

## Salute mentale

La Regione Sardegna intende organizzare i propri servizi di salute mentale sulla base dei valori, dei principi e delle pratiche definiti dalla “Dichiarazione sulla Salute mentale per l’Europa” e dal “Piano d’Azione” nella conferenza promossa dall’OMS ad Helsinki il 12-15 gennaio 2005. La Dichiarazione è stata sottoscritta da tutti i Governi europei.

Al fine di favorire la trasformazione dei propri servizi in tale direzione attiva la cooperazione con il Centro Collaboratore di Trieste, individuato dall’OMS quale centro leader per lo sviluppo dei Servizi di salute mentale in Europa.

La salute mentale ha assunto nel corso degli ultimi decenni un’importanza rilevante nei Paesi industrializzati.

La prevalenza crescente del disagio e del disturbo mentale si associa con un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che pesa sulle stesse persone con disturbo mentale, sui loro familiari, sulla collettività.

Recenti stime indicano che i disturbi mentali occupano il 14 % degli anni di vita perduti globalmente, legati alla disabilità (DALYs), e il 33 % di tutti gli anni vissuti con disabilità.

Nell’arco di un anno, il 20-25 % della popolazione adulta vive una condizione di disagio psichico quale ansia, depressione reattiva, insonnia, difficoltà relazionali, abuso di alcol o di sostanze, disturbi psicosomatici. I disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo bipolare, depressione severa, gravi disturbi di personalità), che rappresentano senza dubbio l’area dei disturbi mentali più severi e invalidanti, sono presenti nel 1,5-2,5 % della popolazione. Le persone con disturbo mentale severo e le loro famiglie utilizzano la maggior parte delle risorse presenti nei Servizi pubblici di salute mentale.

Una percentuale non irrilevante della popolazione anziana, più del 7 %, soffre di disturbi cognitivi legati al decadimento demenziale, alimentando un bisogno di cura e di assistenza che coinvolge un numero sempre crescente di familiari e di caregivers più in generale.

Un numero variabile tra i 7 ed il 10 % degli adolescenti presenta una condizione di disagio che determina difficoltà di adattamento e nelle relazioni interpersonali.

Il fenomeno del suicidio nella regione richiede un’attenzione particolare.

A fronte di un tasso nazionale che si tiene costante intorno agli 8 suicidi/anno per 100.000 abitanti, la Sardegna nel 2003 ha presentato un tasso di 10,3. Il trend è in aumento.

Il problema in  
Sardegna

Negli istituti penitenziari dell'Isola più di un quarto dei detenuti è affetto da una condizione di disagio psichico e, tra questi, in quasi il 10% si manifesta un disturbo mentale clinicamente significativo. Questi, in assenza di una adeguata presa in carico da parte dei Servizi, vengono inviati per osservazione agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), aggravando carriere istituzionali già estremamente compromesse.

La Sardegna è la regione che utilizza più di tutte le altre gli ospedali psichiatrici giudiziari. Sono 75 i cittadini sardi internati, a vario titolo, in OPG. La presenza media di questi è doppia rispetto a quella di tutte le altre regioni italiane (22 per un milione dato italiano, a fronte di 46 per un milione).

In Sardegna non è stato istituito il Dipartimento di Salute Mentale; anche a causa di questa assenza l'assetto organizzativo dei servizi di salute mentale risulta particolarmente carente:

- I Servizi per la Tutela della salute mentale (STSM) che si sono costituiti in ogni ASL, se pure alludono alla funzione dipartimentale, sono altrimenti collocati nella struttura aziendale, dispongono solo formalmente di un budget (risorse e obiettivi), mancano di un efficace ruolo di coordinamento e responsabilità. Questo assetto, determinato anche dalla normativa regionale vigente, ha favorito una crescita "autoreferenziale", disomogenea e separata delle tre aree/funzioni, CSM SPDC e residenze, e la mancata condivisione di obiettivi e stili operativi.
- I Centri di Salute Mentale sono scarsamente disponibili. Sono mediamente aperti per meno di 12 ore al giorno per meno di 6 giorni a settimana. Essi finiscono per svolgere prevalente funzione ambulatoriale e sono sottodeterminati al servizio di Diagnosi e Cura ospedaliero. Si configura così un modello definibile come ospedale/ambulatorio che è molto distante da un sistema di Servizi orientati verso la comunità. La loro distribuzione resta inadeguata e disomogenea.
- I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono cresciuti rapidamente, confermando un modello d'intervento centrato sull'ospedalizzazione, sul trattamento psicofarmacologico, sulla distanza dai contesti. Essi sono presenti in 5 delle 8 ASL. In tutti i SPDC della regione sono presenti procedure restrittive, le porte sono chiuse, gli ambienti spesso miseri e collocati marginalmente nelle strutture ospedaliere, si ricorre routinariamente alla contenzione e, in alcuni, a "terapia elettroconvulsivante". Se pure i posti letto sono inferiori rispetto a quanto teoricamente indicato dal PON,

