

**IL NUOVO PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE  
PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE  
(Bozza maggio 2009)**

**SOMMARIO**

	<i>Pag.</i>
<i>Relazione introduttiva</i>	2
1) Premessa: dalle strutture agli utenti	6
2) La definizione del problema: la necessità di salute mentale	7
3) L'obiettivo dei percorsi: il "valore" ricercato nella salute mentale	9
4) Il modello organizzativo: Il Dipartimento di Salute Mentale	11
a. Definizione	11
b. Regolamento, struttura e funzioni	11
c. Le strutture del DSM	12
• Generalità sulle strutture	12
• La rete delle strutture	13
• Comunità alloggio a riabilitazione estensiva	14
d. Formazione e aggiornamento nel DSM	15
e. L'organizzazione in equipe	16
f. Interventi di emergenza e urgenza	16
g. I LEA (livelli essenziali di assistenza) per la salute mentale	17
5) Organizzazione, soggetti, contesti	19
a. DSM, Distretto sociosanitario e sistema delle cure primarie	19
b. Le famiglie	20
c. La rete sociale	21
d. Il rapporto con gli utenti	22
e. Ruolo e funzione delle Cliniche Universitarie	23
f. La Carta dei Servizi sociosanitari	24
g. Il Sistema Informativo	24
h. La integrazione con le altre aree	24
i. Dipendenze	25
ii. Disabilità	26
iii. Psicologia e Psichiatria di consultazione e collegamento	26
iv. Sanità penitenziaria	28
v. Età Geriatrica	29
vi. Disturbi del Comportamento Alimentare	30
vii. Infanzia e Adolescenza	32
i. L'integrazione con le Cliniche Private	33
6) Verifiche e indicatori	34
ALLEGATO: Salute Mentale nell'Infanzia e Adolescenza	37

## RELAZIONE INTRODUTTIVA

*Le politiche della Regione Veneto in materia di salute mentale si ispirano alla Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa approvata dalla Conferenza Ministeriale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tenutasi ad Helsinki (Finlandia) nel 2005, che riconosce "la salute e il benessere mentale [come] fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, poiché consentono di dare un significato alla vita e di essere cittadini attivi e creativi. ... la finalità principale delle azioni esplicitate nell'ambito della salute mentale [è] quella di migliorare il benessere e la funzionalità delle persone, mettendone in evidenza i punti di forza e le risorse, rafforzandone la resistenza e stimolando i fattori di protezione esterni."*

*D'altra parte, gli interventi regionali in materia di salute mentale si ispirano al Piano d'azione sulla Salute mentale per l'Europa "Affrontare le sfide, creare le soluzioni" predisposto sempre nel 2005 in attuazione della Dichiarazione di Helsinki, che individua le seguenti aree di intervento:*

- 1. Promuovere il benessere mentale per tutti*
- 2. Dimostrare la centralità della salute mentale*
- 3. Lottare contro lo stigma e la discriminazione*
- 4. Promuovere attività rispettose delle fasi di vita più vulnerabili*
- 5. Prevenire i problemi di salute mentale e il suicidio*
- 6. Garantire l'accesso a cure primarie di qualità in salute mentale*
- 7. Offrire assistenza efficace in servizi di comunità alle persone che soffrono di gravi problemi di salute mentale*
- 8. Stabilire partenariati tra i diversi settori*
- 9. Creare una forza lavoro sufficiente e competente*
- 10. Diffondere informazioni di qualità sulla salute mentale*
- 11. Assicurare adeguati ed equi finanziamenti*
- 12. Valutare l'efficacia della ricerca e produrre nuove evidenze scientifiche.*

*La riforma psichiatrica, attuata con la Legge 13 maggio 1978, n. 180, ed ulteriormente definita con la Legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale), ha sancito sul piano giuridico i cambiamenti intervenuti nell'approccio alla malattia mentale, a seguito delle acquisizioni scientifiche sia nel campo della comprensione psicodinamica, sia nei settori di ricerca biologica e psicosociale, sia nel campo terapeutico con la messa a punto di interventi integrati. Tali acquisizioni hanno modificato in misura determinante le categorie diagnostiche e l'evoluzione stessa dei vari quadri clinici, con un notevole incremento della recuperabilità sociale, attraverso specifici interventi terapeutici e riabilitativi.*

*Con l'emanazione del Progetto Obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale 1994-1996", si è riattivato il processo di riforma, individuando quattro questioni principali da affrontare:*

- 1. la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato,*
- 2. lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro,*
- 3. l'aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche,*
- 4. il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.*

*L'azione di indirizzo è stata ulteriormente rafforzata dal Progetto Obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000", operativamente caratterizzato da indicazioni precise sulla "missione" dei Dipartimenti di Salute Mentale, sugli obiettivi di salute e sugli interventi che prioritariamente devono essere realizzati. La Regione del Veneto nel suo Progetto obiettivo per la salute mentale (approvato con D.G.R. n. 4080 del 2000) ha recepito la normativa nazionale, facendo proprio l'approccio della Psichiatria di Comunità, le cui linee di base sono sintetizzabili come:*

- integrazione fra aspetti ospedalieri e territoriali in una continuità di spazi possibili di intervento*
- continuità fra i diversi momenti dell'intervento: prevenzione, terapia, riabilitazione, reintegrazione sociale*
- privilegio degli interventi nell'ambito della comunità, con particolare attenzione alla rete familiare e a quella sociale.*

*Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità: il compito del DSM (DSM) è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, nei tempi necessari per*

concludere il trattamento, privilegiando la prevenzione e la cura personalizzata ed operando altresì primariamente sul territorio. I DSM sono presenti in ogni Azienda ULSS, ed articolati in Unità operative (in genere una ogni 100.000 abitanti), ciascuna organizzata in una componente Ospedaliera e in una componente Territoriale.

Il DSM rappresenta il fulcro del “modello veneto per la salute mentale”: i Consigli di Dipartimento istituiti presso ciascuna Azienda ULSS secondo le indicazioni del Progetto obiettivo regionale hanno significato in questi anni momenti significativi di partecipazione e di condivisione delle programmazione locali, nonché luoghi dove sono state valorizzate le possibilità di protagonismo dei vari soggetti coinvolti. Analogo significato hanno avuto i gruppi di lavoro relativi alla programmazione socio sanitaria che hanno prodotto in tutte le aziende ULSS i piani di zona con un capitolo specifico dedicato alla salute mentale.

A livello regionale si sono definiti e hanno operato in modo significativamente costruttivo e collaborativo in questi anni associazioni rappresentative dei diversi soggetti coinvolti nella salute mentale, sezioni regionali delle società scientifiche e un coordinamento fra i direttori di strutture complesse e i professori universitari. L'insieme di queste figure, con la presenza dei rappresentanti dei Direttori Generali, Sociali e Sanitari, dei Servizi, delle Università, delle Associazioni dei Familiari e del Terzo Settore sono stati coinvolti nella organizzazione della “Commissione regionale per la salute mentale”, approvata con D.G.R. n. 373 del 11.02.2005, che progressivamente è diventato il referente, in accordo con gli organi istituzionali preposti, culturale, scientifico e sociale per le proposte e le attività concernenti la salute mentale nel territorio.

A trent'anni dalla Legge 180, che rivoluzionò il mondo della salute mentale nel nostro paese, era importante realizzare un confronto e una riflessione sui risultati conseguiti e sulle prospettive future, anche in vista del prossimo Progetto obiettivo regionale sulla salute mentale. A tal fine la Regione del Veneto ha convocato per venerdì 9 maggio e sabato 10 maggio 2008 la 1<sup>a</sup> Conferenza Regionale per la Salute Mentale, con i seguenti obiettivi:

- rendere i vari soggetti protagonisti del dibattito istituzionali e offrire possibilità di integrazioni e convergenze dei punti di vista;
- definire le priorità, in modo analitico, relative all'attività dei Dipartimenti per la Salute Mentale e più in generale dell'attività relativa alla salute mentale;
- definire la posizione specifica, con riferimento all'esperienza del Veneto, relativamente a questioni centrali anche nel dibattito nazionale come l'organizzazione dei servizi, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, i trattamenti sanitari obbligatori, gli interventi precoci e il rapporto con l'area della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, la prevenzione, le aree di confine e altri esaminati anche nei seminari nazionali;
- analizzare proposizioni e sviluppo di quanto contenuto in tema di salute mentale nel documento del piano sanitario regionale.

La 1<sup>a</sup> Conferenza regionale sulla salute mentale ha rappresentato il punto di arrivo di un lavoro che ha coinvolto tutti i soggetti attivi nel settore (direzioni generali delle aziende ULSS e ospedaliere, dipartimenti di salute mentale, società scientifiche e università, cooperazione sociale e associazioni dei familiari) e, nello stesso tempo, il punto di partenza per l'ulteriore strada che ci attende: l'elaborazione del nuovo Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale della popolazione residente nella nostra Regione. La Conferenza ha trattato, a trent'anni dall'approvazione della Legge 180, le questioni più rilevanti per lo sviluppo di questo settore: dall'evoluzione dei Dipartimenti di Salute Mentale alla lettura dei nuovi bisogni emergenti, dalla formazione degli operatori alla riabilitazione psicosociale, dall'accreditamento dei servizi al sistema informativo, dal ruolo delle associazioni dei familiari e del privato sociale al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Dai lavori di questa 1<sup>a</sup> Conferenza regionale sono risultati confermati i principi fondamentali alla base delle politiche e degli interventi della Regione Veneto in materia di salute mentale. Il DSM rappresenta il fulcro del “modello veneto per la salute mentale”: è da qui che bisogna partire per la costruzione del nuovo Progetto obiettivo regionale, che sappia nel contempo consolidare i risultati conseguiti e sviluppare nuovi scenari in grado di cogliere le problematiche emergenti, integrando le risposte preventive, terapeutiche, riabilitative e di reinserimento sociale, e i diversi ambiti di intervento (psichiatria dell'adulto, psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenza da sostanze d'abuso, psicogeriatrica, suicidio, disturbi del comportamento alimentare, ecc.) in una prospettiva di promozione della salute e di prevenzione dello stigma.

*Nel corso dei lavori della 1<sup>a</sup> Conferenza regionale sono emerse le indicazioni principali che hanno guidato i lavori orientati all'elaborazione del nuovo Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale.*

1. *Il documento sull'autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della salute mentale, approvato da parte della Giunta Regionale, rappresenta un importante strumento per definire parametri comuni relativi alla qualità dei servizi offerti:*
  - a. *ne andrà monitorata l'applicazione sul territorio;*
  - b. *dovrà essere integrato con una sezione relativa all'età evolutiva;*
  - c. *ne andrà verificata l'applicazione nelle aree specialistiche, quali ad esempio i Disturbi dei Comportamenti Alimentari;*
  - d. *andrà sviluppata l'integrazione con le aree limitrofe, quali le dipendenze da sostanze d'abuso e la non autosufficienza;*
  - e. *andrà inoltre definito l'Accreditamento di eccellenza, tenendo conto delle esperienze in atto e dei modelli già adottati dalla Regione in questo ambito*
2. *Il Sistema informativo è necessario per il monitoraggio e la programmazione dell'attività di governo in tempi reali rispetto alla realtà dei servizi e dell'evoluzioni delle esigenze dei territori. Le priorità per il futuro includono:*
  - a. *revisionare il Disciplinare tecnico per i flussi di Attività di Psichiatria Territoriale (APT), passando dal modello attuale centrato sulla prestazione ad una centralità della persona (paziente/utente);*
  - b. *integrare il flusso APT con gli altri flussi esistenti relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e al flusso dei Farmaci a distribuzione diretta, per un approccio che renda conto in maniera più globale della pluralità dei percorsi della Salute Mentale;*
  - c. *sviluppare il sistema informativo per l'infanzia e l'adolescenza;*
  - d. *migliorare ulteriormente la qualità del dato, anche con un graduale inserimento delle misure di esito, per una maggiore attendibilità e potenzialità conoscitiva;*
  - e. *analizzare l'attività psichiatrica delle strutture private e delle strutture non psichiatriche (es. neurologia o medicine).*
- 3- *La formazione degli operatori segue due principi fondamentali:*
  - *deve riguardare le vicissitudini emozionali dell'incontro con il paziente;*
  - *la formazione continua sul campo, insieme al miglioramento della qualità dell'organizzazione, contribuisce significativamente a prevenire il burn-out degli operatori;*
  - a) *Vanno approfondite con il Centro Regionale per la Educazione Continua in Medicina (ECM) modalità che garantiscano la specificità della formazione in psichiatria.*
  - b) *Va inoltre valutato il ruolo della Regione nell'indicare obiettivi formativi in relazione a temi e problematiche sentite particolarmente rilevanti nel settore della salute mentale.*
- 4- *Rispetto alla riabilitazione psicosociale sono da prendersi in considerazione alcune necessità, quali:*
  - a. *monitorare e regolamentare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ancora troppo disomogenei nelle diverse ULSS;*
  - b. *coinvolgere il privato-sociale nella programmazione, oltre che a livello regionale, ove tale collaborazione è già avviata, anche a livello locale; a titolo di esempio si sottolinea l'inserimento dei rappresentanti del privato sociale nei Consigli dei Dipartimenti di Salute Mentale;*
  - c. *realizzare un percorso comune di ricerca, pubblico e privato, sul concetto di riabilitazione psichiatrica.*

*Vanno inoltre segnalate:*
  - d. *la necessità di omogeneizzare l'offerta e di completare e potenziare una rete diffusa e differenziata di strutture residenziali e semiresidenziali;*
  - e. *la necessità di utilizzare personale con formazione specifica per la riabilitazione.*
- 5- *La presenza delle Associazioni dei familiari e del Privato sociale, rappresenta una risorsa autentica ed imprescindibile che svolge funzioni:*
  - *di stimolo in sede locale per una puntuale applicazione della normativa vigente, soprattutto il progetto-obiettivo;*
  - *di contrasto alla cultura dello stigma e delle forme di emarginazione sociale;*
  - *di contributo allo sviluppo delle reti territoriali, alla rilevazione dei bisogni e di partecipazione per la programmazione locale, ad esempio nel DSM e nei Piani di zona.*

6- Una lettura dei nuovi bisogni e l'elaborazione di una adeguata risposta può nascere da una nuova attenzione agli scenari relativi a:

- a. rapporto con i Distretti socio-sanitari e con l'organizzazione delle cure primarie, valorizzando la collaborazione con i Medici di Medicina Generale;
  - b. costruzione dei servizi per la psicologia e la psichiatria di liaison e attenzione per il trattamento nelle acuzie;
  - c. adeguamento dell'offerta di psicoterapia, di gruppo e individuale, per renderla effettivamente esigibile nelle patologie in cui ha prove di efficacia;
  - d. definizione di strategie condivise di lavoro con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari esistenti, e con le altre agenzie di aiuto presenti nella comunità locale.
- Va guidata una evoluzione del DSM che ne completi ed integri la possibilità di intervento (con riferimento ad aree quali l'infanzia e l'adolescenza, le dipendenze da sostanze d'abuso, la psicogeriatrica, il suicidio, i disturbi del comportamento alimentare) NON attraverso la costituzione di nuove unità operative complesse, MA attraverso un network di servizi integrati a disposizione del DSM.
- Sarà opportuno avviare quanto prima un percorso per l'elaborazione di uno schema tipo regionale di Regolamento dei DSM.

Altre esigenze da affrontare riguardano:

- Il superamento delle grandi strutture, in quanto mantengono l'impronta del "residuo manicomiale", rischiando di vanificare l'innovazione introdotta dalla Legge 180.
- I DSM dovranno adeguarsi ai cambiamenti nell'ambito della psichiatria carceraria stabiliti dal recente DCPM dell'1/04/2008, riguardante la medicina penitenziaria. Si aprono in particolare due scenari nuovi con
- l'intervento psichiatrico all'interno delle strutture carcerarie, ma soprattutto
  - il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), che dovranno avviare un percorso di dismissione degli ospiti, prevedendo il rientro nei loro territori di provenienza,.

Un primo significativo e fondamentale passo in questa direzione è consistito nell'approvazione da parte della Giunta regionale, con provvedimento n. 1616/208 dei requisiti e degli standard definitivi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture che operano nel settore della salute mentale. Infatti, nei provvedimenti applicativi della L.R. n. 22/2002 mancava un approccio unitario e integrato per quanto riguarda le unità di offerta che operano in questo settore, approccio che ora rientra a pieno titolo tra gli indirizzi di questa Giunta regionale così come si evincono dalla sezione dedicata alla salute mentale nel P.d.L. n. 235 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009".

Infine, rimane aperto un nodo cruciale per un adeguato sviluppo della salute mentale nel Veneto: quello delle risorse economiche destinate a questo settore, che rappresentano poco più del 3% del bilancio regionale per la sanità, mentre i Progetti obiettivo nazionale e regionale prevedono di destinare almeno il 5% delle risorse alla tutela della salute mentale. Sarà pertanto monitorato e incentivato, nonché oggetto di valutazione, il rispetto da parte delle Direzioni generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto di questo obiettivo di budget aziendale stabilito dai Progetti obiettivo nazionale e regionale.

Il percorso di elaborazione del nuovo Progetto Obiettivo regionale sulla salute mentale è partito dalle indicazioni emerse in queste due giornate di confronto, è stato guidato dalla Commissione Regionale per la Salute Mentale e ha coinvolto attivamente tutte le diverse componenti pubbliche e private coinvolte nella tutela della salute della popolazione residente nel Veneto.



## **PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (2010-2012)**

### **PREMESSA**

Il percorso compiuto nel settore della tutela della salute mentale nel Veneto in questi 9 anni ha portato alla necessità di aggiornare il Progetto Obiettivo Regionale in vigore (DGR n. 4080/2000). In questi anni sono emersi nuovi bisogni che, relativamente a taluni problemi (ad es. la psicogeriatrica, i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare), hanno assunto una dimensione rilevante nella richiesta formulata ai Servizi, e si è posta di definire con maggiore chiarezza i rapporti di collaborazione con la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza (SMIA), i SERT, i Distretti sociosanitari e il sistema delle cure primarie. Inoltre, nel corso di questi anni vi è stata la costruzione di un rapporto privilegiato con il privato sociale, che va meglio delineato in una logica di co-progettazione, partnership ed integrazione. Infine, vi è una realtà ospedaliera ove il ricovero in SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) rappresenta una parte modesta di una complessità che vede un ruolo importante dei ricoveri in ambito privato e per i ricoveri con DRG psichiatrico in strutture di specialità non psichiatria: questo pone il problema del rapporto di integrazione con il privato e di una presenza diversa della psichiatria nell'ospedale generale.

D'altra parte, vi è stata una disomogeneità in molti ambiti organizzativi, che evidenzia la necessità di un modello più definito ed unitario:

- nella costituzione e definizione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM);
- nella utilizzazione delle risorse assorbite dai letti delle strutture private convenzionate;
- nella realizzazione delle strutture e nella definizione delle risorse.

I dati regionali mostrano poi una disomogeneità:

- nei criteri di presa in carico;
- nell'approccio diagnostico;
- nell'uso delle conoscenze convalidate e condivise nella costruzione dei percorsi;
- nella descrizione che i servizi stessi danno del loro operare.

