

La psichiatria di comunità in Lombardia
Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo
e le sue linee di attuazione (2004-2012)

A cura di
Mauro Percudani
Giorgio Cerati
Lorenzo Petrovich
Antonio Vita

La psichiatria di comunità in Lombardia

**Il Piano Regionale
per la Salute Mentale lombardo
e le sue linee di attuazione
(2004-2012)**



Regione Lombardia

McGraw-Hill Education

**Milano • New York • Bogotá • Lisbon • London
Madrid • Mexico City • Montreal • New Delhi
Santiago • Seoul • Singapore • Sydney • Toronto**



Copyright © 2013, McGraw-Hill Education (Italy), S.r.l.
via Ripamonti, 89 – 20141 Milano

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Nomi e marchi citati nel testo sono generalmente depositati o registrati dalle rispettive case produttrici.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della Legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Corso di Porta Romana n. 108, 20122 Milano 20122, e-mail info@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Publisher: Paolo Roncoroni
Development Editor: Giuseppe Di Rienzo
Produzione: Donatella Giuliani
Realizzazione editoriale: Fotocompos, Gussago (Brescia)
Grafica di copertina: Elisabetta Del Zoppo, Milano
Stampa: Prontostampa, Verdellino Zingonia (Bergamo)

ISBN 978-88-386-6865-4
Printed in Italy

Indice

PREMESSA		IX
PREFAZIONE		XIII
PREMESSA		XV
AUTORI		XVII
Introduzione	IL QUADRO PROGRAMMATARIO E LEGISLATIVO NAZIONALE E REGIONALE	1
	<i>Lorenzo Petrovich – Dolores Pisapia – Graziella Civenti</i>	
Capitolo 1	LA TRAIETTORIA DI UN DECENNIO	7
	Dal Piano Regionale per la Salute Mentale e le successive linee di attuazione alla situazione attuale	
	<i>Giorgio Cerati – Lorenzo Petrovich – Mauro Percudani – Antonio Vita – Dolores Pisapia – Antonio Lora – Graziella Civenti – Ida Fortino – Luca Merlinò</i>	
Capitolo 2	IL SISTEMA INFORMATIVO PER LA SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA	25
	Dal monitoraggio alla valutazione	
	<i>Antonio Lora</i>	
Capitolo 3	I PERCORSI CLINICI E LE LORO MODALITÀ ATTUATIVE NELLA PRATICA	43
	Il lavoro territoriale oggi tra organizzazione e cura	
	<i>Piero Antonio Magnani – Giovanni Pezzani – Mauro Percudani</i>	
Capitolo 4	L'ÉQUIPE, IL LAVORO INTEGRATO E IL CASE MANAGER NEL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE	67
	Il percorso della presa in carico e la rete	
	<i>Cesare Moro – Barbara Pinciara – Lia Sanicola</i>	
Capitolo 5	LA RETE, GLI ATTORI, L'ASSOCIAZIONISMO, L'EMPOWERMENT	89
	Esperienze attuali e prospettive	
	<i>Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini – Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni</i>	

