica.

L'identificazione dei programmi riabilitativi ad alta, media, bassa intensità si basa su tre criteri: a) la numerosità e l'intensità degli interventi erogati, b) il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede), c) la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano i rapporti di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità). Ogni programma riabilitativo proposto deve comunque contenere interventi relativi ad ognuna delle tre dimensioni sopra indicate.

Di norma l'offerta riabilitativa si stabilirà tra l'alta e la media intensità nelle strutture dell'area riabilitativa, mentre si collocherà tra la media e la bassa intensità in quelle dell'area assistenziale. L'area sociale si collocherà preferibilmente in una offerta del range medio/basso, ma potrebbe prestarsi ad una maggiore variazione dell'offerta (usufruendo di tariffe anche dell'alta intensità riabilitativa) per favorire progetti flessibili, non-istituzionali e di rete.

Una tale revisione degli aspetti organizzativi dell'area della residenzialità psichiatrica necessita di fatto di una **revisione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture**. I requisiti per l'accreditamento di strutture ad alta intensità riabilitativa devono essere rivisti secondo criteri di elevato standard, differenti da quelli delle strutture dell'area assistenziale.

L'identificazione di un nuovo sistema di finanziamento per la residenzialità psichiatrica e lo studio di nuovi requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali sarà supportato da progetti innovativi con possibilità di ampia sperimentazione nell'ambito dei principi organizzativi definiti in questo capitolo e che considerino la realizzazione del **Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR)** in modo coerente e funzionale al **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** elaborato in sede territoriale. Per la realizzazione di tali progetti innovativi è prevista l'attivazione di strutture residenziali capaci di mettere in atto programmi flessibili in aree funzionali diverse (riabilitativa, assistenziale, sociale) compresa l'erogazione di prestazioni territoriali in attuazione del principio di continuità del percorso terapeutico e di titolarità del progetto di presa in carico previsti nel *capitolo 3.1*.

Appendice

PROTOCOLLO PER
L'ACCOGLIMENTO

PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIMENTO IN SR

PROPOSTA DI INSERIMENTO

1 La proposta di inserimento contiene:

- Motivazione invio (valutare anche atteggiamento paziente e familiari) SI NO
- Anamnesi SI NO
- Terapia in atto SI NO
- Diagnosi psichiatrica SI NO
- Progetto proposto SI NO
- Durata intervento SI NO
- Ratifica della UOP di competenza SI NO
- Ratifica della ASL di competenza SI NO

PROTOCOLLI DELLA STRUTTURA

2 Esiste lista di attesa SI NO

3 C'è un programma concordato tra inviante e struttura accettante, nel quale il paziente è adeguatamente coinvolto, che preveda protocolli articolati con la definizione del progetto personalizzato di trattamento SI NO

4 Tali protocolli specificano:

- Gli interventi psico-socio-farmacologici proposti SI NO
- La distinzione di responsabilità e compiti degli addetti SI NO
- L'attuazione di incontri preliminari inviante - struttura - utente SI NO
- La programmazione di incontri successivi con gli invianti (dopo la fase di osservazione, che va dai 30 ai 60 giorni) SI NO
- L'identificazione dell'operatore di riferimento assegnato al paziente (che va indicato anche da parte dell'inviante) SI NO

CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

5 Vi è descrizione dell'offerta
(es.: carta dei servizi con i progetti riabilitativi) SI NO

6 Vi è un regolamento che viene presentato al paziente e ai familiari

- che sia conosciuto e messo a disposizione degli ospiti e dei loro familiari SI NO

- che elenchi cosa occorre per entrare (abbigliamento, ecc.) SI NO
 - che contenga la descrizione delle norme organizzative della struttura e le regole di convivenza con gli altri ospiti e il personale SI NO
che espliciti le norme per il rispetto della privacy SI NO
- 7** La descrizione e il regolamento sono aggiornati ogni 4 anni SI NO
- 8** Esistono linee guida relative alla sicurezza (legge 626/94), alla gestione dei comportamenti aggressivi, alla prevenzione e al contagio delle malattie infettive, alla confidenzialità delle informazioni SI NO
- 9** Linee guida di trattamento farmacologico e di trattamento riabilitativo:
- sono disponibili agli operatori SI NO
 - guidano le prescrizioni SI NO
- 10** Esiste un programma annuale di formazione per i diversi operatori dell'équipe SI NO

PROTOCOLLO PER
IL TRATTAMENTO

PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO IN SR

PROGRAMMA TERAPEUTICO

- 1** Esiste un programma terapeutico:
- Negoziato e condiviso con il paziente SI NO
 - Con obiettivi esplicitati SI NO
 - Con interventi esplicitati SI NO
 - Di durata definita SI NO
 - Conservato nella cartella clinica; accessibile e conosciuto da tutti gli operatori SI NO
 - Da formalizzare entro un mese dall'ingresso, dopo il periodo di osservazione SI NO
 - Aggiornato periodicamente in funzione degli obiettivi e del tipo di protezione: CRT ogni mese; CP alta protezione almeno ogni 3 mesi; CP media e bassa protezione almeno ogni 6 mesi. SI NO
 - Precisate le competenze dell'inviante e della SR SI NO

CARTELLA CLINICA

- 2** La cartella clinica:
- È accessibile a tutti gli operatori SI NO
 - E' compilata in ogni sua parte (anamnesi personale, psicopatologica e sociale; esame psichico; esame obiettivo; progetto terapeutico) SI NO
 - E' aggiornata regolarmente con continuità SI NO

- E' scritta in maniera leggibile SI NO
- Contiene una scheda della terapia farmacologica periodicamente aggiornata SI NO
- Riporta l'indicazione dell'operatore di riferimento SI NO

RIUNIONI

3 Vengono effettuate periodicamente:

- Riunioni d'equipe delle quali viene tenuto un verbale SI NO
- Riunioni operatori/utenti delle quali viene tenuto un verbale SI NO
- Riunioni con i familiari SI NO
- Riunioni in équipe di revisione dei casi SI NO

ATTIVITA' DI VALUTAZIONE

4 Sono rilevati periodicamente, in maniera formalizzata e mediante strumenti validati :

- gli esiti dei trattamenti SI NO
- la soddisfazione degli utenti (pazienti e famigliari) SI NO

5 Sono rilevati periodicamente gli indici di saturazione e di turn-over
 SI NO

INTEGRAZIONE

6 Esistono protocolli d'intesa e programmi congiunti:

- con il DSM che opera nel territorio dove è collocata la SR SI NO
- con il DSM di residenza degli ospiti. Il programma indica le finalità riabilitative dello stesso, i tempi e le modalità di verifica, al durata del trattamento SI NO
- con altre agenzie: Servizi sociali, ASL, Comuni, Privato sociale, Volontariato SI NO

PERSONALE

7 Indicare il numero di operatori in servizio

- Medico
- Psicologo
- Infermiere professionale
- Educatore professionale
- Tecnico riabilitazione o diploma univ. equivalente
- Consulenti
- OTA/ASA
- Altro (specificare)

ATTIVITA' RIABILITATIVA

8	Indicare il numero di attività effettuate nel mese: (in sede = IS ; fuori sede= FS)	IS	FS
	• Intervento individuale sulle abilità di base, interpersonale e sociali:	.....	.....
	• Gruppo incentrato sulle attività di base, interpersonali e sociali	.....	.....
	• Intervento individuale di risocializzazione	.....	.....
	• Gruppo di risocializzazione	.....	.....
	• Gruppo di attività espressive	.....	.....
	• Gruppo di attività corporea	.....	.....
	• Inserimento lavorativo	.....	.....

9 Percentuale di pazienti che nel mese hanno partecipato ai gruppi :

RICOVERI IN SPDC

10 Percentuale di pazienti inviati in SPDC nell'anno sul totale dei pazienti residenti :

11 Numero di giornate trascorse in SPDC dai pazienti residenti nell'anno:

12 Percentuale di giornate di effettiva presenza* nella struttura nell'anno:

**Ottenuta detrando dalle giornate di presenza quelle riferite a permessi e vacanze quando non prevedono la dimissione del paziente*

PROTOCOLLO PER
LA DIMISSIONE

PROTOCOLLO PER LA DIMISSIONE DA SR

PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE

1 La dimissione dell'utente dalla struttura residenziale è prevista nel progetto iniziale, al momento dell'inserimento SI NO

2 Ogni modificazione del programma iniziale riguardo alle dimissioni viene discusso e concordato con l'utente, i familiari, l'inviante SI NO

3 La dimissione viene preparata e condivisa con l'inviante attraverso un progetto che contiene le linee per il programma terapeutico successivo:

- prosecuzione della presa in carico con l'inviante e/o collegamento con la rete territoriale di riferimento SI NO
- invio in altra struttura residenziale con un nuovo progetto riabilitativo SI NO
- invio in struttura socio-assistenziale SI NO
- altro programma SI NO

4 La dimissione viene preparata e discussa con l'utente ed i familiari, in particolare durante l'ultima fase del programma riabilitativo

- Percentuale di pazienti dimessi nell'anno sul totale dei pazienti residenti
- Percentuale di pazienti dimessi al domicilio

5 La dimissione, quando avviene al domicilio, è preceduta da uscite e soggiorni di prova SI NO

- Numero medio di soggiorni in prova per utente dimesso nell'anno:

6 La dimissione è accompagnata da una relazione scritta indirizzata all'utente, all'inviante e, previo consenso da parte dell'utente, al medico di medicina generale. La relazione contiene:

- notizie riguardo alla condizione clinica dell'utente SI NO
- informazioni riguardo al programma riabilitativo svolto SI NO
- la descrizione degli obiettivi raggiunti SI NO
- una verifica rispetto al progetto iniziale SI NO
- una rilevazione della soddisfazione dell'utente e dei familiari rispetto al programma svolto SI NO

FOLLOW-UP

7 Dopo la dimissione è previsto un follow-up da parte della struttura residenziale SI NO

3.5 AREE DI CONFINE

Ritardo mentale e i disturbi dello sviluppo

Il “Ritardo Mentale” e le “Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico” rappresentano aree nosografiche che si collocano in una posizione di confine tra diverse discipline sanitarie ed ambiti organizzativi di intervento.