Vi è anche la necessità di dotarsi di strumenti agevoli che integrino il Progetto obiettivo regionale, permettendo di disegnare con accuratezza singoli aspetti, definendo cornici precise ma modulabili sulle esigenze locali e facilmente aggiornabili. Integrato con questo, vi è la necessità di disegnare un modello di strutture base, comuni a tutte le Aziende Ulss e strutture per problemi specifici, da attivare in sede locale e soprattutto in ambito di più Aziende Ulss, individuando anche nuovi modelli per una rapporto ed una integrazione fra Aziende Ulss.

Vi è, infine, la necessità di tracciare nuovi percorsi. La centralità strategica della salute mentale risiede infatti nella presa in carico della persona nel contesto del suo territorio e nella capacità di modulare sulla persona le opportunità riabilitative e terapeutiche. Si rende necessario favorire e consolidare sul territorio, a fianco dei Servizi formali, la presenza di una *rete informale* caratterizzata dall'insieme delle relazioni (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto) che gravitano e che si intrecciano attorno agli utenti. L'impegno terapeutico-riabilitativo richiede, in questo senso, ad integrazione di risposte formali già collaudate, l'introduzione di strumenti molto flessibili, immersi nella vita quotidiana delle persone, caratterizzati dalla definizione partecipata dei bisogni, dall'autopromozione e dall'autocontrollo. Ciò significa allargare il bagaglio teorico-strumentale-organizzativo già in possesso dei Servizi e degli altri soggetti che operano nell'area della riabilitazione alla cultura e alla pratica del lavoro di rete, con l'impiego di una gamma d'interventi e prestazioni fra loro collegati che utilizzino sia strumenti di tipo istituzionale-formale, che legami deboli di natura informale. Il lavoro terapeutico-riabilitativo

diviene, in tal modo, attrezzato a fornire una rete di *percorsi* integrati che permetta al paziente di progredire in maniera evolutiva a seconda dei propri bisogni.

Appare necessario uno spostamento del focus da una programmazione centrata sulle strutture, che rischia di descrivere modelli standardizzati di risposta, ad una centrata sugli utenti, intendendo con questa definizione non solo i pazienti, ma i familiari e la comunità coinvolta, che mira a poter fornire risposte specifiche a problemi specifici. Questa diversa attenzione riformula la necessità di adeguare le risorse ai bisogni. Un tale mutamento di prospettiva indica le modalità con cui attuare pienamente in fase preventiva, curativa e riabilitativa, una piena integrazione della dimensione sanitaria e sociale nella tutela della salute mentale. In una logica di questo tipo si parte dai bisogni, si definisce l'obiettivo, si analizzano le risorse con attenzione ad evidenziare ciò che aumenta valore in riferimento all'obiettivo e cosa lo diminuisce e, infine, si misurano i risultati.

#### **LA DEFINIZIONE DEL PROBLEMA: La necessità di salute mentale**

La conoscenza dei tassi di incidenza e prevalenza delle patologie psichiatriche è una delle componenti fondamentali della programmazione e pianificazione dei servizi. È solo disponendo di queste informazioni, infatti, che chi deve decidere l'allocazione delle risorse può prendere decisioni che vadano incontro ai reali bisogni della popolazione. Conoscere i tassi reali, tuttavia, richiede la realizzazione di complessi e costosi studi di popolazione, per questo motivo la maggior parte delle analisi epidemiologiche di cui disponiamo si riferiscono alla prevalenza ed alla incidenza di casi trattati nei servizi psichiatrici. Bisogna, quindi, tenere conto del fatto che una certa parte di persone con disagio psichico non chiedono aiuto ai servizi specialistici, in parte vengono trattate nella medicina di base o in ambito privato ed in parte rimangono fuori dal sistema sanitario. La percentuale di persone con disagio psichico che non arrivano ai servizi (unmet need) è diversa a seconda delle patologie, possiamo infatti aspettarci che per la schizofrenia questa percentuale sia piuttosto ridotta mentre sia elevata per i disturbi affettivi ed ansiosi. Naturalmente, la prevalenza e l'incidenza, trattate dai servizi, dipendono in parte dalla presenza di disturbi nella popolazione generale ed in parte dall'offerta di servizi e dalla loro qualità. Offerta, qualità ed accessibilità determinano la capacità di attrazione dei servizi psichiatrici e la loro possibilità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni.

Ampie e recenti revisioni della letteratura internazionale sull'epidemiologia della schizofrenia, ci dicono che dovremmo aspettarci circa 0,15 nuovi casi ogni 1.000 abitanti per anno ed una prevalenza di circa 3,3 casi l'anno. Queste revisioni hanno trovato solo 3 studi condotti in Italia su questo argomento. Per quanto riguarda i disturbi affettivi, possiamo fare riferimento allo studio multicentrico internazionale ESEMED: secondo i risultati di questo studio, in Italia, ci sono ogni anno 35 persone su 1.000 che soffrono di un qualche disturbo dell'umore e 51 su 1.000 che hanno disturbi ansiosi. I tassi rilevati in Italia dallo studio ESEMED sono tra i più bassi rispetto a quelli degli altri paesi europei. Per quanto riguarda il Veneto, studi condotti con il Registro Psichiatrico dei Casi di Verona-Sud hanno rilevato nel 2003 una incidenza trattata per tutte le psicosi (compresa la schizofrenia) di circa 0,3 casi per 1.000 abitanti, di 2,17 per i disturbi affettivi e di 0,8 per le nevrosi ed i disturbi somatoformi; la prevalenza trattata era rispettivamente di 2,23, 5,41 e 1,83 casi per 1.000 abitanti. Dati di prevalenza analoghi non sono invece disponibili per quanto riguarda i disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza. La Regione promuove quindi iniziative atte allo loro rilevazione e al loro monitoraggio longitudinale fino all'interfaccia con l'età adulta.

Il Rapporto 2007 sulla tutela della salute mentale nel Veneto riporta nel dettaglio i dati relativi ai flussi informativi del settore che vengono riassunti di seguito.

*Utenza e prestazioni:* Nel 2007 sono stati trattati a livello territoriale un totale di 59.800 utenti (13 x 1.000 ab.). A livello regionale, la prevalenza trattata aumenta progressivamente fino a un massimo di 18 utenti per mille abitanti intorno a 50 anni. Il ricorso ai servizi territoriali risulta

maggiore nelle femmine in ciascuna fascia di età: ogni 5 pazienti trattati, 3 sono femmine. Per quanto riguarda le prestazioni, sono state rilevate 1.170.000 prestazioni e 238.000 giornate di presenza in strutture residenziali e semiresidenziali.

I disturbi mentali trattati appartengono prevalentemente alla categoria dei disturbi affettivi, seguiti dalle psicosi schizofreniche e dai disturbi d'ansia, somatoformi e della personalità. Con l'età aumenta progressivamente la quota di popolazione in trattamento per disturbi affettivi, mentre per il gruppo 'ansia, disturbi somatoformi e della personalità' tende a ridursi. La prevalenza di pazienti con schizofrenia e disturbi correlati si mantiene elevata dai 30 ai 70 anni con valori superiori a 3 per mille. Circa il 40 per cento dei pazienti è stato segnalato ai servizi di psichiatria territoriale dal proprio medico curante. Negli altri casi si tratta soprattutto di richiesta del paziente medesimo o di auto invio da parte dell'equipe curante.

*Assistenza ospedaliera:* La assistenza ospedaliera per disturbi psichiatrici vede il coinvolgimento di diverse specialità. Nel corso degli anni si è evidenziata una diminuzione dei ricoveri che ha riguardato il pubblico ed il privato. Si è evidenziata con gli anni anche una maggiore appropriatezza della specialità di ricovero. Le diverse Aziende ULSS mostrano tassi molto diversi di ospedalizzazione

Vi sono stati anche 18.600 ricoveri con DRG psichiatrico solo il 50% è avvenuta negli SPDC psichiatrici per un totale di 141.000 giornate di degenza, mentre il 24% ha riguardato strutture private di specialità psichiatrica (per un totale di 145.000 giornate) ed il restante 26% aree in prevalenza pubbliche di altre specialità (66.000 giornate, 29000 in ambito privato e 37.000 pubblico). Una parte rilevante di questi pazienti non giungerà a contatto con la struttura pubblica, anche per patologie per le quali l'approccio di comunità viene ritenuto il più utile. Dal 2000 sono almeno 20.000 i pazienti dimessi con diagnosi psichiatrica che non hanno avuto contatto con i Servizi delle Ulss per la salute mentale. Questo riporta alla complessità del bisogno di salute mentale, ove i bisogni non coincidono né con le domande in generale, né ancora meno con quelle che pervengono ai servizi pubblici.

*Strutture:* In totale, sono attive 337 strutture per la salute mentale, di cui 111 residenziali: il 73% è rappresentato da strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra sulle strutture residenziali (37%) e sulle strutture semiresidenziali (31%). Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono disponibili 805 posti letto "psichiatrici" in 40 strutture ospedaliere (16,2 p.l. x 100.000 ab.).

*Personale:* Alla data del 31 dicembre 2007 risultavano operare presso i 21 Dipartimenti Salute Mentale del Veneto 2.981 operatori complessivi (ovvero 2.744 operatori equivalenti), dei quali quasi l'80% (2.288 operatori complessivi, ovvero 2.174 operatori equivalenti) sono dipendenti ULSS. La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (47%), seguita dagli OTA/OSS (24%), dai medici (13%), dagli educatori (6%), dagli psicologi (3%) e dagli assistenti sociali (3%).

E' necessario poter quantificare e qualificare le richieste di un territorio attraverso un sistema informativo adeguatamente sviluppato e pienamente integrato nella rete informativa Regionale, che consenta di monitorare i dati relativi a tutte le possibili agenzie di aiuto legate alla salute mentale. Tale sistema deve poter descrivere le esigenze generali di un territorio e il loro modificarsi nel tempo, rendendo conto di esigenze mirate, quali:

- a. adolescenti con problematiche psichiatriche importanti;
- b. pazienti che necessitano di un supporto per crisi o pronta accoglienza;
- c. pazienti con provvedimenti sostitutivi dell'OPG (ospedale psichiatrico giudiziario);
- d. pazienti ex OP (ospedale psichiatrico) o pazienti anziani con storia lesiva di patologia e scarsa rete di supporto;
- e. disturbi del comportamento alimentare;
- f. situazioni a alta sofferenza ma basso indice di compromissione funzionale, che potrebbero vivere con disagio le attuali strutture ambulatoriali;



- g. situazioni di anziani che possano interessare la psichiatria;
- h. condizioni di doppia diagnosi.

<b>L'OBIETTIVO DEI PERCORSI: Il "valore" ricercato nella salute mentale</b>
---

LA VISIONE: *la salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità*

LA MISSIONE: *fornire consulenza, assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per migliorare il benessere e la funzionalità delle persone, mettendone in evidenza i punti di forza e le risorse, rafforzandone la resistenza e stimolando i fattori di protezione esterni*

**I VALORI CONDIVISI:**

- 1) adeguato utilizzo delle risorse. Questo concetto riguarda più aspetti:
  - a. adeguata assegnazione alla salute mentale all'interno della spesa sanitaria complessiva;
  - b. adeguata assegnazione delle risorse fra le varie linee di intervento nell'ambito della salute mentale;
  - c. utilizzo delle risorse che tenga conto delle effettive necessità di un bacino di utenza e che venga ottimizzato attraverso una eccellenza organizzativa, una adesione a prassi di comprovata efficacia, una attenta valutazione di processi e risultati.
- 2) servizi accessibili alle persone, ossia servizi realmente inseriti nella comunità locale, in grado di adattarsi ad una domanda sempre più attenta ed in evoluzione;
- 3) empowerment degli utenti, riconoscendo il ruolo di protagonista dell'utente nei processi di terapia e riabilitazione che lo coinvolgono, la sua partecipazione alla definizione degli obiettivi, degli strumenti, il suo essere interlocutore fondamentale nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi;
- 4) efficacia degli interventi, attenta valutazione dei processi e dei risultati, con attenzione anche agli strumenti organizzativi;
- 5) attenzione alle "zone grigie", in particolare:
  - a. salute mentale dell'infanzia e adolescenza;
  - b. lungo assistenza;
- 6) centratura dei servizi sulla persona e non sulla logica delle strutture:
  - a. garantendo il coinvolgimento delle persone in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo, sostenendo la loro capacità di scelta e di decisione e acquisendo il consenso informato circa gli obiettivi e i metodi di trattamento;
  - b. assicurando una risposta, per quanto possibile, comprensiva e individualizzata ai bisogni di salute mentale della persona, anche nei casi più complessi, con comorbilità non psichiatrica o in condizione di grave disagio psico-sociale;
  - c. mantenendo la continuità della presa in carico, anche con un atteggiamento proattivo, per tutto il tempo necessario e valorizzando la relazione operatori-utenti;
  - d. favorendo l'accessibilità ai servizi, in termini di sede, orari e disponibilità degli operatori, e la tempestività di intervento;
  - e. garantendo un livello adeguato di risorse per far fronte ai bisogni di salute mentale della popolazione e una distribuzione delle risorse equa e basata su criteri espliciti;
  - f. favorendo gli interventi che hanno prove di efficacia nella pratica dei servizi e mantenendo negli stessi l'orientamento comunitario;
  - g. attivando le risorse comunitarie per l'integrazione delle persone con disturbo mentale e lottando contro lo stigma e il pregiudizio;

- h. promuovendo la partecipazione degli utenti e dei familiari alla definizione degli obiettivi e al miglioramento dei servizi, rendendo conto agli stessi dei risultati e valutandone la soddisfazione;
- 7) attenzione alla cultura e alle identità etniche di provenienza.

#### LA STRATEGIA:

Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità: il compito del DSM (DSM) è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, nei tempi necessari per concludere il trattamento, privilegiando la prevenzione e la cura personalizzata ed operando altresì primariamente sul territorio.

Accanto alla rimozione degli elementi psicopatologici che ostacolano una vita soddisfacente del paziente, spesso, specie nelle patologie croniche, che costituiscono una realtà importante per i servizi, è necessario costruire un nuovo equilibrio, nuove possibilità di adattamento soddisfacente alla vita, nonostante il perdurare di aspetti psicopatologici: un orientamento che tiene conto della recovery e non solo della guarigione, con una attenzione agli aspetti complessivi della qualità della vita. In maniera parallela, emerge il concetto di una relativa indipendenza fra malattia mentale e compromissione delle abilità sociali, ove hanno un ruolo determinanti diverse rispetto alla malattia, che ribadiscono la centralità di interventi a carattere psicosociale. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.

Il ruolo del DSM si allarga in una presa in carico della salute mentale, ove la clinica psichiatrica viene integrata in una tutela della qualità della vita e in tutti gli aspetti relativi alla inclusione sociale e ai diritti della persona. La dimensione della salute mentale appare così come un valore sociale da promuovere e sostenere in tutti gli ambiti connessi, come la prevenzione, il superamento dei pregiudizi, l'inserimento nel mondo del lavoro, la piena costruzione di una salute che non può essere tale senza salute mentale.

Tale obiettivo rappresenta il "valore" ricercato in quella logica di produzione di salute mentale che deve aiutare a costruire servizi su base razionale. Questo valore, esplicitazione operativa della missione, è il termine di riferimento costante che condiziona la valutazione della operatività durante il percorso. Un tale obiettivo distingue gli interventi che aggiungono valore in questa direzione e che vanno pienamente sostenuti e quelli che non portano valore aggiunto e semplicemente vanno orientati diversamente. Un approccio di questo tipo guida la definizione dei percorsi, siano essi terapeutici o riabilitativi:

- 1) indicando la negoziazione e le condivisioni come elementi centrali del percorso, intesa come:
  - a. condivisione con il paziente di legittimi obiettivi sulla base delle sue richieste e di eventuali bisogni che emergono
  - b. condivisione con i familiari quando siano attivamente coinvolti nel problema
  - c. coinvolgimento della rete sociale formale ed informale
- 2) ponendo, nelle patologie croniche (intendendo con questo patologie che compromettano in maniera grave e continuativa la quotidianità, assorbendola in maniera invalidante nel mondo patologico), una attenzione particolare sulle potenzialità residue, che sono quelle che condizionano un possibile soddisfacente adattamento, oltre che sulla sintomatologia.
- 3) richiedendo una forte integrazione fra le parti, ma anche una particolare attenzione alle competenze e all'esigenza di confini chiari.

Sono necessari criteri comuni relativi alla appropriatezza della presa in carico, alle prassi operative attuate nei percorsi e all'equità nella distribuzione delle risorse necessarie al raggiungimento di tali obiettivi, criteri in cui gli stili dei vari DSM e degli stessi servizi sono diversi.

## IL MODELLO ORGANIZZATIVO: Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

### DEFINIZIONE

Le varie esperienze in ambito psichiatrico maturate in questi anni nella Regione Veneto hanno sancito che il modello operativo attuato finora, cioè una organizzazione dipartimentale articolata in una rete integrata di servizi secondo la logica di psichiatria di comunità, è quello che risponde meglio ai bisogni di salute mentale di una determinata popolazione di riferimento. Pertanto, si riafferma, in maniera uniforme pur rispettando le peculiarità locali, la specifica identità strutturale del DSM nelle integrazioni funzionali con tutti i numerosi soggetti coinvolti nell'ambito della salute mentale, anche con l'obiettivo di sviluppare nuovi scenari che siano in grado di intercettare e dare risposta alle nuove problematiche emergenti, integrando le risposte preventive, terapeutiche, riabilitative, di reinserimento sociale e i diversi ambiti di intervento in una prospettiva di promozione della salute e di prevenzione dello stigma.

Il DSM rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto, opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati e intervenendo primariamente sul territorio, nell'ambito della comunità. Il DSM opera altresì per la promozione della salute mentale con iniziative che coinvolgono attivamente la cittadinanza.

Il DSM è formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica di uno specifico bacino d'utenza. Il DSM comprende una o più Unità Operative Complesse (UOC), relative ad una popolazione di 100.000-120.000 abitanti, possibilmente coincidenti con uno o più distretti socio-sanitari e che prevedono il completo sviluppo e l'integrazione degli interventi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali ed ospedalieri.

Ogni UOC ha una direzione unica, di cui sono definiti i poteri gestionali, le responsabilità e i rapporti con la Direzione strategica dell'Azienda Ulss. A capo di ogni UOC viene posto, su nomina del Direttore generale dell'Azienda Ulss, un dirigente medico psichiatra, in armonia con la normativa vigente, che ha il compito di organizzare, sovrintendere e coordinare dall'interno, l'attività dell'èquipe che dirige. Il DSM, che si configura come strutturale e trans-murale, è diretto da un medico apicale psichiatra, nominato dal Direttore generale dell'Azienda Ulss in analogia agli altri direttori di dipartimento, che conserva comunque la responsabilità clinica di una delle UOC che compongono il DSM.

