

Linee per il programma di Salute Mentale
2002 - 2004

presentato alla Prima Conferenza Regionale della Salute Mentale

"La salute mentale è possibile"

Bologna, 14 - 15 marzo 2002

Giovanni De Plato

Responsabile Servizio Salute Mentale
e Assistenza Sanitaria nelle Carceri
della Regione Emilia Romagna

“La qualità della vita di cui una persona può beneficiare non è solo questione di ciò che ella può raggiungere, ma anche di quali opzioni ha a disposizione come opportunità di scelta”.

A. Sen

La Prima Conferenza sulla salute mentale della Regione Emilia Romagna ha come tema "La salute mentale è possibile". Un titolo che vuole essere un messaggio di progresso, di opportunità e di accessibilità che insieme alle Associazioni dei familiari vogliamo rivolgere ai cittadini.

E' anche un impegno del governo regionale a potenziare la sanità pubblica e a migliorare ulteriormente la rete dei servizi alla persona con disagio psichico o disturbo mentale.

Con questa iniziativa si vuole ribadire che la riforma psichiatrica del 1978 è una innovazione “permanente”, che non può essere rimessa in discussione e che richiede uno sviluppo ulteriore dopo quello raggiunto con il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998- 2000.

Va detto che il titolo della Conferenza è stato ripreso dallo slogan "La salute mentale è possibile e la malattia mentale è trattabile", che è stato felicemente coniato per la presentazione del Programma speciale delle Nazioni per la Salute mentale dell'ONU, pubblicata con il volume "La salute mentale nel mondo".

Uno degli autori, Leon Eisenberg, nell'introduzione all'edizione italiana che questa Regione ha promosso a testimonianza dell'interesse per gli studi ed i progetti avanzati nel mondo, ha voluto sottolineare che il Programma speciale è una sollecitazione a tradurre le nuove conoscenze scientifiche in politiche di riforma dell'assistenza psichiatrica.

Non solo, il professore emerito della Scuola medica dell'Università di Harvard sostiene che oggi si può promuovere la salute mentale e prevenire il disturbo mentale e che si deve farlo a partire dall'infanzia e dall'adolescenza.

E' sperabile che queste affermazioni possano favorire il superamento di quella cultura che lega la 'malattia mentale' allo stigma della malattia cronica ed invalidante e che persiste non solo tra la gente comune.

Si può dire che anche in ambito sanitario questa visione stigmatizzante è ancora presente e per alcuni versi viene alimentata da quelle nuove teorie unilaterali, come quella della N.C. Andreasen (1999), che sostengono la causa di un'alterazione "dei geni che regolano il funzionamento del cervello oppure provocano direttamente un danno cerebrale" nella manifestazione della malattia mentale.

Tarda anche in Italia e tra gli stessi operatori psichiatrici, la diffusione della conoscenza della letteratura scientifica più accreditata a livello internazionale che analizza la malattia mentale come interconnessione di fattori genetici, biologici, sociali ed ambientali (Bayer et al., 1999), a cui vanno aggiunti quelli psicologici. Come manca una professionalità aggiornata sulla ricerca del "riconoscimento dei fattori di rischio per le psicosi primarie e la stima del loro peso relativo, attraverso ampi studi di comunità" (May,2000).

L'informazione scientifica trova, dunque, vecchi e nuovi ostacoli nel divenire sapere degli operatori e della gente, e richiede strumenti più efficaci e mirati di quanto non sia stato fatto finora con i programmi di informazione e formazione (lotta allo stigma sanitario e sociale) e con i progetti di ricerca.

Il superamento della cultura comune dei pregiudizi e la qualificazione continua degli operatori deve avvenire sull'acquisizione che le moderne scoperte scientifiche permettono di affrontare con strumenti appropriati il fenomeno attuale dell'aumento degli anni di vita persi per disagio psichico e disturbo mentale e dell'incremento dei costi diretti e indiretti.

Eisenberg, sempre nell'introduzione alla traduzione italiana di "La Salute Mentale nel Mondo", sottolinea che i dati sanitari mondiali misurati per Anni di Vita Soppesati per Disabilità (DALYs) nel 1999 evidenziano:

Tab. 1. Prime dieci cause di DALYs persi nel mondo, per entrambi i sessi, 1990

Malattia o lesione	DALYs (migliaia)	%cumulativa
Tutte le cause	1.379.238	
1. Infezioni delle basse vie respiratorie	112.898	8,2
2. Malattie diarroiche	99.633	15,4
3. Lesioni perinatali	92.313	22,1
4. Depressione	50.810	25,8
5. Cardiopatia ischemica	46.699	29,2
6. Malattie cerebrovascolari	38.523	32,0
7. Tubercolosi	38.426	34,8
8. Morbillo	36.520	37,4
9. Incidenti stradali	34.317	39,9
10. Anomalie congenite	32.921	42,3

Questi dati sulla depressione nel mondo proiettati al 2020 fanno prevedere:

Tab.2. Prime dieci cause di DALYs persi nel mondo, per entrambi i sessi, 2020

Malattia o lesione	DALYs (migliaia)	%cumulativa
Tutte le cause	1.388.836	
1. Cardiopatia ischemica	82.325	5,9
2. Depressione	78.662	11,6
3. Incidenti stradali	71.240	16,7
4. Malattie cerebrovascolari	61.392	21,1
5. Pneumopatie croniche ostruttive	57.587	25,3
6. Infezioni delle basse vie respiratorie	42.692	28,4
7. Tubercolosi	42.515	31,4
8. Guerra	41.315	34,4
9. Malattie diarroiche	37.097	37,1
10. HIV	36.317	39,7

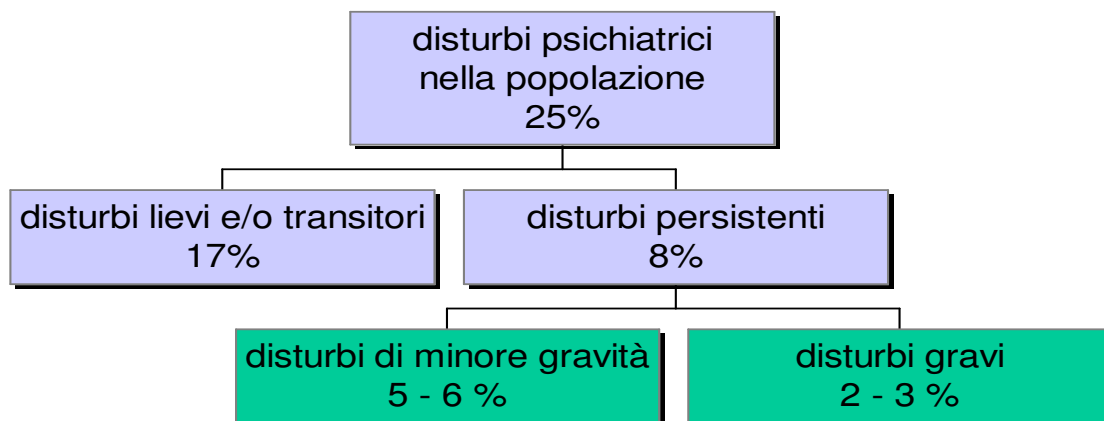
Anche l'ultimo "Rapporto sulla salute nel mondo 2001" dell'OMS, nel capitolo sulla "Salute mentale: nuove conoscenze e nuove speranze" stima che:

"attualmente ci sono 450 milioni di persone che soffrono di disturbi mentali o neurologici, o che hanno problemi psicosociali"

Viene così confermato il tasso di prevalenza, nel mondo, del disagio psichico e del disturbo mentale che, in linea di massima, coincide con quello di altri studi e corrisponde al:

25 % circa della popolazione.

Questo dato generale può così essere specificato:



In riferimento alla popolazione infantile ed adolescenziale, il tasso medio di prevalenza calcolato su oltre 50 studi di 20 paesi (Roberts et al.,1998) è circa il:

16% della popolazione in Età evolutiva

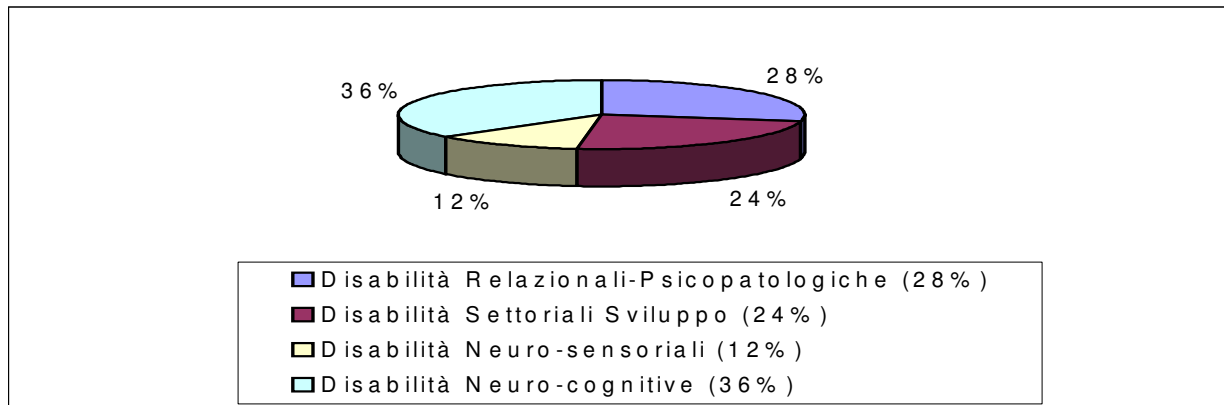
La prevalenza dei disturbi mentali, sempre secondo Roberts può essere così suddivisa:

PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

- età prescolare (da 1 a 5-6 a.):
mediana 8% (10 studi)
- preadolescenza (da 6 a 12-13 a.):
mediana 12% (21 studi)
- adolescenza (12-13 a.):
mediana 15% (12 studi)
- età varie:
mediana 18% (14 studi)