Capitolo 6	I PROGRAMMI INNOVATIVI PER LA SALUTE MENTALE Bisogni emergenti, nuove progettualità, impatto sui servizi <i>Mauro Percudani – Giorgio Cerati – Antonio Vita – Lorenzo Petrovich</i>	109
Capitolo 7	I PROGETTI PER L'INTEGRAZIONE LAVORATIVA NELLE PRATICHE RIABILITATIVE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE Rete e inserimento lavorativo per soggetti con disturbi psichici <i>Camillo Caputo – Elisabetta Franciosi – Teodoro Maranesi – Mauro Percudani – Andrea Quarenghi</i>	121
Capitolo 8	IL RUOLO DEL SPDC NEL TRATTAMENTO DELL'ACUZIE E DELL'EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA Dai modelli organizzativi alla prevenzione degli episodi di contenzione <i>Antonio Vita – Giorgio Cerati – Mauro Percudani – Vanna Poli – Cesare Moro – Silvana Radici – Claudio Mencacci</i>	141
Capitolo 9	NUOVI MODELLI E NUOVE PROSPETTIVE PER LA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA La centralità del percorso riabilitativo nello sviluppo del sistema per la salute mentale <i>Giorgio Cerati – Mauro Percudani – Antonio Vita – Giovanni Sironi – Dagmar Merckling – Giovanna Valvassori Bolgé</i>	169
Capitolo 10	IL DPCM DEL 2008 E I PAZIENTI AUTORI DI REATO Il governo del processo di dimissione dei pazienti ricoverati in OPG e la programmazione regionale in materia di sanità penitenziaria <i>Giuseppe Biffi – Ettore Straticò – Antonino Calogero – Giorgio Cerati – Franco Milani</i>	193
Capitolo 11	FAMILIARI E VOLONTARI PER LA FORMAZIONE E L'EMPOWERMENT Le iniziative delle associazioni nell'ambito del progetto regionale <i>Valerio Canzian – Teresa De Grada – Elisa Buratti – Giorgio Cerati</i>	205
Capitolo 12	SVILUPPO E INNOVAZIONE NELL'AREA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA Le linee di indirizzo per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e la traiettoria degli ultimi anni <i>Maria Antonella Costantino – Graziella Civenti – Dolores Pisapia</i>	217
Capitolo 13	IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA CLINICA ALL'INNOVAZIONE DEI PERCORSI DI CURA PREVISTI DAL PRSM I progetti realizzati nel corso di un decennio <i>Giorgio De Isabella – Umberto Mazza – Lorena Vergani</i>	237

Capitolo 14	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E SALUTE MENTALE IN LOMBARDIA	249
	Il ruolo fondamentale dell'OCSM per favorire la collaborazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali <i>Mauro Percudani – Giorgio Cerati</i>	
Capitolo 15	QUALITÀ, FORMAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	271
	Progetti, politiche e azioni per il miglioramento della qualità nei servizi <i>Arcadio Erlicher</i>	
Capitolo 16	UMANIZZAZIONE DELLE CURE NEI PERCORSI DI ASSISTENZA	283
	<i>Elena Masotti – Rosaria Pioli</i>	
Capitolo 17	L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE A SOSTEGNO DEL MIGLIORAMENTO DELLE PRATICHE E DELL'ORGANIZZAZIONE	301
	Orizzonti ed esperienze a livello regionale <i>Gian Marco Giobbio – Massimo Clerici – Antonio Vita</i>	
Capitolo 18	CONCLUSIONI	315
	Bilancio del decennio e prospettive future <i>Giorgio Cerati – Lorenzo Petrovich – Mauro Percudani – Antonio Vita – Dolores Pisapia – Antonio Lora – Graziella Civenti – Ida Fortino – Franco Milani – Luca Merlino</i>	
	RIFERIMENTI NORMATIVI	325
	LEGENDA ACRONIMI	329

Premessa

Mario Mantovani

Assessore alla Salute di Regione Lombardia

Questo volume rappresenta la testimonianza di un lavoro non comune, un lavoro che parte da lontano con un'importante opera preparatoria di analisi del bisogno realizzato grazie al coinvolgimento di tanti professionisti. Dieci anni fa il loro contributo è stato determinante nel gettare le basi per una nuova azione programmatica in tema di salute mentale che ha permesso a Regione Lombardia di restare in costante sintonia con le esigenze di una società in continuo mutamento.

La regionalizzazione dei sistemi sanitari ha prodotto infatti scenari piuttosto diversi nel Paese e, in particolare, la programmazione in tema di salute mentale ha visto da parte delle Regioni sviluppi significativi nel corso degli anni, in particolare nell'ultimo decennio, a seguito del Progetto nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000".

In termini di impatto sulla popolazione è stato del resto stimato dall'OMS che, tra le prime venti cause di disabilità nelle fasce di età adulta, sei rientrano nell'area dei disturbi psichici. La risposta a bisogni così elevati non può essere dunque trovata solo nell'ambito sanitario, ma deve anche coinvolgere il contesto sociale, scolastico, lavorativo, considerando altresì l'aspetto esistenziale della vita dell'uomo: la relazione con persone, familiari e l'ambiente di vita rappresenta un elemento cruciale per operare con efficacia.