### REGOLAMENTO, STRUTTURA E FUNZIONI

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Progetto Obiettivo, viene emanato dalla Regione un documento che norma caratteristiche, strutturazione, definizione del budget e regolamento-tipo del DSM. In tale documento saranno normati:

- 1) caratteristiche del DSM e definizione della missione;
- 2) obiettivo economico di Budget (5% del bilancio aziendale) con le modalità del suo calcolo e delle spese che ad esso concorrono (in ogni caso non saranno imputate le spese relative agli ex OP);
- 3) modalità con cui elaborare e sviluppare le strategie di intervento dipartimentale;
- 4) governance del DSM con attribuzioni, compiti e funzioni del Direttore;
- 5) definizione, composizione e compiti degli organi costituenti il DSM, in particolare:
  - a. staff di DSM con funzioni di supporto tecnico-scientifico-organizzativo;
  - b. Consiglio di DSM, con funzioni di indirizzo, programmazione e verifica;
  - c. Assemblea di DSM;

- 6) caratteristiche delle UOC, in termini di risorse, organizzazione e strutturazione, e rapporto con il DSM nel suo complesso;
- 7) rapporto con la componente universitaria o con la azienda integrata, ove presente;
- 8) modalità di partecipazione alla progettazione, al monitoraggio e alla valutazione delle attività del DSM, da parte del personale, degli utenti, dei familiari, del privato sociale e del volontariato;
- 9) modalità di partecipazione alla stesura del Piano di Zona e all'attuazione degli obiettivi in esso specificati;
- 10) nucleo di valutazione per il miglioramento continuo di qualità;
- 11) funzione delle strutture private e convenzionate nel rispondere alle esigenze del DSM;
- 12) modalità con cui la spesa per le strutture private viene identificata ed il rapporto che costruisce con il budget del DSM.

Nel suddetto provvedimento regionale verranno definiti anche quali aspetti e con che margini siano da adattarsi alle singole realtà locali, gli strumenti con cui verrà monitorata la sua applicazione e i tempi della sua revisione, ai fini di renderlo uno strumento elastico in grado di adeguare il DSM alle modifiche che il tempo renda necessarie.

## LE STRUTTURE DEL DSM

Una organizzazione della salute mentale orientata alla persona richiede una flessibilità di risorse che supera una concezione delle strutture quali unica offerta a cui il paziente deve adattarsi. Anche problemi simili pongono richieste e necessità diverse che segnano in maniera forte la efficacia dei possibili interventi e la disponibilità di utenti ad accettarli. I criteri devono tener presente le condizioni individuali di un possibile divenire individuale terapeutico e riabilitativo.

## Generalità delle strutture

Una attenzione agli obiettivi descritti richiede che le strutture abbiano alcuni requisiti di base, che includono:

- a. definizione chiara del loro ambito di utilizzo e della loro applicabilità alle diverse situazioni, da cui discendono l'organizzazione interna e le risorse necessarie, programmate dal DSM in accordo con le indicazioni regionali;
- b. particolare attenzione agli interventi validati secondo la letteratura internazionale: a tal fine la Regione costituisce una specifica commissione con lo scopo di definire un elenco delle pratiche comprovate e condivise: interventi diversi vanno ritenuti a carattere sperimentale e devono seguire il relativo iter; l'informazione e la formazione degli operatori avverrà pertanto tenendo presente questo criterio e verrà incentivata in questo senso;
- c. attuazione della valutazione di esito e di processo dei percorsi generali e dei singoli interventi, secondo metodologie ed indicatori individuati dalla Regione con apposito provvedimento;
- d. individuazione delle strutture che, attraverso una articolazione per dipartimenti e per aree interdipartimentali, possano rispondere quanto più possibile alle tipologie specifiche degli utenti e dei loro problemi;
- e. dimensioni territoriali maggiori della singola Azienda Ulss, con un ricorso a strutture interdipartimentali, da realizzarsi con progetti specifici finanziati inizialmente dalla Regione, per quelle strutture che hanno una specificità ed una connotazione particolare: il riferimento territoriale su cui si basa il modello di psichiatria di comunità è attuabile con una continuità che non si identifica con la stretta localizzazione geografica di taluni interventi specifici;
- f. centralità del CSM (centro di salute mentale) come il luogo originario per tutti i possibili percorsi, creandolo come uno spazio organizzativo centrale cui possono essere collegati luoghi a diversa accessibilità anche al di fuori delle strutture psichiatriche (poliambulatori di distretto), evitando l'eventuale articolazione di strutture specialistiche in sede locale.

A tale scopo si individuano la necessità di:

- g. risorse di base, in termini di strutture e di personale comune a tutte le Aziende Ulss, come definite nel presente Progetto obiettivo regionale e esplicitate in forma esecutiva nei provvedimenti attuativi della LR n. 22/2002 in materia di autorizzazione all'esercizio e accreditamento: tale dotazione deve permettere una risposta alle necessità poste dai LEA (livelli essenziali di assistenza);
- h. risorse aggiuntive da distribuirsi per condizioni mirate sulla base di una programmazione locale valutata in sede regionale: a tal fine la Regione attua una valutazione della situazione epidemiologica esistente, del territorio e dei suoi fattori di rischio, includendo anche i dati che emergono dal costituendo flusso dati della SMIA e dei SerT.

#### La rete delle strutture

La rete delle strutture comprende:

- A. strutture comuni a tutti i DSM, che vanno intese quali dotazioni essenziali ed inderogabili;
- B. strutture specifiche da attivare secondo una logica interdipartimentale;
- C. strutture disponibili per la salute mentale attraverso precise modalità di integrazione con il privato, in grado di rispondere alle necessità indicate nella programmazione regionale e locale.

L'UOC, per poter svolgere le attività indispensabili, deve poter avvalersi della disponibilità locale delle seguenti strutture:

- 1) un Centro di Salute Mentale (CSM) con attività ambulatoriali svolte sulle 12 ore nei giorni feriali e per almeno 6 ore nei giorni prefestivi: il CSM svolge anche attività domiciliare e socio-ambientale, e costituisce il centro operativo e organizzativo di tutta l'UOC, garantendo anche il collegamento con la medicina di base, il servizio di continuità assistenziale ed il SUEM;
- 2) un Day-Hospital Territoriale (DHT), quale area per prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative a breve-medio termine, che richiede un regime residenziale diurno;
- 3) almeno un Centro Diurno (CD) con finalità terapeutico/educativo/ riabilitative e propedeutiche al lavoro;
- 4) un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital Ospedaliero (DHO), con ricettività tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti (per un massimo di 16 posti letto per 100.000 abitanti);
- 5) almeno una Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP), anche mista, ogni 100.000 abitanti, dotata tendenzialmente di 12 posti, elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate necessità locali da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno. Nella tipologia della CTRP si distinguono due moduli: - ad alta attività assistenziale; - ad attività assistenziale intermedia.
- 6) due o più Comunità Alloggio (CA), anche miste, a protezione differenziata, con un accoglimento massimo di 10 persone; le CA avranno, numero e caratteristiche rapportate all'esigenza della popolazione servita, con verifica periodica annuale, e avranno una intensità socio-assistenziale elevata, ospitando pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con verifiche predefinite e rinnovabilità degli stessi;
- 7) almeno due Gruppi Appartamento Protetti (GAP) per due-quattro persone, con assistenza socio-sanitaria di adeguata intensità;
- 8) una Comunità Alloggio di tipo estensivo: nuova unità di offerta da regolamentare;
- 9) servizi innovativi e sperimentali (ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali) limitatamente a patologie di particolare rilevanza o gravosità.

Nella distribuzione delle strutture appare importante evitare la riproposizione di situazioni neomanicomiali. L'SPDC, il DHO, il CSM, il DHT, il CD e la CTRP sono strutture sanitarie, mentre le CA e i GAP sono strutture a gestione mista, integrate tra sanitario e sociale. Questo assetto organizzativo può essere variato dal Direttore Generale in rapporto a particolari specificità della programmazione locale, su proposta motivata del responsabile del DSM approvata dal



Consiglio di DSM e previa notificazione alla struttura regionale competente dell'Assessorato alle Politiche sanitarie: tali variazioni vanno comunicate anche alle Società Scientifiche Psichiatriche venete accreditate, che esprimeranno motivate considerazioni sulle modifiche attuate e sulla congruità dei risultati. Le strutture dovranno possedere i requisiti e gli standard per autorizzazione ed l'accREDITAMENTO ai sensi dei relativi provvedimenti applicativi della LR 22/2002.

Il DSM per i casi, per i quali non sussiste di norma alcuna prevalente competenza psichiatrica (ad es. disabili, anziani, tossicodipendenti, ecc.) e siano assistiti da altri servizi sociali e sanitari in regime di residenzialità, garantisce l'apporto consulenza e non di presa in carico.

#### La Comunità Alloggio a riabilitazione estensiva

L'evoluzione clinica delle psicosi varia in seguito alla gravità della malattia e dei fattori ambientali che intervengono nel corso della vita. Alcuni pazienti hanno nel corso degli anni una remissione clinica sufficiente a consentire loro di condurre un'esistenza pressoché normale. In altri casi, la malattia si stabilizza e permette di conservare un sufficiente grado di integrazione sociale, pur permanendo dei sintomi che richiedono cure costanti e un durevole sostegno da parte dei Servizi del DSM. Infine, nei casi più gravi la malattia può evolvere verso la cronicizzazione con un grado più o meno elevato di deficit cognitivo e di perdita dell'autonomia: in talune situazioni la causa del peggioramento è la insorgenza di gravi malattie organiche. La quasi totalità dei pochi pazienti appartenenti a quest'ultimo gruppo è in carico da anni ai Servizi psichiatrici territoriali pubblici e/o privati e molti di loro sono ospiti lungodegenti delle CTRP, ove spesso hanno raggiunto una stabilizzazione clinica ma non un recupero delle abilità individuali e sociali sufficiente da consentirne la dimissione e il reinserimento nel contesto sociale e familiare.

Le Strutture Residenziali intensive attualmente previste ed operative in Veneto, le CTRP e le CA, erogano programmi ad alta intensità riabilitativa orientati al recupero delle abilità individuali, sociali e relazionali. La loro missione è di ripristinare l'autonomia della persona, offrono attività e realizzano percorsi terapeutici particolarmente orientati alla attivazione dei pazienti, finalizzati alla dimissione e al rientro nella società. La durata della permanenza nella Comunità, sia pure variabile da caso a caso, è comunque a termine. A causa di tutte queste qualità specifiche le strutture riabilitative intensive sono inadeguate al trattamento della cronicità psichiatrica che richiede invece trattamenti specialistici in grado di contrastare il deterioramento, di mantenere la stabilizzazione clinica nel lungo periodo e quindi meno intensivi e attivanti.

Alla luce di tutte queste considerazioni si osserva la necessità di ampliare la gamma di offerta delle Strutture Residenziali per utenti psichiatrici prevedendo l'apertura di Comunità Alloggio estensive (CA-Es) che siano in grado di realizzare trattamenti specialistici riabilitativi ed assistenziali, individualizzati e prolungati. La disponibilità di posti nelle Strutture Residenziali (SR) estensive permetterà altresì di garantire le dimissioni e il turn-over nelle CTRP e nelle CA Intensive (CA-In), consentendo ai nuovi utenti di usufruire a loro volta della risorsa Comunità Terapeutica intensiva. Si sta constatando, infatti, che la permanenza di numerosi ospiti nelle CTRP e nelle CA-In sia troppo lunga se non lunghissima. Dall'analisi dei dati della ricerca Progres Veneto 2006 questo fatto emerge con evidenza ed è confermato anche da ricerche eseguite su scala nazionale. Quindi considerata la rilevanza riabilitativa e terapeutica delle Comunità Terapeutiche è di grande utilità avere a disposizione dei posti per la riabilitazione intensiva senza lunghe liste d'attesa.

Per tutte le considerazioni presentate si ravvisa l'esigenza di istituire una nuova tipologia di SR a valenza sia sanitaria che sociale, con il compito di programmare e attuare in collaborazione con il DSM e il Distretto Socio-Sanitario dei percorsi di cura a medio/lungo periodo per i pazienti psichiatrici che necessitano di riabilitazione e lungoassistenza specialistica psichiatrica. Questa nuova tipologia di CA fornirà assistenza sia sanitaria che sociale, intervenendo prevalentemente sulle abilità di base al fine di migliorare l'autogestione della vita quotidiana e la conservazione delle abilità precedentemente conseguite in altri contesti riabilitativi, dovrà quindi promuovere interventi di risocializzazione e gruppali strutturati. Verrà favorito altresì il coinvolgimento del volontariato e delle associazioni.

Si ritiene pertanto necessario che le CA estensive attuino interventi sanitari e sociali con prevalenza sanitaria terapeutica sia specialistica psichiatrica che di medicina generale. Gli interventi verranno erogati da un'equipe multi professionale. E' prevista la formazione del personale e dei criteri di verifica della qualità dei servizi.

Caratteristiche principali:

- la gestione può essere delegata a Cooperative del Privato Sociale o Enti di Pubblica Assistenza autorizzati e accreditati con consulenza specialistica psichiatrica a cura del DSM;
- l'inserimento dell'utente avviene su proposta del DSM dopo valutazione della UVMD, alla quale partecipano anche il Medico di Medicina Generale, il DSS e il Comune;
- viene sottoscritto all'ingresso un contratto terapeutico condiviso da tutti gli attori: utente, familiari, DSM e CA ospitante;
- l'accoglienza dell'ospite avviene di intesa fra la CA ospitante e il DSM dopo la stesura di un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) condiviso. La collaborazione fra CA e DSM proseguirà durante la permanenza nella struttura e prevede la effettuazione di verifiche periodiche del PTI;
- il trattamento comporta la effettuazione di attività riabilitative di base, interventi di intrattenimento in sede e fuori sede, interventi di risocializzazione e di sostegno ai programmi personalizzati, partecipazione ad attività comunitarie e di gruppo;
- l'equipe che gestisce la CA è multiprofessionale ed è composta da: psicologo, educatore, infermiere, operatori sociosanitari, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, secondo dei parametri n°-utenti/n°-operatori da definire con successivi criteri di autorizzazione e accreditamento. Si prevede la consulenza periodica e regolare del Medico di Medicina Generale;
- la presenza del personale è prevista per 24 ore al giorno con maggiori interventi nelle ore diurne per consentire lo svolgimento delle attività riabilitative;
- è programmata la costituzione di una Unità di Valutazione dell'andamento della gestione della comunità della quale fanno parte oltre al gestore e al DSM anche il Distretto Socio Sanitario (DSS) e le Associazioni dei familiari;
- numero di posti letto: max 20.

Per quanto riguarda i destinatari dell'intervento e i criteri di ammissione, sono da considerarsi diagnosi elettive:

- schizofrenia e psicosi schizofreniche, sindromi affettive gravi, gravi disturbi di personalità. La malattia deve essere severa e persistente e accompagnata da scarsa autonomia personale e sociale;
- eventuale comorbilità con una malattia organica grave.

L'età al momento dell'ingresso è superiore ai 40 anni. Sono esclusi i pazienti affetti da demenza, ritardo mentale medio o grave.

#### FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO NEL DSM

A cura del responsabile del DSM, è predisposto un piano annuale di formazione ed aggiornamento del personale, congruente con le finalità del DSM e gli obiettivi delle singole équipe. La formazione del personale sarà diretta a migliorare sempre più le competenze professionali e la qualità delle prestazioni e ad ampliare la cultura etica nelle pratiche dei servizi.

E' predisposto altresì, con le medesime modalità, un piano di informazione, educazione e formazione sanitaria specifica per la popolazione residente, gli utenti, i familiari e per le reti sanitarie e sociali locali.

Il DSM elabora anche un progetto formativo rivolto agli operatori del privato sociale, che preveda percorsi formativi possibilmente accreditati ECM sia su obiettivi aziendali che su specifici aspetti della professione. In modo analogo vanno progettati attraverso modalità integrate, momenti formativi comuni con gli operatori delle strutture private

La formazione degli operatori deve tenere conto per la sua programmazione:

- a. delle linee operative del DSM;
- b. degli ambiti specifici di attività dell'operatore;
- c. degli interessi specifici dell'operatore.

Per i detti piani va riservata adeguata frazione del budget dipartimentale (almeno 1%) e deve essere nominato nel DSM un responsabile della formazione ed aggiornamento. Per ogni progetto formativo elaborato andranno specificati e definiti gli obiettivi e prevista una valutazione finale, da parte dei partecipanti, sulla pertinenza ed utilità del progetto medesimo: tali iniziative e valutazioni vanno riportate nella relazione dipartimentale annuale. Il finanziamento di tale progetto formativo può prevedere la compartecipazione alla spesa del privato coinvolto nei percorsi formativi.

Il DSM concorda modalità di supervisione al proprio interno per le situazioni per situazioni filtrate attraverso una griglia concordata (ad es., pazienti in trattamento da un certo tempo, pazienti che hanno avuto un certo numero di ricoveri).

Nella attribuzione del personale alle diverse équipes psichiatriche, andrà garantita, congiuntamente sia da parte del responsabile dell'équipe destinataria, sia da parte della direzione generale assegnante, la massima formazione e qualificazione di ogni professionista di qualunque livello.

Nella formazione va considerato che il contatto umano è una delle principali vie mediante le quali è possibile una attività e una relazione terapeutica con il malato mentale e l'ambiente in cui vive, ed essendo altresì in psichiatria la componente umana, più che la strumentale, ad incidere significativamente nella buona pratica clinica psichiatrica di cura e tutela della salute mentale.

#### L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN EQUIPE

Viene favorita una modalità di lavoro partecipata, con adeguata condivisione delle informazioni e degli apporti all'interno delle équipes, garantendo l'effettivo apporto di tutti gli operatori in fase di progettazione, esecuzione e valutazione, operando il superamento della frammentazione. La tipologia standard di lavoro è il team di lavoro multi professionale in cui viene divisa l'équipe: tale modalità garantisce una modalità partecipata e facilita la necessaria referenza per utenti, familiari ed istituzioni. E' cura del DSM che i carichi di lavoro vengano adeguatamente distribuiti, utilizzando i dati del sistema informativo a questo scopo. Si sottolinea l'importanza della condivisione in atti centrali quali la diagnosi e la definizione della ipotesi di trattamento, proprio in quanto atti che chiedono la massima attenzione e condivisione, che vanno indirizzati quali processi di équipes e non atti individuali.