Gli utenti affetti da ritardo mentale e disturbi dello sviluppo, in età adulta, presentano bisogni di pertinenza medica (le crisi e le complicazioni neurologiche, psichiatriche o internistiche, la terapia farmacologia, etc.) e bisogni di carattere sociale e giuridico-amministrativo. Il confine fra bisogni sanitari e socio-assistenziali non è tuttavia ben delimitato. Si tratta di una vasta area di confine, situata fra diverse discipline sanitarie e organizzazioni di servizi. Lo stesso soggetto presenta, nel corso del ciclo di vita, bisogni che sono in alcune fasi chiaramente sanitari (comorbidità internistica e/o psichiatrica, situazioni di grave disturbo del comportamento in occasione di crisi e fasi di passaggio) e in altre di natura prevalentemente socio-assistenziale. I servizi che si occupano di quest’area di bisogno sono diversi, ma poco numerosi e diffusi e scarsamente coordinati fra di loro.

Nella situazione attuale manca una politica di rete per il coordinamento e l'utilizzo razionale delle risorse assistenziali presenti nel territorio. La definizione di **programmi di intervento** nell’area del ritardo mentale e dei disturbi dello sviluppo in età adulta necessita di procedure di integrazione/collaborazione tra reti di servizi sanitari e non sanitari. Tali procedure devono definire percorsi assistenziali a cui avviare i pazienti attraverso lo sviluppo e la sperimentazione di metodologie di lavoro condivise.

I progetti d’intervento prioritari sono relativi alle seguenti aree:

- mappatura di reti di servizi (in ambiti territoriali omogenei) allo scopo di favorire l’integrazione, lo sviluppo di competenze e la creazione di percorsi assistenziali dedicati;
- programmi d’intervento con obiettivi chiari e strumenti di verifica dell’efficacia degli stessi;
- programmi che sviluppino la valutazione e il trattamento dei disturbi psicopatologici concomitanti.

Neuropsicogeriatría

La neuropsicogeriatría è un'area dell'intervento medico-sanitario che dà risposta ai bisogni riconducibili a due problematiche cliniche: i disturbi psicopatologici nell'anziano e le sindromi demenziali.

Il problema tecnico centrale di questo settore dell'assistenza è che esso richiede l'intervento di competenze e di discipline che consentano una lettura differenziata e multidimensionale dei bisogni dell'utente. Al tempo stesso, questa disciplina complessa e interdisciplinare richiede anche un'azione di governo clinico incisiva, capace di situare stabilmente al centro dell'attenzione clinico-istituzionale il progetto d'intervento e le sue periodiche verifiche.

Nella realtà socio-sanitaria della Regione Lombardia, la rete delle strutture concretamente operanti è costituita da un complesso pubblico/privato ricco e differenziato in cui però i percorsi assistenziali sono rigidi e poco integrati e gli strumenti di valutazione poco utilizzati e riconosciuti.

L'elemento critico della situazione attuale è la carenza di coordinamento tra le diverse organizzazioni sanitarie e non sanitarie per identificare le migliori soluzioni di cura e di assistenza in base alle esigenze degli utenti.

In questa prospettiva si raccomanda ai DSM di :

- prender parte al lavoro delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), contribuendo al riconoscimento dei bisogni di cura specialistica per i soggetti in età geriatrica;
- definire protocolli di collaborazione con i servizi che si occupano di quest'area di bisogno sanitario e sociale; si tratta di servizi eterogenei (pubblici e privati, ambulatoriali e residenziali, sanitari o socio-assistenziali), spesso poco o per nulla coordinati;
- definire i percorsi assistenziali a cui avviare i pazienti sulla base di metodologie sperimentate ed efficaci;
- svolgere azione di verifica e miglioramento di qualità nell'ambito di progetti sperimentali di collaborazione pubblico/privato finalizzati al costituirsi di politiche e procedure di rete efficaci.

Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Nel panorama della riforma psichiatrica italiana, la sopravvivenza degli ospedali psichiatrici giudiziari costituisce un elemento di criticità. La problematica rinnova l'esigenza di allargare l'orizzonte della riflessione riformatrice al settore dei rapporti fra giustizia penale e Dipartimento di Salute Mentale. Va d'altro canto ricordato che il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" individua tra le questioni da affrontare con modalità nuove quella degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dei pazienti psichiatrici autori di reato e richiama il Dlgs 230/99

di riforma della sanità penitenziaria, che ne dispone il passaggio di competenza dal Ministero della Giustizia al SSN e quindi alle Regioni.

Appare oggi prioritario e urgente operare per garantire al soggetto affetto da disturbi psichici reo, detenuto in carcere, internato in OPG o accolto in una struttura dipartimentale a seguito di assegnazione da parte dell'Autorità Giudiziaria, opportunità di cura pari a quelle degli altri soggetti affetti da disturbi psichici. Questa garanzia non può che passare dal riconoscimento della titolarità del DSM di riferimento rispetto al trattamento e al progetto personalizzato auspicando pertanto una rapida attuazione da parte del Ministero della Giustizia della delega alle Regioni della competenza relativa al riordino della medicina penitenziaria.

La ridefinizione dei rapporti fra funzione sanitaria e funzione penale dovrebbe tendere ad un programma che, a seguito prima di una specifica sperimentazione e poi dei necessari mutamenti legislativi, realizzati, sul versante penitenziario, un sensibile sviluppo dei rapporti fra Istituto Penitenziario e DSM e, sul versante manicomiale giudiziario, un processo graduale di rifondazione dell'attività di cura e riabilitazione secondo criteri di piccola comunità con affidamento della responsabilità sanitaria al DSM. E' un programma che, tenendo presente il quadro complessivo in cui versano i pazienti autori di reato e gli autori di reato divenuti pazienti, dovrà corresponsabilizzare tutti gli interlocutori istituzionali, Regione, AO, ASL, Magistratura, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP). Questa necessaria integrazione tra soggetti diversi, istituzionali e professionali, va attentamente costruita rispetto a ruoli, funzioni, contenuti. Vanno evitate commistioni tra funzioni di cura e funzioni di custodia, tra pericolosità sociale e condizioni di salute mentale.

Nell'ambito della sperimentazione si auspica la regionalizzazione dei ricoveri e la progressiva restituzione ai DSM di competenza della responsabilità sanitaria dei soggetti affetti da disturbi psichici rei. Tuttavia, da un'analisi della situazione dei DSM lombardi in termini di risorse umane e strutturali, appare opportuno prevedere una fase intermedia circoscritta ad alcuni ambiti territoriali, da dotare di risorse aggiuntive finalizzate. A questo scopo, andranno identificate specifiche "aree allargate" che terranno conto della diversa collocazione territoriale dei DSM capofila del progetto.

DSM e OPG

- Costituzione di una funzione di riferimento, strettamente collegata con l'OPG, con il territorio e i servizi competenti, che promuova progetti di risocializzazione, formazione, inserimento lavorativo.
- Promozione, all'interno dell'OPG, di interventi innovativi con la creazione di piccole comunità sperimentali e di forme di assistenza orientata a favorire dimissioni e percorsi concreti di uscita dall'OPG di pazienti dimissibili dal punto di vista formale.

Istituti Penitenziari

Nella popolazione carceraria vi è una significativa prevalenza di disturbi psichici (tra il 10 e il 15% dei reclusi soffre di una malattia mentale grave). La frequenza dei disturbi psicotici si attesta in un range che oscilla tra l'1 e il 9%, i disturbi depressivi tra il 10 e il 14%, depressione ed ansia tra il 6 e il 25%. Se si considera la presenza di comorbidità multiple, le stime si attestano tra il 35 e l'80%. La frequenza di malattia è quindi notevolmente più elevata rispetto alla popolazione generale.

In carcere tali disturbi appaiono notevolmente sottostimati e sottotrattati in quanto nei detenuti non sono riconosciuti come tali per la carenza delle procedure di screening, della formazione dello staff nel riconoscimento, o dell'esiguità del personale addetto. A tali disturbi si deve associare la frequenza dei comportamenti aggressivi che richiedono trattamento e che rendono più complessa, in genere, la gestione degli ambiti carcerari. Oltre alla maggiore prevalenza rispetto alla popolazione generale, i detenuti con disturbi psichiatrici sono di più giovane età, hanno molto più di frequente una storia di abuso di sostanze, sono in più compromesse condizioni fisiche, si avvalgono di una rete e di supporti sociali estremamente più fragili e non riescono a beneficiare di misure alternative rispetto alla popolazione carceraria sana. Non vanno dimenticate, infine, le esigenze peculiari della popolazione carceraria femminile: oltre l'80% presenta uno o più disturbi psichici e il 70% è sintomatico durante la detenzione.