La rete delle  
risposte

100 circa in totale invece dei 160 (1 ogni 10.000 abitanti), andrebbero diversamente utilizzati.

- I posti letto nelle strutture residenziali sono presenti in numero sufficiente, (2,9 su 10.000) tuttavia le singole strutture ospitano mediamente un numero eccessivo di persone e non assicurano qualità dell'abitare né programmi abilitativi e di integrazione sociale adeguati. Sono più spesso il luogo terminale della collocazione più o meno definitiva di persone che non trovano risposte nella rete comunitaria dei Servizi
- Le forme della cooperazione sociale, sia per la gestione dei programmi residenziali (tipo A) che di formazione ed inserimento in attività lavorative produttive (tipo B), si sono sviluppate con lentezza ed al momento non rappresentano, come accade in altre regioni, possibilità di partenariato tra servizi pubblici e privato sociale per la costruzione di percorsi di abilitazione.
- I percorsi di formazione e di inserimento lavorativo, in particolare, sono carenti, con la conseguenza che molti giovani con disturbo mentale non trovano possibilità di emancipazione, finendo per utilizzare programmi di "intrattenimento" non attenti al lavoro produttivo e fuori dal mercato e che alimentano invalidità e confermano l'esclusione.
- L'attenzione verso i problemi di salute mentale dei bambini, degli adolescenti e nell'età "di confine" è ancora poco sviluppata nell'area distrettuale, sono fragili i collegamenti tra questa ed i servizi territoriali di salute mentale; esistono fratture e conflitti, specie in merito ai tardo adolescenti ed alle famiglie fortemente problematiche.
- E' gravemente carente l'assistenza assicurata in carcere dai Servizi territoriali alle persone detenute che presentino disagio o disturbo mentale; sono totalmente assenti, o comunque insufficienti, programmi finalizzati al rientro dei cittadini sardi internati in OPG.
- Si è sviluppato, come effetto dell'insufficienza di risposte dei Servizi, il settore dell'associazionismo dei familiari, dei cittadini e delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale. Queste associazioni, che rappresentano una formidabile potenziale risorsa, fanno fatica ad interagire con i Servizi di salute mentale, dai quali sono poco riconosciute.

Obiettivo prioritario è la riformulazione di un programma per la salute mentale che preveda l'assetto organizzativo dipartimentale

Costituire il  
Dipartimento per  
la Salute Mentale

dei servizi di salute mentale e riduca la disomogeneità nella distribuzione e della qualità dei Servizi nel territorio regionale. Tale azione sarà accompagnata da una modifica della L.R. 5/98 che istituirà formalmente i Dipartimenti di salute mentale

Le singole ASL, nel breve periodo, dovranno operare per rafforzare i programmi di salute mentale, mirando a prefigurare un'organizzazione dipartimentale.

In particolare, dovranno verificare le modalità di finanziamento dei Servizi e di allocazione delle risorse esistenti già impegnate per la salute mentale, tendendo al conseguimento dei parametri di operatori/popolazione individuati dal Progetto Obiettivo Nazionale ed al raggiungimento del 5 % della spesa sanitaria aziendale. Questa quota va a costituire la risorsa del DSM, che sostiene la programmazione per il raggiungimento degli obiettivi di questo piano. Il Responsabile del DSM dovrà amministrare la risorsa all'interno della definizione e della negoziazione degli Obiettivi con la Direzione Strategica aziendale.

