

LA POLITICA DI SALUTE MENTALE IN EMILIA-ROMAGNA  
PROPOSTA PIANO ATTUATIVO 2008-2010  
PER DISCUSSIONE CONFERENZA REGIONALE SALUTE MENTALE  
***Elaborato finale del Gruppo di lavoro***  
***istituito con determina del Direttore Generale n. 17999 del 20.12.2006***

INDICE

Parte I – Principi, valori, visione ed obiettivi

1. Introduzione
2. Epidemiologia
3. Evoluzione dei servizi
4. Valori ed obiettivi
5. Attori
6. I meccanismi di partecipazione democratica

Parte II Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico

1. il sistema di cura e la missione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP)
2. Obiettivi ed organizzazione del sistema di cura
3. Politica dell'accesso
4. La rete dei servizi dipartimentali
  - a. Centri di salute mentale
  - b. L'emergenza-urgenza
  - c. I servizi ospedalieri
  - d. Il settore residenziale
  - e. OPG e psichiatria penitenziaria
  - f. I servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
  - g. La psicologia clinica
  - h. Le collaborazioni strategiche
5. Professioni, competenze, lavoro d'équipe
6. Formazione
7. Ricerca ed innovazione
  - a. Obiettivi e metodologie
  - b. Aree prioritarie di ricerca/innovazione

Parte III – Il sistema di comunità

1. Coordinate del sistema di comunità
2. Ambiti di azione del sistema di comunità
  - a. Promozione della salute
  - b. Sussidiarietà orizzontale
  - c. Prevenzione
  - d. Accesso ai servizi sociali e socio-sanitari
3. Formazione e ricerca

Bologna, 23.4.2007

Questo documento viene redatto in forma estensiva, raccogliendo tutti i contributi emersi nel corso dei lavori del maxi-gruppo di lavoro istituito con determina del Direttore Generale dell'Assessorato n. 17999 del 20.12.2006. Tale gruppo comprende professionisti di varia estrazione, rappresentanti delle Autonomie Locali, dell'Università, delle direzioni delle Aziende Sanitarie, del Privato Sociale ed Imprenditoriale, delle Associazioni degli Utenti, dei familiari e del volontariato, rappresentanti di vari uffici regionali e dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

I lavori si sono articolati nell'arco di dieci giornate:

13/11/2006 – Giornata introduttiva presso la sala del Baraccano a Bologna;

20-21/11, 6-7/12/2006, 22-23/1/2007 – tre seminari residenziali a Castel S.Pietro,

10/1/2007 – Giornata sui temi dell'emergenza-urgenza presso la regione Emilia-Romagna

27/2/2007 – Giornata sulle dipendenze patologiche, aperta al contributo di professionisti ed associazioni del settore (auditorium della Regione, Bologna)

29/3/2007 – Giornata conclusiva di discussione ed approvazione del presente documento (Auditorium della Regione, Bologna).

Il presente documento costituisce pertanto un elaborato collettivo cui hanno contribuito tutte le persone investite di tale mandato. Intende essere esaustivo e discorsivo, ma trattandosi di un Piano Attuativo prevede azioni concrete ed impegni precisi. A questo scopo sono state inserite delle note che sottolineano quali possano essere queste azioni e questi impegni qualificanti. Il documento viene proposto per la fase di consultazione politica con tutti gli organismi e gli Enti interessati. Al termine di questa fase potrà essere adottato formalmente, corredato sia di una sintesi delle azioni e degli impegni assunti, sia di allegati tecnici che esplicitino le modalità di effettuazione di queste azioni.

Si ringraziano tutte le persone che con impegno e competenza hanno contribuito ai lavori, testimoniando concretamente la propria volontà di partecipazione e di miglioramento del sistema di salute mentale e delle dipendenze patologiche:

Alberto Alberani, Mario Amore, Claudio Annovi, Clotilde Arcaleni, Fabrizio Asioli, Nicoletta Baldi, Luca Ballanti, Luciana Bartolini, Marco Bartolotti, Domenico Berardi, Raffaele Bertolini, Alma Bertozzi, Rossella Bignami, Marialuisa Bolzoni, Flavio Bonfa', Elena Bruni, Caterina Bruschi, Ernesto Caffo, Valeria Cantaffa, Corrado Cappa, Alessandra Carobbi, Paola Carozza, Daniela Casalboni, Giancarlo Castagnoli, Antonella Celati, Silvia Chiesa, Mariagrazia Ciarlatani, Renata Cinotti, Rossella Cocconi, Manuela Colombari, Noemi Cornacchia, Giuseppe Cossu, Dorella Costi, Clara Curcetti, Paolo Curci, Annamaria Dalla Vecchia, Maria Gertrude D'Aloja, Francesco D'apice, Giovanni De Girolamo, Giovanni De Plato, Diana De Ronchi, Elvio Della Giustina, Danilo Di Diodoro, Antonietta Di Giovannantonio, Eugenio Di Ruscio, Ivonne Donegani, Maura Fabbri, Massimo Fabi, Raffaele Fabrizio, Fulvio Fantozzi, Mauro Favalaro, Fabio Ferraresi, Mila Ferri, Lorena Ficarelli, Angelo Fioritti, Pierluigi Forghieri, Franca Francia, Emilio Franzoni, Loredana Freddi, Elisabetta Frejaville, Lella Fulgoni, Andrea Garofani, Maria Gasparini, Annamaria Giogoli, Franco Giubilini, Giuseppe Gobbi, Stefano Golini, Maurizio Gozzi, Gaddomaria Grassi, Luigi Grassi, Roberto Grilli, Luigi Gualtieri, Gianpaolo Guaraldi, Domenico Guardigli, Patrizia Guerra, Mila Guidetti, Patrizia Guidetti, Rossella Ibba, Pierluigi La Porta, Tiziana La Valle, Patrizio La monaca, Annalisa Landi, Giuliano Limonta, Leo Lo Russo, Roberto Mainardi, Silvia Malpeli, Mauro Mariotti, Marilisa Martelli, Luigi Mazza, Elisa Mazzini, Andrea Melella, Giustino Melideo, Patrizia Melli, Luigi Missiroli, Stefano Mistura, Franco Morbidelli, Antonio Mosti, Loris Muzzi, Serena Nannini, Alba Natali, Giovanni Neri, Umberto Nizzoli, Antonia Parmeggiani Marco Passerini, Pietro Pellegrini, Donatella Peroni, Antonella Piazza, Franca Pietri, Giovanni Piraccini, Edoardo Polidori, Giovanni Polletta, Michele Porru, Tiziana Prisco, Benedetta Prugnoli, Stefano Rambelli, Claudio Ravani, Daniela Rebecchi, Marco Rigatelli, Manuela Righi, Giancarlo Rigon, Patrizia Rizzoli, Pierluigi Rosetti, Meri Russo, Giovanni Ruviero, Riccardo Sabatelli, Antonella Santullo, Michele Sanza, Alessio Saponaro, Vincenzo Scalfari, Vittorio Severi, Lilia Soglia, Giambattista Spagnoli, Paolo Stagi, Stelio Stella, Bruno Taddei, Luigi Tagliabue, Bruna Tenenti, Alberto Tinarelli, Andrea Tullini, Giuliano Turrini, Adello Vanni, Patrizia Venturoli, Eleonora Verdini., Maria Zirilli.

## PARTE PRIMA

### Principi, valori, visione ed obiettivi

#### 1. Introduzione

La Regione Emilia-Romagna e gli Enti Locali esplicitano con questo Piano Attuativo la propria politica per la salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche, in accordo con i principi e le raccomandazioni formulate a livello europeo (Dichiarazione di Helsinki, Libro Verde sulla Salute Mentale), nazionale (legge 833, i due Progetti Obiettivo del 1997 e del 1999, il Piano Sanitario Nazionale, la intera e complessa normativa sulle dipendenze patologiche, la legge 328/00) e regionale (Legge 29/04, Legge 2/03).

Questo Piano costituisce parte attuativa del Primo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna e concorre alla realizzazione del nuovo sistema integrato dei servizi da questo previsto. Scaturisce dalla esigenza di perseguire l'integrazione socio-sanitaria in tutte le sue forme;

- integrazione istituzionale, identificando nell'ambito di una visione condivisa e di una forte cooperazione, le responsabilità di tutti gli attori istituzionali e non presenti sul territorio;
- integrazione comunitaria, realizzando l'attivazione attorno al tema delle politiche sanitarie e sociali di tutta la comunità locale;
- integrazione gestionale, iscrivendosi nelle modalità di interazione e di coordinamento dei soggetti presenti in ambito distrettuale previste nel PSSR, attraverso gli strumenti del Comitato di Distretto, dell'Ufficio di Piano, dei Piani di Zona, dei Piani Attuativi Locali e degli Accordi di Programma;
- integrazione professionale, realizzando condizioni operative unitarie tra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) nelle fasi di presa in carico, di progettazione e realizzazione del piano di trattamento integrato, di valutazione delle attività svolte

Questo Piano riunisce in un quadro organico ed in una programmazione unitaria gli attori, gli impegni e le azioni che concorrono a promuovere la salute ed a contrastare la malattia mentale e le dipendenze patologiche in tutte le età della vita, secondo un approccio allargato di salute pubblica, in base al quale la salute mentale è una componente basilare della salute globale del cittadino e della popolazione. Come recita la Dichiarazione di Helsinki: "Senza salute mentale, non c'è salute".

E' importante che le politiche di salute mentale e quelle per le dipendenze patologiche vengano determinate ed attuate in armonia tra loro, garantendo una unitarietà di visione e di strategia sia per i numerosi ambiti in cui esse vengono a sovrapporsi (prevenzione, promozione della salute, comunicazione sociale) sia per le numerose aree in cui una stretta sinergia è requisito per il successo degli interventi (come nelle attività sulla adolescenza, sull'alcolismo, sui disturbi del comportamento alimentare e sulla doppia diagnosi). Si tratta di una integrazione necessaria tra settori per i quali nel lontano e nel recente passato separatezze culturali ed amministrative hanno prodotto serie difficoltà nel garantire interventi realmente integrati ed hanno determinato usi non razionali di risorse. Per fare questo è indispensabile il pieno rispetto delle finalità e delle metodologie proprie di ciascun settore, secondo quanto le rispettive culture professionali nel corso dei decenni sono venute elaborando. Psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche hanno raggiunto oggi un livello di matura elaborazione che poggia su solide prove di efficacia e che scongiura ogni ipotesi di imposizione reciproca di modelli di intervento propri di un solo settore. Porre tutte e tre in una unica cornice programmatica, all'interno di una filosofia di salute pubblica, di integrazione e di personalizzazione delle cure può invece aiutarle a procedere verso la definizione di pratiche sempre più aderenti ai bisogni dell'utenza ed a coalizzare gli sforzi nelle aree di impegno comune (come le politiche sui giovani, sulle fasce marginali, sulla disabilità; le politiche di prevenzione e di promozione della salute).

Su alcune di queste aree la regione e gli Enti Locali, con la partecipazione del mondo professionale dei servizi pubblici e privati delle dipendenze patologiche, ha già da tempo elaborato indirizzi coerenti con quanto scritto in questo documento. In particolare la deliberazione 1533/2006 frutto di un intenso lavoro interdisciplinare durato oltre un anno, ha esplicitato una politica precisa sul sistema di cura e sul sistema di prevenzione comunitaria per le dipendenze patologiche. Tale delibera deve essere considerata parte integrante del presente documento. Dovendo in questa sede fornire un analogo livello di esplicitazione politica per i servizi di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, si farà necessariamente maggiore riferimento a tali settori, non richiamando in ogni occasione le dipendenze patologiche, essendo comunque sottinteso che la cornice programmatica unica dei tre settori ricomprende a pieno titolo quanto già stabilito con la suddetta delibera 1533.

Un'ulteriore precisazione deve essere fatta a proposito delle attività di Neuropsichiatria Infantile, che comprendono al loro interno profili più prettamente psichiatrici, altri neurologici ed altri ancora psicologici, con un intreccio di modalità di intervento

terapeutiche, abilitative educative etc... Per semplicità si utilizzerà il termine “salute mentale nell’infanzia e nell’adolescenza” pur essendo chiaro che l’ambito di azione di questa disciplina e dei relativi servizi comprende importanti aspetti di salute fisica e di tutela sociale.

Al fine di realizzare quanto previsto nel 1° PSSR ed adottando un approccio di salute pubblica nel campo della salute mentale e delle dipendenze patologiche la Regione e gli Enti Locali si impegnano ad operare lungo due direttrici:

- a) costruire ed organizzare una rete di attori e relazioni finalizzata alla realizzazione di una politica di salute mentale e sulle dipendenze patologiche, secondo una concezione allargata di benessere, promozione e salute;
- b) porre l’attività dei Servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche all’interno di questa rete, con il duplice compito di assolvere da un lato alla missione tradizionale mirante a dare risposte sempre migliori ai bisogni clinico-assistenziali espressi dall’utenza, e dall’altro di integrarsi nella rete per concorrere a raggiungere i più complessivi obiettivi di salute pubblica.