Roberts, Attkisson & Rosenblatt 1998

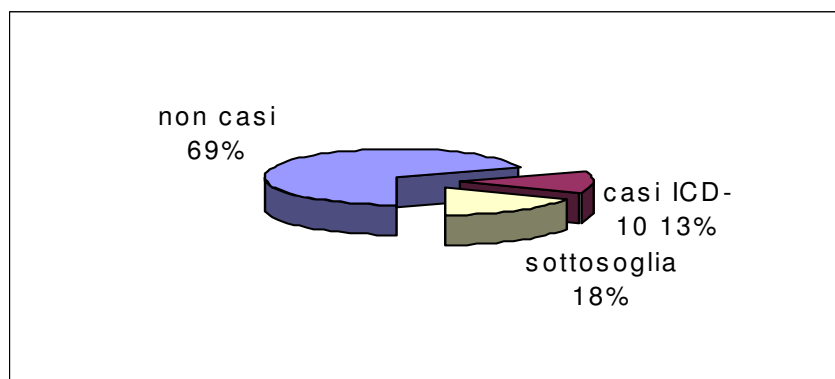
In riferimento alla situazione italiana, la distribuzione dei disturbi gravi e persistenti seguiti dai Servizi di NPEE (complessivamente pari al 2,5% della popolazione) (Levi 2001) può essere così rappresentata:



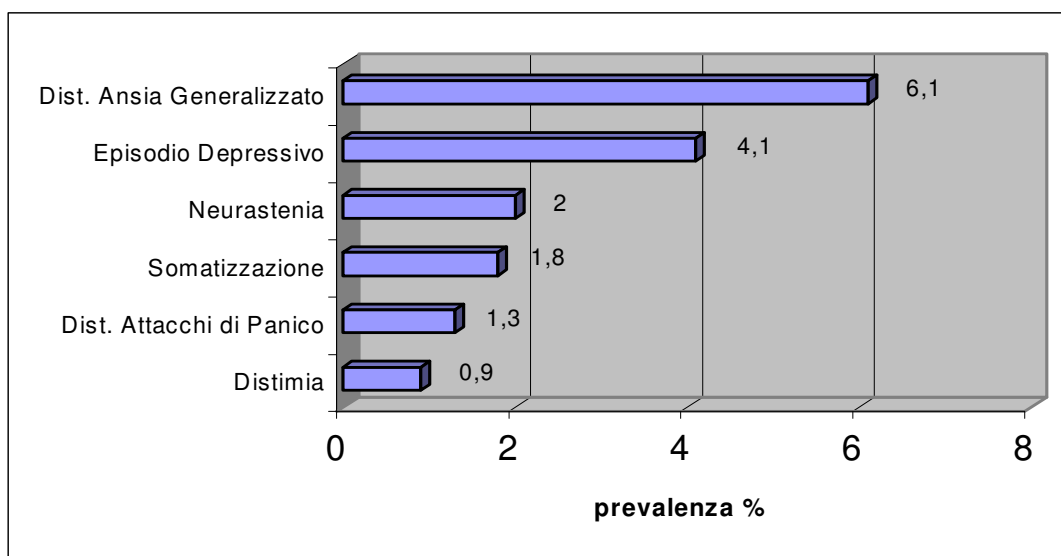
Vale la pena sottolineare che, in generale, la mancanza in Italia di studi attendibili sulla prevalenza dei disturbi mentali non può portare a meccaniche proiezioni nazionali di studi su una piccola parte di popolazione di una singola regione, come è stato fatto per la Prima Conferenza Nazionale generalizzando lo studio di Sesto Fiorentino.

La validità di alcune ricerche sulle frequenze dei disturbi mentali può essere meramente indicativa e permettere alcune valutazioni comparative al solo fine di meglio precisare la definizione dei problemi di natura epidemiologica, clinica ed organizzativa.

Con questa precisazione viene ripresa l'indagine sul disagio psichico e disturbo mentale svolta a Bologna dalla Clinica psichiatrica e dalla SIMG su circa 2000 persone assistite dalla medicina generale che ha permesso di individuare "una minore prevalenza nella medicina di base italiana rispetto agli altri paesi europei" (Berardi et al., 1999) .



La prevalenza dei diversi disturbi mentali risulta essere:



Le persone che, per questi disturbi più comuni, si rivolgono ai servizi del DSM sono una piccola parte, perché, come rilevano Thornicroft e Tansella (1999):“i servizi psichiatrici, ogni anno, hanno contatti con il 2% della popolazione; quindi solo un decimo delle persone con disturbi mentali (20-25% della popolazione) può ricevere un trattamento specialistico”.

Dal sistema informativo regionale della UO di Neuropsichiatria dell'Età evolutiva e di quella della Psichiatria dei DSM della Regione Emilia Romagna, in merito alla domanda di assistenza e di utilizzo dei servizi di primo livello risultano i seguenti dati:

Unità Operativa di NPEE

Attività dei SNEE : Persone trattate, Prime visite, Risoluzioni di rapporto

Anno	Utenti	%Utenti/Target	%Nuovi utenti/Utenti	%Dimissioni/Utenti
1995	20.931	3.9	44.2	25.6
1996	25.354	4.5	37.0	25.2
1997	29.029	5.2	29.7	20.7
1998	28.982	5.1	22.3	18.9
1999	31.565	5.6	23.3	19.5
2000	35.293	6.4	25.1	14.4

ANNO 2000:

numero Serv. NPEE: 13

numero sedi ambulatoriali: 91

Unità Operativa di Psichiatria

Attività dei CSM: Ambulatori, Prime visite, Persone trattate, Risoluzioni di rapporto

	1996	1997	1998	1999	2000
n. persone trattate	50566	48903	48950	48698	49647
Ambulat. 12 h x 5 gg	28	24	33	29	35
Prime visite / 10.000 ab.	43,0	45,9	44,4	46,4	46,5
Pers. trattate/ 10.000 ab.	127,0	122,8	122,9	122,3	124,1
Ris. rapporto / 10.000 ab.	15,2	18,2	20,4	22,0	24,2
% prime visite su pers. trattate	33,9	38,3	36,2	38,0	37,5
% Ris. rapporto su pers.trattate	12,0	15,0	16,6	18,0	19,6

ANNO 2000: numero CSM: 45

numero sedi ambulatoriali: 139

I dati degli studi internazionali mettono in rilievo che solo la metà delle persone con disturbi gravi riceve un trattamento: 3/4 dal medico generale e 1/4 dal servizio psichiatrico.

Il confronto con queste stime ci porta a dire che nella Regione Emilia Romagna le persone con disagio psichico o disturbo mentale che si rivolgono ai servizi del DSM e sono prese in cura risultano essere una percentuale più alta, in particolare nei servizi della NPEE.

Questo ultimo dato, forse, è il risultato anche del Progetto regionale di ricerca e formazione, avviato nel 1999 e in via di conclusione (De Plato e Asioli, 2001), e che ha permesso un lavoro comune in ogni Ausl tra medici di medicina generale e psichiatri teso a strutturare una diretta collaborazione tra i servizi del DSM e il Dipartimento delle Cure primarie al fine di migliorare la prevenzione del disagio psichico e il trattamento dei disturbi mentali.

L'evidenza più significativa di un buon funzionamento dei servizi di salute mentale è data dal numero delle prime visite e dei nuovi utenti, e da una presa in cura che non si dilata o prolunga a scapito della dimissione.

Questa lettura delle attività dei servizi, se sarà validata dalle successive Conferenze aziendali dei DSM, richiede il rafforzamento e la riqualificazione del Servizio di

Neuropsichiatria dell' Età Evolutiva (SNPEE) e il Centro di Salute Mentale (CSM) della Psichiatria adulti; e inoltre il riordino e la specializzazione delle strutture residenziali.

I dati di struttura delle UO di NPEE sono:

residenze	n. 2
semiresidenze	n. 10
pl ospedalieri	n. 37 posti

I dati di struttura della UO di Psichiatria sono:

residenze	n. 88	posti n. 1066
semiresidenze	n. 66	posti n. 915
SPDC	n. 15	con 240 pl
Osp. Privati accred.	n. 7	con 400 + 80 pl specialistici

Il trattamento dei disturbi lievi e gravi diviene un problema primario non solo per la loro prevalenza nella popolazione e per la marcata disabilità indotta, ma anche per gli alti costi di assistenza di base (medicina generale) e specialistica (servizi psichiatrici), e per l'elevato uso improprio delle risorse sanitarie (Greenberg et al., 1993; Saraceno, 1994;).

La ricerca di Bologna effettuata da Berardi ed altri collaboratori dimostra inoltre che "le limitazioni funzionali indotte dai disturbi ansiosi e depressivi riguardano numerose aree: 1) attività fisica; 2) relazioni sociali; 3) relazioni familiari; 4) capacità lavorativa; 5) capacità di avere svaghi; 6) percezione soggettiva del proprio stato di salute generale; 7) percezione del dolore fisico".

La proiezione di questi dati nei prossimi decenni (OMS: 2020) mette in evidenza la gravità dei fenomeni e rende difficile la stessa quantificazione dei costi, che in salute mentale non sono solo di tipo economico. Il vero costo è quello delle risorse umane e sociali che vengono investite nella gestione dei casi di disagio psichico o di disturbo mentale e che nessun sistema finora è riuscito pienamente a calcolare. Si dimostra così problematica la valutazione dei costi reali e difficile la standardizzazione e misurazione

delle attività sanitarie e sociali. A scopo puramente indicativo, viene presentata sui costi diretti (in milioni di lire) dei DSM la seguente tabella:

SALUTE MENTALE - ESERCIZIO 2000
(in milioni di lire)

COSTI DIRETTI PER SETTORE						
CSM	CENTRI DIURNI	RESIDENZIALE	SPDC	CASE DI CURA	NEUROPSICH. INFANTILE	TOTALE
133.110	16.266	122.345	46.451	42.096	67.518	427.786

INCIDENZA PERCENTUALE DEI COSTI DIRETTI PER SETTORE

CSM	CENTRI DIURNI	RESIDENZIALE	SPDC	CASE DI CURA	NEUROPSICH. INFANTILE	TOTALE
31,1%	3,8%	28,6%	10,9%	9,8%	15,8%	100,0%

INCIDENZA DEI COSTI SUL FINANZIAMENTO

COSTI DIRETTI	FINANZIAMENTO	Incidenza
427.786	8.529.981	5,02%

COSTI DIRETTI	COSTI GENERALI	COSTO PIENO	FINANZIAMENTO	INCIDENZA
427.786	51.334	479.120	8.529.981	5,62%

Queste cifre servono a dire che il "famigerato" 5%, nella nostra Regione, è un obiettivo raggiunto, come lo è quello di un operatore ogni 1.500 abitanti.