Gli obiettivi da conseguire nell'arco del triennio sono i seguenti:

1) Individuare nel Centro di Salute Mentale (CSM) la struttura che esercita tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in ordine ad un'area determinata di popolazione appartenente ad un unico Distretto, e comunque non superiore ad 80.000 abitanti, anche avvalendosi delle altre unità operative e risorse della rete, segnatamente: SPDC, strutture residenziali, privato sociale ed associazioni. Il CSM si raccorda con i servizi sociali dell'ente locale e i servizi del Ministero di Grazia e Giustizia. Attraverso protocolli e convenzioni prevede interventi di diagnosi, consulenza e di presa in carico nelle istituzioni giudiziarie (Osp. Psichiatrico Giudiziario e Istituti Penitenziari).

Il CSM è la struttura operativa strategicamente preordinata che gestisce il programma terapeutico riabilitativo, è in grado di rispondere alla crisi, garantisce la coerenza del sistema ed assume responsabilità oggettiva per le aree definite di territorio di propria competenza.

Il CSM detiene la continuità dei progetti sulle singole persone in carico, nell'unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il CSM dovrà promuovere la ricerca e l'attivazione di azioni, anche di carattere economico, a sostegno della vita quotidiana a domicilio ed in alloggi comunitari, azioni per la gestione di attività di tempo libero, soggiorni, attività di socializzazione e di animazione,

**Il Centro di Salute  
Mentale**

nell'ambito della integrazione con i servizi sanitari, con le associazioni, con le cooperative sociali, all'interno di quanto previsto dalla normativa in vigore, dal Piano regionale dei servizi sociali e dal Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona.

A ciascun CSM dovrà essere addetta una équipe multidisciplinare.

Nell'area territoriale di competenza del CSM deve esservi la disponibilità di almeno una sede idonea all'ospitalità sanitaria diurna (day hospital, centro diurno) ed, in prospettiva, notturna. Le sedi devono disporre tra l'altro di spazi polivalenti, flessibili, a carattere comunitario, onde favorire le relazioni interpersonali, promuovere scambio sociale ed ospitare attività non specifiche della comunità circostante.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano dovranno essere conseguiti i seguenti obiettivi:

- apertura dei CSM per 12 ore al giorno, 7 giorni su 7; adozione di strategie e modalità di lavoro volte a prefigurare una disponibilità di apertura sulle 24 ore.
- identificare almeno 3 aree pilota nelle quali sperimentare progetti di funzionamento del CSM sulle 24 ore.

2) Ridefinire il ricorso alla funzione ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Ogni servizio dipartimentale dovrà, in accordo col CSM, dotarsi di programmi articolati con l'obiettivo della diminuzione delle persone ricoverate in Trattamento Sanitario Volontario (TSV) ed in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), dei ricoveri ripetuti e della loro durata.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera ed è coordinato dal STSM (DSM) e sottodeterminato al CSM, deve svolgere funzioni di:

- osservazione e primo intervento, e, nei casi in cui non sia possibile mettere in atto idonee misure sanitarie extraospedaliere, trattamenti sanitari in condizioni di degenza, volontari e/o obbligatori di concerto con il competente CSM;
- consulenza psichiatrica per domande afferenti ai Servizi di Pronto Soccorso degli Ospedali Generali o per richieste provenienti dai Reparti ospedalieri cui non possono assolvere i Centri di Salute Mentale.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile il

**Il Servizio  
Psichiatrico di  
Diagnosi e Cura**

trasferimento nella propria sede e/o ad un programma di presa in carico territoriale e riattiva, a conclusione della degenza, la ripresa del programma terapeutico.

Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano dovranno essere conseguiti i seguenti obiettivi:

- ridefinire la modalità del ricovero, al fine di evitare ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente contenitivo
- qualificare gli spazi, gli arredi e le forme dell'accoglienza.

3) Verificare l'appropriato ricorso alle **strutture residenziali**. Queste dovranno diventare un nodo della rete dei Servizi e, con questi, essere in costante comunicazione. Le strutture residenziali si qualificheranno come luoghi di "abitare assistito". Gli operatori avranno massima cura della qualità degli ambienti e della loro personalizzazione, prevederanno progetti riabilitativi individuali, valorizzando il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità.

**Le strutture residenziali**

Gli operatori attualmente impegnati nelle strutture residenziali integrano l'equipe multidisciplinare del CSM.

Al fine di rispondere ai bisogni differenziati delle persone si dovranno strutturare almeno 3 tipologie:

- comunità ad alta intenzionalità terapeutica, con sostegno continuativo 24h, (con non più di 8 posti letto)
- gruppi famiglia, con spiccata intenzione abilitativa e di socializzazione, con sostegno per tempi compresi tra le 10 e le 14 ore, (con massimo 6/8 posti letto)
- gruppi di convivenza, volti a sostenere l'abitare anche per lunghi periodi e la vita sociale, con la presenza di operatori per alcune ore al giorno.