La realtà lombarda è caratterizzata dalla delega dell'assistenza psichiatrica nelle istituzioni carcerarie a specialisti psichiatri che operano in regime di consulenza specialistica esterna. In alcuni casi vi sono "miniéquipes" che si occupano contemporaneamente dei disturbi da uso di sostanze e della gestione farmacologica e/o dei problemi psichici di tali pazienti sempre in collaborazione con il personale del DAP. I rapporti con il DSM e con le strutture esterne e territoriali sono limitati, e la gestione dei casi più gravi viene affidata – in acuzie – alla politica del ricovero in urgenza (quasi sempre con TSO) nei SPDC.

Il trattamento e l'assistenza dei disturbi psichici nell'ambito dell'assistenza sanitaria degli Istituti Penitenziari hanno fatto riferimento - nel tempo - ad un assetto normativo specifico e separato. Tale assetto è in corso di revisione sia sulla base dell'identificazione e del riconoscimento di nuove esigenze che della progressiva messa a regime di un più ampio processo di revisione dell'assistenza sanitaria degli Istituti Penitenziari. In questo ambito si rimanda all'accordo quadro tra Regione Lombardia e Ministero della Giustizia sottoscritto il 3 marzo 2003 e alle determinazioni, relative all'assistenza specialistica e farmaceutica, assunte dalla Giunta Regionale in data 1 agosto 2003, in attuazione dell'accordo quadro.

La definizione dei criteri e delle procedure per il collegamento tra DSM e Medicina Penitenziaria

L'istituzione di funzioni organizzate dedicate all'assistenza psichiatrica negli Istituti Penitenziari, in stretto collegamento con i SeRT e la medicina generale, permetterebbe una modalità operativa non più settorializzata e frammentata, ma piuttosto una gestione diretta da parte dei DSM operanti in una certa macroarea. Ciò consentirebbe di affrontare in modo certamente più soddisfacente i problemi psichiatrici dei detenuti raccordandoli, da un lato, alla più generale tutela della salute mentale del cittadino e, nel contempo, marcando profondamente il carattere terapeutico dell'intervento in carcere e la necessità di "spazi" *ad hoc* in una realtà che, a tutt'oggi, ha visto prevalere gli obiettivi della penalizzazione del danno, del contenimento della pericolosità e della difesa sociale. Tale revisione tenderebbe peraltro anche a ridurre le disparità di trattamento tra cittadini che possono usufruire di cure moderne ed efficaci (sul territorio) e cittadini - i malati psichiatrici detenuti che, a seguito della loro collocazione in un regime separato, non possono usufruire delle opportunità terapeutiche oggi effettivamente a disposizione nell'ambito della salute mentale. Ulteriori obiettivi perseguibili sarebbero, infine, anche una migliore pianificazione delle possibilità di reinserimento dell'ex-detenuto alla chiusura della pena e il mantenimento della continuità di cura nella gestione longitudinale dei controlli per il monitoraggio periodico del disturbo a livello territoriale.

LA QUALITA'

LA QUALITA' NEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

Nel mondo sanitario il tema della **“qualità”** è divenuto rilevante a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, ed oggi è considerato un tema centrale e ineludibile. L’OMS definisce la qualità dei servizi sanitari come “la capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili”.

Da tale definizione la **“qualità”** emerge come concetto complesso, dinamico, pluridimensionale:

- *Complesso* : per l’influenza di fattori storici, culturali, politici, istituzionali, sociali, evolve il modo di intendere il concetto di salute, mutano i bisogni e le attese dei cittadini; si modificano le normative che regolano le condizioni di “esigibilità” del diritto alla salute; variano le disponibilità economiche destinate al riscontro dei bisogni e delle attese; si trasformano i contesti operativi anche per il continuo rinnovarsi delle conoscenze scientifiche.
- *Dinamico* : tutti i fattori e gli elementi che rendono il concetto complesso sono in continuo cambiamento; diversi sono gli attori sociali in campo sanitario (utenti, operatori, amministratori, etc.) e diversi sono i modi di intendere e volere la qualità. Di conseguenza non è possibile specificare quale sia un sistema sanitario di qualità: è opportuno considerare la qualità come concetto pluridimensionale.
- *Pluridimensionale* : un sistema di cure può essere considerato di qualità quando integra a livelli elevati le seguenti dimensioni: i) *“la qualità manageriale”*, definibile come “la fornitura di servizi utilizzando le risorse nel modo più efficiente (senza sprechi evitabili) e all’interno delle regole date dai livelli sovraordinati di potere”; ii) *“la qualità professionale”*, definibile come “misura in cui vengono scelti interventi appropriati che tengono conto delle evidenze scientifiche più recenti e li si effettua correttamente e con rispetto per il paziente/utente, al fine di ottenere i migliori esiti di salute e il miglior alleviamento delle sofferenze possibili, con i minori inconvenienti e disagi possibili”; iii) *“la qualità percepita”*, definibile come “la lettura soggettiva della qualità dei servizi sanitari (riferibili sia ai dati di struttura che a quelli più

specificatamente professionali e relazionali) effettuata dai destinatari attuali o potenziali dell'azione sanitaria”.

Considerando le tre dimensioni sopra descritte, si può affermare che un **sistema di cure di qualità** nell'ambito della salute mentale è quello che, ottemperando alle politiche ed alle normative stabilite in sede regionale, garantisce, ai costi più contenuti, livelli essenziali, efficaci ed appropriati di interventi, riscontrando bisogni, domande e aspettative degli utenti in modo da rendere soddisfacente la loro esperienza di contatto col sistema di cura.

Ne deriva che:

- un sistema di cure orientato al cliente ed al risultato debba avere come obiettivo il miglioramento continuo della qualità;
- la qualità, se non ci si vuole fermare alle impressioni dei diversi attori, deve essere valutata, ovvero deve essere misurata e certificata.

Occorre a tal fine definire accettabili criteri e standard di qualità, dotarsi delle metodologie che favoriscano i processi di miglioramento e di un sistema appropriato di strumenti di misura che ne consentano la periodica valutazione rispetto ai suoi “assi”: struttura, processo, esito, ed alle dimensioni quali efficacia, efficienza, appropriatezza, accessibilità, soddisfazione.

CONTROLLO DI QUALITÀ

In sanità il “controllo di qualità” è da intendersi come un'attività di valutazione orientata a promuovere miglioramento nei Servizi che coinvolge diversi attori: i professionisti, i gestori e gli utenti, più in generale i *clienti* dei Servizi medesimi. Gli strumenti necessari per questa valutazione sono i requisiti di qualità ai quali fare riferimento per definire i livelli qualitativi attraverso una metodica di confronto tra una qualità “ideale” e la concreta realtà operativa.

Definizione di un sistema di requisiti di qualità

E' sotto elencata una serie di requisiti di qualità per i Servizi di Salute Mentale, classificati a costituire un **sistema** di requisiti considerati prioritari nell'esprimere la buona qualità nell'attuale contesto operativo di norme e di conoscenze nella disciplina.

Requisiti dei DSM

- requisiti di struttura compatibili con gli standard definiti dai Progetti Obiettivo Regionali e dai requisiti previsti dalle norme dell'accreditamento;
- documento sulla “politica” del DSM;

- documento che espliciti l'organigramma e le responsabilità all'interno del DSM;
- carta dei Servizi del DSM;
- attivazione del Nucleo di Valutazione Qualità;
- relazione consuntiva e piano di sviluppo annuali contenenti un set di indicatori di attività sviluppato ad hoc¹³;
- piano annuale della formazione;
- programma annuale di promozione di qualità che contenga specifici progetti dotati di risorse che li rendano attuabili.

Tutela dei diritti degli utenti

Accessibilità

- monitoraggio dei tempi di attesa per una prima visita;
- monitoraggio dei pazienti “persi di vista” tra quelli presi in carico e protocollo per la gestione del problema;
- monitoraggio della prevalenza e incidenza di servizio, riferito alla popolazione dell'area territoriale di riferimento e alle più importanti categorie diagnostiche;
- protocollo per l'accoglimento della domanda.

Sicurezza

- protocollo per TSO e ASO;
- monitoraggio attraverso un registro delle contenzioni per i SPDC;
- protocollo per la farmacovigilanza e la gestione degli eventi avversi da farmaci;
- protocollo per il monitoraggio di eventi sentinella (es. suicidi, atti violenti seguiti da denunce penali).

Partecipazione

- promozione del coinvolgimento attivo del paziente al trattamento;
- attivazione dell'Assemblea del DSM¹⁴;
- periodica revisione della carta dei servizi sulla scorta dei bisogni emersi (osservazioni e suggerimenti);
- protocollo per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie e monitoraggio delle iniziative;

¹³ La DGS – Regione Lombardia definirà, attraverso una modalità partecipativa dei professionisti operatori dei Servizi, una scheda di Report annuale standardizzata adatta a sviluppare la capacità di governo da parte dei DSM

¹⁴ Indicatore: n° di convocazioni nell'anno e soggetti partecipanti.