UO di Psichiatria – Personale in servizio anno 2000

medici	428
psicologi	57
pers. Inferm.	1387
ass. sociali	75
educatori	113
altri	246
amministrativi	40
tot personale dipendente	2346
pers. Convenzionato	484
totale personale in servizio	2830
n. operatori in servizio x 1500ab	1,1

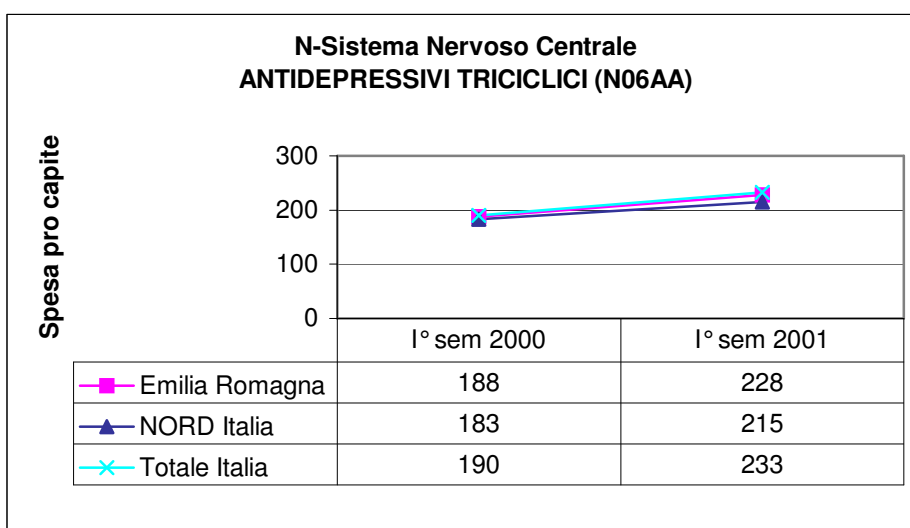
UO di NPEE – Personale in servizio anno 2000

Neuropsichiatri	96
Psicologi	122
Fisioterapisti	106
Logopedisti	170
Educatori	78
Psicomotricisti	16
Pers. Infermieristico	1
Assistente Sociale	3
Altro (foniatra, neurofis.)	6
Totale	593

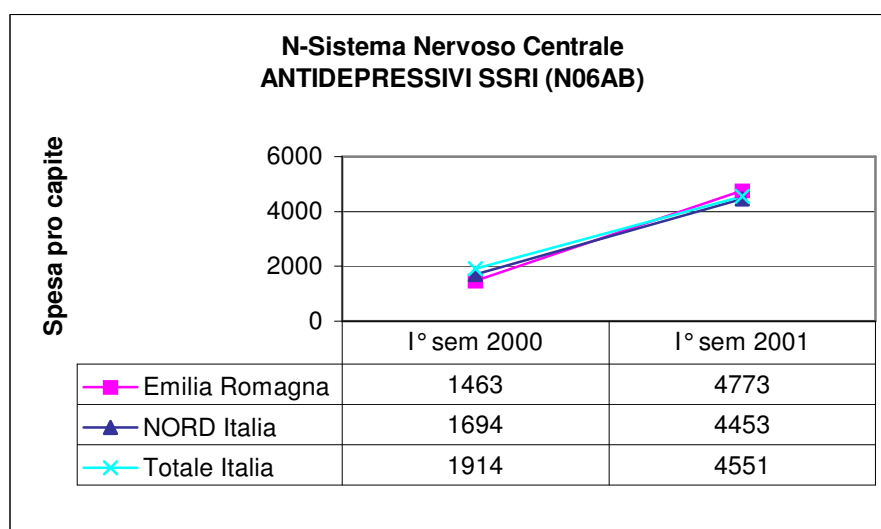
A queste cifre andrebbe aggiunta la spesa per gli psicofarmaci prescritti a carico del SSN, cosa altrettanto problematica da valutare. L'approssimazione prima richiamata autorizza a qualche esercitazione di calcolo che viene limitata agli antidepressivi raggruppati in 3 categorie (triciclici, SSRI ed altri), considerando che gli studi proiettano la depressione come disturbo a crescente diffusione e gravità.

La spesa pro capite 2000 e 2001 per antidepressivi è stata calcolata sui dati OSMED, Federfarma e IMS e confrontata tra Regione Emilia Romagna, Nord Italia e totale Italia con le tabelle A, B e C:

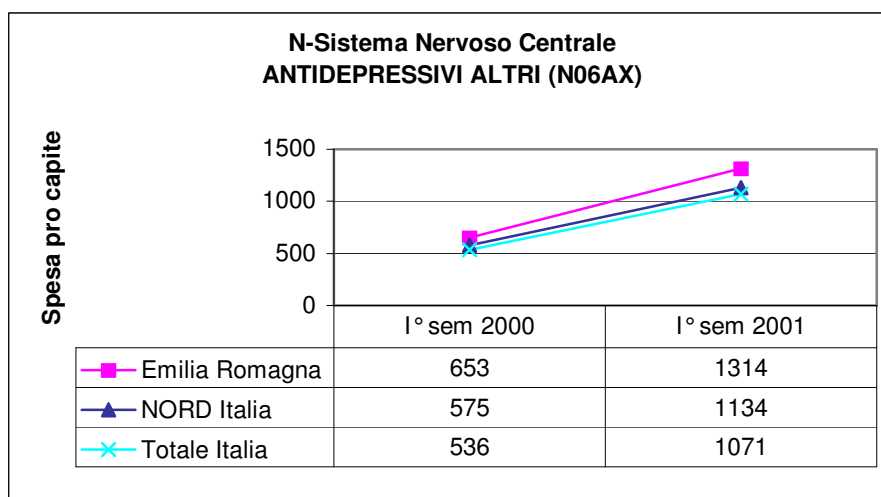
Tab. A



Tab. B



Tab. C



Il rapido incremento della spesa, in particolare nella nostra regione per gli antidepressivi "SSRI e altri", è dovuto probabilmente all'abolizione dal 1° gennaio 2001 del ticket sui farmaci di classe A e B, all'introduzione dei nuovi gruppi terapeutici e all'abolizione della nota CUF che limitava la prescrizione degli SSRI. Sul problema dell'aumento della spesa e della discutibile appropriatezza della prescrizione degli psicofarmaci è stato avviato un gruppo tecnico regionale che in collaborazione con la Clinica "Ottonello" dell'Università di Bologna (Ferrari e Berardi, 2002) cercherà di fornire linee e strumenti sull'evidenza di efficacia e sicurezza clinica, sulla sorveglianza degli effetti collaterali e sulla valutazione costi - benefici.

Il vero problema è, dunque, quello di approntare un diverso sistema di valutazione delle attività e dei costi e di dotazione in termini di strutture e personale. A questo fine è stato avviato nel 2000 un Progetto regionale di ricerca e formazione sullo "standard di prodotto" (De Plato e Mistura, 2002) che permetterà ai 13 DSM di dotarsi di appositi programmi informatici:

- per l'analisi dei processi e dei prodotti delle UUOO;
- per rispondere in modo uniforme al debito informativo aziendale, regionale e nazionale.

Il progetto mira a qualificare la responsabilità gestionale del direttore del DSM che, con strumenti di misurazione e di controllo, dovrebbe valutare i livelli essenziali di assistenza in rapporto ai costi e benefici, secondo lo schema:

**DSM
GOVERNO GESTIONALE**

CENTRO GESTIONALE				
D. S. M.	CENTRO DI RESPONSABILITA' GESTIONALE	CENTRO DI COSTO		
	tipo di struttura	STRUTTURA DI EROGAZIONE	S E R V I Z I Prodotti	Livelli essenziali di assistenza Programma personalizzato di cura
	CSM			
RESIDENZA				
SPDC				

Unitamente a queste questioni bisogna tenere presente la rilevanza dei dati delle moderne conoscenze scientifiche, che permettono di affermare che esistono nuovi criteri per la precocità della valutazione diagnostica e nuovi orientamenti sull'efficacia dei trattamenti terapeutici, in particolare per i disturbi mentali gravi (depressione, schizofrenia, attacchi di panico ed altri disturbi mentali). Anche nei casi particolarmente complessi esistono evidenze di appropriatezza delle prestazioni cliniche che riescono a garantire un possibile ritorno al normale funzionamento sociale.

Questo dato di esito clinico viene avvalorato dalla stessa American Psychiatric Association (APA), che sostiene che le prestazioni terapeutiche in psichiatria sono parimenti o più appropriate di quelle disponibili in altre discipline specialistiche della medicina, inclusa la chirurgia.

L'avanzamento scientifico quando è divenuto una prodigiosa spinta alla ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica, come è accaduto in Italia con la riforma del 1978 e con la chiusura definitiva degli O.P. nel 1998, ha permesso, tramite i servizi psichiatrici di comunità, da un lato di ridurre la perdita degli anni di vita per disturbo mentale o disagio psichico e dall'altro di migliorare lo stato di salute della persona e di garantirne la continuità del ruolo sociale.

Il 1997 è una data che, nella nostra regione, segna il felice approdo di un lungo processo di superamento di tutte le istituzioni totalizzanti della psichiatria e della neuropsichiatria infantile e di avvio del dipartimento multidisciplinare per la promozione della salute mentale.

Va ricordato che le Province dell'Emilia Romagna che gestivano gli OP, già agli inizi dagli anni '60, erano impegnate nella costruzione di esperienze alternative alla istituzionalizzazione, perché in questo territorio più che altrove, da molti decenni, le moderne conoscenze scientifiche divengono patrimonio e programma di governo dell'amministrazione locale.

Vengono superate, ancor prima della legge 180 e poi della riforma sanitaria del 1978, le istituzioni di ricovero dei bambini cosiddetti "illegittimi", gli istituti neuro-psico-pedagogici, le scuole speciali e le classi differenziali.

La Provincia di Bologna organizza nel 1963 un *Convegno di critica alla istituzionalizzazione degli 'illegittimi'*, ritenendo non civile l'internamento di oltre 200 bambini in una sola struttura della città di Bologna.

Nel 1964 sempre a Bologna viene tenuto il Primo Convegno Nazionale di Psichiatria Sociale e gli atti vengono pubblicati sotto il titolo "Processo al manicomio".

Dopo l'abbandono familiare e sociale dei neonati nei Brefotrofi e il pessimismo terapeutico indotto dalla creazione dell'Ospedale Psichiatrico con la legge del 1904, finalmente siamo approdati alle certezze cliniche della psichiatria scientifica, alle esperienze avanzate della sanità riformata e alla democrazia dei diritti e della cittadinanza.