Il libro documenta così la traiettoria innovativa decennale sostenuta da Regione Lombardia, avviata con l'approvazione del Piano Triennale per la Salute Mentale nel 2004 e poi sviluppata con norme attuative, aggiornamenti annuali e triennali e numerose progettualità.

Si è innanzitutto posto in primo piano il tema dell'integrazione e del collegamento tra i diversi soggetti istituzionali e territoriali: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, enti locali, scuola, associazioni, agenzie del privato sociale, mondo del lavoro e della cooperazione. In una logica di sussidiarietà, a ognuno dei diversi soggetti è stato chiesto di partecipare a una comunità per la salute mentale, programmando e sostenendo nel tempo l'istituzione di "Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale". Lo scopo è stato quello di favorire interventi e azioni preventive integrando le risorse territoriali, coinvolgendo società civile, famiglie e utenti stessi.

Altro obiettivo degli ultimi anni è stato lo sviluppo di una psichiatria di comunità con la qualificazione dell'assistenza e l'innovazione nei progetti di trattamento. Un ambito, forse ancora più significativo, che il volume comprende, riguarda dunque

proprio la revisione degli ambiti di cura: la differenziazione dei percorsi territoriali, la riqualificazione della residenzialità, l'avvio di iniziative progettuali innovative su tematiche quali la prevenzione e l'intervento precoce dei disturbi gravi, il trattamento della depressione e dei disturbi psichici a elevata rilevanza epidemiologica, il riconoscimento dei disturbi emergenti.

Il cambiamento di utenza in atto documentato dai tassi di incidenza e di prevalenza trattata nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) ha poi reso necessaria una revisione dei percorsi clinici, identificando modelli clinico-organizzativi differenziati per governare il processo assistenziale. In Lombardia sono stati proposti e strutturati tre percorsi territoriali: una modalità di lavoro collaborativa con i medici di medicina generale; un percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di cure specialistiche; e uno di presa in carico degli utenti che presentano bisogni "complessi", ove è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) integrato attuato dall'équipe multi professionale e l'introduzione della figura del *case manager*.

Inoltre, al fine di promuovere specifici obiettivi di sviluppo, sono stati finanziati programmi per intercettare e rispondere ai disturbi emergenti nella popolazione, stimolando i servizi a una progettualità creativa: particolare rilevanza hanno assunto le problematiche inerenti l'area giovanile, l'inserimento lavorativo, il lavoro di rete con i familiari e i pazienti come soggetti attivi, i disturbi emotivi comuni, i disturbi alimentari o quelli del post-parto.

Tra i principali interventi portati a compimento in Lombardia vi è anche il riordino globale della residenzialità psichiatrica, con il processo di riqualificazione delle strutture e l'avvio dei programmi di residenzialità leggera. Questa riforma, che ha fatto scuola a livello nazionale e tuttora è considerata un modello nei tavoli interregionali e ministeriali di programmazione, propone la differenziazione del livello di intensità terapeutico-riabilitativa da quello assistenziale e prevede la personalizzazione del programma di cura in continuità con il percorso clinico territoriale.

Nel libro non vengono neppure trascurati i risultati in aree di particolare interesse sviluppate nel tempo, quali le attività di formazione e le ricerche, svolte con Eupolis, così come l'indagine regionale sull'umanizzazione dei servizi.

Sono però tre le aree di più recente e importante sviluppo.

Anzitutto la Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) è stata oggetto di specifici atti di pianificazione tesi a riorganizzare l'offerta di servizi, anche tramite progetti finanziati a livello regionale. Un'iniziativa molto importante è stata quella di attivare nelle Aziende Ospedaliere modelli di integrazione degli interventi per i disturbi di età adolescenziale e giovanile tra i servizi di psichiatria e di psicologia clinica, con équipe funzionali dedicate a questa cruciale fascia d'età.