Appropriatezza

- criteri per l’inserimento degli utenti nei diversi percorsi territoriali, compreso l’invio in Strutture Residenziali;
- monitoraggio della dotazione di risorse strutturali e strumentali e monitoraggio dei pazienti “gravosi” in carico¹⁵;
- procedura per la definizione di presa in carico, che consideri, dopo l’accoglimento (v. Accessibilità), la definizione di un piano di trattamento individuale per ogni utente “preso in carico”, e la verifica periodica¹⁶ (rilevazione annuale);
- protocolli di collaborazione/collegamento con la medicina generale;
- adattamento di linee guida per il trattamento delle persone affette da schizofrenia e disturbi affettivi; implementazione delle stesse presso tutti gli operatori e verifica di applicazione nella pratica;
- promozione e monitoraggio degli interventi di collaborazione e coordinamento con le associazioni dei Familiari, volontariato, terzo settore, e con ASL, altri servizi sanitari di confine, servizi sociali, Comuni.

Esito / Efficacia nella pratica

- rilevazione periodica della qualità percepita¹⁷;
- misurazione della qualità della vita degli utenti¹⁸;
- misurazione degli esiti clinici negli utenti in un progetto che utilizzi uno o più strumenti standardizzati su diverse dimensioni.

Verifica dell’applicazione degli requisiti: accreditamento e promozione di qualità

La normativa nazionale e, successivamente, regionale ha individuato nell’accreditamento la procedura attraverso la quale il sistema sanitario da una parte certifica la corrispondenza dei servizi e delle prestazioni erogati ai requisiti di qualità previsti dalle norme e dai regolamenti, dall’altra promuove il miglioramento dei servizi e delle prestazioni stesse. La dimensione istituzionale dell’accreditamento costituisce una garanzia per l’utenza di avere a che fare con servizi erogati secondo degli standard accettabili e sufficientemente uniformi, indipendentemente dal luogo di erogazione o dal tipo di soggetto erogatore, pubblico o privato.

¹⁵ Uno degli indicatori possibili potrebbe essere il n° ore effettuate dagli operatori/n° ore previste dall’accreditamento.

¹⁶ Uno degli indicatori possibili potrebbe essere il n° utenti “in carico”/n° utenti totali nell’anno.

¹⁷ Indicatore: un progetto ad hoc ogni anno sulla soddisfazione di utenti/clienti interni – esterni (MMG, Reparti ospedalieri, ecc.), operatori.

¹⁸ Indicatore: un progetto ad hoc ogni due anni.

L'accreditamento è un'attività di valutazione che possiede specifiche peculiarità: si caratterizza per essere sistematica e periodica, rileva non soltanto l'adesione del servizio e delle sue pratiche ai requisiti previsti dalle leggi o dai regolamenti, ma tende anche a promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate. L'accreditamento valuta, pertanto, l'insieme della rete dei servizi, il sistema (per es., nel caso del servizio psichiatrico, tutto il Dipartimento di Salute Mentale). Inoltre, prevede una periodicità temporale di applicazione che ha continuità nel tempo e quindi facilita l'attivazione di un circuito di miglioramento continuo della qualità. L'accreditamento tende anche a valorizzare la partecipazione dei soggetti implicati e quindi si pone l'obiettivo di sviluppare consenso, pur basandosi sull'oggettività dei criteri di riferimento. Per soggetti implicati si intendono non solo i professionisti, ma, ovviamente, anche gli utilizzatori e i responsabili della gestione dei servizi.

PROMOZIONE DI QUALITÀ

A partire dal 1992, le normative di riforma del Sistema Sanitario (L. 502/92 e seguenti) hanno preso in considerazione il tema del miglioramento della qualità professionale e dei servizi. La Regione Lombardia ha investito molto su progetti tesi al miglioramento della qualità dell'assistenza.

La LR n. 31/97, che ha permesso di procedere verso l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha sancito anche l'introduzione di sistemi di verifica e controllo della qualità delle prestazioni. La norma ha previsto che tutte le attività delle aziende sanitarie necessarie per la produzione, l'erogazione e il controllo di prestazioni e servizi, siano certificate secondo le norme ISO 9000 (art. 13, comma 5). La Lombardia rappresenta a tutt'oggi la Regione italiana con il più elevato numero di certificazioni rilasciate alle aziende sanitarie. Per realizzare questo progetto, la Regione ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, al fine di coordinare la promozione, introduzione e valutazione di sistemi qualità nelle strutture sanitarie (dgr n. 38121/98): oltre alla certificazione ISO 9000, la Regione ha incentivato, con finanziamenti dedicati, progetti aziendali per lo sviluppo di sistemi qualità, con la messa a punto di indicatori di attività e di risultato, e di un sistema di rilevazione della *customer satisfaction* (dgr. 46582/99).

E' stata inoltre attivata e finanziata, in Lombardia, una sperimentazione di "accreditamento all'eccellenza", in collaborazione con la JCI (Joint Commission International Accreditation), che è l'organismo della JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations) che approfondisce tale argomento a livello internazionale (dgr 3141/2001). La JCAHO è un organismo indipendente e non-profit che attualmente accredita l'80% delle strutture di ricovero e cura in USA. La finalità di questa sperimentazione è valutare l'impatto di un approccio innovativo alla qualità, al fine di diffondere una nuova cultura a livello aziendale, assumere informazioni utili allo sviluppo del processo di accreditamento, e ottenere elementi per la valutazione delle aziende. A tutt'oggi, su dieci aziende sanitarie che hanno

partecipato alla sperimentazione in Lombardia, cinque hanno già ottenuto l'accreditamento della Joint Commission.

Al fine di incentivare e premiare la buona qualità è necessario che i Servizi e le strutture che corrispondono i requisiti certificati di Qualità siano iscritti in un apposito Albo Regionale. Inoltre, per perseguire una politica regionale che investa sulla promozione di qualità viene costituita una **Consulta Regionale per la Qualità dei Servizi di Salute Mentale**, rappresentativa, oltre che dei soggetti istituzionali che gestiscono ed erogano tali Servizi, anche dei diversi *stakeholders*, utenti compresi.

Pur confermando la necessità di riferimenti ad agenzie esterne accreditate per aumentare l'oggettività dei processi valutativi, è anche necessario garantire ai servizi competenze e risorse interne da dedicare a obiettivi di miglioramento di qualità e, di conseguenza, sviluppare l'applicazione di modelli orientati a motivare e coinvolgere prima di tutto gli operatori, che devono essere in grado di gestire direttamente le pratiche di valutazione e di miglioramento: il Nucleo di Valutazione e Miglioramento di Qualità costituisce lo strumento organizzativo per l'attuazione di questa strategia.

Ruolo del Nucleo di Valutazione e Miglioramento della Qualità (NdV)

La costituzione del NdV nei DSM, prevista dal "Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000", è stata ulteriormente valorizzata dal "Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004" della Regione Lombardia, che ha individuato nella sua attivazione nei DSM un indicatore di risultato relativamente all'Area "Qualità". Pertanto, la sua costituzione e il suo funzionamento costituiscono in sé un indicatore di qualità per il DSM.

In particolare, il NdV costituisce lo strumento per verificare e sviluppare la qualità professionale, quella percepita dagli utenti e quella manageriale e per migliorare le dimensioni della qualità relative all'efficacia e all'appropriatezza delle cure e all'adeguatezza dei servizi ai bisogni espressi dall'utenza. Inoltre, il Nucleo contribuisce all'individuazione degli elementi di criticità nel Dipartimento, tramite l'analisi dei flussi informativi, e propone iniziative di miglioramento.

Il NdV costituisce la struttura operativa per il collegamento del DSM con le politiche aziendali di controllo e promozione di qualità sviluppate dall'Azienda attraverso l'Ufficio di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ). Il Nucleo è anche impegnato nella ricerca di risorse aggiuntive, esterne all'azienda, per promuovere iniziative e progetti di miglioramento di qualità.

Come stabilito dal Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000 "Tutela della salute mentale" la Direzione del DSM affida al NdV un chiaro mandato istituzionale per l'attuazione delle politiche di Miglioramento di Qualità.

Questo mandato si estrinseca:

- attraverso il collocamento dell'attività svolta dal Nucleo negli obiettivi aziendali, con il riconoscimento per i suoi componenti dei benefici contrattuali correlati alla parte variabile del raggiungimento degli obiettivi;
- l'attribuzione al nucleo di risorse, nell'ambito della contrattazione di budget, per quelle iniziative che non hanno un corrispettivo tariffabile.

La composizione e l'attività del Nucleo sono connotate da un'ampia partecipazione delle strutture del Dipartimento e dei suoi operatori, per i quali sono previste iniziative di formazione per l'espletamento dei compiti inerenti la valutazione e il miglioramento di qualità. La composizione del Nucleo è rappresentativa dei diversi profili professionali presenti nel DSM e di operatori delle diverse tipologie di strutture di cui è composto il Dipartimento.

Gestione del Sistema Informativo

La presenza di un Sistema Informativo affidabile e completo è la condizione preliminare e necessaria per effettuare le attività di valutazione nel servizio, senza le quali non è possibile promuovere iniziative di miglioramento.

Al NdV compete curare il mantenimento dell'affidabilità e della qualità del Sistema Informativo attraverso iniziative di monitoraggio della puntualità e della completezza dell'inserimento dei dati di attività da parte delle strutture del Dipartimento e di coinvolgimento e motivazione degli operatori verso l'efficienza del Sistema.

Al Nucleo sono anche affidate la compilazione periodica della reportistica del Dipartimento e l'elaborazione dei dati di attività per le finalità previste dalle politiche aziendali e per gli approfondimenti di carattere epidemiologico di interesse del DSM. Dovranno essere anche curati i flussi informativi interni al DSM e tra il Dipartimento e la Direzione Aziendale, in particolare con l'Ufficio MCQ e il Controllo di Gestione.