#### INTERVENTI DI EMERGENZA E URGENZA

I servizi orientati alla persona progettano i propri interventi in maniera strettamente coerente con le necessità dell'utenza. Per gli interventi di emergenza/urgenza questo significa rispondere a taluni principi generali, che vanno poi declinati nelle situazioni locali attraverso specifici protocolli e che includono:

- 1) l'appropriatezza dell'intervento: è cioè necessario che adeguati filtri possano individuare in maniera agevole le situazioni dove l'intervento del DSM appare pertinente ed efficace. Questo può essere attuato solo con una collaborazione con i MMG (medici di medicina generale), con il servizio di continuità assistenziale e con il DEA, per una attenta valutazione della effettiva natura e delle competenze coinvolte nella situazione di acuzie. Questo aspetto di una valutazione generale di base appare ancora più importante nelle situazioni non già conosciute dal Servizio, per evitare situazioni tutt'altro che rare di coinvolgimento improprio;
- 2) la collaborazione e l'integrazione degli interventi: occorre predisporre le condizioni perché nelle situazioni ove emerge una competenza complessa (situazioni di confine, doppie diagnosi) siano prontamente disponibili tutte le competenze necessarie, senza funzioni vicarianti (anche temporanee) del DSM che rischiano di essere non specifiche, non complete e di conseguenza disfunzionali;

- 3) la qualità dell'intervento: come è necessario garantire l'appropriatezza, così è altrettanto importante che vi sia una corretta gestione dell'acuzie psichiatrica con la possibilità di accedere a tutte le informazioni necessarie alla comprensione del problema e a tutti gli strumenti necessari per affrontarlo, individuati da una corretta formazione del personale e da una piena attuazione delle strutture del DSM;
- 4) la continuità dell'intervento: è necessario che l'équipe nel suo insieme, anche nelle situazioni di acuzie, offra la continuità progettuale per le situazioni prese in carico e le basi per una sua costruzione nelle situazioni di nuovo accoglimento;
- 5) la piena copertura degli interventi: occorre prevedere interventi attivi 24 ore su 24 per l'intero anno solare, in coordinamento con il DEA (servizio 118) e con il servizio di continuità assistenziale e con il MMG, secondo protocolli di intesa operativa necessariamente predefiniti a livello di DSM;
- 6) la tempestività: è necessario che i protocolli prevedano l'attivazione rapida di quanto necessario per la valutazione della situazione, gli interventi urgenti, l'eventuale trasporto del paziente o il suo ricovero;
- 7) l'integrazione con la comunità: è necessario sviluppare una piena collaborazione con l'ambiente ove il paziente vive, anche attraverso interventi psicoeducazionali, in maniera che la individuazione delle situazioni acute in ambito familiare o della comunità sia tempestiva e facilitata;
- 8) la chiarezza delle procedure nei trattamenti senza consenso, utilizzando strumenti e modalità definite e consolidate; in questo senso è importante il riferimento alla DGR n. 847 del 31 marzo 2009 - "Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)"-
- 9) la programmazione: occorre infine che le attività siano programmate in modo che gli ambiti dell'attività urgente e programmata siano distinti e non interferiscano reciprocamente in modo negativo.

E' necessario che entro sei mesi dall'approvazione del presente Progetto obiettivo, ogni DSM definisca le modalità con cui affronta l'emergenza/urgenza e sviluppi specifici protocolli con il DEA, con il servizio di continuità assistenziale e con i MMG per una corretta gestione che tenga conto dei principi indicati.

#### I LEA (livelli essenziali di assistenza) PER LA SALUTE MENTALE

I LEA prevedono solo ciò che è effettivamente esigibile in quanto riconosciuto "essenziale" per il percorso di cura o di salute del singolo individuo che si rivolge ai servizi di salute mentale. È auspicabile e necessario abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece a un approccio sulla singola persona e che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo.

I seguenti percorsi, che saranno oggetto di specifico approfondimento con apposito provvedimento di Giunta, sono definiti come sequenza di processi che vengono a costituire l'intervento nel singolo caso e devono essere garantiti su tutto il territorio regionale, da parte dei DSM, a prescindere dal grado di sviluppo dei servizi e dei modelli organizzativi che li contraddistinguono.

##### PERCORSO DI 1° LIVELLO: Prima visita e valutazione (consultazione)

Si tratta di interventi specialistici rivolti a tutte le persone, al di sopra dei 18 anni di età, inviate dal MMG o dal Pronto Soccorso e anche a coloro che si propongono ad un accesso diretto al CSM. La modalità non si limita alla visita specialistica, ma implica una valutazione psico-diagnostica multidimensionale (bio-psico-sociale). Gli interventi vengono garantiti di norma in ambito ambulatoriale e comunque in strutture del DSM; possibili anche valutazioni a domicilio laddove opportuno o indispensabile (situazioni conflittuali, di non accettazione, disabilità fisiche, problematiche familiari complesse, ecc.). Vengono stabilite delle priorità in relazione all'acuzie e alla severità, in senso non solo clinico ma anche psicosociale (con eventuali liste d'attesa

differenziate). Una richiesta ordinaria prevede una risposta entro 7 giorni. Va garantito un accesso diretto e una accoglienza della domanda almeno dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle 08.00 alle 14.00 il sabato e i prefestivi. Se l'intervento è richiesto dal Pronto Soccorso, il Medico di Guardia del P.S. può attivare uno psichiatra reperibile 24 ore su 24. La risposta avviene nel minor tempo possibile secondo quanto definito dalla normativa. In caso di richiesta urgente del MMG, la risposta avverrà entro le 24 ore dalla presentazione della richiesta al CSM competente per territorio. In caso di richiesta ordinaria da parte del MMG o del Paziente, la risposta avverrà entro 7 giorni dalla richiesta. Vengono coinvolti nell'intervento i dirigenti psichiatri e psicologi oltre che gli infermieri. Prevede il rinvio al MMG o l'accesso al 2° livello, con programmi di collaborazione con il sistema delle cure primarie. Per la prestazione è previsto il pagamento del ticket per i non esenti.

**PERCORSO DI 2° LIVELLO:** Presa in carico per trattamento (specialistico), psichiatrico/psicoterapeutico o entrambi con possibile rinvio al MMG.

Per coloro cui è stato indicato di proseguire un trattamento dopo la prima visita (1° livello) è previsto un ventaglio di trattamenti: visite ambulatori e/o domiciliari, psicoterapie individuali, familiari o di gruppo, coinvolgimento informato dei familiari, a seconda del progetto formulato e concordato con il richiedente. Gli interventi possono avvenire a domicilio, presso gli ambulatori, CSM, ecc. La presa in carico deve poter avvenire entro 7 gg. dal termine del 1° livello. Gli interventi coinvolgono diverse figure professionali, dirigenti psichiatri e/o psicologi, un operatore di riferimento per la persona (la presa in carico può essere anche solo individuale). Nella maggior parte dei casi può essere necessario informare della decisione di interrompere il trattamento o dell'effettiva interruzione i caregivers e le figure di supporto sociale della persona

**PERCORSO DI 3° LIVELLO:** Percorsi terapeutico riabilitativi ad alta o intermedia intensità assistenziale da realizzarsi presso strutture residenziali o semiresidenziali dotate di équipe multiprofessionali: CTRP ad alta intensità assistenziale; CTRP ad intensità assistenziale intermedia; DHT; CD.

Includono percorsi terapeutici, di riabilitazione e restituzione sociale per situazioni di disturbo psichiatrico rilevante: tali percorsi sono attivati anche in modo precoce rispetto all'esordio e la durata è definita in relazione al bisogno anche per lunghi periodi di tempo.

**PERCORSO DI 4° LIVELLO:** Percorsi ad alta integrazione socio-sanitaria.

Tali percorsi devono essere garantiti utilizzando anche risorse aggiuntive rispetto a quelle attribuite alla salute mentale. Sono rivolti a persone che necessitano di trattamenti terapeutici e socio-riabilitativi residenziali: pazienti non autosufficienti, che necessitano di una soluzione abitativa e lavorativa e ancora di tutela sanitaria, ma anche persone che richiedono trattamenti residenziali prolungati a valenza socio-sanitaria a causa del cronicizzarsi della patologia psichiatrica che può accompagnarsi a comorbidità con patologie organiche. I trattamenti vengono erogati da équipe multiprofessionali presso strutture come CA e GAP. Per quanto riguarda la quantità e la qualità delle risorse necessarie è obbligatorio prevedere delle risorse aggiuntive a quelle sanitarie per quei casi che non soddisfano più i criteri della specializzazione (intensiva-estensiva), cioè per i casi che soddisfino i criteri della "lungoassistenza". Inoltre, è necessario definire dei protocolli in cui siano individuate le finalità, i destinatari, le modalità operative in cui si evidenzia l'aspetto del cofinanziamento. Le finalità devono riguardare l'inclusione sociale nelle sue declinazioni lavoro-casa-relazioni sociali. Possono anche essere presi in considerazione progetti sperimentali in favore di pazienti psichiatrici finalizzati alla riabilitazione e alla completa autonomia sociale, lavorativa, abitativa e cofinanziati con fondi aggiuntivi a carico del privato sociale con forte vocazione di imprenditorialità. Lo scopo è quello di introdurre flessibilità nei percorsi di assistenza, attraverso modelli operativi di collaborazione pubblico/privato e convenzioni con soggetti non istituzionali.



## ORGANIZZAZIONE, SOGGETTI, CONTESTI

### DSM, DISTRETTO SOCIO SANITARIO E SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Occorre sottolineare il concetto di continuità, come adeguato completamento della condivisione, fra l'operatività psichiatrica e la dimensione del distretto, con particolare riferimento ai MMG. La organizzazione Dipartimentale dei servizi per la salute mentale si basa sul principio della vocazione territoriale dei servizi integrati nella comunità. L'articolazione del CSM all'interno della realtà dei distretti socio sanitari (DSS) prevede punti di contatto con tutte quelle attività che sono legate anche nel contenuto alla tutela della salute mentale in generale degli individui e delle loro famiglie. Si articola infatti funzionalmente con l'insieme della organizzazione dei servizi del territorio e con il DSS e in particolar modo con i diversi servizi specialistici e unità operative che caratterizzano gli interventi territoriali nell'ambito della risposta globale ai bisogni di salute della popolazione. Pur nella reciproca autonomia organizzativa il DSM e i DSS condividono infatti aspetti importanti quali la presenza nel territorio, la necessità di una relazione stretta con la comunità e in generale gli attori sociali di questa. E' pertanto necessario definire le interfacce con le peculiari problematiche distrettuali e del territorio in generale.

Il modello generalizzabile individuato dalla Regione Veneto per garantire l'unitarietà delle fasi di progettazione e di esecuzione è la formulazione e l'adozione dei Piani di Zona nei quali vengono a coordinarsi con gli interventi sanitari, non solo i servizi ad alta integrazione socio sanitaria ma anche le più generali politiche sociali dei comuni. Il Piano di Zona costituisce il principale momento locale con cui viene data, nel rispetto delle tipicità locali e delle dimensioni di bisogno originali del territorio, realizzazione alle politiche formulate a livello regionale ed è lo strumento che costruisce, sviluppa e garantisce l'integrazione organizzativa e professionale tra servizi, tra istituzioni pubbliche e private. Al Piano di Zona è attribuito il ruolo di dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali in quanto modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati. E' necessario, pertanto, far confluire all'interno del Piano di Zona la rete dei servizi che costituisce il sistema esistente, nel quale rientra anche la programmazione dell'area salute mentale, alla cui costruzione contribuiscono i soggetti terzi interlocutori del DSM (Comuni, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato, Associazioni dei Familiari, MMG, ecc.). Tale lavoro di rete permette una reale collocazione territoriale degli interventi di cura nella loro valenza sanitaria e sociale.

Il Distretto deve rappresentare la struttura che agisce da interfaccia, sia per l'introduzione dei percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in ambito psichiatrico nei Patti aziendali con la Medicina Convenzionata, sia per il monitoraggio dei protocolli condivisi e la programmazione delle attività sul territorio nonché coordinando l'intervento nei casi complessi, ossia tutte quelle condizioni in cui pur essendo presente una importante psicopatologia vi sono altri elementi determinati sul piano socio-sanitario che ritengono necessaria una valutazione e una programmazione degli interventi multi professionale e quindi da parte di diversi servizi. Riferimento per la valutazione e la programmazione degli interventi multiprofessionali e distrettuali nei casi complessi è, coerentemente alla normativa regionale, l'unità valutativa multiprofessionale distrettuale (UVMD) operante in ogni Azienda Ulss. In questo ambito rientrano i trattamenti protratti come individuazione di pazienti "cronici fragili", con caratteristiche, esigenze e reti di supporto specifiche.

Vi è anche da costruire una migliore collaborazione con i Medici di Continuità Assistenziale, che sono una risorsa importante per situazioni di emergenza/urgenza. Questa collaborazione può essere migliorata da una maggiore integrazione "sul campo" e da una collaborazione in sede formativa.

Emerge la necessità di definire con attenzione il rapporto con i MMG che hanno un ruolo centrale nella appropriatezza degli invii ai CSM e nella continuità di gestione dei pazienti. Il ruolo del MMG è particolarmente rilevante nella individuazione dei casi "a rischio", nella richiesta di

interventi precoci rispetto a esordi psicopatologici, nella azione di indirizzo e sostegno a paziente e famiglie, nella gestione delle urgenze. Molte patologie di pertinenza psichiatrica, richiedono una presa in carico da parte dei servizi del DSM, ma molte possono essere gestite e risolte con una integrazione con il MMG curante dell'assistito per una presa in carico "condivisa". In molte situazioni poi la collaborazione con il MMG è centrale sia per la sinergia degli interventi sia per la gestione degli aspetti somatici della salute del paziente. I rapporti di collaborazione con i MMG debbono essere sviluppati attraverso protocolli, tenendo presente tre elementi:

- a. sportello per i MMG;
- b. consulenza telefonica per eventuali urgenze;
- c. rapporto forte dato di una organizzazione della equipe in team di lavoro, che finisce per raccordarsi principalmente con i MMG che lavorano su quello specifico territorio

I MMG stanno sempre più sviluppando potenzialità nella salute mentale – ad esempio i corsi di counseling – e con cui è importante stabilire rapporti fondati di collaborazione. Il loro ruolo viene ulteriormente sottolineato per quanto riguarda le "dimissioni protette" dal DSM. Il DSM deve infine rappresentare un riferimento per la Medicina Convenzionata (MMG, PLS, CA) per l'attività di formazione e aggiornamento su tematiche condivise.

## LE FAMIGLIE

Va sviluppato un rapporto costruttivo con le famiglie, che riesca a includere pienamente le loro potenzialità collaborative nel progetto di lavoro. L'equipe collabora con i familiari con varie modalità, in rapporto alle condizioni imposte dalla privacy: si considera che i confini della privacy siano posti dall'effettivo coinvolgimento operato dal paziente stesso nei confronti dei familiari e da una valutazione della reale consapevolezza del paziente circa la propria situazione e le sue ricadute familiari, nel rispetto della normativa vigente. Le modalità di coinvolgimento della famiglia, nella presa in carico del paziente grave, vengono esplicitate in forma scritta nel progetto terapeutico personalizzato (PTP), motivando adeguatamente l'eventuale decisione di un mancato coinvolgimento e garantendo comunque la continua attenzione al problema e alle sue possibili revisioni. Sono comunque da promuovere tutte le possibili forme di collaborazione anche per accogliere segnalazioni e problemi dai familiari e fornire supporto di conoscenze senza alterare la privacy.

Il supporto ai familiari non può esprimersi come mera assistenza, né come risposta sociale, ma si deve declinare su vari livelli:

- informativo-psicoeducativo, sia a domicilio, sia nelle diverse sedi dell'UOC;
- terapeutico, ove necessario;
- di collegamento alle varie e diverse agenzie territoriali (consultorio, Comune, ufficio collocamento) .

Il DSM indicherà le specificità operative che nascono dal pieno riconoscimento del ruolo che i singoli familiari e le Associazioni esercitano in ambito collaborativo ed attivo. Fin dal primo contatto con il servizio sono determinanti le modalità di ascolto e di accoglimento, di informazione e valutazione della richiesta della famiglia e dell'utente. La chiarezza di risposte, spiegazioni e proposte, l'esplicitazione dei criteri di presa in carico, di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi sono strumenti essenziali per costruire collaborazione e corresponsabilità in un rapporto di fiducia

Di fatto emerge che le difficoltà familiari sorgono in particolare: nelle situazioni di crisi, con pazienti non consenzienti al trattamento terapeutico o riabilitativo e nella gestione di cronicità lunghe e/o marcate da gravi disabilità. Perciò, oltre ai percorsi psicoeducativi su aspetti generali vanno definite e fatte conoscere alla famiglia linee guida su come gestire tali situazioni e definire il rapporto col referente, indicato dal Servizio per la gestione del problema.

Alla famiglia del paziente psichiatrico è necessario garantire informazioni su:

- malattia e interventi terapeutici e riabilitativi in un modello psicoeducativo;
- sintomi premonitori della crisi;

- linee operative dedicate alle emergenze;
- percorsi previdenziali e assistenziali, con particolare attenzione all'amministrazione di sostegno (protezione *anche* patrimoniale del malato);
- disponibilità a livello distrettuale di servizi di segretariato sociale;
- sostegno psicoterapeutico;
- gruppi di auto mutuo aiuto;
- esistenza di Associazioni di tutela della salute mentale accreditate.

Il servizio, infatti, riconosce il ruolo delle Associazioni di familiari e/o di utenti e della loro rappresentanza negli ambiti istituzionali previsti dalla vigente normativa, con esse collabora e si attiva - con modalità condivise e concordate - per farle conoscere, innanzitutto - ma non solo - a quanti utilizzano i servizi psichiatrici, quali ulteriori spazi autonomi di formazione, informazione, scambio e proposta. E' opportuno valutare progetti ove la famiglia che accoglie al suo interno e assiste il malato (inserimento omofamiliare) goda di servizi e interventi (su comprovata necessità, anche di supporto economico) corrispondenti a quelli a sostegno dell'inserimento eterofamiliare.

E' importante pensare alla famiglia come un sistema allargato. In questo senso è opportuno tenere conto non solo dei genitori, ma anche dell'ambito dei fratelli, che possono aiutare a completare il quadro comprensivo e supportivo e possono anche aiutare a progettare secondo piani longitudinali a più lunga distanza nel tempo. Anche per questi è utile favorire la nascita di gruppi di auto mutuo aiuto di sostegno. Appare altresì necessario supportare l'implementazione di reti territoriali e di percorsi atti a sostenere la realizzazione di progetti di vita del paziente psichiatrico alternativi alla permanenza in famiglia.

La Famiglia e le reti fra famiglie possono essere considerate anche risorsa attiva, come dimostrano le esperienze di questi anni di inserimento eterofamiliare supportato di persone che necessitavano di un percorso riabilitativo, che non abbisogna obbligatoriamente l'utilizzo di una struttura residenziale. Pur non disponendo di una numerosità di casi di grande rilevanza, gli esiti di tale esperienze sembrano essere positivi e molto interessanti dal punto di vista della qualità del percorso riabilitativo. Tali forme di inserimento, successivo ad adeguata selezione e formazione delle famiglie, e normato da una progettualità da parte del DSM, possono quindi costituire un supporto importante ed alternativo ai classici percorsi residenziali. Va attivata una banca dati regionale che permetta di valutare gli esiti e definire gli standard di tale proposta riabilitativa.

## LA RETE SOCIALE

Nella logica di operare secondo il modello bio-psico-sociale, gli elementi della rete socio sanitaria in cui il DSM si colloca mostrano talune collaborazioni formalizzate, altre aperte ai contributi di iniziativa locale, offrendo la massima disponibilità alla sperimentazione e alla diffusione dei risultati, ma anche cornici precise in cui operare. L'approccio alla salute mentale secondo un paradigma di rete, come chiave di lettura del contesto sociale, ridefinisce a vasto raggio l'operatività dei servizi della salute mentale, migliorando la loro integrazione con gli altri soggetti implicati nei servizi alla persona, e implica sviluppo in rete delle risorse ambientali naturali (famiglie, quartiere, volontariato, auto aiuto) e professionali (DSM, cooperazione sociale).