Perché gli obiettivi di questo Piano Attuativo possano essere raggiunti è necessario organizzare la politica di salute mentale e per le dipendenze patologiche in Emilia-Romagna attraverso azioni da esercitare in modo coordinato e coerente da due macrosistemi tra loro interagenti: il sistema di cura ed il sistema di comunità. A questi si farà riferimento nel corso di tutto il piano e saranno analiticamente descritti rispettivamente nella II e III parte.

## 2. Epidemiologia

Il bisogno di salute mentale è in rapida crescita in tutto il mondo, anche nelle società economicamente sviluppate come la nostra. Ciò in virtù di rapidi cambiamenti sociali e demografici che richiedono altrettanto rapidi mutamenti all’intero sistema di *welfare*.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha calcolato che il peso delle malattie psichiatriche in termini di anni di vita sana perduti (DALYs) è attualmente attorno al 12.5% del totale e sarà al 15% nel 2020; inoltre ha stimato che il costo dei disturbi mentali rispetto al carico economico e di disabilità di tutte le malattie fosse del 9.5% nel 2000, cui vanno aggiunti i relevantissimi costi delle condotte di abuso.. Sempre l’OMS ha più volte sostenuto la necessità di adottare politiche di salute mentale basate sull’approccio di salute pubblica, differenziando tra le azioni da adottare nelle popolazioni a basso reddito ed in quelle ad alto reddito tra le quali senza dubbio rientra la nostra regione. In queste ultime viene considerato ottimale un approccio basato sulla differenziazione a più livelli

dell'intervento, dalla medicina generale, al territorio, alle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali, all'ospedale generale, alle strutture specialistiche di II e III livello.

L'OMS ed altri organismi internazionali hanno inoltre insistito sulle irrinunciabili istanze etiche alla base del lavoro di salute mentale, riguardanti il rispetto dei diritti umani, di quelli civili e di quelli elementari di cittadinanza, come affermato con vigore nella Dichiarazione di Helsinki sottoscritta da tutti gli Stati Europei, e nel recente Libro Verde della Commissione Europea.

Questi sono i riferimenti alti e generali in cui la complessiva azione di politica di salute mentale della nostra Regione deve iscriversi.

### 3. Evoluzione dei servizi

La politica di salute mentale in Emilia-Romagna intende fornire risposte ai bisogni vecchi e nuovi che il contesto sociale propone e che si prevede proporrà nel prossimo decennio. Essa deve costituire uno dei pilastri della costruzione del nuovo *welfare* basato sui concetti di personalizzazione ed integrazione.

La storia delle politiche di salute mentale ha coinciso finora largamente con la storia dei servizi cui tale funzione è stata delegata. Negli ultimi 30 anni nella Regione Emilia-Romagna essa ha conosciuto fondamentalmente due fasi:

- una fase iniziale, avviata con la Riforma del 1978, centrata sulla deistituzionalizzazione dal manicomio e sulla creazione di servizi specializzati: handicap mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze patologiche e psichiatria adulti. Per questa ultima venne adottata una organizzazione basata sui Centri di Salute Mentale e su pochi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, secondo quanto stabilito nel Primo Piano Sanitario Regionale e realizzato nel corso degli anni '80 fino a potersi considerare definitivamente conclusa solo nel 1997 con il pieno superamento del residuo manicomiale;
- una seconda fase, inizialmente sovrapposta alla prima, centrata sullo sviluppo di servizi differenziati di Psichiatria Adulti (domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri) e sull'istituzione ed il consolidamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, come loro centro di unità clinica e gestionale. Questa seconda fase è stata ispirata dai due Progetti Obiettivo Salute Mentale Nazionali e declinata regionalmente all'interno del III Piano Sanitario Regionale 1999-2001, e tramite la delibera di Giunta Regionale n. 759/1998 e la circolare dell'Assessore alla Sanità del 21 marzo 2000. Diversi aspetti rilevanti si sono manifestati in questa seconda fase:

- l'integrazione organizzativa tra Psichiatria Adulti e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nel DSM;
- lo sviluppo, non sempre programmato, del settore residenziale;
- un notevole sforzo di qualificazione degli interventi mediante gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento;
- il ruolo molto importante assunto dall'associazionismo, dalle pratiche di auto-mutuo aiuto con il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti;
- L'avvio del percorso di integrazione professionale con i Programmi Dipendenze Patologiche;
- L'avvio del percorso di collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta (Programma Leggieri);
- La sperimentazione in alcune Aziende di Programmi o UO di Psicologia Clinica.

Questo Piano intende aprire una terza fase nella storia della salute mentale regionale avente per fondamenti:

- la pluralità degli attori, non limitati ai soli Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- l'approccio di salute pubblica e
- la ulteriore qualificazione degli interventi.

#### 4. Valori ed obiettivi

Obiettivi della politica di salute mentale in Emilia-Romagna sono:

- la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio,
- la tutela del diritto alla salute,
- dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali
- di ogni tipo e gravità,
- in ogni età della vita.

La politica di salute mentale comprende organicamente tutti gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, educazione sanitaria relativi alle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche, nonché le attività di formazione e ricerca necessarie ad un efficiente sistema curante e di comunità.

Essa riconosce a proprio fondamento i seguenti valori: destigmatizzazione, partecipazione, continuità assistenziale, innovazione, verificabilità.

E' una politica che mira alla promozione di una cultura di destigmatizzazione di tutte le condizioni di sofferenza, malattia e disagio, puntando alla valorizzazione delle differenze e delle diverse abilità. Se è vero che molta strada è stata fatta, che la piena integrazione nel Servizio Sanitario Nazionale di tutti gli interventi di cura ha ridotto molto lo stigma nei confronti del malato e del suo contesto, che avere a disposizione interventi appropriati, tempestivi ed efficaci previene e contrasta la esclusione e la emarginazione, la lotta attiva allo stigma ed alle discriminazioni deve fondare l'intero sistema di cura e l'intero sistema di comunità. Le parole d'ordine di questo universo valoriale devono quindi comprendere anche: umanizzazione, attenzione alla persona, equità, cittadinanza, abilitazione, educazione. Esse comprendono in sé l'insieme delle pratiche di deistituzionalizzazione, come pratica di superamento dell'istituzione manicomiale nelle sue forme esplicite o mascherate, e che prevedono nella forma più compiuta la tensione a raggiungere la guarigione dalla malattia o, quando non sia possibile, la migliore qualità di vita possibile. E' indirettamente destigmatizzante anche il fatto che si tratti di una politica centrata sul territorio, che mira al raggiungimento degli obiettivi direttamente nei contesti ordinari di vita del cittadino ed alla prevenzione ed al contrasto di fenomeni di istituzionalizzazione.

Parlando di politiche di salute mentale "partecipazione" assume significati antichi e moderni: la sensibilizzazione della collettività ai problemi di chi è affetto da condizioni disabilitanti ed alle soluzioni adottate per farvi fronte, la restituzione di un potere negoziale a chi tradizionalmente ne è stato spogliato, l'impegno a fare di questa negoziazione una pratica capillare e costante qualificante su più fronti, dalla partecipazione del cittadino ammalato alla formulazione del proprio piano di cura alla condivisione dei programmi locali e regionali di salute mentale.

La continuità assistenziale più che un valore è un principio che implica diversi valori ed impegna il sistema di cura e quello di comunità su più fronti: continuità della relazione di cura, tempestività, specificità ed appropriatezza degli interventi, disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata, ma soprattutto autenticità della relazione di cura. Ogni intervento, oltre che essere tecnicamente fondato deve prevedere la partecipazione emotiva del professionista coinvolto. L'organizzazione deve consentire che gli interventi giusti, appropriati e tempestivi vengano prestati nella cornice della "cura", della umana "preoccupazione" senza la quale le persone sofferenti andrebbero perdute o si sentirebbero perse perché avvertirebbero che il destino della propria esistenza non sta in testa a nessuno. Si tratta di un valore e di un impegno che deve vedere ogni attore del



sistema coinvolto ai fini della preservazione e della valorizzazione del patrimonio professionale in tutte le sue competenze soprattutto quelle emotive e motivazionali. Questi contenuti sono parte del processo di supervisione e formazione continua che l'organizzazione promuove.

L'innovazione è un valore contrapposto alla autoreferenzialità. Se è vero che ogni identità affonda le sue radici nella esperienza individuale, nella tradizione ed in ultima analisi in meccanismi autoreferenziali, la loro assolutizzazione costituisce un grave pericolo e la via maestra per la mortificazione istituzionale. Rapidi cambiamenti dello scenario sociale inducono spesso irrigidimenti identitari ed autoreferenzialità proprio laddove innovazione e sperimentazione sarebbero più necessari. Perseguire costantemente questo atteggiamento, implica l'esigenza di lavorare per programmi laddove emergano nuove esigenze, vale a dire rimodulando organizzazioni e competenze senza semplicemente giustapporre nuove UO. Perseguire l'innovazione in ogni sua forma, tecnica, organizzativa, culturale significa valorizzare il capitale più importante di cui le istituzioni dispongono, il capitale umano e sociale.

La verificabilità è un valore fondante in quanto riconosce ad ogni soggetto il diritto a controllare che i fatti corrispondano agli impegni dichiarati. Ciò implica una chiara definizione dei processi di lavoro e degli standard dei prodotti offerti, una declinazione degli impegni non solo su base etica ed ideologica, ma concretamente radicata nei contenuti e nelle pratiche. Implica inoltre fare in modo che ciò non si limiti all'esercizio burocratico finalizzato ad una corretta gestione dei servizi, ma che sostanzialmente il sistema di garanzie al cittadino ed alla popolazione, arrivando anche a monitorare gli indicatori di efficacia e di esito.

#### 4. Attori

Molti attori concorrono con compiti diversi ma con pari dignità e piena integrazione alla realizzazione della politica di salute mentale in Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, per i suoi compiti di elaborazione di politiche e nel monitoraggio della loro realizzazione;

Gli Enti Locali per le loro competenze di indirizzo, programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in accordo con le AUSL per quanto attiene gli interventi di integrazione socio-sanitaria previsti dall'art. 15 della legge 29/2004, dalla legge 2/2003 e di quanto stabilito con il 1° PSSR;

Le Aziende Sanitarie, Territoriali ed Ospedaliere, con le loro competenze di governo e di gestione, tramite le loro molteplici articolazioni organizzative e l'insieme delle loro competenze professionali. In particolare sono pienamente coinvolti nei processi di salute mentale e dipendenze patologiche:

- le direzioni aziendali nelle loro componenti centrali e distrettuali, con particolare riferimento a queste ultime in considerazione del ruolo assegnato loro dalla legge 29 nello sviluppo della collaborazione con gli EELL e nell'assicurare l'accesso all'assistenza primaria ed ai servizi socio-sanitari;
- i dipartimenti di produzione ospedalieri e territoriali, con particolare riferimento a quelli di sanità pubblica, cure primarie, emergenza-urgenza ed ovviamente salute mentale e dipendenze patologiche;
- Il corpo professionale che nel suo insieme concorre alla realizzazione della politica, nel rispetto delle forme organizzative e nella corresponsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti del comparto, dei MMG e dei PLS;

Le Università, come riferimento per le specifiche competenze di formazione e ricerca, ed in integrazione con gli altri attori nel campo tecnico-operativo;

Il privato sociale ed imprenditoriale, nella condivisione dei valori, delle strategie e degli obiettivi della politica di salute mentale, attraverso gli strumenti dell'accreditamento e tramite accordi specifici regionali e locali;

La scuola, per i suoi compiti di formazione del cittadino e come ambito di socializzazione ed educazione nel quale realizzare concretamente i principi di destigmatizzazione, continuità, integrazione ed innovazione;

L'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento a quelle aree in cui esercita tutela su soggetti fragili (Giudice Tutelare, Tribunale dei Minori).

Gli utenti ed i loro familiari, anche attraverso le associazioni che li riuniscono e li rappresentano, secondo i meccanismi partecipativi previsti dal presente Piano;

Le associazioni del volontariato e le fondazioni, per quanto di loro competenza.

Oltre ai soggetti direttamente interessati alla realizzazione della rete molti altri rivestono un ruolo importante nella creazione di una cultura condivisa basata sui principi esplicitati in questo Piano; l'intero mondo della politica, le Società scientifiche dei professionisti, le Organizzazioni Sindacali, l'intero mondo del lavoro, gli organi di informazione. Con ognuno di questi interlocutori devono essere definiti ambiti di discussione e collaborazione.