Le istituzioni totalizzanti che catturavano nella presunta "malattia inguaribile" l'intera esistenza del malato mentale rendendolo irrecuperabile, sono alle nostre spalle e stanno avanzando quei processi scientifici e sociali che permettono di riconoscere la salute mentale e la salute emozionale come componenti della salute, che può essere garantita a tutti i cittadini in ogni fase della loro vita.

Di qui l'affermazione che la "salute mentale è possibile" in quanto parte costituente, con la salute emozionale, della salute in generale che è un diritto fondamentale di tutte le persone.

Queste acquisizioni del mondo scientifico sono state fatte proprie dall'OMS, che come Organismo internazionale continua a sollecitare i paesi ad applicare le nuove potenzialità terapeutiche ristrutturando l'assistenza psichiatrica. Su queste linee e raccomandazioni di riforma della sanità pubblica, la Regione Emilia Romagna ha istituito nel 1998 il Dipartimento di Salute Mentale e sta programmando i livelli essenziali di assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile.

La delibera regionale del marzo 1998 prevede che il DSM sia una struttura operativa aziendale di aggregazione di discipline affini che garantisce la promozione della salute mentale a partire dalla nascita e per tutto l'arco della vita.

Il passaggio dal Dipartimento di Psichiatria al Dipartimento di Salute Mentale può essere così schematizzato:



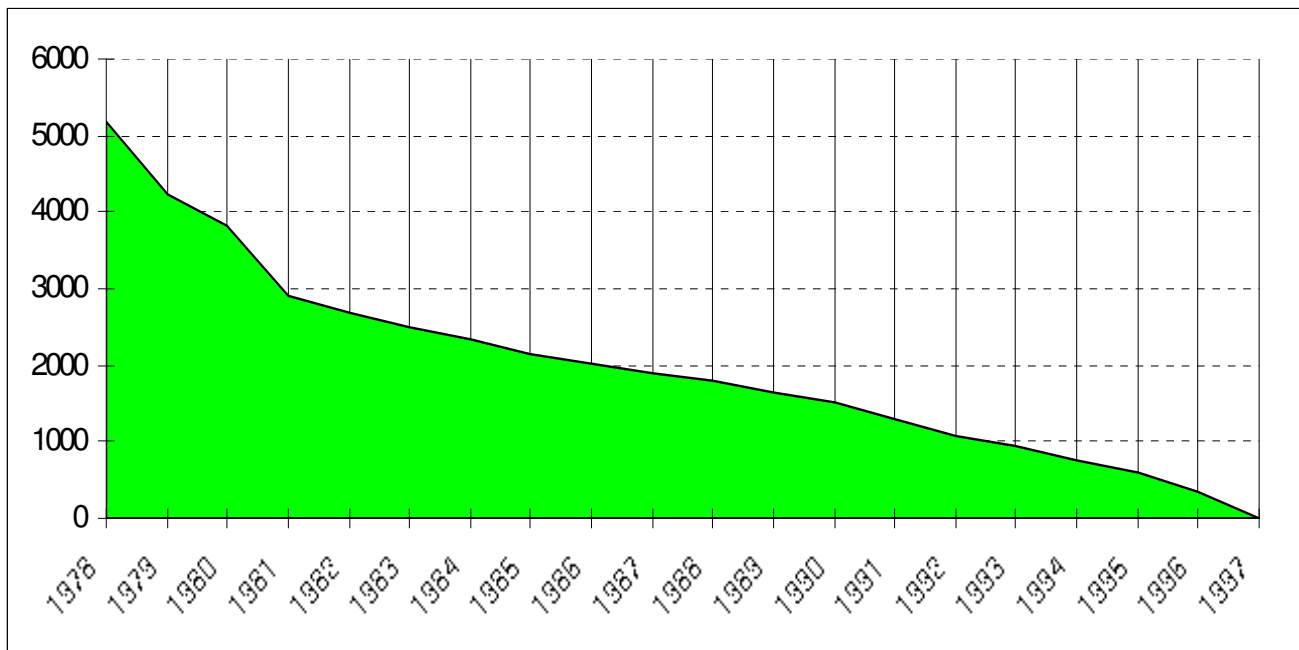
La chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP), viene portata a compimento nella regione Emilia Romagna con la istituzione del DSM, dopo un lungo processo di riabilitazione delle persone e dopo molte esperienze alternative alla istituzionalizzazione.

Il progressivo superamento dei 6 O.P. (4.438 ricoverati nel 1978) e dei 3 Istituti psichiatrici (753 ricoverati nel 1978) regionali è avvenuto, negli anni, sulla specificità delle realtà territoriali e sulla realizzazione di specifici programmi personalizzati finalizzati alla dimissione e al reinserimento sociale, il cui andamento può essere così rappresentato:

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - SUPERAMENTO OSPEDALI PSICHIATRICI: 1978 - 1997

Presenti in:	1978 17 mag	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (*)	1997 31 dic
Ospedali Psichiatrici	4438	3602	3251	2499	2350	2188	2066	1890	1775	1683	1599	1467	1344	1215	1077	954	758	599	344	0
EX - IPAB	753	628	567	394	336	293	268	254	241	220	202	168	164	88	0	0	0	0	0	0
TOT complessivo	5191	4230	3818	2893	2686	2481	2334	2144	2016	1903	1801	1635	1508	1303	1077	954	758	599	344	0

(*) Nel 96 erano presenti ulteriori 224 persone clinicamente dimesse ed ospitate provvisoriamente in comunità "intra OP", trasferiti nel corso dell'anno.



La ‘rianimazione’ e la riabilitazione dei lungo-istituzionalizzati con programmi integrati di trattamento prolungato e di inserimento in famiglia, quando esisteva ed era disponibile, o in residenze socio-riabilitative, quando mancavano soluzioni alternative, sono avvenute attraverso un Progetto speciale; viene garantito il finanziamento dei costi dell’ospitalità o dell’autonomia per tutte le persone reinserite.

Nel 2001 le persone, dimesse dagli OP e inserite in strutture residenziali a carico del servizio sanitario regionale, sono circa 1400 così distribuite nelle 13 Ausl. Il finanziamento regionale negli ultimi anni avviene prioritariamente per i programmi riabilitativi finalizzati al reinserimento sociale e per i programmi di presa in cura da parte del DSM per le persone in via di uscita dall'OPG.

PERSONE ASSISTITE IN STRUTTURE RESIDENZIALI ALTERNATIVE ALL' EX OP - 1998 / 2001					
Aziende USL	Persone presenti in OP nel 1978	(*) PRESENTI N STRUTTURE TERRITORIALI provenienti da ex OP a partire dal 1978			
		1998	1999	2000	2001
		n. assist	n. assist	n. assist	n. assist
PIACENZA	663	139	137	139	122
PARMA	458	232	208	184	169
REGGIO E.	1122	312	286	266	234
MODENA		116	100	97	98
BO SUD		4	3	2	1
IMOLA	1246	325	182	167	163
BO NORD	607	176	152	149	119
BO CITTA'	646	108	94	109	109
FERRARA	449	248	216	208	194
RAVENNA		9	90	75	75
FORLI'		88	97	90	96
CESENA		16	30	30	28
RIMINI		11	3	9	9
TOTALE	5191	1784	1598	1525	1417

FINANZIAMENTO SPECIALE ASSISTENZA RESIDENZIALE EX OP

anno	anno	anno	anno
1998	1999	2000	2001
100	90	85	85
miliardi	miliardi	miliardi	miliardi

Da questa lunga e per alcuni versi felice storia si è arrivati a fare della promozione della salute mentale un obiettivo prioritario delle attività dei servizi del DSM; e si è permesso di inserire la riabilitazione e la presa in cura in un contesto istituzionale finalizzato al miglioramento dello stato di salute e delle condizioni di vita delle persone.

A seguito del processo di superamento degli ex OP sono state attivate numerose nuove strutture residenziali, come riportato nell'ambito della ricerca Progres e indicato nella seguente tabella:

**DATI PROGRES:
NUMERO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI, POSTI RESIDENZIALI,
NUMERO MEDIO DI PR E TASSI PER 10.000 ABITANTI**

	SR	PR	PR per 10.000 ab.	PR per 10.000 abitanti > 14 anni	Numero medio PR per SR	Tasso di occupazione dei PR (%)
Piemonte	139	1.595	3,71	4,21	11,5	93
Valle D'Aosta	1	8	0,67	0,77	8,0	100
Lombardia	180	2.076	2,32	2,66	11,5	90
Bolzano	19	198	4,36	5,25	10,4	85
Trento	14	158	3,40	3,98	11,3	126
Veneto	112	1.244	2,79	3,20	11,1	95
Friuli Venezia Giulia	55	377	3,18	3,57	6,9	94
Liguria	38	780	4,73	5,26	20,5	95
Emilia-Romagna	105	1.248	3,17	3,55	11,9	92
Toscana	89	761	2,16	2,44	8,6	93
Umbria	41	382	4,60	5,26	9,3	88
Marche	25	322	2,22	2,56	12,9	88
Lazio	108	1.261	2,42	2,82	11,7	87
Abruzzo	64	883	6,93	8,17	13,8	97
Molise	14	203	6,14	7,28	14,5	99
Campania	60	897	1,55	1,94	15,0	95
Puglia	94	1.215	2,97	3,63	12,9	93
Basilicata	21	286	4,71	5,70	13,6	97
Calabria	41	704	3,39	4,17	17,2	118
Sicilia	116	2.125	4,17	5,13	18,3	88
Sardegna	34	415	2,50	2,96	12,2	89
ITALIA	1.370	17.138	2,98	3,49	12,5	93

L'elevato numero delle residenze e la dotazione di posti letto consentono di programmare per il triennio 2002 – 2004 il loro riordino, definendo i livelli essenziali di assistenza per tipologia di struttura e per intensità di assistenza. La proposta che viene avanzata è di includere nei livelli essenziali di assistenza:

residenze per trattamenti intensivi (assistenza sanitaria 24 h)

residenze per trattamenti prolungati (assistenza sanitaria minimo 12 h)