Si è sviluppata, per superare il limite dei servizi formali, la creazione di servizi integrati nella comunità, collocati, cioè, nel luogo dove insorgono i bisogni e dove si alimenta l'intreccio naturale delle risorse umane. Si è costituita e specializzata tipologicamente la "rete formale di supporto comunitario", a composizione mista pubblico-privato. A sviluppo di ciò, si individua nella cooperazione sociale il soggetto associativo potenzialmente più adatto ad operare sul terreno della promozione dei diritti di solidarietà e su quello della erogazione delle prestazioni attraverso le quali tali diritti si concretizzano. All'interno di questo quadro in evoluzione, le prassi usuali legate ai concetti di integrazione e coordinamento vanno superate a favore di nuove modalità che fanno riferimento ad una visione di interazione/condivisione che si fonda sulla condivisione di responsabilità della funzione pubblica (Legge 23/2006 sulla cooperazione sociale).

In ambito sociale, il principio di sussidiarietà orizzontale legittima i soggetti della comunità territoriale anche non formalmente costituiti a farsi carico a pieno titolo delle aree problematiche e di sofferenza personale e sociale. La legittimazione, che non deriva dal riconoscimento formale di soggetti istituzionali, risiede nell'esercizio stesso della cittadinanza. Va sostenuta, inoltre, la nascita di gruppi di self-help, la creazione di reali momenti partecipativi, di occasioni di assunzioni di responsabilità e potere decisionale degli utenti. Si tratta di favorire una cultura che riconosca la caratterizzazione della rete sociale come "comunità terapeutica riabilitativa allargata", in grado di operare con caratteristiche relazionali, oltre che formali, strutturate e regolative.

#### A) Sviluppo di percorsi di inserimento lavorativo

Il lavoro permette di determinare il proprio status, di dare vita ad una rete di relazioni aggiuntiva a quella amicale e parentale e di sentirsi utili ed in grado di contribuire al benessere della comunità. Le strategie includono:

- sostenere interventi che favoriscono negli utenti conoscenza dei percorsi e delle opportunità di ingresso nel mondo del lavoro, attraverso i Centri di Lavoro Guidato (CLG) che accompagnano la persona nell'attività lavorativa;
- attuare l'utilizzo di un approccio di rete per favorire la convergenza fra soggetti istituzionali, del privato sociale e del privato economico su obiettivi condivisi di formazione al lavoro e di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati;
- favorire percorsi di inserimento attraverso la legge 68/1999 (Servizio Integrazione Lavorativa, Centri per l'Impiego)
- favorire modalità di inserimento diretto attraverso le altre modalità (ad es., il supported employment) che la letteratura internazionale e l'esperienza nazionale hanno indicate come vantaggiose.

#### B) Sviluppo in rete e sostegno all'abitare autonomo

A fianco ed ad integrazione delle strutture residenziali formalmente definite nei DSM, vanno prese in considerazione, incentivate e sostenute modalità nell'affrontare problemi, quali quelli dell'abitare che si caratterizzano per un buon livello di autonomia e meglio garantiscono il protagonismo dell'utenza, anche con l'apporto di risorse proprie, del privato sociale, delle Aziende Territoriali di Edilizia Residenziale (ATER), della famiglia, favorendo e incentivando le proposte delle famiglie e degli enti che intendono donare o dare in comodato d'uso gratuito abitazioni per gli utenti.

Un approccio al problema della salute mentale orientato alla comunità pone anche la questione di una formazione di "operatori di confine" in grado di operare come interfaccia fra il sistema dei servizi istituzionali/formali e l'area delle reti informali della comunità, facendo interagire i due sistemi e creando connessioni e canali di comunicazione ove possa avvenire uno scambio di risorse.

### **II RAPPORTO CON GLI UTENTI**

Il DSM favorisce la formazione di forme di auto-mutuo-aiuto (AMA) da parte di utenti e di associazioni di volontariato. Il DSM riconosce l'apporto degli utenti alla definizione di iniziative di salute mentale attraverso la presenza di propri rappresentanti di associazioni riconosciute nel Consiglio di Dipartimento.

I Servizi, nelle modalità di intervento nella salute mentale, riconoscono che la mobilitazione delle risorse e la motivazione personale dell'utente sono la principale determinante di esito, soprattutto nei percorsi riabilitativi, e che l'utente è portatore di esperienze che vanno considerate insieme ai valori etici e alle evidenze scientifiche. I servizi riconoscono gli utenti quali soggetti di decisione e pongono come centrale il sostegno al protagonismo ed al diritto di scelta degli utenti stessi. Ne sostengono, inoltre, i percorsi per l'acquisizione dei diritti di cittadinanza.

La organizzazione territoriale è uno strumento essenziale di lavoro e non risponde quindi a una logica burocratica, così come le assegnazioni delle referenze terapeutico – riabilitative all'interno della struttura. Vanno pertanto intesi quali strumenti e non quali fini inderogabili,

permettendo, in situazioni di difficoltà da parte dell'utente, dei suoi familiari o dello stesso operatore, di valutare se altre soluzioni siano di fatto più utili nel caso specifico. Il DSM deve prevedere esplicite e codificate modalità per rivedere il riferimento utente/operatori quando emergono difficoltà disfunzionali nella gestione della relazione terapeutica.

#### **RUOLO E FUNZIONI DELLE CLINICHE PSICHIATRICHE UNIVERSITARIE**

Per il ruolo specifico ricoperto dall'Università nell'ambito della formazione medica e psichiatrica con le Scuole di specializzazione, le strutture psichiatriche universitarie di Padova e Verona svolgono buona parte delle loro funzioni di attività clinica, didattica e di ricerca nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale. Per la definizione della rete formativa prevista dal nuovo ordinamento delle Scuole di specializzazione, le sedi di Padova e Verona si avvalgono della collaborazione con alcune strutture territoriali della Regione Veneto, con cui stabiliscono specifici rapporti di convenzione.

Le strutture psichiatriche universitarie, come le altre strutture cliniche e assistenziali universitarie, trovano la loro collocazione nell'ambito delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, dove le cliniche psichiatriche universitarie hanno sviluppato anche specifiche attività sovrazonali, quali la consultazione psichiatrica e di psicologia clinica nell'ospedale, dedicata anche a pazienti con specifiche patologie mediche e chirurgiche. Nell'ambito di tali strutture sono stati istituiti dalla Regione i centri regionali per i disturbi del comportamento alimentare.

L'articolazione del rapporto tra le strutture universitarie e il DSM è regolata, per la parte attinente alla assistenza, da un'apposita convenzione. Il personale universitario, insieme al personale non universitario dell'unità operativa a direzione universitaria, assicura la presa in carico e il trattamento della popolazione di uno o più specifici bacini di utenza. Le dimensioni dei bacini e le strutture territoriali assegnate, nonché le funzioni assistenziali assicurate dalle equipe universitarie, dovranno essere, nel rispetto delle intese Università-Regione, congruenti con il regolamento e gli obiettivi del DSM al quale afferiscono, alla pari con le equipe territoriali. Alle strutture Universitarie saranno assegnate risorse congrue, che tengano conto sia della numerosità della popolazione assistita, sia delle altre attività svolte in ambito sovraterritoriale (es. psichiatria di consultazione, centri per i disturbi alimentari, ecc.), oltre che delle attività didattiche e di ricerca istituzionali (che assorbono il 50% dell'orario di lavoro del personale universitario). L'afferenza al DSM da parte della struttura psichiatrica universitaria, non implica una mancata afferenza ai Dipartimenti Assistenziali Integrati dell'Azienda Ospedaliera, all'interno dei quali viene svolta la funzione assistenziale, didattica e di ricerca da parte delle altre strutture universitarie.

La formazione degli iscritti alle Scuole di specializzazione si svolge nelle strutture Universitarie e nelle strutture territoriali coinvolte nella rete formativa, secondo quanto previsto dai Regolamenti delle Scuole di Specializzazione di Padova e Verona. Le strutture territoriali partecipano alla rete formativa istituita nell'ambito dell'attività delle Scuole di specializzazione in psichiatria, secondo le modalità stabilite dal Consiglio dei docenti delle Scuole stesse. Per la definizione delle attività di formazione ed aggiornamento, il DSM, in particolare quelli coinvolti nella rete formativa, si avvalgono del contributo e dell'esperienza nel campo della formazione e della ricerca, propri delle strutture Psichiatriche Universitarie.

Le sedi di Padova e Verona, sono caratterizzate dalla contestuale presenza dell'Azienda ULSS, dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università. Poiché ivi afferiscono numerosi pazienti con patologie di particolare gravità provenienti da altre Aziende ULSS, anche di altre Regioni, che talora manifestano comorbilità con disturbi psichici che richiedono il trasferimento nel reparto psichiatrico ed il proseguimento del trattamento da parte dei reparti medici e chirurgici ad alta specializzazione sotto forma di consulenza, è necessario prevedere una maggiore disponibilità di posti letto psichiatrici. Tali posti letto pertanto possono essere in numero superiore a 16 per 100.000 abitanti, e comunque non inferiori a 16 per SPDC, anche in presenza di un bacino di utenza che, riferito all'equipe psichiatrica territoriale di afferenza, sia inferiore a 100.000 abitanti. In ogni caso il numero di tali posti letto andrà rapportato alle prescrizioni di cui all'art. 1 della



## LA CARTA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La carta dei servizi socio-sanitari presenta l'Azienda ULSS ad ogni cittadino, dichiarando i principi fondamentali osservati nella erogazione dei servizi socio-sanitari, e descrivendone le modalità di fruizione. All'interno della Carta dei Servizi, la parte relativa al DSM va rivista almeno ogni 3 anni e deve almeno contenere:

- a) una definizione certa di obiettivi e programmi del DSM;
- b) una descrizione della organizzazione del DSM nella quale siano individuate e descritte le responsabilità a rilevanza interna ed esterna, precisando le figure direttive medico specialistiche psichiatriche del DSM e delle équipes che lo compongono;
- c) una descrizione delle strutture operative in attività, con indicazione del relativo orario di apertura, del personale in servizio e delle finalità preventive, cliniche, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, precisando le modalità e procedure di accoglimento, trattamento e dimissione del paziente, dettagliando altresì le modalità di contatto e rapporto con le famiglie dei pazienti.
- d) una descrizione delle attività integrate con il servizio socio assistenziale.

## IL SISTEMA INFORMATIVO

La regione ha attivato con DGR 320 del 10/02/1998 la rilevazione dell'attività territoriale nell'ambito della Salute Mentale. Tale rilevazione è stata progressivamente implementata nel corso degli anni e migliorata negli aspetti relativi alla qualità del dato, al ritorno ai DSM e alla fruibilità del dato in termine di valutazione dei bisogni e programmazione locale e regionale. Assolve al duplice scopo di una rilevazione della domanda di salute mentale e di analisi e monitoraggio della risposta fornita dai servizi. E' necessario legare alla rilevazione dei dati relativi agli utenti, la rilevazione informatica dei dati relativi alle strutture, in maniera da avere una fotografia, quanto più possibile in tempo reale, della situazione operativa dei Servizi.

Emerge la necessità di una maggiore completezza di entrambi gli aspetti, da attuare con una maggiore integrazione con i dati che provengono dalle strutture private e soprattutto con i flussi che provengono dal costituendo sistema informativo relativo alla Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza e a quello relativo ai SerT. Va poi completato il lavoro di integrazione fra il flusso dei dati territoriali della psichiatria con i dati relativi alle SDO (schede dimissione ospedaliera), alla farmaceutica e alla mortalità, ottenendo uno strumento più completo e con un alto potere conoscitivo e di programmazione.

La possibilità di accedere ai dati solo in forma aggregata, e i protocolli consolidati in materia di protezione della privacy e criptazione dei dati, costituiscono una adeguata protezione della riservatezza dei dati sensibili per il cittadino.

Un tale sistema regionale richiede uno sviluppo adeguato dei sistemi informatici in sede locale, che mostrano ancora sviluppi e potenzialità di analisi del dato molto diversi nelle singole realtà. E' necessario che siano comunque in grado di fornire dati di qualità adeguata alla Regione ed in tal senso è necessario che l'Azienda Ulss provveda per la loro implementazione e manutenzione, sviluppandoli come parte integrante dei servizi locali di Information Technology. Parallelamente ed ad integrazione, viene costituito un "patient file" che raccordi i vari dati e costituisca una via comune fra servizi, distretto, ospedale e MMG.

## L'INTEGRAZIONE CON LE ALTRE AREE

Si è nel tempo osservato che i servizi psichiatrici devono rispondere ai bisogni sanitari e sociali di casi che presentano bisogni sociosanitari complessi e che hanno un peculiare rapporto con attività specialistiche proprie della salute mentale, non essendo completamente all'interno di esse. Ciò si verifica prevalentemente nei casi in cui si presentano comorbilità in persone con disabilità intellettive o in genere cognitive, persone con abuso di sostanze o, in generale, con persone che

presentano fragilità dal punto di vista sociale e rilevanti bisogni sociali e/o socio sanitari. In tali situazioni è necessario che l'intervento del DSM sia subordinato ad una chiara e documentata definizione di un programma terapeutico riabilitativo individualizzato, che va definito nell'ambito dei Servizi del Distretto, anche tramite l'UVMD, su diretta responsabilità del Direttore del Distretto e che definisca obiettivi, sinergie, strumenti e risorse che consentano la realizzazione del programma nel rispetto dei LEA per la salute mentale.

Ai fini di permettere l'intervento specifico del DSM e di contestualizzare il suo apporto alla gestione del caso, è necessario che la presa in carico dei casi complessi, che quasi sempre è multiprofessionale, pur nella molteplicità degli attori e nella sinergia di interventi, necessariamente preveda un servizio di riferimento, cui spetta il compito di funzionare da *case manager* del caso complesso, conseguentemente al bisogno presentato in maniera prevalente. La definizione del progetto deve avvenire a livello distrettuale compresa l'individuazione delle strutture residenziali, semiresidenziali o destinate ad altro genere di interventi necessari alla realizzazione del programma. Per un pieno funzionamento di tale organizzazione vanno elaborati piani di organizzazione settoriali relativi alle aree ed ai servizi della disabilità, della dipendenza, dell'età evolutiva e del decadimento cognitivo, che esplicitino chiaramente percorsi e risorse disponibili in questi ambiti, vista la rilevanza quantitativa e qualitativa dei bisogni di cui stiamo trattando.

Di seguito vengono in ogni caso esaminate le specificità che, dal punto di vista della Salute Mentale, alcune di queste aree comportano.

## **Dipendenze**

Negli ultimi anni si sono manifestate con sempre maggior evidenza l'importanza e la diffusione della comorbidità tra disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi psichiatrici. Per molto tempo nella nostra Regione questo fenomeno ha incontrato difficoltà nell'attribuzione della competenza tra i Servizi preposti alla cura delle dipendenze patologiche ed i DSM. In seguito è stata riconosciuta come fondamentale la necessità che gli interventi in questo ambito possano procedere in modo integrato, garantendo un'unitarietà di visione e di strategia sia per i numerosi ambiti in cui vi sono importanti sovrapposizioni obbligate (prevenzione e promozione della salute, interventi in adolescenza, abuso alcolico, psicogeriatrica, psichiatria di liaison), sia per garantire una piena risposta alle necessità cliniche dei soggetti portatori di tali problematiche. Al fine di perseguire l'integrazione è indispensabile il pieno rispetto delle finalità e delle metodiche proprie di ciascun settore, secondo quanto le rispettive culture professionali nel corso dei decenni sono venute elaborando. Non solo la Psichiatria generale dell'età adulta, ma anche le Dipendenze Patologiche hanno maturato una elaborazione teorica specifica delle prassi nel proprio settore, basata anche su prove di efficacia, che allontana qualsiasi ipotesi di imposizione unidirezionale di modelli teorici ed operativi.

La Regione Veneto, preso atto di questa situazione, ha approvato la DGR n. 3745 del 5/12/03 con la quale stabiliva che ogni azienda della Regione dovesse dotarsi di un protocollo operativo per l'intervento congiunto in caso di pazienti con Doppia Diagnosi. Questo insieme di interventi ha favorito l'avvio di complessi percorsi di integrazione in merito alla comorbidità che non possono tuttavia ritenersi conclusi, anche in considerazione della diversificazione che si è determinata su questo tema in diverse aziende sanitarie.

Si ritiene indispensabile proseguire nel percorso intrapreso e in particolare:

1. promuovere il coordinamento delle azioni di DSM, SMIA, SerT nell'area del disturbo psichico in età adolescenziale, ove la diffusione dell'uso di sostanze sembra estremamente estesa, e favorire un reciproco aumento di competenze tra queste tre aree;
2. approfondire la tematica della comorbidità tra disturbi di personalità e abuso di sostanze al fine di individuare dei parametri di riferimento (es. gravità psicopatologica, disabilità, acuzie...) che possano concorrere a stabilire secondo parametri il più possibile oggettivi la necessità di operare prese in carico parallele dei casi tra i DSM e i Dipartimenti per le Dipendenze;

3. affrontare in modo sinergico il tema dei programmi di trattamento ambulatoriali, ospedalieri e residenziali per i gravi disturbi della personalità che presentino anche Disturbi da uso di sostanze;
4. coordinare i percorsi formativi;
5. definire evidenze e parametri organizzativi di strutture residenziali riabilitative definite specifiche per pazienti con “ doppia diagnosi”.

Al fine di monitorare gli obiettivi sopraesposti andrà costituito un apposito Gruppo di lavoro integrato regionale con compiti di monitoraggio e consulenza.

## **Disabilità**

I Servizi Distrettuali per la Disabilità Adulta promuovono, coordinano e realizzano interventi per migliorare l'autonomia, le relazioni, le condizioni di vita e l'integrazione sociale dei disabili e delle loro famiglie. Essi operano in maniera integrata con gli altri servizi socio-sanitari, con le istituzioni, i soggetti del privato sociale e le associazioni, e si avvalgono di strutture diurne e residenziali per la disabilità adulta e dei Servizi per l'Inserimento Lavorativo.

Questi servizi hanno in carico persone con diversi tipi di disabilità: sensoriale, intellettiva, motoria, relazionale, sia congenite che acquisite, e con bisogni spesso complessi. Le persone con disabilità intellettiva, in particolare, risultano maggiormente a rischio di sviluppare un disturbo mentale rispetto alla popolazione generale e frequentemente le cause di tale disturbo non coincidono con l'eziopatogenesi della disabilità intellettiva stessa. Nonostante questa evidenza, a tutt'oggi esistono ancora molte difficoltà diagnostiche e mancanza di adeguati strumenti, soprattutto quando la disabilità intellettiva è grave o gravissima e le capacità comunicative sono, quindi, fortemente limitate. L'impiego di criteri diagnostici adatti per la popolazione generale, ma inadeguati per le manifestazioni atipiche associate alla disabilità intellettiva, può favorire il disconoscimento di alcune realtà psicopatologiche.

Per migliorare l'integrazione con questa area, si ritiene necessario sviluppare:

- 1) l'attività di consulenza da parte del DSM ai Servizi Distrettuali per la disabilità, per singoli casi o all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, prevalentemente come indicazioni e supporto agli operatori;
- 2) percorsi formativi condivisi, in particolare sulla valutazione della persona con strumenti comuni e sulla costruzione di progetti personalizzati;
- 3) protocolli di collaborazione, anche per eventuale presa in carico comune delle persone con disabilità intellettiva lieve accompagnata a disturbi emotivi e relazionali, per i quali si ritengono necessari interventi specialistici di carattere psichiatrico;
- 4) il supporto e la consulenza per i percorsi diagnostico terapeutici relativi ad adulti con disturbi relativi alla condizione postautistica.