## 6. I meccanismi di partecipazione democratica

La politica di salute mentale in Emilia-Romagna promuove una corresponsabilizzazione di tutti i soggetti inclusi nella rete, compresi i destinatari degli interventi, utenti e familiari, anche riuniti in associazioni.

Questa assunzione di responsabilità richiede l'attivazione di meccanismi di partecipazione democratica degli utenti, dei familiari e delle associazioni che li rappresentano e delle associazioni di volontariato che li sostengono. I meccanismi di partecipazione si strutturano a livello locale e regionale. Essi valorizzano istanze etiche e contributi volti al miglioramento dei percorsi clinici e della organizzazione delle reti, con ciò costituendo un'indubbia risorsa terapeutica e sociale.

In questa ottica si è promossa nel 2004 la costituzione, in via sperimentale, della Consulta Regionale della Salute Mentale, con delibera di Giunta Regionale n. 1588/2004, alla quale sono stati affidati compiti di rappresentanza, consultivi, propositivi e di valutazione e verifica.

Si tratta ora di entrare in una fase più matura, nella quale vengano rafforzati e regolamentati i meccanismi partecipativi che coinvolgono ogni attore del sistema.

## PARTE SECONDA

### Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico

#### 1. Il sistema di cura e la missione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Il sistema di cura è costituito dall'insieme di tutti i servizi pubblici e privati che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita.

Le Aziende Sanitarie, nell'ambito della programmazione condotta secondo gli strumenti previsti dal 1° PSSR, hanno il compito di organizzare il sistema di cura, nel rispetto dei principi e dei valori sopra esposti e coordinando l'insieme delle risorse tecnico-professionali pubbliche e private presenti nel territorio.

Il Dipartimento che aggrega le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria Adulti e Sert è la modalità organizzativa più funzionale al raggiungimento della massima integrazione interna dei servizi aziendali ed al coordinamento delle risorse esterne ad essa afferenti. A tale Dipartimento faremo riferimento come Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP), secondo una dizione già adottata da alcune AUSL, che rispecchia quella consigliata dalla OMS e che riflette la realtà esistente in cui metodologie e prassi di diversi settori mantengono una loro autonomia disciplinare pur nella integrazione necessaria.

I DSMDP delle Aziende USL costituiscono il centro di coordinamento del sistema di cura ed assumono una funzione di garanzia dei processi che provvedono alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l'intero arco della vita.

Nel perseguire questa missione il DSMDP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, al suo bisogno di esercitare la sua autonomia in qualunque situazione di diversa abilità, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione.

In concreto il DSMDP declina in questo modo la propria missione:

- garantisce l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di stigmatizzazione;
- produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente alla formulazione ed alla realizzazione del

proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;

- garantisce alla utenza di riferimento una presa in cura effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, quando necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO non dipartimentali od altri enti;
- garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione ristretta negli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale.

Ma l'essere il centro responsabile del coordinamento del sistema di cura non esaurisce la missione del DSMDP, che come detto fornisce il suo contributo al sistema di comunità, all'interno del quale collabora alle politiche di integrazione sociale e sanitaria ed alla promozione della salute mentale della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale.

Pur non ponendosi come centro coordinatore, ruolo che compete agli Enti Locali mediante le attività del Distretto, il DSMDP svolge nel sistema di comunità alcuni compiti di estrema importanza:

- concorre a garantire, con gli altri dipartimenti, con le altre agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria e sotto il coordinamento del Distretto, la presa in cura di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di disagio;
- concorre a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie, sociali ed educative del territorio;
- concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenze patologiche;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione degli utenti, dei loro familiari, del volontariato, anche riuniti in associazioni;
- partecipa alla vita sociale e culturale della collettività, impegnandosi a promuovere una cultura della eguaglianza, della solidarietà e della non discriminazione, con particolare riferimento ai soggetti con disturbi mentali, disabilità psicofisiche e dipendenze patologiche in ogni età della vita.

## 2. Obiettivi ed organizzazione del sistema di cura

Il sistema di cura presenta attualmente rilevanti differenze tra i settori di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria Infantile e Dipendenze Patologiche.

La Psichiatria Adulti incontra all'incirca il 2% della popolazione generale ogni anno, con un forte incremento registrato negli ultimi cinque anni sia delle attività consulenziali che di presa in carico. In questo contesto si registrano richieste sia di consolidamento e miglioramento della presa in carico che di ampliamento delle funzioni consultoriali, soprattutto in collaborazione con altre agenzie sanitarie e sociali, che porterebbero nel giro di pochi anni a raggiungere quote più elevate di popolazione, per lo più con singoli contatti consulenziali, così come avviene nei paesi del Nord Europa.

La NPIA incontra all'incirca il 6% della popolazione infanto-giovanile, con una netta prevalenza delle attività di valutazione e certificazione, grazie anche ad una forte penetrazione in contesti scolastici e di comunità, ma con una consistente area di presa in cura (con domande crescenti di specializzazione) su aree specifiche come l'autismo, i disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, i disturbi neurologici e neuromotori della prima infanzia, i disturbi del comportamento alimentare, la psicopatologia dell'età adolescenziale con particolare riferimento ai tentati suicidi ed agli esordi psicotici. E' inoltre fortemente avvertita l'esigenza di una sempre maggiore collaborazione con tutte le agenzie sociali ed educative per le politiche di prevenzione.

Il sistema di cura delle dipendenze patologiche presenta incrementi dell'utenza costanti negli ultimi vent'anni, a testimonianza della sua crescente credibilità e penetrazione nella comunità, e forse anche dell'incremento dei fenomeni patologici. In questo contesto le maggiori richieste riguardano l'accesso ai servizi di fasce marginali od al contrario di fasce ad alto funzionamento sociale e giovani policonsumatori.

In generale l'intero nuovo sistema di cura deve fornire risposte ad un numero maggiore di cittadini e con bisogni sempre più diversificati. Ne discende l'assoluto bisogno di integrazione, sia interna che esterna, con le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio<sup>1</sup>.

## 3. La politica dell'accesso

---

<sup>1</sup> Punto di attenzione da sviluppare: metodologie per fare questa integrazione

L'integrazione interna si realizza nel presidiare quelle interazioni che sono risultate più critiche (ad es.: SPDC/CSM, passaggi di équipe ai 18 anni, interazione SerT/CSM), nel dotarsi di una politica dell'accesso centrata sul cittadino utente, nel valorizzare le competenze di valutazione clinica e sociale come criterio metodologico preliminare alla individuazione di percorsi di presa in carico adattati ai bisogni dell'utente o come valore aggiunto di tutte le collaborazioni tra agenzie del territorio, nel produrre nuovi assetti clinici che valorizzino tutte le competenze professionali e modifichino setting tradizionali composti da una persona - paziente ed il "suo" terapeuta.

L'accesso è uno snodo fondamentale per il corretto funzionamento del sistema di cura, rispetto al quale due aspetti sono divenuti assolutamente preminenti: la complessità dei servizi e la diversificazione dell'utenza.

La specializzazione e la complessità dei servizi rende sempre più difficile per il cittadino identificare correttamente riferimenti e modalità per l'accesso ai servizi sanitari. L'accoglienza della domanda esplicita o implicita ovunque venga presentata e l'accompagnamento del cittadino al luogo in cui può essere meglio soddisfatta sono caratteristiche fondamentali di una efficace politica dell'accesso. Ogni punto dell'accesso alla rete dei servizi deve essere in grado di effettuare una accurata valutazione della domanda e di collegarsi con gli altri snodi per garantire la personalizzazione del progetto e la integrazione degli interventi.

Proprio per la diversificazione della utenza è assolutamente necessario avere una politica attiva dell'accesso, che aiuti le persone maggiormente in difficoltà (ad es.: anziani, persone con disabilità intellettive) o più distanti culturalmente (immigrati, fasce marginali) ad ottenere i servizi di cui hanno bisogno. E' dimostrato che i meccanismi che generano le disuguaglianze nell'accesso sono responsabili direttamente delle differenze negli esiti che penalizzano le categorie svantaggiate.

A questo proposito l'esperienza delle funzioni di prossimità, tipica delle dipendenze patologiche, può essere messa a disposizione anche della psichiatria adulti e della NPIA, tenendo conto delle differenze di target popolazione. Queste funzioni hanno l'obiettivo di facilitare il contatto con il sistema socio-sanitario a quelle fasce di cittadini che per vari motivi hanno difficoltà ad accedervi. Queste esperienze si caratterizzano per "essere" nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario ed essere trasversali (ad es.: centri di ascolto, spazi giovani, unità di strada ecc...). Tali modalità risultano molto efficaci nei confronti dei giovani, ma con i dovuti adattamenti potrebbero essere utilizzate per la popolazione immigrata o per gli anziani.

Ogni Azienda<sup>2</sup> deve definire un proprio piano di garanzia dell'accesso e declinarlo concretamente nella propria pianificazione annuale delle azioni. La politica dell'accesso deve

- coinvolgere tutti gli attori;
- comprendere l'accesso ai servizi del DSMDP e dell'intero sistema di cura;
- prevedere forme di accesso ai servizi DSMDP di tipo diretto, mediato, facilitato e urgente

---

<sup>2</sup> Impegno

- essere attiva per le categorie che con maggiore difficoltà accedono spontaneamente al servizio (anziani, immigrati....)
- deve specificare in che modo ed in quale misura può essere garantita la libertà di scelta del paziente.

Contestualmente alla politica attiva dell'accesso, e man mano che quote maggiori di popolazione si rivolgono ai servizi, occorre ampliare e qualificare le competenze di valutazione, clinica e multidimensionale.

Alcuni settori come la NPIA hanno già una tradizione di valutazione multidisciplinare, alla quale dedicano rilevanti risorse umane e contesti appositamente strutturati. E' assolutamente opportuno che tale approccio si estenda gradualmente anche alla psichiatria adulti ed alle dipendenze patologiche, nell'ambito delle risorse umane ed economiche disponibili, quindi prevalentemente rimodellando ruoli e funzioni tra le professioni coinvolte tra attività di valutazione e di presa in cura.

#### 4. La rete dei servizi dipartimentali

Proprio in virtù della diversificazione dei bisogni cui si sta assistendo risulta difficilmente proponibile nel nostro contesto regionale un modello di servizi "compatti" con poche unità operative, strutturati in modo forte, concentrati sulla missione tradizionale, direttivi, con composizione professionale semplice. Risulta sicuramente più adeguato un sistema di servizi "articolati", specializzati su più livelli di attività e di protezione, multidisciplinari, integrati paritariamente con gli altri servizi sanitari e sociali. La principale debolezza che sin qui questo modello specializzato di servizi ha mostrato è quello della integrazione interna e della continuità della cura<sup>3</sup>. E' questo il punto sul quale deve essere appuntata la massima attenzione ed il più attento monitoraggio delle realizzazioni.

##### 4.a. I Centri di Salute Mentale

I CSM mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria adulti. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell'utenza, presso di loro si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione e veicolano su di sé la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti.