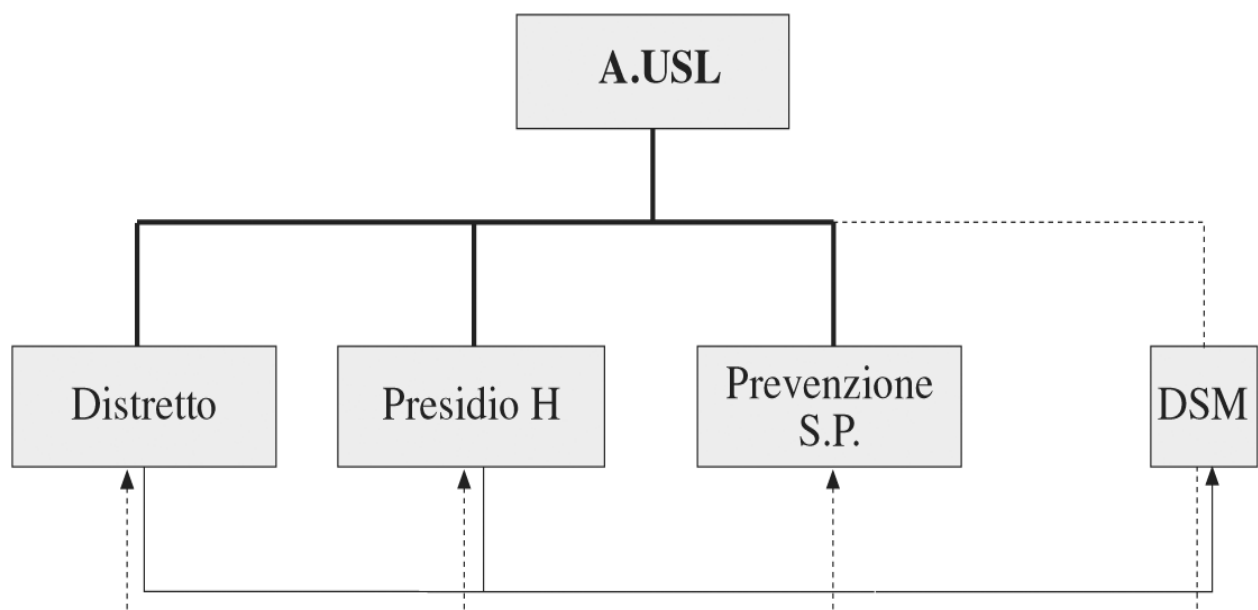
residenze socio-riabilitative (assistenza sanitaria minimo 6 h).

Per i livelli di assistenza socio-sanitaria si propone:

comunità alloggio (consulenza o assistenza sanitaria programmata)

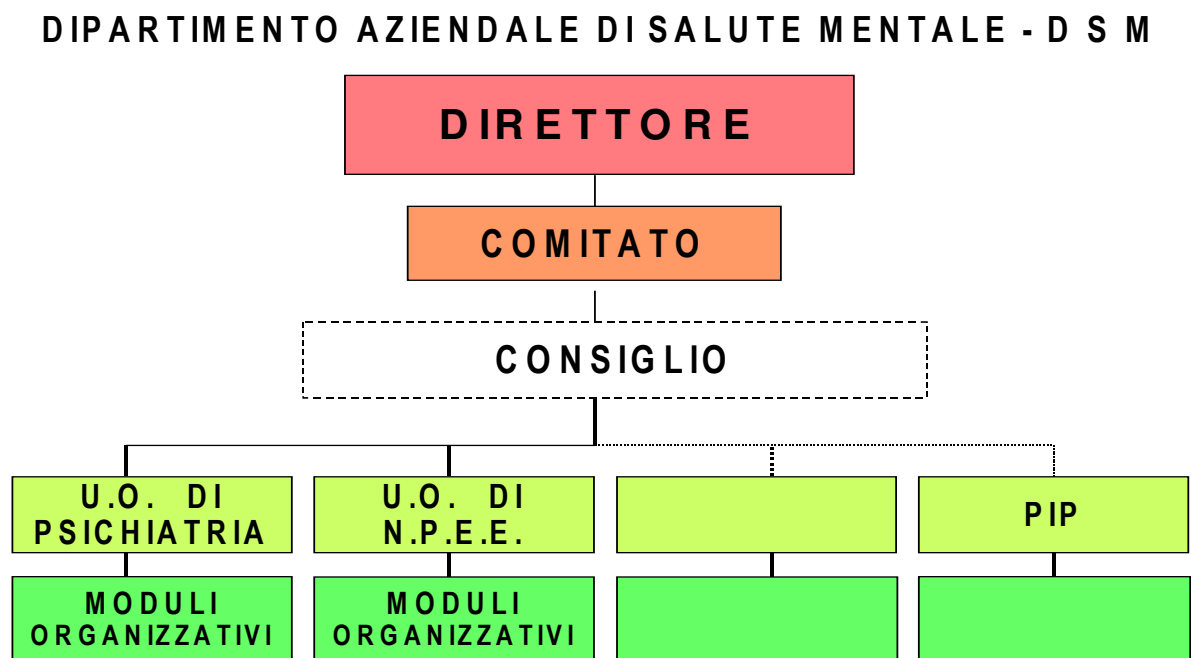
gruppi appartamento (consulenza sanitaria o supervisione)

Questa evoluzione organizzativa ed assistenziale oltre ad essere coerente con le concezioni scientifiche più avanzate e con i Programmi speciali dell'OMS, corrisponde alle disposizioni del Decreto legislativo del giugno 1999 e alla Legge regionale del



febbraio 2000 sul riordino del Servizio Sanitario Regionale. Queste leggi e le Linee guida sull'Atto aziendale attribuiscono al DSM le funzioni di produzione e la responsabilità del governo clinico – assistenziale e gestionale, e al Distretto le funzioni di committenza e di valutazione delle prestazioni.

Il processo di aziendalizzazione (più compiutamente previsto dal D. lgs. del 1999), con la linea-guida regionale del marzo 2000 per l'adozione del Regolamento del DSM permette di specificare ulteriormente l'organizzazione e il funzionamento del dipartimento aziendale. Il DSM viene ridefinito un'aggregazione strutturale delle discipline affini, a partire dall'U.O. di Psichiatria e di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, o funzionale su Programmi Integrati di Psicopatologia, qualora le discipline afferiscano sperimentalmente ad altri Dipartimenti o settori.



Con l'approvazione dell'atto aziendale deliberato dalle Ausl nel 2001, le discipline affini afferenti ai DSM regionali sono:

Discipline afferenti al DSM

AUSL	DIREZIONE DSM	MODULI DIPARTIMENTALI	U. O. DISCIPLINARI AGGREGATE AL DSM	U.O. AFFERENTI A DISCIPLINE	PROGRAMMI INTEGRATI DI PSICOPATOLOGIA
PIACENZA	1	-	Psichiatria N.P.E.E.	1 1	D.C.A.
PARMA	1	-	Psichiatria N.P.E.E.	7 1	ADOLESCENZA D..C.A., AUTISMO
REGGIO E.	1	-	Psichiatria N.P.E.E. PSIC.CLINICA	8 1	ADOLESCENZA, AUTISMO, D.C.A., DOPPIA DIAGNOSI, FAMIGLIE MULTIPROBL.
MODENA	1	-	Psichiatria N.P.E.E. SE.R.T. PSIC.CLINICA	3 1 3 1	ADOLESCENZA AUTISMO DOPPIA DIAGNOSI
BO SUD	1	-	Psichiatria	2	D.C.A , ADOLESCENZA
IMOLA	1	-	Psichiatria N.P.E.E. SE.R.T.	2 1 1	ADOLESCENZA
BO NORD	1	-	Psichiatria N.P.E.E. SE.R.T.	2 1 1	
BO CITTA'	1	2	Psichiatria	6	
FERRARA	1	-	Psichiatria N.P.E.E. PSI. CL. E.EVOL.	5 1 1	FAM. MULTIPROBLEMATICA
RAVENNA	1	-	Psichiatria	3	ADOLESCENZA, D.C.A., DOPPIA DIAGNOSI
FORLI	1	-	Psichiatria NPEE SERT	1	
CESENA	1	-	Psichiatria N.P.E.E. SE.R.T.	1 1 1	
RIMINI	1	-	Psichiatria N.P.E.E.	3 1	DOPPIA DIAGNOSI

Come si evidenzia dallo schema, il DSM è un dipartimento multidisciplinare in tutte le aziende (eccetto il DSM della città di Bologna, Bologna Sud e Ravenna) che vede l'aggregazione strutturale in 10 aziende della UO di Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, in 4 anche del SERT e in 3 della Psicologia. E' un processo che sarà completato sulla base della sperimentazione e della verifica dei diversi modelli organizzativi, che non possono prescindere dalla specificità di ogni Azienda sanitaria.

Le esperienze di riforma realizzate in questa regione e nelle altre regioni, pur nella loro difformità, pongono però due questioni comuni, che sono decisive per il futuro dei servizi finora realizzati.

La prima questione verte sulla necessità di rilanciare la ricerca scientifica di base e finalizzata nel campo delle scienze mediche e umane che si occupano della mente e della psiche.

L'affermazione "la salute mentale è possibile" per divenire una reale e completa opportunità esige che sia elevato il patrimonio delle conoscenze cliniche e perfezionato quello delle tecniche terapeutiche.

La psichiatria, la neuropsichiatria infantile e la psicologia clinica sono progredite come nessuna altra branca della medicina è riuscita a fare nell'ultimo decennio, ma non possiamo fermarci all'attuale appropriatezza dei livelli assistenziali anche del più qualificato DSM, se vogliamo che le potenzialità scientifiche e tecniche divengano forti garanzie per la salute dei cittadini.

Il rapporto con l'Università diventa fondamentale, perché va costruita l'unitarietà delle funzioni assistenziali con quelle della ricerca e della formazione permanente.

La continua produzione di nuove conoscenze è il presupposto non eludibile dell'innovazione del servizio pubblico, che altrimenti è condannato ad un progressivo scadimento e di conseguenza alla sua svendita.

Su questo punto e non su altri si gioca in Italia il destino della riforma psichiatrica del 1978 e degli attuali DSM.

La seconda questione è che l'odierna discussione sulla riconferma o il rinnovo del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000 e sulla idonea dotazione delle risorse

finanziare per completare la rete dei servizi, va posta all'interno del nuovo Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2002-2004, tenendo conto della recente riforma istituzionale che attribuisce alle Regioni la "potestà legislativa" in materia sanitaria.

Le modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione dovrebbero mettere fine al centralismo ministeriale e all'affannosa presentazione di progetti legislativi di parlamentari che vorrebbero rimettere in discussione la riforma psichiatrica del 1978, e dovrebbero rilanciare una reale politica di ulteriore qualificazione dei servizi del DSM. (De Plato, 2002)

Si pone, anche su questa seconda questione, la necessità di individuare i nuovi criteri per la definizione delle priorità, che non possono più essere quelle limitate ai servizi in termini di strutture e personale.