In secondo luogo si è avviata la revisione dei modelli clinico-organizzativi di lavoro nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC), dando un'attenzione del tutto rinnovata al trattamento delle condizioni di acuzie psichiatrica, tramite linee guida dedicate e azioni di monitoraggio coinvolgenti i servizi ospedalieri della Regione.

Un ultimo tema, di grande attualità per la salute mentale, è infine rappresentato dal percorso già avviato da tempo in Regione Lombardia per il superamento degli

Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). La Lombardia, che aveva il maggior numero di persone ricoverate nei diversi OPG italiani, ha definito un proprio progetto per il conseguimento dell'obiettivo delle dimissioni e reinserimento dei pazienti. Tale programma coinvolge ASL, DSM e in particolare il quello dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, con l'OPG di Castiglione delle Stiviere, la cui collaborazione è essenziale per offrire risposte adeguate ai bisogni specifici dei pazienti, anche nella prospettiva del nuovo progetto regionale volto a un'applicazione saggia e graduale della legge di chiusura degli OPG.

La realizzazione dei modelli di assistenza presentati nel Piano Regionale per la Salute Mentale e attuati nel corso di un decennio con numerosi atti regionali, insieme alla necessità di proseguire il cammino intrapreso con nuove iniziative sempre più vicine ai bisogni della popolazione, rappresenta dunque un obiettivo essenziale per l'assistenza sanitaria in Regione Lombardia, oltre che un'importante occasione di crescita e di sviluppo per l'intera comunità.

Prefazione

Prof. Giancarlo Pola
Presidente di Éupolis Lombardia

Dal 2010 al 2012 il nostro Istituto (e prima come Istituto Regionale lombardo per la formazione del personale della Pubblica Amministrazione), su incarico dell'allora Direzione Generale Sanità, ha collaborato alla realizzazione del Programma triennale di formazione degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale. Si trattava allora di dare attuazione alle Linee di indirizzo del Piano regionale di Salute Mentale Lombardo.

È stato uno sforzo di progettazione supportato da gruppi di lavoro costituiti da referenti regionali, esperti del sistema sanitario della psichiatria e psico-sociale, del mondo accademico, dell'associazionismo e familiare.

Il corso era stato organizzato in due fasi: una "centrale", più tradizionale, con lezioni d'aula; una "locale", a seguire, sul campo. In tutto 280 giornate formative su tre aree tematiche:

1. la formazione – case manager;
2. l'accreditamento professionale – sistemi di qualità;
3. l'educazione – rivolta alle associazioni dei familiari e ai volontari.

Al percorso hanno partecipato oltre 6000 persone; non solo operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ospedaliere, ma anche funzionari esperti delle Aziende Sanitarie Locali, figure attive nel processo di accreditamento e qualità nelle strutture sanitarie, il mondo del volontariato e delle associazioni operanti nel campo della tutela della salute mentale.

Come spesso accade, il percorso ha avuto una ricaduta di sistema. Attraverso la condivisione tra tante persone di un'esperienza formativa si sono create le premesse per la sperimentazione di modelli innovativi di integrazione dei trattamenti, nella direzione di consolidare le connessioni tra servizi socio sanitari pubblici e privati. Questo è stato possibile anche grazie al fatto che gli spunti, le riflessioni, le esperienze di lavoro, perfino i dubbi e le critiche emersi durante le giornate formative, sono stati affidati agli esperti e formatori (per la maggior parte curatori o contributori di questo volume) che li hanno accolti e trasformati in linguaggio comune e praticabile nelle varie istituzioni e in proposte di implementazione.

Non solo; alla fase formativa, è seguita la ricerca, che ha coinvolto esperti in analisi epidemiologiche e in valutazione dei servizi psichiatrici. Utilizzando una significativa mole di dati epidemiologici, sono stati ipotizzati indicatori e modelli di monitoraggio dei programmi di cura, dell'efficacia delle forme d'intervento, dei processi di integrazione socio-sanitaria e del funzionamento degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale.