I CSM si impegnano a rispondere alle sfide che questa terza fase propone rinnovando sostanzialmente la propria cultura e la propria organizzazione, lavorando per

---

<sup>3</sup> Punto di attenzione da sviluppare: come realizzare questa continuità



processi esplicitati e verificabili, secondo il percorso intrapreso con la definizione dei prodotti e degli standard di qualità. I principali processi di produzione dei CSM sono:

- **Accesso.** Negli ultimi 5 anni si è registrato un incremento di accessi diretti e mediati ai CSM, sia per le patologie tradizionalmente afferenti che per bisogni nuovi e differenziati. Il CSM mantiene la propria struttura di accesso come I e II livello, incrementando i collegamenti con i MMG e le altre agenzie di base e specialistiche, differenziando e qualificando le proprie attività di valutazione e di personalizzazione delle risposte, rendendosi disponibile per effettuare tali attività anche in contesti diversi dalla propria sede e garantendo una elevata qualità nella formalizzazione delle valutazioni (ad es. garantendo sempre refertazioni chiare e qualitative).
- **Presenza in cura.** La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il *core* della missione dei CSM. I CSM si impegnano a migliorarne ulteriormente i processi sviluppando una maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione:
  - garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente;
  - favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del *case management*<sup>4</sup>;
  - ricomprendere all'interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato;
  - spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della riabilitazione *in vivo*, interpretando in questo modo il concetto di domiciliarità e ricomprendendo in questi anche interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale;
  - adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell'utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'*empowerment* ed alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;

---

<sup>4</sup> Impegno: vedi paragrafo su lavoro d'èquipe per la realizzazione del Case Management

- favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto, l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione;
- adottare un approccio ben formalizzato e rispettoso dei diritti di informazione e di scelta della persona in tutti i casi in cui si renda necessario ricorrere a provvedimenti direttivi/coercitivi, limitandoli al necessario;
- incentivare la funzione di consulenza, collegamento, formazione e supervisione di altri operatori (piuttosto che orientarsi verso la presa in carico diretta di tutte le forme di disagio psichico) in particolare nei confronti di Medici di Medicina Generale, Centri Demenze e servizi per disabili adulti (con una funzione prevalente di consulenza) servizi oncologici, hospice ed altri servizi ad alto impatto emotivo (con prevalente funzione di supporto, formazione e supervisione)<sup>5</sup>.
- evitare in tutte queste attività di accentrare nella figura del medico psichiatra le responsabilità progettuali ed invece valorizzare tutte le figure operanti nei servizi. In questo senso è di riferimento l'esperienza delle Psicologie Cliniche per le funzioni ospedaliere e del *case manager* infermieristico, sociale o educativo per le funzioni di presa in carico a lungo termine;

Nello sviluppo di pratiche supportive delle reti contestuali e dei *care-giver* occorre dare una particolare rilevanza alle attività di sostegno alle famiglie. Nel nostro sistema sociale, che fa ancora molto affidamento sulla famiglia tradizionale, si stanno manifestando crescenti difficoltà di tipo economico, sociale ed emotivo che ostacolano coloro che vivono con persone affette da disturbi gravi e persistenti nel fornire un supporto valido e continuativo. La famiglia può allora porsi di volta in volta come risorsa o come portatrice di bisogni, e può incidere positivamente o meno sul decorso del disturbo mentale. Il sistema di sostegno alle famiglie deve essere in grado di differenziare i bisogni dei nuclei parentali e di concordare con loro le soluzioni più idonee per ogni specifico caso, includendo azioni sul reddito, sulla casa, sul sostegno temporaneo, sulla socialità, sull'informazione, sulla specifica formazione alla corretta gestione della relazione con il loro congiunto nelle varie fasi della vita e sulla salvaguardia della salute emotiva delle persone

---

<sup>5</sup> Impegno: ogni DSM deve esplicitare un piano delle collaborazioni formalizzate.

coinvolte. In tal senso lo sviluppo delle azioni di auto-mutuo aiuto attivate nel territorio regionale sono risultate particolarmente interessanti e da sostenere, avendo offerto opportunità efficaci e creative, ed aprendo talvolta la strada ad obiettivi più ambiziosi, come la gestione diretta di attività sussidiarie, di promozione e comunicazione verso il territorio.

Ulteriore attenzione deve essere riservata all'attivazione nell'intero territorio dell'importante figura dell'Amministratore di Sostegno, istituto che può permettere ad utenti e a familiari in un particolare momento di crisi, di superare tali criticità.

Il CSM deve inoltre essere pienamente coinvolto nel sistema di comunità e contribuire all'intero sistema dei servizi sociali e sanitari, prestando la propria opera e le proprie competenze alle agenzie sociali del territorio (ad es.: sportelli sociali, servizi per gli anziani, sportelli scolastici, centri giovanili, servizi di prossimità nelle situazioni di rischio per fasce marginali e per gli immigrati) e collaborando al piano generale della prevenzione e della promozione della salute insieme a tutti gli attori coinvolti

#### 4.b. *Il Sistema di Emergenza-Urgenza*

L'insieme dei servizi sanitari del territorio fornisce le risposte alla emergenza-urgenza nel campo psichiatrico e delle dipendenze patologiche. Le risposte del sistema alle situazioni di emergenza urgenza devono essere omogenee sul territorio regionale e rispondere a elevati standard etici e tecnici<sup>6</sup>.

E' utile distinguere urgenza ed emergenza psichiatrica, avendo tale distinzione precise conseguenze sul piano operativo. L'urgenza è una situazione acuta e grave che richiede intervento terapeutico immediato (ad es.: crisi di agitazione o maniacali, crisi deliranti e/o allucinatorie, crisi d'ansia o depressive). L'emergenza è invece una situazione in cui può anche esservi una condizione clinica acuta o grave, ma il cui elemento caratteristico è la rottura di equilibrio con l'ambiente; l'emergenza è legata piuttosto a conflittualità, disagio o disadattamento sociale e richiede spesso interventi di tipo sociale<sup>7</sup>.

Il DSMDP è responsabile della formulazione e della manutenzione di un apposito piano delle emergenze-urgenze in psichiatria e nelle dipendenze patologiche<sup>8</sup>, al quale partecipano anche UU.OO e professionisti esterni al DSMDP. Gli elementi essenziali del piano devono essere:

---

<sup>6</sup> Impegno: la RER attiva un apposito programma regionale E/U in sostituzione del precedente coordinamento SPDC.

<sup>7</sup> Punto di attenzione da sviluppare: come e chi realizza la risposta sanitaria e sociale all'emergenza.

<sup>8</sup> Impegno

- Prevenzione del maggior numero possibile delle emergenze tramite accorgimenti e personalizzazioni del piano di cura individualizzato per i cittadini presi in carico dai CSM o da altre strutture del DSMDP;
- Precisa definizione delle modalità di intervento dei CSM sulle emergenze/urgenze negli orari di apertura programmata;
- Manutenzione delle procedure di ASO e TSO con tutti i soggetti coinvolti;
- Valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione (Centri crisi, Day Hospital, RTI);
- Precisa definizione degli ambiti di intervento dei servizi di emergenza-urgenza generale (118, guardia medica) negli orari di chiusura dei CSM, garantendo ai suddetti servizi sempre un riferimento telefonico del presidio psichiatrico preposto alla emergenza-urgenza negli stessi orari;
- Gestione della emergenza-urgenza tesa alla minore istituzionalizzazione possibile, consentendo l'accesso al SPDC per i casi che richiedono maggiore contenimento e garantendo l'accesso sulle 24 ore ai presidi a minore protezione come le RTI;
- Mantenimento delle esperienze dei CSM 24 ore laddove esistenti e possibilità di sperimentarne altri laddove gli aspetti logistici lo consentano.
- Organizzazione e manutenzione delle procedure per le emergenze-urgenze per i minori ed i soggetti con dipendenze patologiche

Attualmente i servizi di NPIA sono in difficoltà nel fornire risposte alle urgenze ed alle emergenze, tenuto anche conto della eterogeneità dei quadri clinici e comportamentali che in questo campo si presentano. Si va infatti da situazioni prettamente neurologiche che si presentano con le caratteristiche tipiche della urgenza a situazioni di tipo psichiatrico-comportamentale che costituiscono spesso emergenza. Per le prime il Pronto Soccorso costituisce la principale porta di ingresso e per esse devono essere predisposti protocolli condivisi e piani di formazione congiunti tra personale del Pronto Soccorso Pediatrico e della NPIA. Altrettanto prevalenti e di difficile gestione sono le seconde, che risultano essere una realtà assistenziale complessa poiché da un lato sono numericamente più rare di quelle degli adulti, e quindi non giustificano dal punto di vista quantitativo un servizio a sé stante, dall'altro però, quando si realizzano, si presentano con una complessità clinica analoga all'adulto e con una difficoltà gestionale anche superiore sia per la mancanza di un percorso di accoglienza strutturato, sia per la delicatezza che l'età evolutiva comporta

sul piano diagnostico, terapeutico e gestionale. E' necessario rispondere a tali situazioni attraverso la realizzazione di appropriati percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale omogenei in tutta la regione, il che implica uno stretto raccordo fra il sistema di risposta all'urgenza - emergenza e quello dei servizi sanitari e sociali che quotidianamente operano nel campo della prevenzione e della terapia dei disturbi psicopatologici in età evolutiva. E' fondamentale inoltre avere iniziative di formazione comune tra PLS, Medici di Pronto Soccorso, Neuropsichiatri Infantili, Psichiatri dell'Adulto, Psicologi dell'Età Infantile e dell'Adulto per una messa in rete di competenze e risorse e per una piena corresponsabilizzazione nella gestione della crisi. Per le emergenze psichiatrico-comportamentali occorre ridurre al necessario la medicalizzazione di situazioni di disagio sociale, predisponendo protocolli di intervento concordati con i Servizi Sociali che prevedano, fra l'altro, l'attivazione di posti letto di pronto uso (disponibili cioè in 2-3 giorni) presso Gruppi appartamento così da limitare i ricoveri psichiatrici alle situazioni cliniche che realmente li necessitano. E' da prevedere anche la definizione di protocolli di collaborazione con il Tribunale per i Minorenni, riguardo ai casi di consulenza urgente ed ai casi nei quali è richiesto un diretto intervento dei Servizi NPIA.

Nel caso sia necessario l'allontanamento dal contesto abitativo per la gestione di situazioni di emergenza-urgenza si individuano sostanzialmente due tipi di necessità<sup>9</sup>:

- Posti letto ospedalieri, la collocazione dei quali deve garantire al tempo stesso la necessaria assistenza psichiatrica ed evitare la promiscuità con le situazioni acute dell'adulto. Si ritiene preferibile una collocazione in Ospedale Generale (ad es. vicino alla Pediatria od al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) prevedendo l'attivazione ad hoc di personale di assistenza, in modo tale da favorire la gestione dei problemi di comportamento;
- Posti in strutture residenziali per la postacuzie o per quelle situazioni in cui non vi sono problemi psichiatrici o comportamentali gravi, di profilo sociale, preferibilmente in collaborazione con le agenzie sociali del territorio.

Le persone con dipendenze patologiche presentano quadri di emergenza o di urgenza legati soprattutto a problematiche di tipo internistico (intossicazione, overdose etc...) o psichiatrico/comportamentale (eccitamento, agitazione, compulsività etc...). Se è compito dei servizi del sistema di cura delle dipendenze la prevenzione delle emergenze attraverso gli interventi clinici e di mediazione sociale propri del loro ambito

---

<sup>9</sup> Impegno: programmazione RER di questi letti.

di azione, si può affermare che per le caratteristiche delle emergenze-urgenze sopra richiamate esse debbano fare riferimento primariamente alle strutture di emergenza del Dipartimento di Emergenza Urgenza e della Psichiatria Adulti. L'evento acuto che porta alla presentazione in Pronto Soccorso rappresenta per l'utilizzatore di sostanze un momento sensibile di contatto con il sistema di cura durante il quale può scaturire la richiesta di aiuto. E' quindi importante individuare percorsi da proporre in queste eventualità. Si riconoscono due possibilità:

- Paziente con problematiche tossicologiche ed internistiche, senza problematiche psichiatriche o comportamentali evidenti: se ricoverato, sarà l'UO di competenza ad attivare i percorsi di presa in carico del SerT. Se dopo le prime cure il paziente risulta dimissibile e si dimostra disponibile ad affrontare la problematica d'abuso di sostanze è necessario poter disporre di percorsi organizzati con il SerT per la presa in carico in tempo reale (se in orari compatibili) o differita, se in orari di indisponibilità del servizio. Si ritiene comunque necessario che il SerT stabilisca un contatto con l'utente entro le 24 ore.
- Paziente con evidenti problematiche psichiatriche o comportamentali: il punto di riferimento unico che i servizi generali di emergenza debbono tenere per le consulenze e la gestione di queste problematiche è il Servizio di consulenza psichiatrica attivo presso tutti i Pronto Soccorso. Il luogo di gestione delle complicanze non affrontabili in PS del paziente agitato od aggressivo è il SPDC. In questo caso i contatti con il SerT vanno attivati dall'SPDC.

#### *4.c. I Servizi Ospedalieri*

La politica di salute mentale della RER privilegia l'intervento territoriale, ma al contempo considera il momento ospedaliero come fondamentale nella gestione di situazioni acute che richiedono protezione e cure intensive, vincolandone l'utilizzo alla massima appropriatezza clinica onde prevenire fenomeni di istituzionalizzazione.

La rete dei servizi ospedalieri deve prevedere una dotazione di posti letto che non ecceda quella prevista dal Progetto Obiettivo nazionale di 1/10.000. Tale dotazione è garantita in massima parte dal servizio pubblico che integra all'interno della rete dei servizi ospedalieri una quota di posti letto forniti dal privato, che devono riscontrare i medesimi criteri di accreditamento e presso i quali non è consentito effettuare i

Trattamenti Sanitari Obbligatori. Sia i presidi pubblici che quelli privati devono essere in grado di effettuare accettazione sulle 24h.