Il DSM fornisce, inoltre, il supporto al superamento delle strutture di grandi dimensioni attive nel territorio regionale, in particolare con riferimento agli ospiti di queste che hanno prevalenti bisogni di salute mentale. Le grandi strutture devono, sulla base dei progetti personalizzati degli ospiti, rimodulare la propria offerta di residenzialità in funzione delle unità di offerta previste dal sistema regionale di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento e considerando la possibilità di realizzare unità residenziali a carattere sovrazonale o regionale per particolari e specifiche necessità assistenziali. Il supporto al superamento delle grandi istituzioni avviene, quando possibile, attraverso l'inserimento degli ospiti di queste nelle unità d'offerta adatte dell'Azienda Ulss di provenienza.

## **Psichiatria e Psicologia di Consultazione e Collegamento**

L'Ospedale Generale è una delle sedi più importanti per le attività diagnostiche e terapeutiche dove si manifestano, nel modo più articolato e diverso, i disturbi psichiatrici: è stato calcolato che il 27% dei pazienti ricoverati in ospedale presenta una diagnosi psichiatrica DSM IV. La depressione maggiore è presente nel 16%-19% di pazienti con malattia coronarica, nel 37 % di

pazienti con insufficienza cardiaca, nel 25%-38% di pazienti con cancro, nel 45%-55% di pazienti con malattie neurologiche. Nella popolazione geriatrica, che già presenta una morbilità medica più elevata, la comorbilità psichiatrica è ancora più alta. Ma l'Ospedale Generale è un "territorio" ad alta morbilità non solo a ragione dell'alta prevalenza di disturbi psichiatrici associati alle patologie mediche, ma anche a ragione delle problematiche che emergono da procedure e strumenti diagnostici e da tecniche terapeutiche che negli anni si sono fatti sempre più complessi (si pensi alle indagini radiologiche, alle diagnosi genetiche, ai trapianti d'organo, alla dialisi renale, ai complicati schemi terapeutici della chemioterapia, ai problemi sollevati dall'uso di protesi o dispositivi tecnologici di impianto). Tale complessità comporta per il paziente la necessità di confrontarsi con nuove problematiche che incidono sostanzialmente sulla qualità della vita e talvolta sono determinanti per la sopravvivenza; per la struttura sanitaria possono esserci notevoli difficoltà nel gestire tali problematiche e nel predisporre adeguata assistenza soprattutto quando diventa necessario affrontare complessi problemi relazionali che possono compromettere la relazione terapeutica.

Da questo punto di vista, la qualità della reazione medico paziente diventa una garanzia irrinunciabile in un quadro di una medicina superspecialistica e altamente sofisticata dal punto di vista tecnologico, nella quale però la dimensione umana non può non trovare una assoluta priorità. L'attenzione ai problemi psicologici, alle relazioni familiari e sociali del paziente sta alla base di quel processo di umanizzazione della medicina che oggi è da più parti invocato. La domanda relativa ai bisogni di consulenza psichiatrica e di intervento psicologico in ospedale generale è dunque articolata e consistente e presenta specifiche problematiche che non possono essere sottovalutate. I problemi più frequenti che si presentano alla psichiatria di consultazione possono essere così sintetizzati:

1. Gestione di emergenze psichiatriche-psicologiche in condizioni mediche e post-intervento chirurgico e necessità di garantire una risposta rapida e una comunicazione efficace alla richiesta di consulenza urgente.
2. Diagnosi precoce e presa in carico dei problemi di tipo psichiatrico presenti in comorbilità con disturbi somatici.
3. Valutazione della situazione familiare e relazionale del paziente e intervento relativo a eventuali problematiche
4. Valutazione dei problemi psichiatrici che possono interferire con la capacità del paziente di esprimere il consenso (o il dissenso) alle cure.
5. Attività di valutazione, formazione e sostegno per il personale medico e infermieristico con interventi a carico delle équipe, sia individuali che di gruppo con l'obiettivo di stimolare le risorse culturali dell'ospedale in merito alla umanizzazione delle cure, al rapporto medico paziente, alla conoscenza delle problematiche psicologiche e psichiatriche dei pazienti ricoverati in ospedale
6. Attività di indirizzo e sostegno della fase post-ricovero, per garantire una continuità degli interventi terapeutici: questo richiede un contatto e un invio definito allo specialista che seguirà il paziente a livello ambulatoriale (servizi territoriali, altri specialisti).
7. Attività specialistiche legate a problematiche definite come i problemi psicologici e psichiatrici nella gravidanza e nel parto, nei pazienti neurologici, nei pazienti oncologici, nei pazienti trapiantati.

Negli ospedali regionali e comunque di dimensione superiore a 800 posti letto va prevista la creazione di un Servizio di Psichiatria e Psicologia di Consultazione e Collegamento (SPPCC) cui faccia riferimento tutta la attività di psichiatria psicologia di consultazione e collegamento così come descritta. Il SPPCC è funzionalmente collegato al SPDC nell'ospedale generale, come unità operativa semplice a valenza dipartimentale e al DSM cui questo afferisce; suo obiettivo specifico è garantire l'integrazione e la continuità tra le prestazioni ospedaliere e quelle territoriali. Ad esso afferiscono le risorse multi professionali necessarie a tale tipo di attività psichiatri: psicologi, infermieri, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica. Laddove esistono

servizi o attività strutturate specialistiche (in particolare, neuropsicologia, psico-oncologia e psicologia dei trapianti), il SPPCC assolve una funzione di riferimento e coordinamento

### **Sanità Penitenziaria**

Con il DPCM emanato in data 01/04/08 avente per oggetto “ Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, vengono disciplinate le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla Sanità Penitenziaria, demandando alle Regioni l’espletamento delle funzioni trasferite. Il passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario nazionale ha posto due importanti questioni legate alla salute mentale:

- la prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico del detenuto portatore di un disagio psichico, e
- gli interventi da attivare rispetto a coloro che vengono dimessi dagli Ospedali psichiatrici Giudiziari - OPG

Relativamente alla salute mentale nel documento delle Linee guida per gli interventi del Servizio Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale del DPCM del 1° aprile 2008, si sottolinea come la metà dei soggetti detenuti sia affetta da disturbi di personalità, e un decimo di questi soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti presentano episodi di umore depresso dovuti alla situazione di privazione della libertà e il tasso di suicidi è maggiore fra la popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale. In molti casi, inoltre vi è una prevalenza di comorbidità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti. Si stima che vi sia una prevalenza dei disturbi psichiatrici intorno a 16%. In molti casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della detenzione. Per far fronte a questo fenomeno complesso è necessario un programma sistematico di interventi, che includano:

- attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l’osservazione dei nuovi giunti e la valutazione delle condizioni di rischio;
- attivare interventi per l’individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai minori;
- la formazione e l’aggiornamento degli operatori coinvolti, compreso il personale penitenziario
- garantire l’accesso ai percorsi di cura e riabilitazione che sono presenti nel territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati. Questo deve avvenire sia all’interno dell’istituto sia all’esterno nel caso in cui il detenuto fruisca di misure tratta mentali esterne. Il Servizio di Salute Mentale dell’istituto deve prendere contatti con il servizio del territorio di riferimento del paziente-detenuto al fine di garantire una corretta presa in carico e continuità terapeutica;
- garantire appropriati interventi psichiatrici, psicologici e psicoterapeutici presso ogni istituto penale per i minori, centri di accoglienza e comunità;
- favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimenti penali, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto mutuo aiuto;
- attivare programmi atti a ridurre il rischio suicidario.

Per quanto riguarda il problema di coloro che affetti da disturbi mentali, autori di reati, vengono internati presso gli ospedali Psichiatrici giudiziari , il documento delle Linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia, sottolinea la necessità di armonizzare le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza, mantenendo costante la collaborazione fra personale sanitario e personale dell’Amministrazione della Giustizia e la Magistratura.

Si sottolinea inoltre la necessità di creare sezioni organizzate e reparti all’interno degli stessi Istituti di pena in grado di accogliere gli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, in risposta anche al principio di territorialità che è



parte integrante dell'ordinamento penitenziario e che dispone che deve essere favorito il criterio della prossimità alla residenza delle famiglie dei detenuti. Nello stesso modo l'ambito territoriale diventa fondamentale per poter affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disagio psichico, in quanto è possibile creare un efficace collegamento tra i diversi servizi sanitari, le Istituzioni e la comunità, per un corretto progetto di reinserimento sociale.

In una prima fase la responsabilità sanitaria degli OPG passa alle Regioni in cui questi hanno sede.

- I DSM su cui insistono gli OPG, in collaborazione con il personale sanitario dell'istituto provvedono alla stesura di programmi operativi rispetto alla dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza. Le soluzioni devono essere concordate con le Regioni di provenienza e devono prevedere forme di inclusione sociale in collaborazione con gli Enti locali e i servizi sociali e sanitari di origine.
- Devono essere trasferiti nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, nelle quali sarà stato allestito una sezione specifica per la cura e la riabilitazione.
- Devono essere allestite sezioni specifiche in carcere per l'osservazione di coloro che devono essere sottoposti a un periodo di osservazione e per i quali deve essere predisposta una perizia.

In una fase successiva, verranno accorpati gli internati presso l'OPG più vicino alla regione di appartenenza, in modo da permettere di stabilire rapporti di collaborazione con le realtà di provenienza. Il DSM competente territorialmente si dovrà attivare per assumersi la responsabilità della presa in carico, della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale del paziente-internato sottoposto a misura di sicurezza.

La terza ed ultima fase prevede la restituzione ad ogni regione dei propri internati attraverso un programma concordato e attuato già all'interno della struttura, in preparazione della dimissione: tale fase è in stand-by in attesa dell'esito delle due precedenti fasi. Diventa fondamentale studiare strutture che permettano collocazioni residenziali a persone con misure detentive o in libertà vigilata.

## **Età geriatrica**

L'aumento dell'aspettativa di vita ha favorito l'estendersi della morbilità psichiatrica a una fascia di popolazione sempre più ampia: se è vero ad esempio che entro il prossimo quinquennio il numero di anziani ultrasessantacinquenni costituirà il 15-20% della popolazione generale, almeno il 70% di essi presenterà problemi psichiatrici o psicologici. Oggi, un individuo su tre muore oltre gli 85 anni, con una spettacolare progressione che ha visto allungarsi l'età alla morte dai 50 anni degli inizi del secolo fino agli attuali 73. Ciò comporta, laddove vi è bassa natalità, l'incremento dell'età media della popolazione, ed il conseguente aumento sia delle patologie degenerative del S.N.C., sia di un'ampia gamma di disturbi psichici che presentano, inoltre, significative modificazioni in termini di presentazione, decorso e prognosi. La longevità collettiva rende quindi indispensabile e prioritario riprogrammare l'assetto dei sistemi di cura e di assistenza.

In tema di psicopatologia dell'anziano, le persone con disturbi mentali comprendono sia i pazienti psichiatrici che invecchiano che i pazienti che presentano disturbi psichici in età avanzata. Pur non esistendo una stima esatta della distribuzione dei problemi mentali degli anziani è possibile applicare delle estrapolazioni sulla base di dati provenienti da paesi con politiche sanitarie più avanzate. Gli obiettivi del progetto, in una prima fase, vedono l'allestimento di un ambulatorio-osservatorio psicogeriatrico e la progettazione di procedure di consulenza e programmi di trasferimento di elementi di competenze psichiatriche ad altri operatori (medici, in primis geriatri e neurologi, infermieri, caregivers, volontari, ecc). Tutto ciò appare finalizzato alla costituzione di un *gruppo psicogeriatrico multidisciplinare* basato sull'integrazione di competenze diverse e complementari, con compiti di identificazione della patologia, di verifica dell'ipotesi diagnostica, di consulenza e collegamento operativo e di progettazione di piani di intervento. Il gruppo viene supportato dal personale di riferimento afferente ai servizi integrati. L'ambito operativo di tale

unità, in funzione del livello di prestazione e per successive approssimazioni si articola inizialmente in tre moduli operativi:

- livello ambulatoriale e servizio di consulenza: *unità di psicogeriatría*, che garantisce un approccio specialistico e multidimensionale alla patologia psicogeriatrica, in regime ambulatoriale e con un collegamento costante con i Medici di Medicina Generale.
- livello di studio e realizzazione di progetti di Formazione, Screening, Prevenzione, Ricerca.
- livello di network clinico-assistenziale. Relativamente al quale sono da sottolineare :
  - la costituzione dello staff operativo ha un valore sostanzialmente funzionale;
  - la sua finalità è da ritenersi distinta da quella dei percorsi diagnostico assistenziali previsti dalla normativa regionale in tema di decadimento cognitivo con i quali deve trovare una integrazione in termini di confronto e consulenza;
  - lo staff interviene in maniera regolamentata da specifici protocolli dipartimentali presso i centri servizi per anziani per attività di consulenza e supervisione dell'assistenza in tema di bisogni psicopatologici

### **Disturbi del Comportamento Alimentare**

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano una delle problematiche emergenti di maggiore rilievo nell'ambito della salute mentale. Si tratta di disturbi ad eziologia complessa, con importanti manifestazioni psicopatologiche e con alto rischio di complicanze mediche e comorbidità. La loro prevalenza nel Veneto risulta elevata: una ricerca su un campione rappresentativo della popolazione generale di Padova ha stimato che il 10% della popolazione femminile tra 18 e 24 anni soffre o ha sofferto di un disturbo alimentare di rilevanza clinica. Il trattamento richiede una collaborazione tra gli specialisti di area psichiatrica e psicologica e gli specialisti di area medica. L'anoressia nervosa, tra i disturbi psichiatrici, è quello che presenta i più alti indici di mortalità.

La cura psichiatrica costituisce il fondamento del trattamento di ogni paziente e deve essere effettuata in combinazione con altre specifiche modalità di cura, mediche e psicoterapeutiche (APA, 2007). Le attività di prevenzione diagnosi e cura dei disturbi alimentari devono quindi essere considerate come parte integrante delle attività di prevenzione, diagnosi e cura dei Dipartimenti di Salute Mentale. Le caratteristiche cliniche richiedono, per l'implementazione di trattamenti efficaci, non solo il coinvolgimento di diverse figure professionali e diverse discipline, ma lo sviluppo di specifiche competenze e l'acquisizione di una stabile capacità di condividere un progetto terapeutico e di lavorare in modo integrato. E' essenziale, soprattutto nell'anoressia nervosa, il monitoraggio dei parametri biologici e la possibilità di intervenire tempestivamente, anche con ricoveri ospedalieri, per la cura delle complicanze mediche. Per tali motivi sono necessari specifici accordi e protocolli di collaborazione con i MMG e con i reparti internistici e ospedalieri.

Il trattamento richiede diverse modalità e diversi livelli di intensità. La maggior parte dei pazienti risponde ad un trattamento ambulatoriale, ma, nell'anoressia nervosa, una percentuale di pazienti, stimabile attorno al 30-40%, non risponde alla terapia ambulatoriale e necessita di trattamento più intensivo in regime di ricovero o in regime residenziale extra-ospedaliero. Tali trattamenti richiedono luoghi dedicati e un'alta specializzazione del personale.

La Regione Veneto, tra le prime in Italia, con la DGR. n. 3540 del 19 ottobre 1999 fissava le linee di un sistema di interventi in materia di disturbi del comportamento alimentare. Secondo tale atto di indirizzo veniva delineata l'organizzazione di una rete di servizi per la diagnosi e cura dei DCA attraverso l'attivazione in ogni provincia di un Centro di Riferimento Provinciale per i DCA. Con successive delibere, sono stati approvati i Centri provinciali di Portogruaro (DGR n. 2410/2001), Vicenza (DGR n. 1974/2003), Treviso (DGR n. 371/2005) e i Centri Regionali di Padova (DGR n. 70/2005) e Verona (DGR n. 374/2005). Per l'avvio e il potenziamento della rete, la Regione Veneto ha stanziato un finanziamento, che sarà rinnovato sulla base dell'attività (clinica e di prevenzione) documentata, svolta dai centri.

La Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari della Regione ha istituito il gruppo di lavoro in materia di DCA, come previsto dalla DGR n. 3455 del 30 ottobre 2007; il gruppo è presieduto dal Dirigente del Servizio per la Tutela della Salute Mentale ed è composto dai responsabili dei centri di riferimento Provinciali e Regionali, tra i quali è stato individuato un coordinatore scientifico. Il Gruppo ha la funzione di elaborare un documento di linee di indirizzo nel settore.

Ai presidi ambulatoriali, intra ed extra ospedalieri viene affidata la presa in carico dell'utente con l'inquadramento diagnostico e la formulazione delle indicazioni ad un trattamento ospedaliero, residenziale semi-residenziale o ambulatoriale. Sono pertanto necessari contesti di cura modulari, che spazino dall'ambulatorio all'ospedale, passando attraverso ambiti di trattamento intensivo extraospedaliero.

Come altre gravi patologie psichiatriche, i DCA necessitano di momenti di trattamento intensivo ospedaliero e di percorsi riabilitativi in strutture intermedie extra ospedaliere. L'indicazione ad una ospedalizzazione in reparto internistico si pone soprattutto in condizioni di grave denutrizione ( $IMC < 13$ ) e disidratazione e in presenza di gravi complicanze mediche. In linea di massima le indicazioni ad un trattamento in un SPDC sono limitate a casi di grave comorbilità psichiatrica (es. rischio suicidio) e nei casi in cui sia necessario il ricorso al TSO.

L'esperienza clinica internazionale, così come quella derivante dalle strutture presenti nella Regione Veneto, conferma che una presa in carico forte e la disponibilità di percorsi di cura strutturati ed articolati limitano fortemente la necessità di ricorso alla ospedalizzazione.

In questa prospettiva, la possibilità di utilizzare strutture di day-hospital e strutture semi-residenziali riabilitative extra ospedaliere semi-residenziali tipo centri diurni, in cui sia possibile garantire la permanenza diurna, pasti assistiti, trattamenti individuali e/o di gruppo e attività riabilitative, può consentire di limitare la percentuale di pazienti che necessitano di ospedalizzazione o di permanenza in strutture residenziali, garantendo al tempo stesso il mantenimento di un rapporto quotidiano con la famiglia e la scuola.

Oltre alle strutture specifiche dei Centri di riferimento per i DCA, le pazienti con disturbi alimentari devono poter usufruire, in casi particolari e con programmi concordati con l'équipe territoriale, delle strutture riabilitative dei DSM (CD, CTRP e GAP).

Nella struttura riabilitativa occorre garantire, compatibilmente con le condizioni psicofisiche, il diritto allo studio e lo svolgimento di attività scolastiche nel territorio in cui ha sede il centro. La struttura deve prevedere spazi comuni e specifici spazi per lo svolgimento di attività riabilitative di gruppo, di pasto assistito e di studio.