Promozione e monitoraggio

Nell'ambito del Miglioramento Continuo di Qualità nel Dipartimento, il NdV esercita una funzione di promozione di iniziative da parte degli operatori dei servizi, nei confronti delle quali svolge compiti di verifica dei risultati e favorisce la diffusione nel DSM della loro conoscenza.

Il Nucleo, a sua volta, può proporre e condurre esso stesso specifici progetti di MCQ con il coinvolgimento di altre componenti del Dipartimento, specialmente su tematiche strategiche.

In particolare, il NdV deve prendere prioritariamente in considerazione, anche nell'arco di un periodo pluriennale, tematiche relative a:

- la soddisfazione degli utenti;
- la qualità delle cure ospedaliere, con particolare riguardo alla riduzione delle recidive di ricovero;
- la presa in carico e il trattamento dei pazienti “gravi” e la continuità dell’assistenza;
- l’adesione dei pazienti al trattamento, il consenso informato e la promozione di un effettivo diritto di scelta;
- la collaborazione con le famiglie.

Si possono anche prevedere studi specifici di valutazione di esito, l’identificazione, la rilevazione e la gestione di “eventi sentinella”, nonché studi di follow-up per particolari categorie di utenti.

Appendice

STRUMENTI PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ

Accreditamento professionale

L'*accreditamento professionale* è un processo di *autovalutazione* e di *revisione esterna tra pari*, usato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a *standard prestabiliti* e per attivare modalità di *miglioramento continuo* del sistema sanitario.

Le peculiarità che connotano l'accreditamento professionale e le sue procedure sono:

- la *volontarietà* della partecipazione dei soggetti implicati;
- la *partecipazione* attiva degli operatori all'applicazione delle procedure di valutazione;
- la *tensione verso il miglioramento* che deve caratterizzare i gruppi di lavoro che intendono applicare le procedure dell'accreditamento professionale;
- la capacità e la consuetudine del gruppo ad *autovalutarsi*, esprimendo una capacità critica rispetto alle proprie pratiche e ai risultati ottenuti;
- l'*attenzione verso il cliente* e la sua soddisfazione.

Queste peculiarità si esprimono poi nell'applicazione pratica dell'accreditamento professionale attraverso:

- la messa in atto di procedure di consenso, nell'ambito del mondo professionale, per la definizione dei requisiti e degli standard di qualità;
- la gestione, da parte dello stesso mondo professionale, delle procedure attraverso le quali rilevare la corrispondenza del servizio agli standard, nell'applicazione pratica del processo di accreditamento.

L'insieme degli standard di qualità applicabili alle strutture, ma soprattutto ai percorsi di cura e ai risultati di salute ottenuti costituiscono il *Manuale di Qualità*, che rappresenta la misura di confronto con la reale condizione del servizio. Nel contesto dell'Accreditamento professionale il Manuale ha caratteristiche di flessibilità e di provvisorietà, soggetto a periodiche revisioni, da parte del mondo professionale, in relazione all'evoluzione della disciplina e della reale situazione operativa dell'organizzazione dei servizi.

Le procedure applicative dell'Accreditamento Professionale prevedono sia l'autovalutazione dei gruppi di lavoro sia il confronto con professionisti esterni, propri pari, che svolgono un'azione consulenziale per aumentare l'oggettività del giudizio e suggerire interventi migliorativi possibili per gli aspetti di criticità, che una volta applicati saranno successivamente valutati,

secondo la medesima metodologia, avviando una procedura periodica e costante nel tempo che configura il ciclo del Miglioramento Continuo di Qualità.

Applicazione della metodica EBM

La psichiatria basata sulle evidenze (EBMH, Evidence Based Mental Health) deriva dall'Evidence Based Medicine (EBM), considerato un “movimento culturale” proponente una metodologia per favorire una pratica medica aderente ai più recenti riscontri della ricerca scientifica di buona qualità.

L'EBM si propone, come definito da David Sackett¹⁹, di guidare le decisioni cliniche mediante l'integrazione tra l'esperienza del singolo medico e l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili. L'EBM mira ad integrare le seguenti diverse prospettive:

1. evidenze derivanti dalla ricerca;
2. *expertise* dell'equipe curante;
3. preferenze dell'utente.

L'EBM è uno strumento efficace per gli interventi di miglioramento continuo della qualità in psichiatria. Infatti, favorisce l'aggiornamento professionale attraverso l'approfondimento della letteratura e la revisione delle metodiche clinico-terapeutiche. L'EBM, se utilizzata per guidare decisioni di politica sanitaria nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale conduce ad una pianificazione ed organizzazione dei Servizi volta a razionalizzare l'allocazione delle risorse verso interventi di provata efficacia.

La metodologia EBM si attua seguendo un iter consistente in cinque passi successivi: 1) formulazione di quesiti clinici strutturati; 2) ricerca bibliografica; 3) valutazione critica dei dati della letteratura per quanto riguarda la loro validità ed applicabilità nella pratica clinica; 4) utilizzo effettivo nella pratica di quanto riscontrato; 5) revisione continua ed aggiornamento della pratica professionale²⁰.

L'applicazione delle tecniche della EBM garantisce agli utenti una migliore qualità delle cure, sia in termini di efficacia delle singole prestazioni, sia nella programmazione di piani terapeutico-riabilitativi, sia relativamente agli aspetti di organizzazione dei Servizi.

¹⁹ Sackett D.L. (1996). Evidence Based Medicine what it is and what it isn't? *British Medical Journal* 312, 71-72

²⁰ Strauss S.E., Sackett D.L. (1998). Using research findings in clinical practice. *British Medical Journal* 317, 339-342.

Un presupposto irrinunciabile per favorire l'introduzione nella pratica clinica della EBMH consiste nella disponibilità delle seguenti risorse:

- facile accessibilità di postazioni informatiche connesse al WEB;
- possibilità di utilizzo di software che permettono la consultazione di diverse banche dati elettroniche (Medline, Embase, PsychINFO, Cochrane Library);
- riviste in full-text (implementazione e maggior diffusione del Servizio Bibliotecario Lombardo SBL);
- risorse genericamente fornite dal WEB.

I seguenti requisiti organizzativi e strategici sono necessari per improntare in modo efficace un Dipartimento di Salute Mentale all'EBM:

- costituzione di un gruppo di operatori esperti nella metodica EBM (con competenze epidemiologiche, metodologiche, statistiche e informatiche);
- organizzazione di corsi di formazione (con diversi livelli di approfondimento a seconda delle esigenze);
- promozione e utilizzo di protocolli di intervento condivisi e basati sulle evidenze;
- promozione e impiego di interventi di provata efficacia (farmacologici, psicosociali);
- formazione degli operatori alla pratica di tali interventi;
- programmazione di un monitoraggio di almeno alcuni degli interventi effettuati;
- creazione all'interno della prassi clinica di incontri di approfondimento su problematiche cliniche evidence-based.

Fonti di evidenze EBM per lo psichiatra:

A) Banche dati EBM:

- Cochrane Database of Systematic Reviews (www.cochrane.org), che riporta il testo integrale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica svolte dai gruppi di revisione Cochrane composti da esperti internazionali;
- Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE, <http://nhscrd.york.ac.uk/darehp.htm>) che include commenti ed abstract

di lavori comprendenti metanalisi e revisioni sistematiche pubblicate su altre riviste di qualità;

- Best Evidence che contiene i lavori di due riviste prestigiose come Evidence Based Medicine e ACP Journal Club che pubblicano la revisione e il commento di articoli pubblicati sulle principali riviste bio-mediche, selezionati in base alla loro rilevanza per la pratica clinica.
- B) Sinopsi: Clinical evidence (in preparazione la seconda edizione tradotta in italiano, dal ministero che verrà distribuita nel 2003 a tutti i medici italiani)
- C) Banche dati biomediche:
- Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed): la più grande banca dati esistente, sorta nel 1966, gestita dalla National Library statunitense, l'unica ad accesso completamente gratuito;
 - Embase (www.embase.com): una banca dati a maggior copertura europea, ad orientamento farmacologico, di proprietà della Elsevier Science;
 - PsycINFO (<http://www.apa.org/psycinfo/>): banca dati di psicologia e discipline affini, contiene anche documenti "antichi" (1887), capitoli di libri e monografie, è governata dall'American Psychological Association.
- D) Editoria elettronica (la più rilevante testata accessibile gratuitamente in rete è sicuramente il British Medical Journal - www.bmj.com).
- E) Siti internet di linee guida (National Guideline Clearinghouse, <http://www.guideline.gov/index.asp>, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.sign.ac.uk/>; Canadian Practice Guideline <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>; NICE, <http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=29>).
- F) Siti internet EBM (Evidence Based Mental Health www.cebmh.uk; Clinical Standard Board of Scotland, <http://www.clinicalstandards.org/>, Centro Cochrane Italiano, www.Areas.it;
- G) Siti per il reperimento di Health Technology reports: es. Agenzia statunitense, <http://www.ahrq.gov/>; Agenzia canadese, <http://www.ccohta.ca/>; Agenzia inglese, <http://nhscrd.york.ac.uk/hta.htm>.