I processi di cura devono essere ispirati alla massima appropriatezza e, per la delicatezza dei compiti che svolgono, che prevedono tra l'altro in alcune occasioni la limitazione della libertà del paziente, combinare elevati standard etici e tecnici. Vanno esplicitate le linee di condotta interne ed i collegamenti con i servizi esterni, volti a ridurre allo stretto necessario le restrizioni imposte al paziente ed a massimizzare i benefici delle cure prestate in ambito ospedaliero. Ogni forma di limitazione della libertà deve essere rigorosamente formalizzata ed i diritti alla informazione del paziente rigorosamente rispettati.

Le pratiche di contenzione fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori etc..). Devono essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti. Molteplici esperienze locali dimostrano che il rigoroso rispetto di questi principi consente di ridurre l'uso della contenzione fisica a circa 2-3 episodi al mese per SPDC. Esistono in regione anche SPDC in cui la contenzione non viene praticata, in ragione di accorgimenti organizzativi e dotazioni strutturali particolari. A tal fine viene istituito un apposito gruppo di monitoraggio<sup>10</sup> del fenomeno su tutti i SPDC regionali che relazionerà annualmente sul suo andamento e che al termine del periodo di applicazione di questo piano dovrà fornire indicazioni circa la possibilità di un completo superamento di tale pratica, senza rischi per la incolumità del paziente e del suo contesto.

#### 4.d. *Il settore residenziale e semiresidenziale*

Il settore residenziale si è sviluppato inizialmente come alternativa all'Ospedale Psichiatrico per favorire i processi di deistituzionalizzazione. Ha poi conosciuto negli ultimi dieci anni una espansione consistente, non sempre programmata, sulla base di bisogni emergenti di ampliamento delle opportunità riabilitative in contesti alternativi alla ospedalizzazione. Parallelamente dal finire degli anni 60 si è costituito un sistema residenziale per lo più privato per le tossicodipendenze; dopo una rapida diffusione cresciuta come risposta di emergenza ad un fenomeno dapprima socialmente dirimpente, più recentemente, grazie alla progressiva integrazione del privato-sociale nel sistema dei servizi per le dipendenze ed all'accordo Cea - Regione, si è intrapresa

---

<sup>10</sup> Impegno: la RER attiva questo gruppo nell'ambito del Programma Regionale E/U

la programmazione della quantità e della qualità delle tipologie dei trattamenti residenziali e semiresidenziali. Attualmente essi stanno sottoponendosi ai processi di miglioramento garantiti dall'Accreditamento.

L'attività delle residenze sanitarie psichiatriche è definita da diverse fonti normative nazionali (i due PO) e regionali (DG 327 sull'accREDITamento dei servizi). Si tratta di un settore in parte pubblico ed in parte privato al quale si stanno indirizzando iniziative di qualificazione attraverso gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accREDITamento.

La sua programmazione e la sua qualificazione devono essere viste rigorosamente in una cornice dipartimentale, essendo fondamentale il fatto che esso non si configuri come contenitore a se stante, con ragguardevoli rischi di delega ed esclusione delle persone ospitate dai circuiti più vitali della società<sup>11</sup>. Il Centro di Salute Mentale resta il punto di progettazione e coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche per tutta la durata della permanenza in residenza. A maggior ragione l'esistenza di un piano riabilitativo personalizzato e verificabile è necessaria garanzia di progettualità condivisa con la persona in cura.

In questo ambito va favorita la assunzione di responsabilità di gestione delle strutture anche da parte di professionalità del comparto<sup>12</sup>, trattandosi di strutture nelle quali la componente di attenzione ai bisogni della persona e la realizzazione di piani di trattamento clinico-assistenziale sono preminenti rispetto al trattamento della patologia psichiatrica in senso stretto.

L'area delle residenze pubbliche e private deve essere sempre meglio integrata nei circuiti dipartimentali e sviluppare sempre più una filosofia di azione basata sulla valorizzazione delle abilità, sull'abitare (contrapposto al mero risiedere), sull'acquisizione di senso e progettualità esistenziale, sulla finalizzazione al rientro a forme ordinarie di residenzialità nella società.

Secondo la DG 327 il settore delle residenze sanitarie prevede le tipologie della RTI, RTP ed RSR la programmazione delle quali avviene in ambito regionale ed aziendale, ed il cui coordinamento gestionale ricade sul DSMDP delle AUSL. La dotazione di posti letto dovrà attestarsi su 1 p.l. /10.000 abitanti per le RTI ed 1 p.l. / 10.000 abitanti per le RTP. Il processo di riconversione dei p.l. delle CdC AIOP consentirà di completare tale dotazione oggi interamente pubblica, permettendo anche

---

<sup>11</sup> Impegno: per la RER l'accREDITamento di tali strutture ed un piano di formazione permanente sono una priorità.

<sup>12</sup> Impegno a valutare con le aziende ogni opportunità in cui questo sia possibile.



di specializzare alcune di queste residenze per funzioni particolari (doppia diagnosi, psicogeriatrics, minori etc...)¹³.

Rispetto alle RSR che attualmente riconoscono una forte prevalenza di strutture dirette e gestite dal privato sociale si ritiene adeguata la previsione di 2 p.l./10.000 abitanti, all'interno dei quali andranno comunque tenute in considerazione le seguenti esigenze:

- Trasformare circa 250 p.l. degli attuali 400. dedicati a lungodegenti ex OP/OPG con prevalenti problemi socio-assistenziali (o ad utenti non ex-OP con bisogni affini) in p.l. di Residenze Socio-Sanitarie;
- Ricomprendere nelle RSR anche una tipologia di Gruppo Appartamento ad alta protezione sanitaria che relativamente ai criteri organizzativi/requisiti specifici per accreditamento è perfettamente sovrapponibili a RSR mantenendo inoltre una modulazione su 3 fasce possibili di protezione (24-12-6 ore);
- Definire il fabbisogno di risorse con particolare attenzione a quelle umane per quanto attiene i profili professionali, i percorsi formativi, la definizione di responsabilità per le figure professionali non mediche.

Dalle residenze sanitarie si distinguono, pur ponendosi in continuità ed in collegamento con esse, le residenze socio-sanitarie che per loro caratteristiche si propongono come luoghi di vita a tempo indeterminato per persone con bisogni assistenziali semplici o complessi, soddisfabili attraverso gli strumenti della supervisione o della assistenza (residenze socio-sanitarie, gruppi appartamento e comunità alloggio). Questo segmento del settore residenziale viene sviluppato e gestito all'interno del sistema di comunità insieme a tutti gli attori in esso presenti, Enti Locali in primis.

La definizione delle strutture socio-assistenziali e la loro conseguente dotazione di p.l. richiede un lavoro di programmazione congiunta in ambito distrettuale con il Dipartimento delle Cure Primarie e con le nuove Agenzie Sociali per i Servizi alla Persona, per definire anche le competenze tecnico professionali del DSM-DP coinvolte negli interventi con anziani e portatori di handicap psicofisici ed il reale fabbisogno residenziale per questa tipologia di utenza. Piani di Zona e Accordi di Programma devono essere la sede di programmazione e definizione delle modalità di accesso¹⁴.

---

¹³ Impegno: accordo con AIOP

¹⁴ Impegno comune EE.LL AUSL; deve ricomprendere anche le strutture per minori.

E' necessario mantenere nella integrazione con Servizi Sociali la continuità per le componenti terapeutico/riabilitative (quindi responsabilità clinica del caso che continua a far capo al CSM) declinando l'integrazione con l'intervento in Struttura accreditata come struttura sociale come funzione di consulenza specialistica sul caso. E' anche necessario definire il progetto di intervento in Struttura, quindi la valutazione dei bisogni e l'accesso in una dimensione multidisciplinare (tecnici del DSM-DP e dei Servizi Sociali, utenti, familiari, amministratore di sostegno, ecc.).

Per quanto attiene ai centri semiresidenziali (o centri diurni), questi dovrebbero essere strettamente collegati ai CSM ed in grado di differenziare le attività per i pazienti con esigenze riabilitative molto diverse. Per i pazienti con psicopatologia che implica una forte disabilità primaria (ad es.: schizofrenia ad esordio precoce ed a prevalenti sintomi negativi con compromissione cognitiva) si richiede infatti soprattutto la predisposizione di un ambiente molto protettivo ed accogliente che sappia valutare finemente le capacità residue ed il grado di stimolazione idoneo a ripristinare un processo di apprendimento e sviluppo emotivo senza costituire stress fonte di ricaduta o esacerbazione sintomatologica. Per tali pazienti l'ambiente assume una doppia connotazione, di supporto e riabilitativa, mettendo in evidenza la delicatezza del compito di trovare un equilibrio dinamico tra queste due componenti. Il concetto che meglio riassume le caratteristiche ideali di questo tipo di ambiente è quello di comunità terapeutica diurna. Per i pazienti con prevalente disfunzionalità relazionale-sociale ma meno compromessi da sintomi residui di tipo negativo o disturbi dell'apprendimento, il centro diurno può in alcune fasi della malattia e del percorso terapeutico-riabilitativo assumere il significato di luogo in cui attualizzare relazioni personali in un contesto supportivo e comprensivo, in grado di mediare con il contesto sociale più generale. Soddisfare al tempo stesso queste due esigenze può risultare difficile, trattandosi di due paradigmi sostanzialmente diversi, il primo di derivazione psicopedagogica, il secondo psicoterapeutico. Per i DSMDP più grandi è ipotizzabile anche la costruzione di una rete di centri diurni specializzati in attività dedicate rispettivamente alle due tipologie di pazienti, con offerta di attività a diversi livelli prestazionali e richieste al paziente differenziate. In tutti i centri di questo tipo dovrebbe essere comunque perseguita una politica di coinvolgimento dei pazienti nella pianificazione e gestione dei programmi stessi.

L'attività di questi Centri dovrebbe essere sempre più interconnessa con le attività di socializzazione autogestita e di sussidiarietà orizzontale messe in atto dalle

associazioni degli utenti e dei familiari, con una forte connessione con la domiciliarità e l'abitare supportato<sup>15</sup>.

#### 4.e. *La psichiatria penitenziaria e l'OPG*

La questione psichiatrica legata agli istituti penitenziari ed agli OPG riveste di anno in anno un'importanza crescente. Negli ultimi quindici anni la popolazione carceraria è raddoppiata e la quota di questa popolazione affetta da disturbi mentali pare anch'essa in ascesa. In un clima sociale in cui l'attenzione alla sicurezza riceve una particolare enfasi più difficilmente passano non sanzionati reati minori compiuti da pazienti psichiatrici ed anche il numero di persone soggette a misura di sicurezza è aumentato proporzionalmente. Le innovazioni normative che hanno introdotto la possibilità di scontare la misura di sicurezza in luoghi alternativi all'OPG non ne hanno di fatto diminuito la popolazione che è rimasta attestata intorno alle 1200 unità a livello nazionale.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha cercato di far fronte a questi bisogni stimolando i Provveditori regionali ad istituire Unità di psichiatria penitenziaria almeno nelle carceri dei capoluoghi regionali, con il rischio di creare un vero e proprio circuito istituzionale parallelo a quello dei servizi esterni. Alcune esperienze pilota testimoniano della possibilità in questo settore di efficaci collaborazioni tra le due amministrazioni e della capacità di costruire un sistema integrato analogamente a quanto già in carcere è avvenuto per le dipendenze patologiche. Questa integrazione richiede la disponibilità di risorse, ma soprattutto la disponibilità a rivedere da parte di entrambe le istituzioni processi di trattamento e modalità organizzative.

Per l'OPG la collaborazione nel territorio regionale è già andata oltre la fase sperimentale, con la attivazione di un protocollo tra i DSM-DP e l'OPG di Reggio Emilia, per quanto concerne i percorsi di uscita dei cittadini emiliano-romagnoli internati nell'OPG al termine delle misure di sicurezza, in previsione del loro reinserimento nei contesti di residenza e relativa presa in carico dei DSM-DP. Inoltre l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia ha attivato specifici rapporti convenzionali per la consulenza medico psichiatrica con l'OPG ed ha contribuito alla sperimentazione del reparto Antares. Si sta infine perfezionando l'istituzione di una Residenza Sanitaria a Forlì dove possono essere accolti pazienti ancora sottoposti a misure cautelari o di controllo da parte dell'autorità giudiziaria in un contesto extra carcerario e in una struttura fortemente orientata in senso terapeutico e riabilitativo.

---

<sup>15</sup> Impegno: i DSMDP e le associazioni di utenti e familiari si impegnano a programmare e realizzare congiuntamente le attività dei centri diurni.

In sostanza deve essere realizzato quanto previsto dal DLgs 230, vale a dire la assunzione di responsabilità delle Aziende della assistenza sanitaria nelle carceri, con riferimento particolare nel caso specifico alla assistenza psichiatrica.