Occorre spostare il centro della programmazione sui bisogni di salute mentale e sulle aspettative di vita dei cittadini, sapendo leggere i profondi e generali mutamenti sociali che sono anche di natura antropologica, attraversano tutte le fasce della popolazione e coinvolgono ogni struttura della società moderna.

Entrambe le questioni spostano su inedite frontiere il tema della tutela della salute e dei diritti fondamentali dei cittadini, in particolare nelle regioni e nei paesi evoluti.

Si può dire che proprio il diritto alla salute mentale porta a superare una concezione protettiva ed assistenziale del servizio pubblico, che riconosce la persona solo come 'singolo' o 'collettività'.

E' una visione della condizione umana ristretta quando si riferisce al 'singolo' o anonima quando si rivolge al 'plurale'.

La integrità della persona e la inalienabilità della sua condizione umana, che sono i costituenti della salute mentale, non possono essere considerate in una dimensione riduttiva o al singolare né in quella spersonalizzante o al plurale.

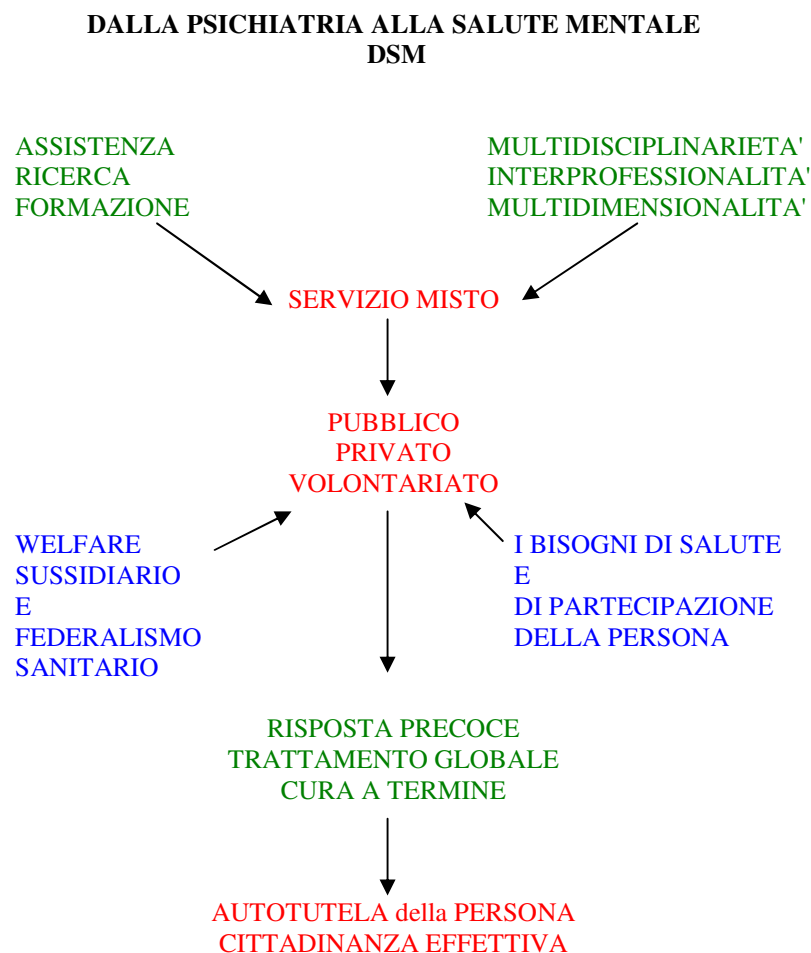
E' la relazione duale, la comunicazione interpersonale e lo scambio con l'altro che dà alla nozione di diritto o di tutela un valore di sana convivenza e un'identità della persona nel riconoscersi con l'altro.

Il tema della dignità umana e della salute mentale inducono a ridefinire la salute mentale come ‘bene relazionale’ e a ridisegnare il Welfare sul modello della sussidiarietà.

Solo richiamandosi ad una etica dei diritti e delle tutele è possibile, anche nella sanità pubblica, che la persona non venga trattata come ‘singolo’ o ‘plurale’, ma come soggetto di relazioni significative con l’altro e come costruttore di una comunità solidale.

In questo contesto di profonde e generali innovazioni scientifiche, istituzionali e sociali la promozione della salute mentale diviene una opportunità che i servizi del DSM devono garantire, permettendo alla persona in cura di scegliere nello scambio di risorse terapeutiche le sue opportunità per arrivare ad essere un autore e non un assistito.

Questi orientamenti formano le nuove linee regionali del riordino dei servizi e i nuovi obiettivi del programma di salute mentale per il triennio 2002-2004 secondo lo schema:



La realizzazione da parte della Regione Emilia Romagna della riforma del 1978 e del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, permette di completare la rete dei servizi misti, sperimentando soluzioni organizzative e gestionali non rispetto ad una meccanica applicazione di standard, ma sull'impegno a garantire a tutti i cittadini le prestazioni più qualificate con le risorse più appropriate.

Questa impostazione spinge a proiettare quanto finora è stato costruito verso un miglioramento qualitativo dell'intera rete regionale dei servizi che in quanto sistema articolato costituisce la vera peculiarità della riforma applicata in questa regione.

In Emilia Romagna le eccellenze di alcuni DSM non sono mai divenute splendide isole o esperienze settoriali, perché sono state tramutate in risorse estensibili agli altri DSM, cioè fattori di incremento della qualità dell'intero sistema di produzione dei servizi .

La logica di sistema ha facilitato inoltre l'integrazione del servizio pubblico, quale soggetto regolatore e coordinatore, con il privato profit e non profit, con il volontariato e la cooperazione sociale, che sono stati riconosciuti parte integrante della produzione e qualificazione dei servizi alla persona. L'invito alla Caritas diocesana ad intervenire in questa Conferenza vuole essere un segnale della disponibilità ad apprendere quanto di operoso viene dalla esperienza di don Nicolini, che ci ha insegnato che la miseria o la sofferenza di molte persone sta nella assenza di una relazione significativa, nella mancanza di un rapporto di fiducia e nell'impossibilità di un'amicizia palpabile.

Nella società che avanza a livello locale e globale, ciò che colpisce e piega tante persone verso il malessere, non è tanto il rafforzarsi o l'estendersi delle barriere che vietano o limitano l'accesso ai consumi, ma la distruzione o la frantumazione dei beni relazionali e dell'umanità nei rapporti interpersonali.

I DSM, per queste ragioni, sono chiamati con il Programma salute mentale 2002-2004 a mettere al centro del loro funzionamento la domanda di salute e il bisogno di cura delle persone, la richiesta di sostegno e il coinvolgimento dei familiari, le disponibilità e le risorse della comunità, le sollecitazioni e la partecipazione degli enti e degli organismi locali.

Questo approccio porta a dire che sono maturi i tempi per un ulteriore passaggio e un più avanzato processo di riforma: dalle strutture di ricovero e di ospitalità alle relazioni terapeutiche ed interpersonali.

La psichiatria e psicologia, devono costruire una multidisciplinarietà sempre più ricca e qualificata, che può essere tale se è centrata sulla promozione della salute emozionale e mentale come risorse necessarie alla persona per riuscire a costruire un proprio progetto di salute e di vita.

L'autotutela della persona e la sua autorealizzazione divengono così una finalità della presa in cura, che renderà più completa e finalizzata la definizione dei livelli essenziali di assistenza.

In sintesi queste priorità di qualificazione del sistema come i punti critici dei servizi prima elencati (dati di prevalenza della popolazione, carico assistenziale dei Pediatri e MMG, risposte di presa in cura dei servizi del DSM, trattamenti impropri, limitazioni da disabilità, problematicità della valutazione dei costi e peso assistenziale sulle famiglie), per essere affrontati, richiedono una programmazione più orientata alla innovazione del sistema e ai bisogni di salute delle persone.

Il programma regionale per la salute mentale del triennio 2002-2004 che viene proposto alla discussione, coerentemente con quanto prima esposto, si fonda su quattro linee innovative e su quattro obiettivi strategici, da cui derivano gli obiettivi operativi e quelli organizzativi.

1 - Le linee di innovazione sono :

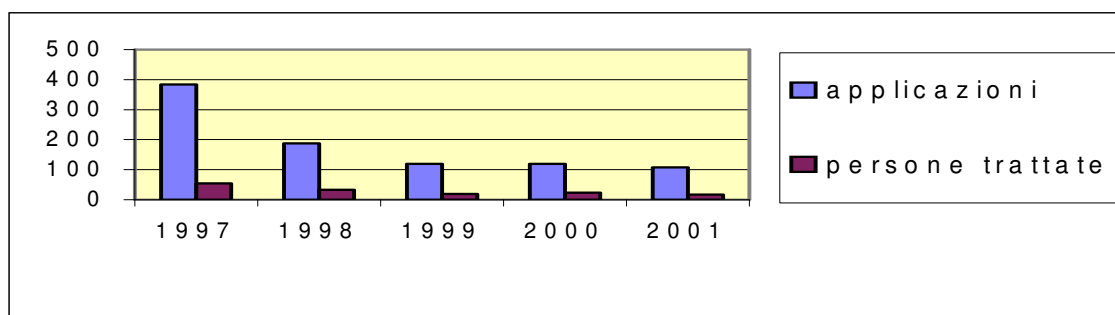
- a) L'etica del servizio pubblico deve essere ridefinita sull'inalienabilità della condizione umana e sulla dignità della persona e come tale viene assunta dal DSM nella Carta dei servizi e nella produzione o acquisto di servizi;
- b) la promozione della salute mentale deve garantire alla persona di autodeterminare il suo progetto di vita;

- c) la massimizzazione degli esiti di salute (outcome) deve essere perseguita dal DSM con l'impiego razionale delle risorse e sulla base del gradimento della persona, dei familiari e dei cittadini;
- d) la cittadinanza della persona deve essere garantita in ogni fase della cura dal DSM, che deve rimuovere - in campo sanitario e sociale - gli ostacoli che ne limitano l'esercizio.