LA FORMAZIONE

In linea con gli indirizzi del PSSR 2002-2004, l'attivazione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori psichiatrici e delle altre figure professionali che operano per la tutela della salute mentale, costituisce un obiettivo di intervento prioritario. La formazione rappresenta infatti uno strumento indispensabile per le diverse professionalità che necessitano di adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con i nuovi modelli organizzativi. E' in larga misura dalla "qualità" delle risorse umane che dipende la "qualità" dei servizi psichiatrici: miglioramenti organizzativi nell'impiego delle risorse umane, associati a miglioramenti delle *performances* individuali, possono garantire un miglioramento delle prestazioni e una maggiore copertura dei bisogni dell'utenza.

La natura tipicamente relazionale dell'operare nel campo della salute mentale riduce di molto la necessità di apparati e strutture tecniche, ma aumenta il valore e la necessità di una specifica formazione per gli operatori che vi lavorano. Tra le specificità dell'assistenza psichiatrica, è opportuno ricordare a questo proposito:

- l'elevato coinvolgimento emotivo degli operatori nella presa in carico e nella relazione interpersonale col paziente;
- la presenza di bisogni complessi che rendono necessario il collegamento e l'integrazione nel lavoro di équipe tra interventi sanitari, socio-assistenziali, riabilitativi;
- la complessità organizzativa dell'intervento, per cui si rende necessario un adeguato livello di coordinamento tra diversi presidi e strutture territoriali.

L'individuazione delle priorità formative e la programmazione locale si realizzano nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale. In sinergia con le disposizioni regionali, in collaborazione con le ASL, e nell'ambito dell'organismo di coordinamento per la salute mentale, ogni DSM predispone un ***Piano annuale di formazione e aggiornamento del personale.***

IL RUOLO DEL
DSM

Per ogni operatore dei DSM (incluse le figure professionali non contemplate dal sistema ECM), formazione, informazione e aggiornamento rappresentano una necessità ed un dovere.

In questa prospettiva, il DSM svolge una triplice funzione:

- individua i bisogni formativi relativi ai temi della tutela della salute mentale emersi sul proprio territorio, collabora all'organizzazione delle attività formative e ne verifica la qualità;
- svolge, al pari di altri soggetti, il ruolo di erogatore di attività formative rivolte non solo ai propri operatori, ma anche agli operatori del settore privato accreditato, del volontariato organizzato e delle associazioni di familiari (ad esempio l'addestramento professionale dei neoassunti, o altre attività di formazione "fondamentali" e "specifiche");
- supporta, in modo articolato e paritetico, i bisogni e le richieste formative delle diverse UOP che lo compongono, tenendo conto delle loro specificità tecniche ed organizzative; valuta e sostiene, compatibilmente con i propri indirizzi generali, eventuali bisogni formativi individuali specifici.

Perché il DSM possa svolgere questo ruolo, è necessario che ogni AO destini una quota di budget congrua alla formazione. I fondi destinati alla formazione dovrebbero comunque rappresentare una quota compresa fra 0,5 % e 1 % dei costi complessivi del DSM, costituendosi come risorse aggiuntive.

CRITERI
GENERALI,
STRUMENTI E
PERCORSI

La formazione permanente deve avere carattere professionale e specialistico. Gli strumenti e i percorsi delle iniziative di formazione presentano caratteristiche diverse a seconda dell'ambito cui sono destinati. In questa prospettiva si valorizzano gli aspetti di informazione, formazione e aggiornamento.

L'**informazione** è il percorso che consente al professionista di acquisire nuove specifiche competenze che non possiede. Strumenti e percorsi informativi sono rappresentati tanto dalle attività promosse dal DSM, quanto dalle attività scientifiche – corsi, congressi – promosse da altri soggetti, quali le società scientifiche e professionali, gli istituti di ricerca, le Università. Il DSM garantisce la responsabile autonomia dei percorsi di informazione individuali e insieme la loro coerenza con gli obiettivi generali.

La **formazione** rappresenta l'ambito specifico per far acquisire all'operatore conoscenze e competenze professionali. Inoltre, è in quest'ambito che devono essere sviluppate le attitudini personali che sostengano il valore terapeutico della relazione di cura, che siano cioè di supporto alla costruzione di una identità professionale idonea al lavoro con l'ammalato psichico. In casi specifici, per il miglioramento continuo del lavoro di equipe, sono indicate forme di supervisione clinica.

L'attività di **aggiornamento** permette a operatori già formati e informati, di acquisire nuove conoscenze. Sostiene la partecipazione a percorsi di revisione delle conoscenze professionali di base, a cura delle strutture dove la formazione di base stessa era avvenuta e/o di altri enti, comunque nell'ambito di percorsi strutturati coerenti con il profilo professionale.

OBIETTIVI E
CONTENUTI
FORMATIVI

Devono essere programmate attività formative di tre 3 tipologie sostanziali:

1. *Addestramento professionale dei neo-assunti*: deve fornire la cultura di base necessaria a operare in ambito psichiatrico. Affronta i temi della legislazione (psichiatrica e non) attinente alla salute mentale, delle professionalità e competenze operanti all'interno dell'équipe, e delle risorse territoriali.
2. *Formazione generale*: è rivolta a tutti gli operatori dei servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati. Rappresenta il "background" indispensabile per tutti i profili professionali e tutti i contesti; affronta tematiche di ordine generale, relative alle specificità del lavoro psichiatrico.
3. *Formazione specifica*: riguarda attività di formazione rivolte a specifiche figure professionali, e la formazione specifica per ambito di lavoro (es: sede di lavoro, tipologia utenti trattati, funzioni svolte)

Gli interventi formativi riguardano in particolare:

- tematiche di ordine *generale*, che interessano quindi tutte le figure professionali e tutti i contesti, e riguardano:
 - la relazione col paziente;
 - il lavoro di équipe;
 - il lavoro per progetti;
 - il lavoro di rete micro- e macro-sociale (es: famiglie, enti, reti sociali naturali);
 - la qualità;
 - gli aspetti organizzativi e manageriali;
 - la ricerca.
- tematiche di formazione *specifica*:
 - formazione specifica per "figura professionale", da programmare in base a bisogni formativi specifici individuati nell'ambito del profilo professionale di riferimento;
 - formazione specifica per "ambito di lavoro", che va programmata nei rispettivi ambiti.

Appendice

BISOGNI FORMATIVI

Ogni figura professionale che opera nel campo della salute mentale esprime propri bisogni formativi specifici che devono essere considerati nell'ambito del ***Piano annuale di formazione e aggiornamento del personale*** predisposto dall'Azienda Sanitaria. E' essenziale che il programma formativo specifico per le diverse figure professionali risponda a bisogni formativi comuni a tutte le professionalità, che comprendono:

- aggiornamento sul contesto normativo;
- aggiornamento sulle nuove acquisizioni tecniche specifiche, in ambito terapeutico, assistenziale, riabilitativo;
- formazione all'autonomia professionale sulla base di principi scientifici, tecnici ed etici;
- formazione alla definizione e gestione dei progetti di intervento;
- formazione al ruolo di case-manager sia come funzione professionale sia come ulteriore qualifica professionale;
- integrazione tra ambiti sociali e sanitari;
- psicopatologia;
- epidemiologia;
- strumenti per il miglioramento continuo della qualità.

Alcune figure professionali nel corso del proprio percorso di studi non hanno una specifica e approfondita formazione in ambito psichiatrico. Nei successivi paragrafi vengono presentati i bisogni formativi per infermiere, assistente sociale, educatore professionale e tecnico della riabilitazione che operano nel campo della salute mentale, con particolare attenzione agli operatori neo-assunti.

Bisogni formativi dell'infermiere

L'infermiere che lavora nei servizi psichiatrici si trova spesso, specie all'inizio della sua esperienza lavorativa, di fronte ad oggettive difficoltà: applicare al paziente psichiatrico il processo di *nursing* in tutte le sue fasi è difficile a causa della compromissione di alcune funzioni mentali che rendono laboriosa l'individuazione del bisogno. Per potersi orientare nella definizione del bisogno, sono necessari:

- capacità d'osservazione;
- capacità di usare se stessi come strumento diagnostico e terapeutico;
- riconoscimento dell'équipe come strumento di lavoro;
- rispetto del progetto terapeutico;
- capacità d'autocritica e consapevolezza dei propri limiti;
- rispetto e accettazione della persona nella sua globalità.

L'assistenza infermieristica in psichiatria, ma meglio nell'area della salute mentale, è stata individuata dal DM 739/94 (Profilo Professionale dell'Infermiere) tra le professionalità che richiedono un percorso di formazione complementare, per il quale la Federazione nazionale IPASVI ha redatto delle linee guida.

Alla luce delle precedenti considerazioni, si propone l'organizzazione di attività formative organizzate in moduli di competenza post-diploma di base.

Tra queste:

- **Assistenza infermieristica in psichiatria e salute mentale.**

Obiettivi formativi:

- Conoscere l'evoluzione storica legislativa del proprio ruolo;
- Acquisire competenze per operare nella rete dei servizi;
- Conoscere i principi etici che emergono nella cura e assistenza alle persone con disagio psichico.