#### 4.f. I servizi di Neuropsichiatria infantile e dell'Adolescenza

L'insieme dei servizi di NPIA della Regione Emilia-Romagna si caratterizza per la spiccata vocazione territoriale, testimoniata da tassi di utenza pari al 6% della popolazione target all'anno, e per la ramificata connessione con molteplici altri servizi sanitari e sociali. In questo senso essi costituiscono già un modello di servizi realmente "di salute mentale", specialistici e ad alta integrazione. In particolare risultano sviluppati in modo soddisfacente gli aspetti inerenti l'accesso e le funzioni di valutazione/consulenza, rese in modo capillare in una grande varietà di contesti.

Per quanto attiene alle attività di presa in carico i servizi di NPIA hanno intrapreso un cammino di specializzazione di alcune attività e di personalizzazione degli interventi che li portano a realizzare in alcuni ambiti interessanti reti di integrazione intra- ed extradipartimentali. E' infatti del tutto evidente la impossibilità di ricondurre ad una unica modalità terapeutico-assistenziale percorsi così differenziati come quelli richiesti, ad esempio, per la riabilitazione neuromotoria e per i disturbi del comportamento alimentare. Nel contemperare le esigenze di universalità e specializzazione la NPIA si pone come "rete delle reti" assumendo *in toto* la responsabilità dell'accesso, della valutazione, della formulazione del piano di trattamento e delle produzione dei processi terapeutici meno complessi, tenendo il coordinamento delle reti collaborative più complesse intra- ed extra-NPIA.

La rete dell'assistenza e la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie è in via di formalizzazione su scala regionale e prevede servizi di I livello affidati alle UO di NPIA, di II livello (integrati tra NPIA e varie competenze fisiatriche, neurologiche, ortopediche etc...) a livello provinciale o sovraprovinciale, e di III livello prettamente fisiatrico<sup>16</sup>.

Analogamente la regione sta curando un complesso Programma regionale sui Disturbi Pervasivi dello Sviluppo<sup>17</sup> che prevede tre centri specialistici di II livello con funzioni di prima valutazione, supporto alla diagnosi, informazione alle famiglie, programmazione di interventi, formazione e supervisione dei team assistenziali di I livello costituiti su base aziendale ed integrati nelle UO di NPIA. Tale programma prevede forti livelli di integrazione con agenzie sanitarie, sociali ed educative.

---

<sup>16</sup> Impegno

<sup>17</sup> Impegno: Formalizzazione e finanziamento del Programma regionale autismo.

Anche le risposte alla psicopatologia dell'adolescenza richiedono una forte integrazione con competenze presenti nelle UO di psichiatria adulti e SerT, nonché un forte collegamento con professionisti ed agenzie (PLS, insegnanti, servizi di prossimità, servizi sociale etc...) che incontrano gli adolescenti e devono essere messi in grado di identificare precocemente l'insorgenza di disturbi potenzialmente gravi avviando così interventi tanto più efficaci quanto più tempestivi.

Altra area in cui un analogo livello di specializzazione ed integrazione è necessaria è quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare per i quali è attivo da tre anni un apposito tavolo regionale<sup>18</sup>.

Esistono poi altri ambiti nei quali la NPIA collabora all'interno del coordinamento svolto da altre agenzie, come nel caso della tutela legale dei minori, nell'affido e nel trattamento del minore abusato, nel follow-up di patologie ad esordio nell'infanzia che però si protraggono anche nella vita adulta.

#### 4.g. *La psicologia clinica*

La psicologia contribuisce allo sviluppo della cultura e della prassi in tema di salute mentale attraverso le competenze disciplinari proprie della Psicologia Clinica e della Psicologia di Comunità.

La Psicologia Clinica fornisce valutazioni e trattamenti su popolazioni target con bisogni complessi ed opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi e formulando piani di trattamento miranti a promuovere le migliori opportunità di sviluppo ed equilibrio della persona. Gli strumenti di intervento possono essere individuali, di coppia, familiari o di gruppo. La Psicologia di Comunità si occupa di garantire che le risposte cliniche date dal sistema di cura tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale attraverso gli strumenti dei trattamenti integrati e degli interventi di rete.

L'intervento psicologico nell'ambito del sistema di cura deve garantire risposte adeguate a due ordini di bisogni:

- trattamenti psicologici di riconosciuta efficacia in quadri psicopatologici definiti (ad es: forme di psicoterapia cognitiva nei disturbi d'ansia, varie forme di psicoterapia nelle dipendenze patologiche o nei disturbi del comportamento alimentare)
- cura e potenziamento dell'approccio di salute mentale in tutti i contesti in cui oltre alla risposta clinica alla malattia sia possibile intervenire sugli aspetti

---

<sup>18</sup> Impegno: Attivazione del Master RER sui DCa nel 2007, formalizzazione di un Programma regionale DCA nel 2008.

psicosociali della comunicazione, dell'ambiente e delle dinamiche istituzionali.

Le aree in cui le competenze della Psicologia Clinica e di Comunità hanno trovato riscontro e si sono consolidate nell'ambito della nostra regione sono:

- Area della Tutela della Famiglia, dell'infanzia e dell'età evolutiva (maltrattamento, abuso e trascuratezza in età evolutiva, disturbi dell'apprendimento e del comportamento, disturbi pervasivi dello sviluppo, adolescenti a rischio psicopatologico o di devianza, disturbi del comportamento alimentare, esordi psicotici precoci, famiglie disfunzionali etc...)minori, per gli ambiti dell'area consultoriale, della NPIA, dei servizi di tutela;
- Area adulti, per gli ambiti della psichiatria, del SerT
- Area medico-ospedaliera (l'attività di psicologia si è sviluppata nei reparti di oncologia, radioterapia, hospice, neonatologia, ostetricia, nefrologia etc...)
- Area delle cure primarie (salute della donna, sostegno ai care-givers nelle malattie cronico-degenerative, disabilità gravi etc...)
- Area di ricerca e formazione (sperimentazione ed implementazione di strumenti per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti erogati, epidemiologia dei bisogni afferenti agli psicologi clinici, maggior raccordo tra attività clinica e formazione universitaria, anche utilizzando convenzioni di tirocinio e tutoraggio).

Rispetto a quanto già esistente si rileva una situazione di difformità tra le varie AUSL regionali che merita di essere affrontata e riconsiderata.. Ogni azienda<sup>19</sup> dovrà esplicitare come intende organizzare le attività di Psicologia per soddisfare queste domande di salute. E' auspicabile un modello organizzativo tra quelli già esistenti: attualmente sono attivati sia programmi di Psicologia in staff alla Direzione Sanitaria che UO di Psicologia inserite nel DSMDP.

#### 4.h. *Le collaborazioni strategiche*

La risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione è compito dell'intero sistema sanitario e virtualmente ogni professionista è chiamato nella sua attività a rendere prestazioni con un contenuto di salute mentale. Per questo è importante che ogni

---

<sup>19</sup> Impegno per le Aziende

articolazione del DSMDP sia accessibile e disponibile alla collaborazione ed anzi si renda visibile a questo scopo.

Alcune collaborazioni rivestono però un'importanza particolare in virtù della rilevanza quantitativa e qualitativa del lavoro di salute mentale che svolgono.

Prima fra tutte l'integrazione tra cure primarie e salute mentale attraverso la collaborazione tra psichiatri dei DSMDP e medici di Medicina Generale – Pediatri di Libera Scelta che di anno in anno va consolidandosi attorno al Programma Leggieri<sup>20</sup>. La linea di sviluppo che tale programma ha tracciato va proseguita continuando le attività di formazione congiunta tra psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e MMG/PLS, integrandole sempre più nel lavoro dei Nuclei delle Cure Primarie e sotto forma di collaborazione stabilizzata. Nuove forme di collaborazione (attività diretta degli psichiatri negli ambulatori e nei NCP, gestione congiunta di patologie psicotiche etc...) potranno essere diffuse una volta verificata la loro praticabilità a partire da interessanti sperimentazioni attualmente in corso. Anche le collaborazioni per l'intercettazione precoce delle varie forme di dipendenza (da sostanze legali od illegali o senza sostanze) e per la gestione di pazienti stabilizzati potranno far parte del Programma Leggieri coinvolgendo, tramite il DSMDP i Sert.

Altre collaborazioni di rilevanza strategica sono quelle

- con i servizi per gli anziani (geriatria, centri demenze, psicogeriatria, servizi assistenziali domiciliari...),
- con i consultori familiari e gli spazi giovani, che già effettuano attività di assistenza psicologica, prevenzione ed educazione alla salute anche in contesti extra-sanitari,
- e con i servizi per la disabilità adulti, con i quali sono in corso interessanti sperimentazioni tese a verificare la opportunità di integrare le disabilità intellettive nello specifico di azione dei DSM-DP.

## 5. Professioni, competenze, lavoro d'èquipe

Una riforma effettiva delle pratiche di salute mentale richiede ben più di riorganizzazioni e pianificazioni. In realtà "è la cultura che muove l'organizzazione".

La realizzazione di servizi innovativi, flessibili, destigmatizzati e qualificati passa innanzitutto per le competenze e le motivazioni di tutti gli attori coinvolti ed in particolare dei professionisti che vi operano. E' interesse di tutti avere un corpo professionale competente, formato, aggiornato, motivato e consapevole dell'importanza del lavoro che svolge. Un corpo professionale che individualmente e collettivamente sappia esprimere

---

<sup>20</sup> Impegno: qualificare ed estendere il Programma Regionale Giuseppe Leggieri.

alti valori etici ed alte competenze professionali, declinando la propria professionalità come sintesi tra un sapere ed uno stile. E' impegno di tutti gli attori coinvolti in questo piano a perseguire la massima professionalità degli operatori e la massima qualità dei servizi.

Lavorare in una prospettiva di salute mentale implica molti cambiamenti nella cultura professionale: significa stabilire con il cittadino-utente un rapporto sempre più basato sul rispetto della soggettività, sul diritto all'informazione, sulla libertà di scelta e l'autodeterminazione. Un rapporto che tenda sempre più a liberarsi di quote di paternalismo e che ponga la dialettica tra libertà e direttività entro cornici normative e culturali ben definite. Significa tradurre i concetti di *empowerment* ed *advocacy* in pratiche concrete che risiedono prima di tutto nell'atteggiamento mentale degli operatori, ed in armonia con il mandato sociale che al DSM-DP è conferito. Significa costruire pratiche non solo votate alla stabilizzazione ed alla gestione del disturbo, ma più decisamente rivolte alla guarigione, secondo accezioni che di volta in volta rendano più raggiungibile l'obiettivo di una vita significativa e compiuta nella collettività<sup>21</sup>.

Si tratta di cambiamenti in atto ed in una certa misura irreversibili, ma che come ogni cambiamento culturale hanno tempi imprevedibili e modalità laboriose. Occorre agevolare, promuovere ed ove possibile accelerare questi cambiamenti, prestando attenzione ai diversi elementi che devono essere riscontrati a livello dell'individuo, dell'èquipe, dei DSMDP e dell'insieme dei servizi regionali.

L'elemento centrale della professionalità dell'operatore di salute mentale resta la sua capacità di relazione intersoggettiva, la competenza basilare sulla quale può costruire le proprie pratiche di accoglienza, valutazione, di formulazione dei piani di trattamento, di negoziazione e condivisione con l'utente (e quando possibile o necessario con il suo contesto). Questo elemento centrale è proprio di ogni professionalità presente nel sistema di cura ed attorno ad essa vengono organizzate le competenze tecniche specifiche del medico, dello psicologo, dell'infermiere etc... La risorsa "tempo" è cruciale per poter estrinsecare questa competenza basilare. Oltre ad essere disponibile in misura sufficiente deve essere organizzata in modo efficiente, ridistribuendo tra le professioni ruoli e funzioni, ivi incluse le responsabilità della titolarità della relazione di cura, non esclusivo appannaggio delle figure mediche o dirigenziali.

Le competenze tecniche individuali comprendono oggi una serie di conoscenze e di abilità molto ben formalizzate e riconducibili ad un corpus teorico e pratico con tutte le

---

<sup>21</sup> Impegno: le Aziende sono invitate ad identificare adeguate soluzioni organizzative (significa individuare "luoghi" e funzioni deputate al presidio dei mandati di sviluppare empowerment e svolgere advocacy, tramite ad esempio un Programma in Staff con la Direzione aziendale).



caratteristiche della scientificità. Efficacia, appropriatezza, efficienza, ricerca delle evidenze, standardizzazione, verificabilità, trasparenza e disponibilità ad essere valutati sono tutti elementi indispensabili nelle competenze del professionista di oggi e di domani.