Una stima approssimativa della necessità di posti letto in strutture ospedaliere e/o in strutture residenziali di riabilitazione intensiva extraospedaliera può essere calcolata tenendo conto che se in Veneto la popolazione femminile tra i 10 e i 29 anni è di 460.134 persone (2007) e la prevalenza dell'AN è stimata al 0.5%, le persone con diagnosi di anoressia sono circa 2300 e 460 casi (20%) necessitano di ricovero (con una stima molto conservativa). Calcolando una durata media di degenza di 3 mesi la necessità per pazienti della Regione Veneto è di 115 posti letto intra ed extra ospedalieri, a media ed alta intensità di cura.

Attualmente in Veneto sono utilizzati per ospedalizzazione di lungo periodo (60-90 gg) 50 – 60 posti letto nelle strutture del privato convenzionato (Case di Cura). Una parte di questi letti è utilizzata per pazienti con gravi forme di obesità. Altri 15 letti sono utilizzati nelle strutture pubbliche dedicate alla cura e alla riabilitazione dei DCA e altri 15 nelle strutture residenziali del privato sociale. Si deve segnalare che in tutte queste strutture una parte dei posti letto viene utilizzata anche per pazienti con diagnosi di AN provenienti da altre Regioni italiane.

La carenza di posti letto pubblici dedicati ai trattamenti riabilitativi dei DCA rende complessa, in particolar modo, la risposta alle necessità di pazienti più gravi, con disturbi comportamentali, con comorbilità psichiatrica e con tendenza alla cronicizzazione. Pertanto, nella programmazione dei posti letto per disturbi alimentari da parte della Regione, si deve attribuire priorità a stabilire un equilibrio tra il numero dei letti nelle strutture pubbliche e nelle strutture

private, sia sulla base dei costi, sia sulla base di una corretta differenziazione di competenze e specificità cliniche delle diverse strutture.

È necessario definire accuratamente protocolli di collaborazione tra le strutture di ricovero e la rete dei centri di Riferimento per i DCA della Regione, sia per quanto riguarda le modalità di invio da parte dei centri, sia per quanto riguarda la definizione del programma terapeutico alla dimissione e la presa in carico dei pazienti dimessi da parte dei Centri di Riferimento. Un ulteriore aspetto che merita particolare attenzione è la necessità di formazione specialistica al trattamento multidisciplinare per il personale medico e paramedico.

## **Infanzia e Adolescenza**

La questione della salute mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza, pur presentando aspetti estremamente peculiari dal punto di vista dei bisogni e della complessità organizzativa dei servizi, mostra importanti punti di contatto con l'organizzazione dei DSM, in particolare per 1) la necessità di collaborazione e integrazione nella transizione dei soggetti che abbisognano di prosecuzione della presa in carico nella maggiore età per disturbi psicopatologici gravi e 2) per la dimostrata importanza della diagnosi tempestiva e di un precoce trattamento dei disturbi gravi che si presentano durante l'adolescenza, come pure dell'individuazione e del monitoraggio dei precoci segnali di fragilità e della franca psicopatologia. Le evidenze cliniche portano dunque a sollecitare l'organizzazione, secondo un'ottica unitaria, di risposte specialistiche e differenziate.

I servizi distrettuali che si occupano dei disturbi neuropsichiatrici, dei problemi psicologici e psicosociali dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno mediamente in carico dal 6 al 9% della popolazione da 0 a 18 anni e si occupano dei vari disturbi affettivo-relazionali e della condotta, oltre che di disabilità cognitive, motorie e sensoriali. In questo quadro, risultano fortemente carenti le risposte in particolare qualora 1) sia indispensabile un ricovero per un episodio psicopatologico acuto e 2) sia necessario avvalersi di strutture intermedie per la gestione dei percorsi terapeutico-riabilitativi a medio-lungo termine. Per quanto riguarda alcune particolari patologie, occorre prevedere dei Centri dedicati, sia per gli approfondimenti diagnostici e terapeutici, che come riferimento formativo per i Servizi ed altri Enti.

Poiché le risposte diagnostiche e assistenziali più complesse richiedono competenze che non possono essere disponibili ovunque, le specifiche risposte con i percorsi di presa in carico, di cura e di continuità ospedale-territorio, devono configurarsi secondo un gradiente di organizzazione e di complessità, che richiede una programmazione all'interno di un'area di riferimento includente più Aziende ULSS:

- 1) Istituzione di Reparti ospedalieri dedicati al trattamento di episodi acuti di rilevanza psicopatologica in regime di ricovero (riferimento: 1 PL ogni 100.000 abitanti con aggregazioni di max 10 pl collocati in un ospedale generale con presenza di divisione pediatrica e di SPDC). L'organizzazione di tali attività dovrà essere programmata con strutture ed interventi coordinati con il DSM. In questo ambito, dovranno essere anche organizzati gli interventi rivolti, secondo modalità congiunte e multiprofessionali, ai soggetti con DCA (in co-morbilità, o meno con disturbi della personalità).
- 2) Organizzazione, almeno negli Ospedali Regionali, di un'attività di collegamento e di consulenza per le UOC del Dipartimento Materno-infantile, con interventi rivolti ai soggetti ricoverati e alle famiglie, nonché al personale del reparto, rendendo così possibile occuparsi di:
  - i. Disturbi psichici legati ad alterazione organica;
  - ii. Interventi precoci con i nati a rischio e le loro famiglie;
  - iii. Conseguenze psicologiche di malattie fisiche;
  - iv. Conseguenze somatiche di comportamenti anomali e di disturbi psichici (danni da incidenti o da condotte a rischio, danni da condotte suicidarie, autoaggressive, anoressiche, ...).
- 3) Attivazione delle strutture diurne e residenziali necessarie alla realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi specifici ed efficaci, e in particolare per ogni bacino di riferimento, che può includere più Aziende ULSS, di almeno:

- a) una struttura riabilitativa diurna. Si tratta di Servizi Semiresidenziali per la riabilitazione dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva nelle fasi di post-ricovero o di minore acuzie, specificamente adattati all'età e alle patologie stesse (psicosi, episodi depressivi maggiori, disturbi della condotta, tentativi di suicidio, ma anche disturbi del comportamento alimentare, gravi condizioni di disagio socio-ambientale e/o di rischio).
- b) una comunità terapeutico-riabilitativa protetta per adolescenti (14- 21 anni). Si tratta di Comunità per pazienti maschi e femmine di età compresa dai 14 ai 21 anni, con una ricettività della struttura fino ad un massimo di 8 posti. Sono previste per pazienti affetti da psicopatologia rilevante (con risorse attivabili attraverso adeguati interventi terapeutico-riabilitativi) e per soggetti in situazione di grave disagio psico-relazionale e/o con gravi disturbi di comportamento, in condizione di precarietà del supporto familiare. Tali strutture residenziali sono finalizzate ad un intervento terapeutico- riabilitativo personalizzato e continuativo e mediamente prolungato costantemente monitorato e verificato da un'equipe specialistica e multiprofessionale.

#### L' INTEGRAZIONE CON LE CLINICHE PRIVATE

E' necessario riconoscere il ruolo importante che ha l'ospedalità privata nella salute mentale: questo ruolo è fondamentale sia in termini di risorse impiegate sia nei termini delle problematiche affrontate. In termini di risorse, va segnalato che nel periodo 2000 – ottobre 2008 il ricorso alla ospedalità privata nel Veneto ha riguardato il 31,2 % di tutte le dimissioni con DRG psichiatrico, con il 45,6 % di tutte le giornate di degenza. Se consideriamo l'ambito delle diagnosi psichiatriche ricoverate nell'area specifica di specialità psichiatrica, abbiamo un 23,8 % delle dimissioni, per un 40,8 % delle giornate. Tale trend appare in aumento, per cui, se consideriamo il periodo gennaio 2006 – ottobre 2008, questo ultimo dato passa a un 27,1 % di dimissioni per un 46,8 % di diagnosi. Emerge quindi un ruolo molto importante del privato e un impegno economico particolarmente rilevante da parte della Regione in questo ambito della tutela della salute mentale.

L'impiego di risorse da parte dell'ambito privato è reso più rilevante anche dalla diversa durata di degenza nell'ambito privato: nel predetto periodo 2006 – 2008 abbiamo una degenza media privata di 33 giorni contro un 13,9 nell'ambito della struttura pubblica (2,3 volte). Questo rende ancor più rilevante gli obblighi di pianificazione della spesa sanitaria da parte della Regione, razionalizzando la spesa sanitaria, al fine di ripartire adeguatamente le risorse finanziarie a disposizione delle Aziende Ulss; accanto all'obbligo di garantire un sistema aperto e concorrenziale a tutti coloro che dimostrino di avere i requisiti e le capacità per erogare prestazioni sanitarie adeguate, tutelando la libertà di scelta del cittadino, occorre assicurare l'efficienza del sistema garantendone la tenuta finanziaria ed una corretta e funzionale gestione delle risorse disponibili. Una tale attività può sorgere unendo una accurata programmazione ed integrazione delle unità di offerta basata sul monitoraggio della domanda quale emerge da dati epidemiologicamente completi con una accurata valutazione di processi ed esiti, tenendo conto di quanto è ormai assodato circa le migliori prassi operative nell'ambito della salute mentale.

La Regione Veneto, in pieno accordo con le leggi 180/78 e 833/78 ha fatto proprio il modello della psichiatria di comunità collocando i vari momenti all'interno delle "strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica": questi concetti definiti nell'art 34 della L. 833/78 normano la necessità di un modello che privilegia il momento extraospedaliero, colloca quello ospedaliero all'interno di una organizzazione dipartimentale e definendo la necessità di una continuità terapeutica fra le varie strutture terapeutiche e riabilitative, territoriali, residenziali e ospedaliere che formano la rete della salute mentale. Qualunque momento o struttura, preso isolatamente, appare non sufficiente a garantire una piena qualità dell'intervento.

Tale elemento era stato pienamente ripreso nel precedente Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale del Veneto (DGR 4080 del 22/12/2000), nel paragrafo 4.3 "Rapporti con le



strutture private” dove si afferma che le strutture private convenzionate non sono da sole in grado di dare una risposta globale alle necessità terapeutiche dei pazienti psichiatrici, e dovranno allora inserirsi nel sistema di rete della équipe psichiatrica pubblica che ha in carico il paziente. Pertanto, o andranno definiti protocolli di intesa operativa tra DSM e strutture private che prendano in cura pazienti psichiatrici, al fine di rendere il loro intervento integrato alla rete dei servizi dipartimentali pubblici.

Anche le “Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale emanate dal Ministero della Salute in data 18/03/2008, affermano che il DSM deve essere “integrato nelle risorse, pubbliche e degli erogatori accreditati”. e “L’organizzazione dipartimentale deve gestire e coordinare l’azione dei servizi pubblici e privati (privato sociale e privato imprenditoriale) presenti nel territorio di competenza, secondo comuni scopi ed obiettivi”.

Di fatto una mancata integrazione non è senza conseguenze, a fronte di un insieme assodato di conoscenza che sottolinea la necessità di servizi fortemente integrati nei vari momenti (ospedaliero e territoriale, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale). Il ruolo paritario, concorrenziale ed integrato fra pubblico e privato può avvenire solo all’interno di standard omogenei per quanto riguarda strutture e personale. Occorre pertanto definire una forte funzione di coordinamento di tutte le strutture accreditate che si occupano di salute mentale nel territorio di competenza, al fine di integrarne le attività, valorizzando le risorse, contribuendo alla razionalizzazione della spesa e costruendo la continuità dell’intervento. Tale integrazione deve essere sviluppata con un modello di collaborazione e condivisione fra le varie componenti della salute mentale al fine di rendere il loro intervento integrato alla rete dei servizi dipartimentali pubblici, valorizzando il ruolo e la identità del privato come soggetto attivo di questa integrazione. A tale scopo è necessario:

- 1) identificare a livello regionale modelli generali di integrazione, attraverso appositi tavoli di lavoro;
- 2) sviluppare protocolli di intesa operativa fra i DSM e le strutture private che prendano in cura pazienti psichiatrici;
- 3) integrare la presenza del privato imprenditoriale nelle attività regionali e locali relative alla programmazione in maniera di salute mentale;
- 4) costruire un sistema condiviso di valutazione degli esiti dei trattamenti.

## **VERIFICHE E INDICATORI**

Con il Documento relativo a struttura e funzioni del DSM che dovrà essere emanato entro 60 giorni dall’approvazione del presente Progetto obiettivo, la Regione definisce gli indicatori che dovranno essere comuni a tutti i DSM e gli strumenti per la loro analisi, tenendo conto dei concetti generali qui di seguito esposti.

Perseguendo la risposta e la soddisfazione del bisogno di salute mentale della popolazione servita, i risultati attesi derivanti dall’attività del DSM in toto, devono rappresentarsi come percepibili (in quanto a tempestività e appropriatezza dell’attività), nonché valutabili (in quanto ad efficacia ed efficienza dell’attività stessa). L’attività dei DSM può essere valutata attraverso i seguenti criteri di valutazione:

1. costruzione di percorsi facilitanti l’accesso, con particolare attenzione al carattere di continuità nell’arco delle 24 ore;
2. costruzione di rapporti con istituzioni e rappresentanze della comunità;
3. sviluppo di progetti specifici rivolti ai temi dell’abitare, del lavoro, della vita sociale;
4. sviluppo di attività territoriali specifiche, con particolare riguardo alla natura ed alla dimensione dell’attività domiciliare, alla collaborazione ed integrazione con altri servizi sanitari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e sociali;
5. garanzia nell’applicazione dei LEA.

L'attività dei DSM può essere valutata inoltre attraverso la codifica di progetti specifici relativi a:

1. pazienti gravi non collaboranti;
2. fascia adolescenziale;
3. popolazione anziana.

L'attività dei DSM, può essere ulteriormente valutata attraverso alcuni parametri quali:

- la documentazione del livello di partecipazione ai progetti terapeutici;
- la documentazione relativa alla qualità percepita;
- la partecipazione a momenti istituzionali di programmazione e valutazione dei servizi prestati;
- le iniziative di informazione e formazione rivolte ad utenti e familiari;
- le iniziative di supporto per l'avvio di forme di auto-mutuo-aiuto;

A tal fine il DSM deve :

- dotarsi di sistemi di rilevazione ed analisi della propria attività, in grado di assolvere a debiti informativi nei confronti degli organismi istituzionali e della collettività;
- offrire ai cittadini non solo prestazioni o servizi, ma anche elementi utili per un'analisi dei processi sociali che si accompagnano ai fenomeni patologici oggetto degli interventi;
- garantire costanti processi formativi ed una costante revisione della propria organizzazione in funzione degli scopi definiti. Riconoscendo come finalità di qualsivoglia progetto di cura la ri-acquisizione, per il paziente, della capacità di esercizio autonomo dei propri diritti, rimane fondamentale valutare l'esito dei percorsi adottati, privilegiando l'analisi dei temi dell'abitare, del lavoro e delle relazioni sociali secondo criteri condivisi in grado di essere generalizzati;
- effettuare precoci interventi negli esordi, specie all'interno di un rapporto di collaborazione con i MMG;
- studiare il rischio suicidario attraverso:
  - a) la rilevazione dei suicidi e degli atti lesivi degli utenti in carico;
  - b) il monitoraggio di particolari categorie di popolazione a rischio, in particolar modo adolescenti e anziani.

Il DSM utilizza i dati complessivi di valutazione dei risultati per ridefinire in accordo con le singole U.O.C, le metodologie operative.

Le modalità di monitoraggio e verifica includono:

- uso di strumenti di valutazione validati (HoNOS, VADO) e confrontabili;
- valutazioni generali e periodiche; valutazioni gruppo specifiche; valutazione di aree come funzionamento sociale, funzionamento cognitivo, autonomia personale, psicopatologia;
- PRI: progetto riabilitativo individualizzato scritto, condiviso e aggiornato;
- valutazione dei bisogni e della soddisfazione di utenti e familiari;
- introduzione dimensione temporale (turn over utenti);
- valutazione oltre che di inserimenti lavorativi e ripresa rete sociale, anche del diverso utilizzo del CD.

Le verifiche rispetto all'andamento del percorso da parte dell'equipe della SSM devono essere continue (è prevista una riunione settimanale) e con una cadenza regolare (circa 3-4 mesi negli inserimenti a più lungo termine): è obbligatorio che vi sia una verifica con i committenti territoriali. Se necessario per la buona articolazione del percorso che il paziente sta attuando nella SSM con altri percorsi in atto (inserimento in strutture residenziali, supporti socio-relazionali da parte dell'assistente sociale del Comune di residenza, psicoterapia individuale o di gruppo, ecc), a queste verifiche possono essere invitate le altre figure istituzionali coinvolte.

Con una cadenza regolare, quando non vi sono motivazioni cliniche e ambientali che lo sconsigliano, è importante che l'equipe della SSM dia una restituzione al paziente e ai familiari dei risultati raggiunti e degli obiettivi ancora da perseguire. Ciò è importante per creare un rapporto di alleanza, partecipazione attiva da parte del paziente e del familiare, per favorire il confronto, la motivazione, e la consapevolezza, oltre che a essere un contributo per la comprensione delle

dinamiche intrafamiliari. E' utile, inoltre, che al termine di questo periodo venga compilato uno strumento di valutazione del funzionamento sociorelazionale e delle abilità pratiche, con il quale attuare una verifica standardizzata dei cambiamenti che il percorso terapeutico riabilitativo nella SSM sarà in grado di attuare. Se gli obiettivi sono stati tutti raggiunti e durante il percorso nella SSM è stato creato un percorso successivo (lavorativo, relazionale, abitativo, ecc.) l'uscita può considerarsi una dimissione. Se gli obiettivi sono stati raggiunti parzialmente ed esistono delle motivazioni cliniche e sociali che ne danno indicazione, il percorso nella SSM può continuare ancora per un periodo con la partecipazione a delle specifiche attività. Una particolare attenzione devono avere le uscite non concordate, cioè i drop out. ' E' fondamentale che di fronte a questi eventi si sviluppi una verifica con l'equipe committente, per analizzare insieme le possibili motivazioni, aree di criticità dell'inserimento, e gli elementi che possono essere una costarne nei vari drop out. sia per quanto riguarda le caratteristiche della struttura che dell'utente.

Il CSM promuove la riflessione con gli operatori sui dati quali emergono dal sistema informativo relativamente a pazienti e prestazioni nell'ambito del proprio ambito, nel confronto con eventuali CSM delle altre UO e delle varie ULSS. Il CSM esamina periodicamente con tutti gli operatori l'andamento degli eventi critici del sistema in un dato periodo (suicidi, andamento ricoveri, TSO, drop out) e viene fatta una periodica revisione delle situazioni perse di vista, formalizzando in cartella le eventuali decisioni in merito. Nell'ambito delle proprie attività il DSM utilizza gli strumenti di valutazione della soddisfazione dei familiari mediante la somministrazione di un questionario con cadenza biennale e della qualità della vita con cadenza triennale.