Tutte queste forme di "abitare assistito" dovranno essere programmate, sviluppate e sostenute nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, con la regia del CSM.

4) Sviluppare in ogni servizio TSM (DSM) appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle **associazioni** dei familiari e delle persone con disturbo mentale.

**Le associazioni dei familiari e degli utenti**

Si dovrà prevedere la partecipazione di questi soggetti a forme di consultazione periodica, istituzionalmente definite e concordate. Ogni CSM dovrà dotarsi di programmi articolati a sostegno dei

familiari sia sul piano dell'informazione che della riduzione del carico.

5) Sostenere le persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione e disporre di risorse finalizzate al sostegno del protagonismo e della cittadinanza sociale.

**Protagonismo e  
cittadinanza  
sociale**

6) Integrare le cliniche psichiatriche universitarie nelle attività assistenziali del STSM (DSM) attraverso la condivisione degli obiettivi indicati da questo piano.

**l'Università**

L'Università contribuisce alla formulazione ed al sostegno di percorsi formativi in accordo con le indicazioni regionali e col fabbisogno formativo espresso dalle realtà territoriali.

7) Predisporre programmi di presa in carico di persone con disturbo mentale detenute negli Istituti di Pena dell'Isola, dando attuazione a specifiche convenzioni.

**Presa in carico  
delle persone  
sottoposte a  
procedimento  
penale**

Ogni STSM (DSM) dovrà formulare programmi personalizzati per il rientro dei cittadini sardi internati negli OPG.

8) Verificare la presenza nel territorio di competenza dei singoli CSM, della cooperazione sociale ed attivare, con questa, percorsi più idonei rivolti sia alla formazione e all'inserimento lavorativo di persone giovani che hanno fatto l'esperienza del disturbo mentale, che alla progettazione di qualificati percorsi residenziali.

**Cooperazione  
sociale**

E' opportuno che si sperimentino forme innovative di attribuzione di borse lavoro e di sostegno al primo impiego di persone con disturbo mentale, anche ricorrendo ad apposite risorse aziendali.

9) Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente piano ogni ASL dovrà proporre un programma di prevenzione del comportamento suicidario in particolare nelle persone che manifestano disagio mentale, privilegiando l'ambito distrettuale e la collaborazione del Medico di Medicina Generale (MMG).

**Prevenzione del  
suicidio**

10) Individuare modalità di lavoro comune con i Distretti ed operare, in particolare, tendendo a meglio definire aree di integrazione, a sostegno di bambini, adolescenti e famiglie problematiche, anziani e persone con handicap con la finalità di valorizzare la centralità della persona e della famiglia, salvaguardando e promuovendo i livelli di autonomia, di indipendenza e di capacità relazionale, contribuendo alla formulazione di progetti comuni.

**Integrazione e  
multiproblematicità**

Un particolare rilievo dovrà assumere il MMG nel lavoro di prevenzione e di sostegno nel tempo di persone con disturbo mentale severo e con gravi patologie organiche.

In quest'ambito definire strategie comuni d'intervento con gli operatori dei Servizi per la **tossicodipendenza**, rivolte soprattutto al riconoscimento precoce ed alla presa in carico di persone giovani che entrano in contatto con quei servizi e che sono più a rischio di presentare successivamente disturbi mentali di notevole impegno.

Per la realizzazione di quanto indicato in questo piano, la Regione promuove un progetto di formazione mirato rivolto a tutti gli operatori della salute mentale.

Il progetto dovrà sviluppare conoscenze e abilità tali da rendere gli operatori dei servizi protagonisti attivi del processo di cambiamento.

Particolare attenzione sarà posta alla formazione dei formatori, ovvero di quegli operatori che assumono funzione di riferimento nel gruppo di lavoro. I percorsi formativi, di volta in volta concordati con i singoli STSM (DSM), si realizzeranno anche attraverso scambi e visite da effettuare e da accogliere, con servizi partner sia in regione che in Italia che in Europa.

Al fine di assicurare una base conoscitiva adeguata la Regione implementa il Sistema informativo per la salute mentale.

**Azioni strategiche**