L'elemento centrale delle metodologie dei gruppi professionali è il lavoro d'équipe. Esso mantiene oggi lo stesso valore insostituibile intuito nelle prime fasi della deistituzionalizzazione e richiede semmai sempre maggiori capacità umane e tecniche nella sua implementazione tenuto conto della diversificazione di bisogni e della complessità del lavoro di rete che le équipes oggi svolgono. E' però l'unica metodologia che consente di conciliare universalità e personalizzazione, di rispondere in modo flessibile e creativo a situazioni quanto mai varie e spesso imprevedibili. La qualità del lavoro offerto in équipe va presidiata tramite formazione specifica ed adeguata supervisione.

Il *case management* è una modalità particolare del lavoro di équipe che si basa sui seguenti punti:

- riconoscimento a tutti i membri dell'équipe della possibilità di essere titolari della relazione di cura;
- responsabilizzazione del singolo operatore sul progetto di un un numero limitato di utenti;
- corresponsabilizzazione di tutta l'équipe alla sua realizzazione;
- forte interazione/integrazione con soggetti esterni all'équipe;
- alta intensità della relazione di cura in termini quantitativi (numero di ore dedicate al paziente) ed attenta modulazione di quelli affettivi;
- elaborazione in équipe degli aspetti emotivi inerenti il rapporto con gli utenti;
- Carattere paritetico/democratico della équipe, con leadership basata sulla autorevolezza piuttosto che sulla autorità gerarchica.

E' una modalità già adottata presso molte équipes che la RER intende sostenere ed espandere, accelerando il passaggio della gestione dei progetti assistenziali alle professioni del comparto ed utilizzando in questo contesto le competenze dei dirigenti per le funzioni di *assessment*, impostazione dei trattamenti medici e loro monitoraggio, supervisione e formazione.

L'elemento centrale della organizzazione del sistema è la rete. Le forme organizzative devono poter contemperare chiare linee decisionali per la gestione di gruppi complessi, ma anche e sempre più valorizzare le competenze del singolo sulla base di ciò che sa fare e non semplicemente sulla base del ruolo che ricopre. L'organizzazione professionale a

rete richiede operatori che sappiano al tempo stesso stare dentro una gerarchia esplicita e muoversi con sufficiente libertà nella mappa delle competenze individuali.

Nella rete diventa fondamentale contemperare universalità e specializzazione, in un'ottica di equità, sostenibilità e qualificazione. Richiede operatori capaci di rappresentarsi sulla base delle proprie competenze e non solo della appartenenza ad un gruppo, integrati in un sistema più ampio e che conoscono approfonditamente. Tutto ciò richiede processi di formazione di base e continua molto accurati.

## 6. Formazione

La formazione deve essere intesa come l'insieme dei processi che concorrono a conferire le competenze dell'individuo, del suo gruppo e del sistema nella sua interezza. E' indispensabile avere un pensiero che abbracci tutte le attività e di formazione nel campo della salute mentale, a partire da quella professionalizzante per finire a quella continuativa e specializzante.

La formazione universitaria per i professionisti della salute mentale deve essere più approfondita. Alcuni elementi rendono evidenti questa carenza:

- Tutte le lauree triennali delle nuove professioni sanitarie, con le uniche eccezioni di quelle in Educazione Professionale e Riabilitazione psichiatrica, prevedono pochi crediti MED/25 Psichiatria e MED/39 Neuropsichiatria infantile;
- L'unico Master di specializzazione infermieristica sulla salute mentale attivato in Emilia-Romagna è un master di I livello di Sanità Pubblica dove la psichiatria (adulti) è solo una delle tre sottospecializzazioni; manca completamente la psichiatria dell'età evolutiva;
- I Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia prevedono pochi CFU in Psichiatria e Psicologia Clinica, tra i 4 ed i 6, un valore al di sotto della già bassa media nazionale. Gli insegnamenti di Neuropsichiatria infantile sono ancor più esigui ed i tirocini sono, per tutti e tre i settori scientifici, molto modesti e pari a circa una settimana;
- Fatto salvo alcune esperienze di Master o di Corso di Perfezionamento, nulla è formalmente previsto per la formazione professionalizzante degli operatori delle dipendenze patologiche né le dipendenze Patologiche figurano nei corsi universitari ordinari.

Il rafforzamento degli insegnamenti in ambito di salute mentale avrebbe influenze positive non solo sui professionisti operanti nel settore ma più in generale su tutti i

professionisti della sanità, favorendo la comunicazione e superando l'isolamento e la conseguente stigmatizzazione delle malattie mentali e delle dipendenze patologiche. Il sistema universitario si impegna<sup>22</sup> a migliorare le competenze in ambito di salute mentale dei medici in generale, a partire dai medici delle cure primarie che trattano una ampia quota dei disturbi non psicotici; sarebbe inoltre opportuno che principi e tecniche della relazione medico paziente venissero insegnate a tutti i professionisti della sanità onde migliorare la relazione terapeutica e la collaborazione medico-paziente.

Occorre anche migliorare l'interazione tra università e sistema sanitario ai fini della formazione. Il rapido progresso dei servizi fa sì che le competenze richieste ai diversi professionisti della salute mentale crescano rapidamente ed anche che la distribuzione dei ruoli e delle competenze tra le categorie professionali sia in continua evoluzione. Di qui la necessità di sistematica interazione tra sistema sanitario e università per una evoluzione coerente ed armoniosa della formazione dei professionisti e dei ruoli svolti da essi. E' necessario che:

- Sistema sanitario e l'università collaborino a definire i profili di competenze richieste dalla programmazione sanitaria e la loro formazione.
- Collaborino nella realizzazione della formazione professionalizzante. I tirocini, che sono sempre più parte fondamentale della formazione, sono infatti svolti nella maggior parte dei casi in strutture a direzione ospedaliera e la integrazione con la didattica universitaria andrebbe affinata. Va congiuntamente regolamentata la figura del tutor delle nuove professioni sanitarie, provvedendo per tutte le professioni alla sua formazione, supervisione, inquadramento, riconoscimento e ad una più evoluta formalizzazione del suo rapporto con la didattica frontale.
- Deve essere meglio regolamentato il rapporto tra i settori scientifici universitari della salute mentale ed i Dipartimenti di Salute Mentale di cui essi fanno parte. Mentre infatti tra tutti gli altri settori scientifici universitari ed il sistema sanitario sono stati costituiti precisi ed articolati accordi per la integrazione di assistenza, didattica e ricerca, esitati dalla formazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, si deve notare, ad oggi, una carente regolamentazione della collaborazione tra psichiatria ed altre discipline della salute mentale rispetto alle organizzazioni assistenziali. Si auspica quindi che i regolamenti già in atto in ambito ospedaliero vengano applicati, con i dovuti adattamenti, all'ambito dei servizi di salute mentale e più in generale dei servizi sanitari di pertinenza della salute mentale.

---

<sup>22</sup> Impegno del sistema universitario

- La formazione delle diverse figure professionali deve essere condotta avendo in mente le équipes multidisciplinari e multiprofessionali in cui essi opereranno. In particolare, la formazione dovrebbe essere pianificata nella prospettiva dell'aumento delle responsabilità professionali di infermieri ed altri operatori del comparto.
- Occorre dare maggiore rilievo alle metodologie proprie della cosiddetta *formazione sul campo*.

Rispetto ai contenuti metodologici e disciplinari della formazione va rilevato che la formazione dei professionisti della salute mentale non può più essere limitata ai soli contenuti disciplinari ma deve includere le competenze nelle scienze comportamentali e sociali necessarie al professionista nell'ambito delle relazioni, della eticità, della gestione delle informazioni. In particolare:

- Organizzazione dei servizi e relazioni con i colleghi
- Formazione indipendente e conflitto di interessi. Il professionista deve essere in grado di integrare e valutare criticamente evidenze da diverse fonti per fornire solide basi alla propria pratica clinica o assistenziale.
- Medicina basata sulle prove (EBM).
- Comprensione del metodo scientifico e dei principi etici e tecnici usati nel formulare i progetti di ricerca empirica.
- Approccio al paziente, rispetto, comunicazione, scelta informata, bioetica, diritti dell'individuo (OMS, dichiarazione Helsinki)
- Tutela dei diritti dei pazienti in particolare per coloro che sono limitati nella loro libertà (TSO), garanzie dei diritti dei minorenni, e in particolare ridiscussione delle direttive regionali per il TSO nei minorenni, correttezza nel trattamento psicofarmacologico sia per pazienti con patologie psichiatriche che in ambiti non psichiatrici (anziani, traumi, ecc.).
- Equilibrio dei programmi formativi tra gli approcci biologico, psicologico e sociale, secondo le indicazioni dell'OMS;
- Prevenzione e intervento precoce; i servizi di salute mentale tradizionalmente focalizzano la propria attenzione sui pazienti maggiormente bisognosi di cura ed assistenza ed in particolare sui pazienti affetti da malattie mentali croniche

disabilitanti. Pari attenzione andrebbe dedicata ai casi all'esordio ai fini della prevenzione secondaria.

- Psichiatria sociale e psicologia di comunità; nella formazione è necessario porre attenzione ai nuovi bisogni della società, quindi multiculturalità, adolescenza e terza età. Le popolazioni fragili, come la ricerca ampiamente documenta, sono a maggior rischio di malattie mentali. E' necessario quindi fornire agli operatori dei DSM le competenze necessarie a garantire l'accesso a tali popolazioni, a considerare le possibilità di prevenzione, ad articolare gli interventi clinico-assistenziali con quelli sociali.
- Urgenza: si riconosce la necessità di formare i professionisti a che possano approcciare il problema, sempre più importante, dell'urgenza sulla base di principi e procedure aggiornate come il triage e che siano in grado di garantire una reale risposta all'urgenza con ricoveri in base a parametri di gravità riconosciuti internazionalmente.
- Continuità assistenziale: la continuità assistenziale deve essere garantita sia in senso trasversale (con passaggio della professionalità tra le diverse figure dell'équipe psichiatrica o delle dipendenze patologiche e delle diverse agenzie coinvolte) e in senso longitudinale (il paziente deve essere seguito dall'età infantile all'età adulta alla vecchiaia con continuità). Ne deriva che la formazione delle diverse figure professionali non può più essere strettamente specialistica, ma deve prevedere un "tronco comune" di competenze dell'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

## 7. Ricerca e innovazione

### 7.a. *Obiettivi e metodologie*

In un approccio di salute pubblica la ricerca fornisce un insostituibile contributo in almeno tre aree: (1) identificazione delle priorità; (2) formulazione delle politiche più appropriate; e (3) attuazione e verifica delle politiche scelte. In quest'ultimo caso diventano essenziali gli studi che documentano il grado di realizzazione delle politiche scelte e gli effetti di tali politiche.

Sebbene alcune delle più grandi modificazioni intervenute in questi decenni nell'organizzazione dei servizi di salute mentale non siano ascrivibili primariamente alla spinta o ai risultati della ricerca, ma siano state portate avanti sull'onda di grandi spinte

ideali e culturali, le conoscenze acquisite in questi ultimi 3 decenni sia sulle neuroscienze e sui meccanismi eziopatogenetici dei disturbi mentali gravi, che sull'efficacia dei trattamenti farmacologici e psicosociali, hanno profondamente modificato l'orizzonte concettuale ed operativo dell'intero campo della salute mentale. Le opzioni oggi presenti, e che spesso si confrontano tra loro, sono in massima parte eticamente e culturalmente accettabili, e quindi una scelta appropriata tra diverse opzioni organizzative e di trattamento dovrebbe in larga misura fare riferimento a dati quanti- e qualitativi ottenuti in studi condotti con metodologie appropriate: tale assunto è alla base della crescita impetuosa della evidence-based medicine in psichiatria. Ed è ciò che rende indispensabile e giustifica la realizzazione di adeguati progetti di ricerca.

Nel campo della salute mentale ci troviamo in una situazione simile a quella che caratterizza altre malattie complesse, come ad esempio il cancro, trattandosi non di un'unica malattia ma di un gruppo di malattie diverse con cause multifattoriali, in parte biologiche e genetiche, in parte ambientali. La ricerca oncologica può rappresentare un utile punto di riferimento anche per la ricerca in psichiatria: i ricercatori in oncologia, mentre continuano a studiare le cause, sono impegnati, da anni e con grandi successi, a sperimentare e mettere a punto interventi terapeutici e protocolli di cura sempre più efficaci.

Anche in psichiatria si sono fatti, negli ultimi 10 anni, notevoli progressi nella comprensione di alcuni aspetti delle cause delle malattie mentali, ma soprattutto nella messa a punto di specifiche terapie, farmacologiche e psicologiche. In attesa di sapere di più delle cause e dei complessi meccanismi che sono alla base dell'insorgenza delle malattie, abbiamo la possibilità ed il dovere, utilizzando le conoscenze scientifiche che sono già disponibili, di sperimentare e mettere a punto terapie ed interventi assistenziali più efficaci per i pazienti e per le loro famiglie, e di fare ricerca sui servizi di salute mentale.