La proiezione di queste linee al triennio 2002-2004 avviene con tutta la concretezza anche dei problemi meno visibili che riguardano una ristretta popolazione. La psichiatria del futuro in questa regione viene costruita dando risposte anche a questi fenomeni minori ma non meno gravi. Nel 1998 sono state emanate le linee guida sulla terapia elettroconvulsivante all'interno dell'accordo con gli Ospedali privati ricevendo critiche ideologiche che non coglievano l'impegno a fissare dei criteri clinici di appropriatezza anche per la terapia più controversa. Ai pochi denigratori di allora rispondiamo che vorremmo confrontare i risultati ottenuti con quelli di altre regioni:

APPLICAZIONE DELLA TERAPIA ELETTROCONVULSIVA (TEC) IN EMILIA ROMAGNA
Anni 1996 - 2001

STRUTTURE dotate di attrezzatura per TEC all'1.1.1997	1997		1998		1999		2000		2001	
	Tot applicaz	Tot paz trattati	Tot applicaz	Tot paz trattati	Tot applicaz	Tot paz trattati	Tot applicaz	Tot paz trattati	Tot applicaz	Tot paz trattati
Villa M.Luigia-PR	17	4	2	1	0	0	0	0	0	0
Villa Igea - MO	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Villa Baruziana-BO	357	48	185	31	120	20	120	24	108	18
totale	384	54	187	32	120	20	120	24	108	18



N.B.: A seguito del primo Accordo fra RER e AIOP-ARIS per l'utilizzo dei posti letto in Case di Cura accreditate, nel cui ambito sono state emanate le "Linee guida per la corretta applicazione della terapia elettroconvulsiva"(delib. G.R. n. 405/98) l'utilizzo dei posti letto è passato da 690 a 400 pl psichiatrici più 80 pl specializzati.

I dati dimostrano che quando il servizio pubblico si apre al privato su criteri di qualità clinica e di sicurezza delle persone si costruisce un servizio misto che riesce davvero a fornire la migliore prestazione possibile sulla evidenza dei risultati clinici. Nel 2002 proponiamo di dare risposte ad un altro fenomeno poco visibile ma altrettanto grave come le Istituzioni o Sezioni Speciali per i cosiddetti “minori sottoposti a misura di sicurezza”, avviando il superamento di questi istituti con la creazione di strutture alternative.

2 - Le linee strategiche sono :

- a) **la promozione della salute emozionale e mentale** fin dalla nascita e per tutto l’arco della vita va attuata a livello locale attraverso l’impegno delle Istituzioni e delle Organizzazioni sociali, che devono attivare politiche di miglioramento delle condizioni che favoriscono il benessere della popolazione;
- b) **la prevenzione del disagio psichico e del disturbo mentale** richiede di individuare i fattori di rischio per gruppi di popolazione a partire dall’infanzia anche all’interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, con il coinvolgimento degli enti locali, delle famiglie, della scuola, delle associazioni e del volontariato. Gli interventi devono essere finalizzati alla diagnosi precoce e al trattamento tempestivo;
- c) **la presa in cura della persona con disagio psichico o disturbo mentale** deve avvenire sulla ricostruzione della sua storia di vita con la identificazione delle problematiche psicopatologiche ed esistenziali, in modo da favorire la sua libera scelta e il coinvolgimento dei familiari e della comunità come risorse del progetto terapeutico;
- d) **l’emergenza-urgenza nel campo della salute mentale** deve prevedere percorsi di accesso diretto al servizio da parte dell’interessato, dei familiari o di altri per una risposta di cura immediata, appropriata e globale. Le proposte di intervento devono tendere per quanto possibile alla libera adesione della persona in crisi e al

coinvolgimento della famiglia al fine di una presa in cura precoce che porti ad evitare comportamenti antisociali e ricoveri impropri;

- e) **la riabilitazione** ha come esito dell'efficacia degli interventi integrati il **reinserimento sociale** della persona nel suo contesto naturale di vita. Il programma terapeutico personalizzato deve essere intersettoriale e multiprofessionale al fine di eliminare gli effetti disabilitanti del disturbo mentale, di ridurre i fattori cronicizzanti dell'ambiente e di sviluppare le abilità della persona;
- f) **l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario** è una struttura in via di superamento; esso deve avvenire attraverso il miglioramento dell'assistenza interna e della presa in carico da parte dei servizi territoriali del DSM delle persone in via di dimissione. Il progetto di una struttura alternativa all'OPG deve avvenire con il concorso delle istituzioni pubbliche, l'Amministrazione Penitenziaria, la Magistratura, e l'Università anche al fine di risolvere problemi di natura clinica e di sicurezza ambientale che costituiscono a tutt'oggi una difficoltà per la presa in cura alternativa all'OPG;
- g) **La tutela della salute mentale nelle Carceri**, va garantita dal DSM all'interno della sperimentazione per il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso interventi preventivi in relazione alle condizioni di disagio, ai comportamenti violenti e al rischio di suicidio.

3 - Le linee operative sono:

- a) **la promozione della salute mentale** ed emozionale è parte integrante dei piani locali per la salute e va rivolta prioritariamente alla fascia di età 0 – 3 anni e agli adolescenti per la riduzione di:
 - disagio relazionale
 - devianza sociale
 - condotte parasuicidarie
 - dipendenze multiple

Il DSM concorre alla attivazione dei piani per la salute e per la costruzione di reti locali orientate ai bisogni di sviluppo emozionale e mentale degli adolescenti al fine di rafforzarne i costituenti della salute.

b) **la prevenzione** del disturbo mentale richiede al DSM di:

- garantire la salute generale delle persone affette da disturbo mentale;
- individuare i primi segni dei disturbi mentali in modo da definire precocemente il trattamento per rendere favorevole il decorso;
- sostenere la famiglia con interventi psicoeducazionali per ridurre le ricadute e la cronicità;
- supportare i familiari nell’assistenza alla persona con disturbo mentale grave per prevenirne il loro disagio psichico;

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve predisporre programmi finalizzati, anche in collaborazione con i medici Pediatri e di Medicina Generale, per la prevenzione e la cura tempestiva del disturbo mentale.

c) **la presa in cura** della persona, in età evolutiva e in età adulta, con disagio psichico o disturbo mentale deve avvenire da parte dei servizi del DSM con un programma personalizzato a termine, ottenendo il consenso della persona e dei familiari ed evitando il ricorso a trattamenti prolungati, al ricovero ospedaliero, e in particolare a quello obbligatorio.

A tal fine sono garantiti:

- il trattamento della persona con disturbi mentali gravi che presentano carenze di supporto affettivo o sociale;
- il trattamento dei disturbi mentali con temporanea compromissione del comportamento psicosociale;
- il trattamento della persona con disturbo mentale associato ad una patologia di confine (doppia diagnosi);

- il trattamento della persona con disturbi mentali lievi priva di un sostegno affettivo e relazionale.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve strutturare la collaborazione con la medicina e la pediatria di base e con gli altri servizi sanitari e sociali per il miglioramento continuo dei trattamenti intensivi e prolungati, prevenendo le disabilità associate ai disturbi gravi e riducendo il ricorso ai ricoveri volontari, obbligatori ed impropri (doppia diagnosi).

d) **l'emergenza-urgenza** in salute mentale richiede al DSM di garantire una pronta e completa risposta alle situazione di crisi, riconoscendo precocemente i segnali del disagio, in particolare nell'età evolutiva, evitando le recidive e i ricoveri obbligatori. A tali fini sono garantiti:

- l'intervento urgente per grave scompenso psichico con incapacità della persona di gestire la crisi;
- l'intervento urgente per scompenso psichico, in ambiente favorevole;
- l'intervento urgente per disturbi di competenza medica o sociale;
- l'intervento urgente per disagio esistenziale o sociale a prevalente espressività sanitaria.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve organizzare a livello aziendale i servizi sulle 24 ore e costruire una rete integrata di pronta risposta con la medicina e pediatria di base, la guardia medica e il 118, la medicina d'urgenza, il pronto soccorso, e gli altri servizi sanitari e sociali di competenza.

e) **la riabilitazione e il reinserimento sociale** rappresentano una delle attività centrali del DSM, orientata a valorizzare le abilità delle persone in cura riducendone il più possibile le disabilità e favorendo percorsi per il loro concreto reinserimento sociale tramite alloggi, formazione, borse-lavoro e attività produttive

A tali fini sono garantiti:

- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologia elevata e bassa disabilità;

- gli interventi riabilitativi rivolti a persone con disabilità elevata e disturbi mentali non prevalenti;
- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologie di grado variabile e con disabilità relative a fattori ambientali;
- gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologia stabilizzata e disabilità elevata.

Il DSM nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve prevedere la responsabilità del medico o di un referente del caso su un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, organizzando percorsi integrati con gli altri servizi sanitari e sociali che vanno differenziati e modulati sulla variabilità clinica della persona in trattamento. Le prestazioni sanitarie vanno finalizzate al recupero della autonomia della persona e per quanto possibile al suo reinserimento sociale anche tramite l'assistenza socio-sanitaria (comunità alloggio e gruppi appartamento).

4 – Le linee organizzative sono:

- a) la promozione e la prevenzione sono funzioni del Centro di Salute Mentale della UO di Psichiatria e del Servizio di Neuropsichiatria della UO di NPEE. I prodotti sono: proposte e consulenze per l'attivazione delle politiche per la salute mentale all'interno dei Piani per la salute (lotta allo stigma e sostegno alla famiglia); Programmi di prevenzione primaria (famiglia e scuola), secondaria (gruppi ad alto rischio), terziaria (riduzione delle disabilità).
- b) La presa in cura è un compito del CSM e del SNEE che assicura l'accesso ai servizi, l'analisi dei bisogni, il programma terapeutico personalizzato, il trattamento globale, la continuità terapeutica e la dimissione. Il CSM e il SNEE sono centri regolatori che coordinano la rete dei servizi, in particolare del percorso consulenza (pediatria, medicina generale, ospedale)-assistenza domiciliare e ambulatoriale-day hospital e centro diurno-residenza o servizio

ospedaliero per trattamenti intensivi pubblici e privati. I prodotti sono: visita domiciliare, visita ambulatoriale, consulenza, programma personalizzato, trattamento intensivo domiciliare, trattamento semiresidenziale (DH e CD); assistenza al ricovero residenziale o ospedaliero.

c) L'emergenza-urgenza è un compito del CSM e del SNEE, le cui funzioni dovrebbero prevedere l'attivazione di almeno un servizio aziendale sulle 24 ore con funzioni di day/night hospital per l'osservazione e il trattamento delle situazioni di crisi. Il CSM e il SNEE coordinano il percorso ricovero del Servizio ospedaliero di psichiatria (SPDC) e di neuropsichiatria infantile (servizio specialistico specifico o all'interno della pediatria) per l'emergenza-urgenza (ricovero immediato) e degli Ospedali privati con funzioni residenziali di trattamenti intensivi per l'urgenza (nelle 24 ore se possibile), e regola la integrazione con i servizi sanitari (la medicina generale, di pediatria, di guardia medica, con il Servizio 118 e il pronto soccorso ospedaliero) e i servizi sociali. I prodotti sono: consulenza urgente, visita ambulatoriale urgente, visita domiciliare urgente, assistenza all'accertamento sanitario, assistenza al ricovero volontario e obbligatorio.