- **Assistenza infermieristica alla persona con disturbi psichici.**

Obiettivi formativi:

- Saper descrivere e distinguere le malattie psichiatriche rispetto al decorso e ai problemi cui il trattamento dovrà rispondere;
- Concorrere alla formulazione del piano terapeutico individuale e alla sua verifica;
- Acquisire competenze relazionali per facilitare la relazione terapeutica;

- **Assistenza infermieristica nella crisi psichiatrica acuta.**

Obiettivi formativi:

- Sapere accogliere e gestire la situazione di crisi facilitando il ripristino dell'equilibrio;
- Conoscere e attuare strategie per il contenimento;

- **Assistenza infermieristica al domicilio e nelle strutture residenziali.**

Obiettivi formativi:

- Riconoscere le differenze professionali del gruppo di lavoro;
- Riconoscere il ruolo attivo dell'infermiere nei diversi ambienti operativi intra ed extra dipartimentali;
- Promuovere attività di vita quotidiana secondo programmi riabilitativi individualizzati;
- Cogliere le potenzialità residue del paziente e saperle utilizzare nel piano terapeutico individuale.

Bisogni formativi dell'assistente sociale

L'assistente sociale che lavora in psichiatria deve:

- “specializzarsi” nello specifico ambito psichiatrico ed acquisire conoscenze, capacità, metodologie e strumenti di lavoro relativi all'attività da svolgere con il paziente psichiatrico e la sua famiglia;
- mantenersi aggiornato su tematiche d'ordine generale (legislazione sociale, assistenziale e socio-sanitaria) e sugli approcci teorici e metodologici più innovativi del lavoro sociale.

Pur se i bisogni formativi possono essere trasversali e coinvolgere operatori a diversi livelli, con diverse funzioni e/o professionalità, è importante distinguere tra:

- operatore neo assunto;
- operatore che lavora in ambito territoriale in équipe, che ha necessità di consolidare o sperimentare nuove tecniche e metodologie;
- operatore che svolge attività di coordinamento o è impegnato in attività territoriali complesse che comportano negoziazione con altri servizi, enti, strutture.

Bisogni formativi specifici per l'assistente sociale che lavora in psichiatria.

Operatore neo-assunto

- informazioni di base di psicopatologia e principali approcci per il trattamento del paziente psichiatrico;
- conoscenza della legislazione che riguarda la psichiatria, nazionale e regionale;
- la relazione con il paziente psichiatrico e la sua famiglia; il colloquio psicosociale nel processo di aiuto al paziente psicotico: lavorare sul piano della realtà senza negare la fantasia.

Operatore in servizio, che lavora sui pazienti a livello territoriale, in équipe

- identità e ruolo dell'assistente sociale che lavora in ambito psichiatrico in relazione all'équipe di lavoro: rapporto con il paziente psicotico e rilevamento dei bisogni specifici; la diagnosi sociale e la valutazione dei bisogni; il lavoro per progetti; la costruzione dei piani assistenziali individualizzati; l'attivazione di risorse in ambito territoriale; il lavoro con le famiglie; il lavoro di rete intorno al paziente;
- la supervisione delle situazioni cliniche;

Operatore coordinatore e/o con attività di case-manager

- approfondimento delle norme di organizzazione e programmazione dei servizi in ambito socio-sanitario e assistenziale; norme sugli accreditamenti e in materia di appalti;
- il coordinamento del gruppo professionale: la programmazione delle attività sociali dell'UOP; la condivisione di prassi e metodologie di lavoro; la valorizzazione delle capacità professionali;
- la funzione di "aiuto tecnico" del Direttore dell'UOP o del DSM rispetto all'attivazione di risorse territoriali e al rapporto con l'ASL e i Comuni nel nuovo quadro dell'organizzazione dei servizi sociali, assistenziali e socio-sanitari derivante dall'applicazione della L.R. 31/97 e della L. 328/00; formazione all'utilizzo di strumenti tecnici quali convenzioni, regolamenti, accordi di programma, appalti, concorsi;
- capacità di negoziazione e contrattazione per lo sviluppo di servizi e prestazioni in grado di rispondere ai bisogni specifici del paziente psichiatrico.

Bisogni formativi dell'educatore professionale e tecnico della riabilitazione

Le recenti normative nazionali e regionali individuano i compiti dell'educatore professionale e gli obiettivi formativi da perseguire (dpr 10.11.99 Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale" 1998-2000, PSSR 2002-2004, Legge 328/00 "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali").

L'attività dell'educatore professionale richiede la formulazione e realizzazione di progetti educativi volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità, il recupero e il reinserimento sociale, nell'ambito del sistema delle risorse sociali e sanitarie. L'educatore svolge quindi interventi riguardanti i rapporti interpersonali, la famiglia, i gruppi e le istituzioni (D.C.R. n. IV 1269, 28/02/89).

Un programma di formazione rivolto a queste figure professionali, deve favorire:

- la capacità di lavoro in équipe;
- la capacità di lavorare per progetti (educativi e riabilitativi) nella presa in carico del paziente grave, nell'ambito del piano di trattamento individuale, elaborato da un'équipe multidisciplinare. E' importante che l'educatore apprenda i criteri e gli indicatori da utilizzare per operare momenti di verifica e valutazione dell'attività educativa;
- l'acquisizione di tecniche specifiche e competenze sulle metodologie e pratiche dell'intervento di rete, in un contesto ampio, fortemente integrato con l'ambiente sociale e le risorse territoriali. Esperienze di "formazione-azione", consentono di sperimentare percorsi di questo tipo, in maniera guidata, direttamente sul territorio di appartenenza;
- l'acquisizione di tecniche specifiche riguardanti la mediazione familiare.



LE RISORSE, LO SVILUPPO E IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA

Il presente capitolo è suddiviso in quattro paragrafi. Nel primo paragrafo vengono indicate le risorse destinate alla salute mentale e viene definito il piano di sviluppo per il 2004. Nel secondo paragrafo vengono identificati gli organi tecnici regionali per lo sviluppo del Piano e a garanzia della sua attuazione; nel terzo paragrafo viene descritto il sistema attuale di finanziamento dell'assistenza psichiatrica e vengono indicate le future linee di sviluppo e revisione in questo ambito. Infine, nel quarto paragrafo viene indicata l'esigenza di una revisione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture psichiatriche

LE RISORSE DESTINATE ALLA SALUTE MENTALE

Le risorse del FSR destinate alla salute mentale vengono indirizzate ai soggetti erogatori accreditati pubblici e privati attraverso la remunerazione delle prestazioni tariffate dalle circolari regionali 28/san (21 ottobre 1996) e 46/san (26 agosto 1998), la remunerazione degli episodi di ricovero ospedaliero per DRG sulla base delle SDO relative alle strutture pubbliche e private accreditate, il pagamento a giornata per i ricoveri in strutture residenziali. Inoltre, vengono destinate alla salute mentale le risorse del FSR relative al fondo per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei pazienti dimessi dagli ex-OP.

In aggiunta, attraverso fondi ministeriali, vengono finanziati specifici progetti per l'assistenza psichiatrica quali il progetto "Due interventi per la salute mentale nella città di Milano" (nell'ambito del progetto Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria della città di Milano, ex art. 71 legge 448), e il progetto "Individuazione precoce dei disturbi mentali – valutazione degli interventi terapeutico-riabilitativi" (progetti per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, art 1 legge 662/1997).

Per quanto riguarda le strutture ed il personale operanti nei DSM, la normativa regionale relativa ai requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (DGR 6 agosto 1998 n. 38133) definisce gli standard organizzativi e funzionali delle strutture sanitarie. Tale normativa fa riferimento al Progetto Obiettivo Regionale 1995/1997 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" che viene qui confermato relativamente alla definizione dell'articolazione dei presidi delle Unità Operative di Psichiatria e la relativa dotazione di personale.

Nell'attuale contesto di rigore economico, è importante considerare che le risorse disponibili devono essere utilizzate in favore di modelli di assistenza che garantiscano attività efficaci ed efficienti nel breve periodo e che consentano di ridefinire l'utilizzo delle risorse verso nuovi modelli organizzativi sul medio-lungo periodo.

Nella stessa logica si può comprendere che lo stanziamento di risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi contenuti nel presente piano, in un contesto di rigore economico, siano destinate a implementare modelli organizzativi innovativi, in una logica progettuale che consenta la valutazione delle attività e dei risultati.

Lo stanziamento di risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi del Piano Regionale Salute Mentale nel corso del 2004 viene definito nel provvedimento della Giunta Regionale di approvazione del Piano stesso. Le risorse finanziarie per gli anni successivi (2005 e 2006), finalizzate al proseguimento e alla realizzazione dei programmi innovativi, troveranno allocazione nelle determinazioni dei criteri di spesa previsti con i provvedimenti relativi alle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale.

Piano di sviluppo per il 2004

Riguardo allo sviluppo per il 2004, lo strumento identificato è quello dei *programmi innovativi*.

Entro 30 giorni dall'approvazione del Piano Regionale Salute Mentale da parte della Giunta Regionale, la Direzione Generale Sanità con proprio decreto predisporrà i bandi per i *programmi innovativi* specificando gli obiettivi, le metodologie, i soggetti ammessi al finanziamento, le tipologie di programmi ammessi al finanziamento e i criteri per la selezione delle proposte.

Le linee di sviluppo e di investimento promuovono gli obiettivi e i contenuti del presente Piano e rappresentano lo strumento per sviluppare l'integrazione tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale attivando collegamenti istituzionali con ASL e Comuni per tutti gli aspetti di rilievo sociale.