<b><i>SALUTE MENTALE NELL' INFANZIA ED ADOLESCENZA</i></b>
--

La questione della salute mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza, pur presentando aspetti estremamente peculiari dal punto di vista dei bisogni e della complessità organizzativa dei servizi, mostra importanti punti di contatto con l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale. Infatti:

- 1) le ricerche epidemiologiche e cliniche segnalano sempre di più l'importanza della diagnosi tempestiva e di un precoce trattamento dei disturbi, in particolare di quelli che esordiscono durante l'adolescenza, come pure dell'individuazione e del monitoraggio dei precoci segnali di fragilità e della franca psicopatologia già presente in età evolutiva;
- 2) le evidenze cliniche conducono alla necessità di dare ai singoli disturbi risposte differenziate e specialistiche organizzate secondo un'ottica unitaria..

#### ***L'integrazione tra Servizi***

Per attuare un intervento efficace nel campo della salute mentale dell'infanzia e adolescenza è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita e che contempri quindi:

- 1) un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute;
- 2) un intervento allargato alla famiglia, all'ambiente educativo-scolastico e alla comunità;
- 3) la reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: (motoria, linguistica, intellettuale, cognitiva, psico-affettiva e relazionale);
- 4) specifica attenzione alle diverse fasce d'età, considerando l'adolescenza come un punto d'arrivo di un continuum evolutivo di sviluppo e di partenza verso una nuova evoluzione personale;
- 5) gli alti indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età.
- 6) la consistente presenza di persone e famiglie immigrate con i bisogni nuovi tipici di una comunità multietnica.

Nell'ambito dei rapporti tra DSM e Servizi per la Salute Mentale della Infanzia e della Adolescenza (SMIA), nel corso di questi anni sono emersi tre problemi che richiedono prioritaria attenzione: 1) il problema della gestione dell'Urgenza nel territorio, in Ospedale e nei Pronto Soccorso per la gestione di problemi psicopatologici in soggetti minori; 2) il problema di una continuità di presa in carico per situazioni patologiche che esordiscono in infanzia-adolescenza e coinvolgono l'età adulta; 3) il problema di un riferimento qualificato ed appropriato per le situazioni a) ove emergano specifiche competenze nel supporto ed empowerment della famiglia nelle situazioni proprie della SMIA e b) ove emergano specifiche competenze nel supporto ed empowerment di minori presenti in famiglie con pazienti psichiatrici.

- 1) Il problema delle urgenze e del ricovero va affrontato attraverso:
  - a) Tempestiva valutazione delle *urgenze psichiatriche dell'età evolutiva*, segnalate dal P.S. o dai reparti ospedalieri, attraverso procedure di *integrazione funzionale con il DSM e l'SPDC* definite da uno specifico dispositivo aziendale, che garantiscano la pronta disponibilità di uno specialista SMIA, la tempestiva attivazione dei Servizi interessati e i successivi percorsi di presa in carico.
  - b) Integrazione del Servizio di SMIA nel percorso di gestione dei trattamenti sanitari urgenti senza consenso in età evolutiva,.
  - c) Protocolli di collaborazione tra Servizio di SMIA e i Reparti ospedalieri per il *ricovero dei minori affetti da disturbo psichiatrico* compatibile, per età, gravità e eventuale disturbo

associato del comportamento, con le strutture e il personale disponibili. Sono qui compresi i disturbi psicopatologici a eziologia organica o collegati a disabilità grave, e le condotte a rischio somatico (TS, autolesione, DCA ...)

- d) Protocolli DEA-DSM-SMIA per la *prima valutazione della situazioni di emergenza e urgenza psichiatrica* che abbisognino di ricovero in una struttura ospedaliera più specificamente organizzata in grado di svolgere la sua funzione anche per più AULSS.
- 2) Emerge la necessità di una continuità delle cure ed una conseguente integrazione funzionale forte fra salute mentale della età adulta e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in particolare per le patologie complesse che attraversano le varie età e che all'interno della stessa età spesso pongono una molteplicità di problemi assistenziali per i quali non sono sufficienti singoli servizi.
- 3)
- a) Per le problematiche adolescenziali, con ampie ripercussioni dunque sull'età adulta, appare necessario che anche i DSM identifichino gli ambiti di competenza ed integrazione relativamente a:
- Momento preventivo, con una buona comunicazione di rete e filtro per l'individuazione dei casi da avviare a consultazione specialistica da parte delle strutture di base: MMG, Scuola e Centri di Ascolto scolastici, consultori.
  - Accesso e presa in carico:  
Disponibilità strutture specialistiche a bassa soglia e a elevata competenza per la consultazione breve, ad accesso non formale, collegate con i Servizi di NPIA ed età adulta per gli interventi più strutturati.  
Collaborazione formalizzata e/o buone pratiche con altri Servizi e agenzie (DSM, dipendenze patologiche, servizi per la tutela minorile, abuso e maltrattamento ecc), sia per la presa in carico degli utenti che per l'individuazione di strategie di intervento per bisogni emergenti e situazioni di confine.
- b) Protocolli dipartimentali specifici che definiscano i percorsi di integrazione con il DSM e con la rete dei Servizi aziendali per la progettazione congiunta delle transizioni dei pazienti che abbisognano di prosecuzione della presa in carico nella maggiore età per disturbi psicopatologici gravi, puri o in comorbidità. Ogni Azienda ULSS e ogni Servizio di SMIA debbono essere ordinariamente in grado di gestire adeguatamente in continuità terapeutica la maggior parte dei casi e possono essere sia erogatori che fruitori di specifici percorsi multizonali di valutazione e trattamento per le situazioni che abbisognino di risorse dedicate.
- c) L'azione pur coordinata dei servizi per l'età evolutiva si rivela frequentemente non adeguata ad affrontare la complessità e la gravità di alcune psicopatologie e richiede, quindi, di pensare a percorsi specifici, specialistici e di provata efficacia e ad unità di offerta, che agendo in sintonia con la rete esistente dei servizi siano in grado di dare le risposte innovative oggi mancanti. Aspetti di integrazione funzionale fra Salute Mentale della età adulta e SMIA richiedono la condivisione di alcuni aspetti centrali della modalità organizzativa e funzionale, che fanno riferimento ai concetti di presa in carico, di psichiatria di comunità e di organizzazione dipartimentale. In tal senso vanno esplicitati alcuni indirizzi operativi relativi alla organizzazione della Salute Mentale in età Infantile ed Adolescenziale.

### ***Specificità dei Bisogni Assistenziali in tema di salute mentale in Infanzia e Adolescenza***

I Servizi che si occupano dei disturbi neuropsichiatrici, ma anche dei disturbi/ problemi psicologici e psico-sociali, dell'infanzia e dell'adolescenza hanno denominazioni e modelli organizzativi diversi nelle Aziende UU.LL.SS.SS. regionali ma sono tendenzialmente inseriti, secondo l'attuale organizzazione distrettuale, nell'U.O.C. Infanzia, età evolutiva e famiglia, che comprende anche i Consultori familiari e, in alcuni casi, la Pediatria di comunità e che lavora in rete con gli altri servizi socio-sanitari e con le agenzie sociali ed educative del territorio. In questi servizi operano tipicamente N.P.I., psicologi, assistenti sociali, logopedisti e tecnici della riabilitazione neuro e psico-motoria, integrati in alcuni casi da altre figure. Hanno mediamente in carico dal 6 al 9% della popolazione in età compresa tra gli 0 e i 18 anni del territorio di riferimento e contano



mediamente su 1 operatore ogni 1.500 minori, ma con organici e profili professionali molto variabili. I motivi più frequenti di ricorso ai servizi sono disabilità cognitive, ritardo mentale, disturbi dello sviluppo, disabilità motorie, sensoriali; negli anni è cresciuta l'incidenza nell'epidemiologia dei Servizi dei disturbi della personalità e della condotta e di quelli affettivo-relazionali. I principali interventi svolti da questi Servizi sono:

- diagnosi multidimensionale, presa in carico terapeutica e riabilitativa (cognitiva, logopedica, motoria e psicomotoria...);
- consulenza ai genitori su problematiche legate allo sviluppo e interventi di sostegno alla genitorialità;
- integrazione scolastica e sociale dei minori con disabilità neuropsichica in età evolutiva ai sensi della L. 104/ 92;
- attività a carattere preventivo, attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte alla popolazione;
- valutazione e sostegno, in collaborazione con il Consultorio Familiare, di minori adottati o in affidamento.

Nelle realtà locali ove sia avvenuta la delega di competenza da parte dei Comuni svolgono, inoltre, attività di:

- integrazione sociale e sostegno socio-assistenziale di minori e famiglie in situazioni di disagio;
- tutela dei minori su mandato dell'Autorità giudiziaria.

I servizi sono per lo più in condizione di assolvere a quei compiti istituzionali che richiedono interventi erogabili a livello ambulatoriale e nell'ambiente di vita (scuola, domicilio) del minore: risultano, invece, carenti le risposte che richiedono percorsi diagnostici e terapeutici nelle condizioni di urgenza, per episodi acuti di tipo psicopatologico e in particolare qualora sia necessario un ricovero, o quando occorra avviare una presa in carico con la disponibilità di strutture intermedie, quali centri diurni o residenziali. Per quel che riguarda alcune gravi patologie, quali l'Autismo e i D.G.S., si prevedono Centri specificamente dedicati agli approfondimenti diagnostici e terapeutici, nonché come riferimento formativo per i Servizi, sulla base dell'esperienza di quelli che in alcune realtà territoriali della Regione già esistono o si stanno avviando. La necessità di una presa in carico precoce, intensiva ed estensiva, comporta la necessità di una dotazione organica e un coordinamento strutturale dei Servizi coerenti con l'impegno necessario.

Le situazioni cliniche che risultano, nell'attuale organizzazione, di maggiore impatto perché la presa in carico si configura come complessa e richiede strumenti ed opportunità diversificate e flessibili di lavoro, sono:

- 1) casi di Tentato Suicidio (il suicidio è tra le più frequenti cause di morte degli adolescenti nei Paesi europei) che si verificano su di un terreno dove le situazioni di Maltrattamento e Abuso, i Disturbi dell'umore, i Disturbi di personalità o i DCA e le altre forme di Dipendenza, giocano talvolta un ruolo importante,;
- 2) le crisi psicopatologiche acute, insorgenti a ciel sereno in un soggetto che precedentemente non aveva dato motivi di preoccupazione (esordi di Disturbo bipolare o di Psicosi schizofrenica, da differenziare sul piano valutativo-diagnostico dai break-down adolescenziali) oppure, più spesso, in soggetti con precedenti condizioni cliniche di psicopatologia;
- 3) Disturbi di personalità, particolarmente quando si presentano con un disturbo della condotta, eventualmente associato a fenomeni di aggressività auto od etero diretta.
- 4) Importanti episodi di ordine depressivo, primitivi o secondari ;
- 5) Disturbi Post-Traumatici da Stress, collegati o meno ad eventuali problemi di tipo organico che abbiano comportato ricovero in Pediatria od altro reparto internistico;
- 6) Tutte quelle situazioni in cui esiste una forte correlazione tra problematica di ordine somatico e assetto psicologico, in quanto conseguenza sul piano psichico di una malattia organica.
- 7) Disturbi del Comportamento Alimentare, che richiedono cure sui diversi piani in relazione anche ai diversi periodi della malattia, necessitando comunque di una continuativa presa in carico della componente psicopatologica e disfunzionale sul piano socio-relazionale.

### **Organizzazione degli interventi territoriali**

La collocazione distrettuale del servizio che si occupa dei disturbi neuropsichiatrici, ma anche dei disturbi/ problemi psicologici e psicosociali dell'infanzia e dell'adolescenza, insieme alla sua integrazione nell'U.O.C. Infanzia, età evolutiva e famiglia, definisce il territorio di competenza e garantisce la possibilità di contatto e di conoscenza con le famiglie e con il loro ambiente di vita, rendendo possibili percorsi diagnostici, riabilitativi e di cura, che considerino il bambino e il suo ambiente di vita nella loro complessità. Di contro, poiché le risposte diagnostiche e assistenziali più complesse richiedono competenze che non possono essere disponibili ovunque, i percorsi di presa in carico, di cura e di continuità ospedale-territorio, devono configurarsi anche in un gradiente di organizzazione e di complessità che richiede una programmazione in termini di una area di riferimento includente più Aziende Ulss. Si fa qui riferimento a:

- a. gestione delle urgenze e dei trattamenti di episodi psicopatologici acuti
- b. gestione dei percorsi riabilitativi e interventi terapeutico riabilitativi di natura residenziale e semiresidenziale.

Questi interventi devono coordinarsi con i servizi territoriali esistenti (Unità Operativa Età Evolutiva; DSM; SERT, Area Disabilità), in un bacino di afferenza vasto, maggiore del solo ambito ULSS.

Si prevedono i seguenti percorsi assistenziali

1. Istituzione di Centri di riferimento per aree interUlss per il trattamento di episodi acuti di rilevanza psicopatologica in regime di ricovero ospedaliero (riferimento: 1 PL ogni 100.000 abitanti con aggregazioni di max 10 pl collocati in un ospedale generale con presenza di divisione pediatrica e di SPDC). L'organizzazione di tali attività dovrà essere programmata con strutture ed interventi coordinati con il DSM. In questo ambito, dovranno essere anche organizzati gli interventi rivolti, secondo modalità congiunte e multiprofessionali, ai soggetti con DCA (in co-morbilità o meno con disturbi della personalità), Particolare rilevanza assume l'intervento nei DCA per cui si fa riferimento alla organizzazione dei centri territoriali e alle organizzazioni multi professionali definite nella delibera regionale n. 3455 del 30/10/2007.
2. Attività di collegamento e di consulenza in Pediatria, oltre che per altre UU. OO. del Dipartimento Materno infantile con interventi rivolti ai singoli ricoverati e alle famiglie, nonché al personale del reparto, in corso di ricovero e di post – ricovero.
3. In tal modo, è possibile coordinarsi con i Reparti di ricovero pediatrico (Pediatria e Patologia neonatale), per occuparsi di:
  - i. Disturbi psichici legati ad alterazione organica;
  - ii. Interventi precoci con i nati a rischio e le loro famiglie;
  - iii. Conseguenze psicologiche di malattie fisiche (tumori, PCI ed altre patologie del SNC e periferico, diabete, fibrosi cistica, ...);
  - iv. Conseguenze somatiche di comportamenti anomali e di disturbi psichici (danni da incidenti o da condotte a rischio, danni da condotte suicidarie, autoaggressive, anoressiche, ...).
4. Per quanto riguarda la collaborazione con il DSM, il SerT e i Servizi territoriali per l'età evolutiva, oltre che i passaggi programmatori ed organizzativi, sono definiti momenti condivisi di formazione comune.
5. Sono individuate regolari occasioni di scambio, con al centro i temi comuni: “passaggio dei casi” in carico, per raggiunta maggiore età o per esigenze di gestione terapeutica; consulenza reciproca per problemi di ordine specialistico; condivisione della presa in carico secondo modalità bi- o pluri-focali; presentazione di situazioni potenzialmente problematiche di minori a seguito di conclamata patologia psichiatrica di uno o dei due genitori; supervisioni comuni, con discussione di casi.
6. Istituzione di percorsi terapeutico riabilitativi quali:
  - a) *Le Semiresidenze*

All'interno della rete di UOC di SMIA a valenza multizonale, si prevedono Servizi con carattere di diurnato, in particolare Servizi Semiresidenziali per la riabilitazione dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva nelle fasi di post-ricovero o di minore acuzie, specificamente differenziati per età e patologie (psicosi, episodi depressivi maggiori, disturbi della condotta, tentativi di suicidio, ma anche disturbi della condotta alimentare, gravi condizioni di disagio socio-ambientale e/o di rischio). Essi operano strettamente integrati sia con i Servizi ospedalieri e di Day Hospital, sia con i Servizi per l'età evolutiva territoriali e con le Comunità terapeutiche, nel rispetto degli obiettivi di convergenza, integrazione e coerenza di tutti gli interventi in ambito Sanitario e Sociale, assicurando con tale rete diagnostica e di presa in carico, un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse.

Oltre all'intervento clinico specifico per le diverse patologie, tale Servizio può offrire uno spazio strutturato di sostegno psicopedagogico e riabilitativo con funzione di supporto tra famiglia, territorio ed ospedale. I vantaggi di un tale servizio Semiresidenziale sono:

- costruire un progetto clinico e pedagogico integrato tra Servizi di diverso livello e ruolo istituzionale;
- sostenere la famiglia nel ruolo educativo;
- evitare il ricovero quando possibile e/o costituire uno spazio protetto dopo la dimissione, riducendo la durata della degenza;
- migliorare l'inserimento e l'adattamento dell'adolescente nel proprio ambiente di vita.

b) *Le Comunità terapeutiche riabilitative protette per adolescenti (14- 21 anni)*

Si tratta di Comunità per pazienti maschi e femmine di età compresa dai 14 ai 21 anni, con una ricettività della struttura fino ad un massimo di 12 posti, estensibile fino a 20. Sono previste per pazienti affetti da psicopatologia rilevante (con risorse attivabili attraverso adeguati interventi terapeutico- riabilitativi) e per soggetti in situazione di grave disagio psico-relazionale e/o con gravi disturbi di comportamento, in condizione precarietà del supporto familiare. Tali strutture residenziali sono finalizzate ad un intervento terapeutico- riabilitativo personalizzato e continuativo e mediamente prolungato costantemente monitorato e verificato da un'equipe multiprofessionale. I vantaggi di tale struttura residenziale sono:

- creare un contesto protetto (funzionamento della struttura sulle 24 ore 7 giorni su 7) in cui poter costruire un percorso terapeutico personalizzato in un tempo prolungato (massimo due anni) integrato con i diversi Servizi che seguono il caso;
- proporsi talvolta come risposta alternativa al ricovero in situazioni di emergenza a carattere prevalentemente socio-familiare;
- coinvolgere la famiglia, laddove possibile, nel percorso terapeutico dell'adolescente.
- aiutare l'adolescente a riprendere o a riformulare una progettualità legata alla sua esistenza: concludere un percorso di studi, entrare nel mondo del lavoro, emanciparsi dalla famiglia o da un rapporto vissuto in modo conflittuale ed intrecciare relazioni extrafamiliari positive;
- poter attivare una serie di interventi terapeutici riabilitativi personalizzati (grazie all'attivazione di programmi terapeutici, riabilitativi, educativi e sociali possibili in struttura e con la struttura) in base alla patologia del caso, attraverso il lavoro di un'equipe multiprofessionale, costituita da diverse figure professionali (medico specialista, psicologi/psicoterapeuti, educatori, infermieri, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e altre figure della riabilitazione) che, attraverso uno specifico protocollo di inserimento, guiderà gli interventi dall'accoglienza in struttura, alla stesura del progetto terapeutico individuale, fino alla verifica e alla valutazione dell'intero percorso.

**Salute mentale e istituzioni giudiziarie:**

In concomitanza con la ridefinizione complessiva delle competenze psichiatriche e giudiziarie previste dopo la chiusura degli OPG, anche la presa in carico dei minori autori di reato con problemi psicopatologici ospiti degli istituti penali minorili è divenuta una questione emergente: si prevedono risorse supplementari per gli interventi di consulenza e per la collaborazione anche a percorsi di "giustizia riparativa", anche al di fuori dell'ambito penitenziario.

Bambini in carcere: fino ai 3 anni di età i bambini sono accolti nelle carceri insieme alle madri, e anche queste situazioni, fragili per eccellenza, necessitano di interventi di valutazione e consulenza da parte dei Servizi per la Salute Mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.