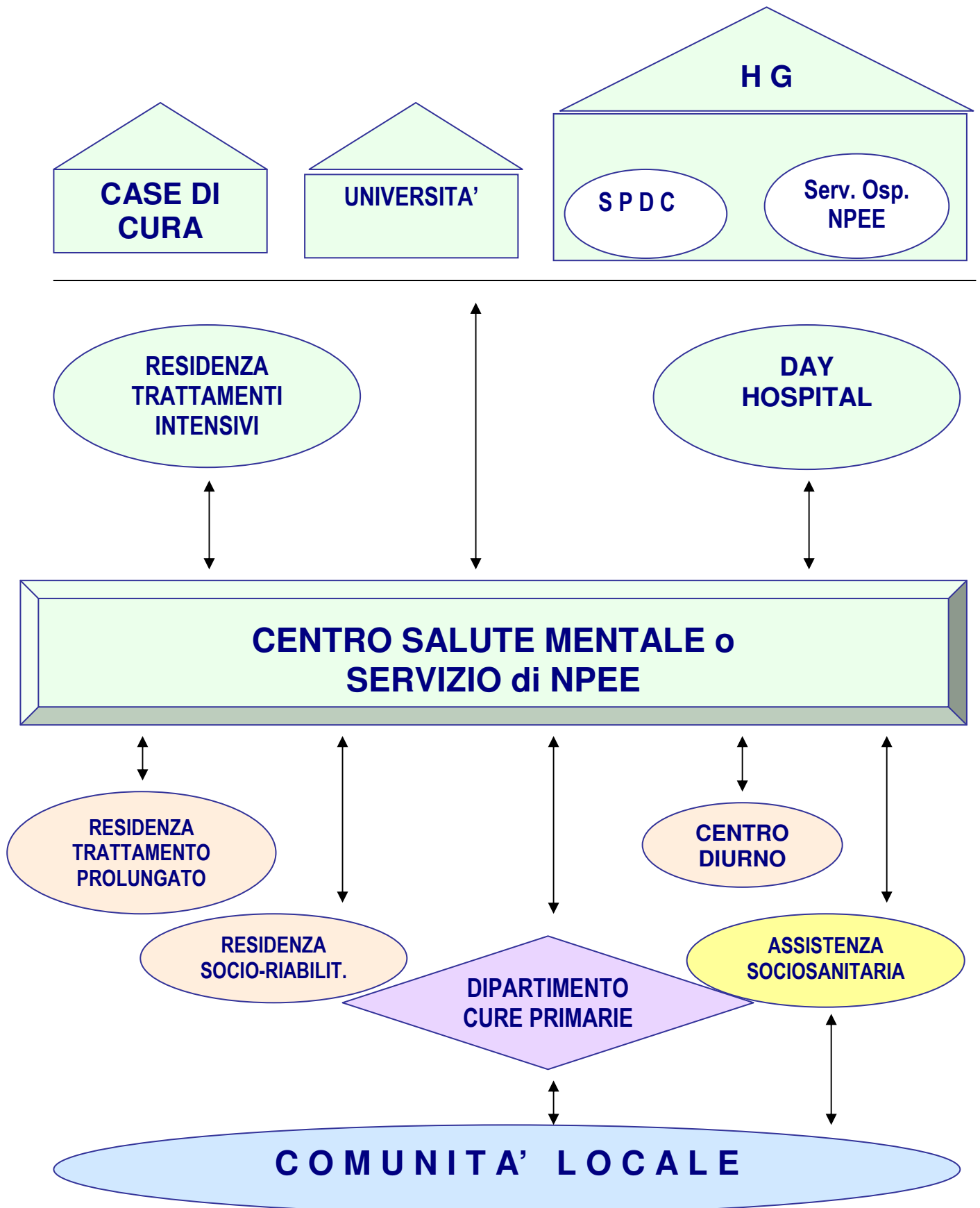
d) la riabilitazione e il reinserimento sociale sono compiti del CSM e del SNEE che sul programma personalizzato per trattamenti prolungati individuano il medico responsabile o il referente del caso (case manager) e coordinano il percorso assistenziale che può interessare le diverse strutture del DSM o gli altri servizi sanitari e sociali. In particolare le strutture pubbliche e private di riferimento per le attività semiresidenziali è il CD e per l'ospitalità sono la residenza per trattamenti prolungati (Rti) e la residenza socioriabilitativa (Rs). Coordinano inoltre il percorso di reinserimento sociale che può prevedere, nei casi di dimissione dai servizi del DSM, la consulenza o la supervisione a livello delle strutture (comunità alloggio e gruppi appartamento) del Servizio sociale. I

prodotti sono: visita domiciliare, visita ambulatoriale, consulenza, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale, supervisione.

- e) Il personale delle strutture per svolgere i compiti e le funzioni attribuite ad ogni servizio deve essere multiprofessionale (medici, infermieri, psicologi, tecnici di riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, educatori professionali, tecnici di riabilitazione psicosociale ed altre figure tecniche e di base), deve fornire prestazioni integrate e multimodali (psicofarmacologia, psicoterapia, psicoeducazione e socioriabilitazione, ed altre). La parametrizzazione del personale e delle diverse figure professionali va fatta sulla specificità delle attività previste. La dotazione dei servizi di personale già raggiunta rispetto agli standard nazionali, richiede una redistribuzione e riqualificazione delle diverse figure professionali rispetto alle attività previste nelle specifiche strutture, dei livelli essenziali di assistenza e dei programmi personalizzati.
- f) Il concorrere alle eccellenze è una raccomandazione che viene rivolta ai DSM, perché avanzino la loro candidatura ad essere un punto di sperimentazione su una delle linee o sui punti di una linea, rafforzando la collaborazione con altre istituzioni (Università, Centri o Istituti di ricerca e formazione ed altri). I punti di eccellenza potrebbero facilitare l'audit clinico o altre attività di verifica professionale con gli altri DSM ed essere veicolo di trasmissione dell'innovazione prodotta e validata all'intero sistema regionale dei servizi di salute mentale. In questo ambito va inserita la costituzione - presso il Servizio Salute Mentale della Regione - dell'Osservatorio Internazionale per la Salute Mentale che la OPS/OMS ha riconosciuto con il rinnovo del Progetto di cooperazione internazionale 2001-2003 per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica nei Paesi dell'America Latina.

Le linee organizzative possono essere schematizzate nelle strutture e nelle relazioni secondo la seguente articolazione:

Articolazione organizzativa delle U.O. di Psichiatria e di NPEE



Conclusioni

Le linee del Programma regionale di salute mentale per il triennio 2002-2004 così sintetizzate vengono poste con questa prima Conferenza alla discussione di tutte le istituzioni, le organizzazioni sociali e le società o associazioni scientifiche e professionali. In questa sede le linee programmatiche saranno presentate in dettaglio dalle relazioni che seguiranno e subito dopo la Conferenza verranno messi a disposizione gli elaborati dei gruppi tecnici regionali, che hanno visto la partecipazione degli operatori dei 13 DSM.

Con questa iniziativa si vuole sollecitare il contributo di ognuno, che servirà a completare o correggere i testi prima della loro formalizzazione e deliberazione. Di grande rilievo sicuramente sarà l'apporto che verrà dalle Conferenze aziendali, che saranno tenute prima dell'estate in modo da ultimare il percorso di consultazione e da iniziare la realizzazione del Programma nella seconda metà di questo anno.

Insieme, e con la responsabilità di ogni persona per la sua parte, riusciremo a costruire una assistenza migliore che nel campo della salute mentale è sempre una sfida scientifica e culturale prima che istituzionale e sociale.

“La salute mentale è possibile” e “il disturbo mentale è trattabile” sono obiettivi che vorremmo raggiungere con questo nuovo programma regionale, sapendo che “il processo e l'effetto che fa diventare gli esseri umani ‘umani’ chiaramente muta a seconda del tempo e del luogo”. (Bronfenbrenner, 1986)

BIBLIOGRAFIA

- BERARDI D., LEGGIERI G. (2001): “Il Quadro Clinico”, in *Psichiatria e Medicina di base*, Bologna, Editrice Compositori.
- BRONFENBRENNER U. (1986): *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, il Mulino.
- DE PLATO G., GASPARINI M. (a cura di) (2002): *Psichiatria e Garanzia di qualità*, Bologna, Editrice Compositori.
- DE PLATO G. (a cura di) (2001): *Psichiatria e Medicina di base*, , Bologna, Editrice Compositori.
- DE PLATO G. (a cura di) (1993): *Cos'è la riabilitazione in Psichiatria?*, Pordenone, Edizioni Biblioteca dell'Immagine.
- DESJARLAIS R., EISENBERG L., GOOD B., KLEINMANN A. (1998): *La salute mentale nel mondo*, Bologna, il Mulino.
- HALES D., HALES R.E. (1995): *La salute della mente*, Pavia, Longanesi.
- KNUDSEN H.C., THORNICROFT G. (1999): *Valutazione dei Servizi di Salute Mentale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- LEVI G. (2001): “La salute mentale in età evolutiva”, in *Atti Prima Conferenza Nazionale Salute Mentale*, Roma, Ministero della Sanità.
- LEVI G., MEANDRI G. (1994): “Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva”, *Federazione medica*, 2-3.
- MAJ M. (2000): “Revisione del concetto di schizofrenia e sue implicazioni”, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 1-2.
- SEN A. (1985): *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- SIMON G.E., LUDUMAN E. (2000): Lessons from recent research on depression in primary care, *Epidemiologia e Psichiatria sociale*, 9, 145-151.
- THORNICROFT G., TANSELLA M. (1999): *The Mental Health Matrix. A manual to Improve Services*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ZAMAGNI S. (2001): “Salute Mentale e riabilitazione psichiatrica: auspici per la riforma del SSN”, in *Atti del Congresso SIP*, Centro Scientifico Editore, Torino.