In questa prospettiva, la valorizzazione del metodo progettuale assolve ai seguenti obiettivi:

- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di convenzione con soggetti non istituzionali e con la rete informale;
- ridefinire i modelli clinico-organizzativi e i percorsi di cura della residenzialità psichiatrica in senso innovativo per realizzare gli obiettivi operativi, prioritari e strategici presentati nel capitolo 3.4;
- promuovere percorsi di prevenzione e di cura attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e privati, con particolare riferimento ai bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici gravi e con bisogni complessi, attivando idonee forme di collegamento;
- promuovere attività o prestazioni attinenti alla cronicità, all'assistenza domiciliare e alla semiresidenzialità
- elaborare percorsi diagnostico-terapeutici integrati (multi-disciplinari e multi-professionali) con particolare attenzione ai percorsi di cura per le patologie gravi e ai programmi con la medicina generale;
- promuovere modelli organizzativi di assistenza che consentano la sperimentazione di nuove forme di finanziamento per i percorsi di cura;
- favorire e rafforzare il lavoro di equipe nei DSM attraverso la valorizzazione delle diverse figure professionali;
- introdurre nell'operatività dei DSM strumenti per promuovere la qualità dell'assistenza e per monitorare le attività e i risultati.

I ***programmi innovativi*** possono essere proposti dalle Aziende Ospedaliere e dai soggetti erogatori a contratto a carico del SSR che erogano assistenza psichiatrica e sono operanti sul territorio della Regione Lombardia. Per quanto riguarda il soggetto privato accreditato i Programmi proposti devono prevedere necessariamente il collegamento con i Dipartimenti di Salute Mentale.

Alla realizzazione dei programmi possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni da stipularsi con l'istituzione proponente, altri soggetti erogatori accreditati, soggetti istituzionali e non istituzionali, agenzie della rete informale, nonché Enti di ricerca pubblici o privati.

La valutazione delle proposte dei ***programmi innovativi*** sarà effettuata da parte della Direzione Generale Sanità, coadiuvata dal ***Comitato Tecnico per i programmi innovativi in Salute Mentale***, composto da esperti del settore, che esprimerà un parere relativamente ad ogni proposta.

L'assegnazione del finanziamento avverrà da parte della Direzione Generale Sanità, dopo aver considerato la valutazione da parte del ***Comitato Tecnico per i programmi innovativi in Salute Mentale***.

I **criteri** secondo cui verrà predisposta la graduatoria ai fini di ammissione al finanziamento sono i seguenti:

- pertinenza del contenuto del progetto rispetto agli obiettivi individuati nel bando;
- validità e originalità della proposta, definizione di obiettivi realmente innovativi e non sostitutivi di attività assegnate come funzioni proprie ai presidi di cui le UOP già dispongono, congruenza della metodologia rispetto agli obiettivi;
- predisposizione di criteri e indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi e per la valutazione del processo e dei risultati;
- efficacia delle partnership e validità del progetto nel coinvolgimento dei diversi soggetti istituzionali e non istituzionali implicati nella tutela della salute mentale;
- rilevanza e trasferibilità all'interno del SSR dei risultati previsti dal progetto, ai fini del miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi a tutela della salute mentale;
- congruità finanziaria della proposta rispetto agli obiettivi prefissati e costo-efficacia del progetto;
- coerenza del programma rispetto agli indirizzi programmatori regionali in tema di salute mentale per garantire un'equilibrata disponibilità di risorse sul territorio regionale.

L'attività di monitoraggio dei **programmi innovativi** è di competenza della Direzione Generale Sanità – Unità Organizzativa Rete Servizi e Emergenza Urgenza che si avvale del **Comitato Tecnico per i programmi innovativi in Salute Mentale**.

Gli investimenti sono indirizzati a specifiche **aree di intervento: Area Territoriale, Area Residenziale, Qualità e Formazione**. Nei bandi per i **programmi innovativi in Salute Mentale**, relativamente ad ognuna delle aree di intervento, saranno identificate **tematiche strategiche** e **obiettivi specifici**.

ORGANISMI
TECNICI
REGIONALI

Commissione Regionale di Garanzia per l'attuazione del Piano e Comitato Tecnico per i Programmi Innovativi in Salute Mentale

La Direzione Generale Sanità istituisce per il periodo di validità del Piano Regionale Salute Mentale una **Commissione Regionale di Garanzia** per l'attuazione del Piano composta da rappresentanti delle società scientifiche del settore e rappresentanti della società civile ed un **Comitato Tecnico per i Programmi Innovativi in Salute Mentale** composto da esperti del settore.

La **Commissione di Garanzia** esprime valutazioni e proposte in merito allo stato di attuazione del Piano Regionale Salute Mentale e ai provvedimenti attuativi dello

stesso con un rapporto annuale relativo alla realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano.

Il **Comitato Tecnico per i Programmi Innovativi in Salute Mentale** collabora con la Direzione Generale Sanità riguardo alla attuazione di programmi innovativi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano. In tale ambito, il Comitato Tecnico partecipa alla valutazione delle proposte e al monitoraggio della fase di attuazione dei programmi innovativi.

IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA

Da alcuni anni i provvedimenti di riordino del SSN e del SSR hanno introdotto un modello di aziendalizzazione nel quale criteri di efficienza ed efficacia si sono sostituiti alla logica della spesa storica e del pagamento a piè di lista. Anche la psichiatria si è confrontata con la complessità delle regole aziendali ed ha accettato la sfida della riorganizzazione delle proprie attività.

L'attuale sistema di remunerazione delle attività psichiatriche è fondato sui seguenti criteri: i) sistema di remunerazione DRG per episodi di ricovero in SPDC; ii) tariffe del nomenclatore tariffario nazionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (*circolare 28/san del 21 ottobre 1996*) e tariffe specificamente elaborate dalla Direzione Generale Sanità per le prestazioni di attività territoriale e riabilitative non valorizzate dal tariffario nazionale (*circolare 46/san del 26 agosto 1998*); iii) tariffe per giornata di degenza o semi-residenza per le attività dei CRT, Strutture Residenziali e Centri Diurni; iv) ulteriori norme per la valorizzazione delle prestazioni psichiatriche (*circolare 21/san del 22 marzo 1999*).

Il **PSSR 2002-2004** indica nel **sistema di finanziamento** un aspetto fondamentale e problematico che attraversa tutte le aree gestionali e organizzative relative alla salute mentale. In particolare, identifica il sistema di finanziamento come una leva di responsabilizzazione della dirigenza, capace di indirizzare l'operatività verso le funzioni territoriali e orientare meglio l'utilizzo delle risorse (in particolare riguardo alla residenzialità protetta). Il PSSR 2002-2004, riguardo al finanziamento dell'assistenza psichiatrica indica la necessità di una revisione di modalità e quote di remunerazione delle diverse attività, così che risultino incentivati gli interventi ambulatoriali e domiciliari, valorizzati alcuni DRG ospedalieri, riequilibrati o riformulate le tariffe delle attività residenziali. Infine, per quanto riguarda gli aspetti più innovativi, indica la sperimentazione di nuove forme di finanziamento centrate non unicamente sulla prestazione ma anche sul percorso di cura del singolo utente affetto da disturbi psichici gravi.

Ad un primo livello, alcune indicazioni del PSSR 2002 – 2004 sono state attuate o sono in fase di attuazione: le tariffe dei DRG ospedalieri sono state riviste con la delibera 12287 del 4 marzo 2003, le tariffe ambulatoriali e le tariffe per le attività di semiresidenzialità psichiatrica sono in corso di revisione.

In una fase successiva, per dare una risposta completa alle indicazioni del PSSR 2002-2004, occorre identificare alcuni obiettivi strategici :

- riqualificazione delle *tariffe relative ad alcuni interventi territoriali* condotti in sede e fuori sede;
- revisione di *alcune norme della circolare 21/san* per favorire la continuità terapeutica e l'integrazione tra gli interventi erogati da più figure professionali e da più strutture della UOP;
- identificare *quote di finanziamento per attività specifiche* non riconducibili all'erogazione di prestazioni agli utenti (emergenza-urgenza sul territorio, collegamento con la medicina generale, attività del nucleo valutazione e miglioramento della qualità, supporto al lavoro di rete e all'integrazione istituzionale);
- promuovere una *revisione delle tariffe dei programmi di residenzialità* psichiatrica che promuova gli obiettivi indicati nel capitolo 3.4 attraverso la definizione di una *quota fissa* (“residenziale”) a giornata, diversa per tipologia di struttura, e di una *quota variabile* (“riabilitativa”) ponderata in funzione del progetto di trattamento stabilito per l'utente inserito nella struttura;
- promuovere *nuove forme di finanziamento centrate sul percorso di cura* degli utenti affetti da disturbi psichici gravi attraverso incentivi che integrandosi con gli attuali meccanismi stimolino l'implementazione di programmi terapeutici individualizzati orientati alla qualità.

Riguardo al finanziamento dell'assistenza psichiatrica, viene qui ribadito che le risorse aggiuntive derivanti dall'alienazione del *patrimonio immobiliare degli ex Ospedali Psichiatrici* verranno utilizzate secondo le disposizioni previste dalle Leggi Finanziarie (L. 724/1994, L. 662/1996, L. 449/1997 e L. 388/2000).

ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE

La revisione degli aspetti organizzativi dell'area dell'assistenza psichiatrica delineata in questo Piano e la revisione del sistema di finanziamento secondo le linee indicate dal PSSR 2002-2004 e sopra declinate in obiettivi strategici, necessita di fatto di una *revisione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture*, relativamente sia alle strutture residenziali e semiresidenziali, sia alle strutture territoriali. Tale revisione rappresenta un obiettivo strategico per l'implementazione dei modelli di assistenza descritti nel Piano Regionale per la Salute Mentale