### *7.b. Aree prioritarie per la ricerca*

#### *a. Studi di esito*

Per verificare il decorso e gli esiti di una malattia in relazione a diverse politiche o interventi specifici è necessario disporre di indicatori affidabili e misurabili periodicamente su una popolazione studiata approfonditamente e continuativamente. Riuscire a fare entrare nella pratica routinaria queste misurazioni ed analizzare nel medio e lungo periodo gli esiti sulle patologie più importanti è il modo migliore per verificare la qualità dei servizi e

trasportare il confronto sul loro miglioramento continuo dal campo della soggettività a quello di una maggiore scientificità.

*b. Interventi precoci per disturbi mentali gravi.*

Questo settore ha conosciuto una crescita impetuosa negli ultimi 10 anni, ed ha consentito di mettere in luce che interventi ad alta specificità, realizzati in maniera tempestiva, consentono di migliorare in maniera significativa il decorso e l'esito dei disturbi mentali gravi, ed in particolare dei disturbi psicotici; queste stesse ricerche hanno consentito di mettere in luce che molti degli interventi di routine messi in atto dai servizi di salute mentale sono interventi tardivi, a bassa intensità, rischiosi e coattivi, laddove abbiamo bisogno di realizzare interventi tempestivi, ad alta intensità, a basso rischio e fortemente partecipativi. La ricerca in quest'area è di straordinaria importanza per molte ragioni: (i) la necessità di individuare predittori clinici di adeguata validità ed attendibilità, che consentano una diagnosi precoce; (ii) l'urgenza di mettere a punto modalità di organizzazione dei servizi, e tipologie di trattamento che consentano di ottenere la massima adesione al trattamento.

*c. Interventi farmacologici in età pediatrica*

In età infantile ed adolescenziale si è assistito ad un crescente impiego dei farmaci psicotropi per il trattamento dei disturbi gravi; nonostante ciò, le informazioni sulla efficacia nella pratica (*effectiveness*) per molti di questi trattamenti sono di fatto assenti, così come mancano del tutto dati sui pattern prescrittivi per pazienti in trattamento in queste fasce d'età.

*d. Inserimenti lavorativi*

In Italia sono state realizzate un gran numero di esperienze nel campo degli inserimenti lavorativi, anche grazie al ruolo giocato dall'associazionismo e dalle cooperative sociali. Tuttavia, non si conoscono né le dimensioni quantitative del fenomeno, né l'efficacia e l'appropriatezza comparativa delle varie modalità di inserimento lavorativo di pazienti con disturbi gravi, né l'impatto a lungo termine che la riabilitazione e l'inserimento lavorativo hanno per pazienti con disturbi mentali gravi.

*e. Processi assistenziali nei contesti residenziali ed ospedalieri*

Questa è un'area di ricerca che assieme ai percorsi di accreditamento è cruciale per garantire qualità e prevenire processi di deistituzionalizzazione.

*f. Carico familiare*

Uno degli effetti significativi prodotti dalle politiche di deistituzionalizzazione è stato quello di spostare, in molti casi in maniera significativa, il baricentro assistenziale sulle famiglie; la migliore qualità della vita dei pazienti con disturbi gravi trattati in ambito

comunitario è infatti anche dovuta ai vantaggi connessi al vivere in famiglia ed alle protezioni a ciò correlate. Tuttavia, sono molto limitate le informazioni relative alle implicazioni che tale carico informale (*burden*) ha avuto per molti familiari di pazienti, e quali strategie possono essere messe in atto al fine di diminuire tale carico.



## PARTE TERZA

### Il sistema di comunità

#### 1. Coordinate istituzionali del sistema di comunità.

La salute è un bene la cui tutela prevede oltre ad azioni di cura e riabilitazione, attività di prevenzione e promozione che devono trovare il coinvolgimento di tutta la collettività. Questo è a maggior ragione vero per la salute mentale, concetto che più di altri si amplia alla sfera sociale e collettiva, essendo fortemente influenzato dalle modalità del vivere sociale, dai cicli economici e dalla vitalità delle istituzioni di un territorio.

Per tutte queste ragioni il Piano Sociale e Sanitario richiede la creazione di un sistema integrato dei servizi ed assegna agli Enti Locali compiti specifici nella realizzazione e nel coordinamento di un sistema di comunità che presidi prevenzione e promozione della salute, comunicazione sociale, interventi di carattere sociale e di integrazione socio-sanitaria.

La Conferenza Sociale e Sanitaria territoriale è l'organismo che presiede alla programmazione locale per tutti questi aspetti, supportato dagli attori riconosciuti da questo Piano. Ad essa spetta la preparazione e l'approvazione dei Piani per la Salute e la regia complessiva dell'intervento sanitario e sociale nel territorio.

I Comuni sono titolari dell'intervento sociale nei confronti della collettività locale e tramite l'attività dei Piani sociali di Zona presiedono alla integrazione di questi con le attività sanitarie ed in specifico alle attività di profilo socio-sanitario. L'ambito specifico in cui la programmazione si realizza è il Distretto, supportato nella realizzazione dagli Uffici di Piano.

Tutto questo per quanto riguarda la salute mentale deve prevedere spazi di discussione, programmazione e realizzazione congiunta adeguati. Sono da incentivare la realizzazione di appositi Accordi di Programma su base provinciale o distrettuale, la presenza di una programmazione apposita nei Piani di Zona, il riscontro e l'armonizzazione delle pianificazioni sanitaria, sociale e socio-sanitaria in quest'ambito.

Come il DSM-DP ha la titolarità di coordinare il sistema di cura, così gli Enti Locali hanno la titolarità del coordinamento del sistema di comunità. A loro spetta il ruolo di interpretazione delle istanze collettive in tema di salute mentale, di promozione degli appositi ambiti di discussione e programmazione, il coinvolgimento di tutti gli attori previsti, l'attività di mediazione/negoziazione necessaria, il coordinamento della programmazione e della realizzazione della politica locale per la salute mentale.

## 2. Ambiti di azione specifica del sistema di comunità.

Virtualmente ogni ambito dell'intervento sociale presenta aspetti riconducibili alla salute mentale della popolazione. E' pertanto importante che il DSM-DP si senta corresponsabilizzato alla realizzazione del sistema di comunità, anche per problemi non direttamente attinenti alla malattia mentale o alle dipendenze patologiche e su questi fornisca il proprio contributo

In un lavoro di rete basato sulla metodologia del *case management* occorre disegnare collaborazioni e rapporti, considerandoli prima di tutto dalla parte dell'utente, il cittadino, garantendo una presa in carico globale ma non esclusiva. La presa in carico non può costituire titolo per la de-responsabilizzazione degli altri soggetti istituzionali presenti sul caso. Una riappropriazione da parte di larghe fasce di popolazione fragile e vulnerabile del concetto di cittadinanza, dei diritti e dei doveri che questa implica, porta il sistema di rete sociale e di cura a rileggere *advocacy*, *empowerment* e partecipazione con questa primaria ottica, che riduce le discriminazioni e potenzia nel cittadino la responsabilità verso la sua comunità, e viceversa.

Dal punto di vista del DSM-DP l'integrazione socio-sanitaria comporta anche una presenza attiva in tutte le articolazioni della vita della collettività locale, da quella della programmazione socio-sanitaria (Piani di Zona, Piani per la Salute, Accordi di Programma), fino a quella culturale in cui meglio che con iniziative *ad hoc* viene declinato il concetto di promozione della salute mentale e di lotta allo stigma.

### 3.a. *Promozione della salute*

Il pregiudizio alla salute mentale degli utenti ed al benessere dei loro familiari è solo in parte dovuto all'effetto diretto della malattia; in massima parte esso è dovuto alle condizioni di stigma, emarginazione, discriminazione in cui tuttora versano chi ha un disturbo mentale, i suoi familiari ed in parte anche i servizi che se ne occupano.

Questi atteggiamenti costituiscono a tutt'oggi, oltre che una fonte diretta di sofferenza, una causa di ritardo ed ambivalenza nel rivolgersi ai servizi sanitari che sono in grado di praticare trattamenti efficaci, che anzi risultano tanto più efficaci quanto più tempestivo è l'intervento.

La promozione della salute mentale consiste in primo luogo nel contrastare tali atteggiamenti e promuovere consapevolezza e solidarietà. Ciò può essere perseguito:

- ◇ fornendo informazioni corrette sulla salute e la malattia mentale alla cittadinanza, mediante canali comunicativi efficaci e di sicura penetrazione;

- ◇ valorizzando l'immagine pubblica del mondo della sofferenza mentale, enfatizzando i valori di solidarietà, creatività ed affettività che spesso ne informano la vita quotidiana e che costituiscono il patrimonio più importante che questo mondo può consegnare alla collettività:
- ◇ svolgendo opera di informazione e formazione su categorie cruciali nel riconoscimento ed orientamento dei cittadini con disturbi mentali e della risposta sociale ai loro bisogni (genitori, insegnanti, operatori sanitari, operatori di polizia etc...)
- ◇ effettuando iniziative di promozione del diritto di cittadinanza attiva e partecipata dei cittadini con disturbi mentali.

### *3.b. Sussidiarietà orizzontale*

Nel campo dei servizi alla persona, che non richiedono specializzazione tecnologica, ma specializzazione relazionale, sensibilità alla soggettività del destinatario e qualificazione all'ascolto ed alla lettura dei bisogni, è possibile prima e meglio che in altri settori avviare esperienze di sussidiarietà orizzontale. Con questo termine s'intende comunemente lo sviluppo di servizi resi per scopi non commerciali ma di mutuo aiuto da parte di altri destinatari degli interventi stessi, di loro associazioni o di enti da loro controllati ed indirizzati.

Il tipo di servizi deve essere innovativo e non semplicemente sostitutivo dei servizi esistenti e deve essere ispirato ai principi di:

- ◇ centralità dell'utente e della sua soggettività
- ◇ *empowerment*
- ◇ responsabilizzazione e protagonismo dell'utente

Questi principi sembrano essere massimamente espressi nella metodologia dell'auto-mutuo aiuto (AMA) che gode di una tradizione ultraventennale in campo nord-americano ma che solo ora sta avendo una sua penetrazione quanto mai fertile ed originale in Italia.

### *3.c. Prevenzione*

In un contesto nel quale gli stili di vita influenzano la salute della popolazione più di ogni altro fattore (e la salute mentale in misura maggiore) le attività di prevenzione primaria e secondaria devono avere una preminenza assoluta. E' assolutamente necessario coordinare le forze ed individuare congiuntamente gli obiettivi da raggiungere senza disperdersi in attività frammentarie di dubbio valore. La costituzione di un

dipartimento unificato permette ad esempio di poter condurre attività congruenti attingendo dalle competenze della NPIA, del SerT e della Psichiatria Adulti.

### *3.d. Accesso ai servizi sociali e socio-sanitari*

Le aree nelle quali la programmazione congiunta dovrà elaborare un piano per la integrazione socio-sanitaria sono le seguenti:

- Domiciliarità/abilità di base
- Prossimità
- Inserimenti lavorativi
- Integrazione scolastica
- Abitare supportato (residenze socio-sanitarie, gruppi appartamento, comunità alloggio)
- Sussidi, mense, trasporti, altri benefici (come per qualsiasi cittadino)

## 4. Formazione e ricerca

Il prevedibile impulso che le attività di prevenzione, promozione della salute e di lavoro sociale nel campo della salute mentale avranno richiedono nuove e specifiche professionalità (sociologi, comunicatori sociali, animatori, epidemiologi etc...) per i quali devono essere programmate le formazioni professionalizzante e continua. Per favorire i processi di programmazione basati su rilevazioni precise occorre dare molta attenzione alla creazione di un sistema regionale di Osservatori aziendali inseriti nei DSMDP ma direttamente coordinati dalla Regione e capaci di rilevare l'evoluzione della relazione fra domanda ed offerta di servizi (in questo modo verrebbe valorizzata l'esperienza fin qui condotta dagli Osservatori per le Dipendenze). Contemporaneamente occorre sviluppare un sistema di rilevazione capace di cogliere gli aspetti quantitativi e qualitativi della domanda esplicita ed implicita in modo da aiutare i servizi a connettersi meglio ai fenomeni sociali ed al loro evolvere ed il sistema di comunità di produrre le migliori iniziative per contrastare il diffondersi della sofferenza mentale e relazionale.

Analogamente occorre basare tali attività su ricerche ad hoc e coordinate in accordo con l'Università e l'Agenzia Sanitaria regionale.