Al di là del merito e degli esiti specifici, questa circolarità tra diffusione e produzione di conoscenza; questa capacità di assecondare quel che emerge dalla interazione con i soggetti che si confrontano con i bisogni delle persone, è una delle possibilità di Éupolis Lombardia, una delle sue responsabilità prioritarie. In questo, come in ogni altro settore che interessa il bene dei cittadini lombardi.

Premessa

Mauro Percudani

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Giunta regionale lombarda nel 2004, insieme ai successivi procedimenti attuativi e al finanziamento dei programmi innovativi per la salute mentale, ha tracciato, nel corso di un decennio, le linee di un nuovo scenario per le politiche di tutela della salute mentale in Lombardia.

I due principali ambiti di intervento hanno riguardato il tema dell'integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento dei diversi soggetti che partecipano alla tutela della salute mentale nel territorio, e il tema della revisione e riqualificazione dei percorsi di cura, con l'obiettivo di una maggiore individualizzazione dei trattamenti e dell'introduzione di aspetti innovativi nei diversi ambiti della cura e dell'assistenza rivolta a soggetti che soffrono di disturbi psichici.

Vi sono alcuni principi di riferimento che hanno sostenuto, in questi anni, l'attuazione della politica sanitaria nell'ambito della salute mentale in Lombardia:

- Individuazione dei bisogni della popolazione nell'ambito della salute mentale attraverso l'analisi dei dati disponibili per un'efficace programmazione dei percorsi di assistenza.
- Integrazione tra i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale per ottimizzare le risorse del territorio in favore delle persone affette da disturbi psichici (creazione di organismi di coordinamento per la salute mentale).
- Responsabilizzazione dei servizi psichiatrici sul percorso di cura dei soggetti affetti da disturbi psichici gravi (differenziazione dei percorsi di cura, piano di trattamento individuale, istituzione della figura del *case manager*, ricerca degli utenti persi di vista).
- Riqualificazione delle Strutture Residenziali (SR) psichiatriche per rispondere in modo più efficace ai bisogni specifici degli utenti (distinzione tra SR riabilitative e SR assistenziali, e relativi percorsi individualizzati).
- Investimento sui percorsi di formazione specifica degli operatori dei servizi psichiatrici.
- Finanziamento di programmi innovativi (progetti su tematiche strategiche nell'ambito dei percorsi territoriali, nuove forme di residenzialità psichiatrica, promozione della qualità dell'assistenza).

Il volume presenta l'evoluzione dei modelli organizzativi nell'ambito della salute mentale in Lombardia nel corso di un decennio, descrive le linee di attuazione del PRSM attraverso i diversi atti regionali che si sono succeduti nel corso degli anni, ed evidenzia nei diversi argomenti criticità e prospettive future.

Nei capitoli, partendo dalla descrizione del quadro programmatico e legislativo nazionale e regionale nell'ambito del quale si sono sviluppate le iniziative in tema di salute mentale, viene presentata la traiettoria del decennio con le diverse tematiche rispetto alle quali sono state avviate azioni di riforma e di riorganizzazione, gli aspetti epidemiologici e di monitoraggio che hanno accompagnato e sostenuto il percorso programmatico, i criteri di revisione dei percorsi clinici territoriali e residenziali con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti gravi, alla funzione di *case management*, all'importanza del ruolo della rete sociale e delle associazioni nei percorsi di cura offerti agli utenti.

Il volume affronta inoltre tematiche specifiche quali la gestione dell'acuzie psichiatrica a livello ospedaliero, i percorsi avviati e le problematiche aperte relativamente ai pazienti autori di reato e alla dimissione dei pazienti ricoverati in OPG, i progetti per l'inserimento lavorativo nell'ambito dei percorsi riabilitativi dei DSM, i progetti di formazione, di qualità e per favorire l'umanizzazione delle cure, nell'ambito più generale del tema dell'innovazione e dell'esperienza ormai consolidata del finanziamento di programmi innovativi per la salute mentale.

Infine, il capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria e quelli riguardanti il contributo della neuropsichiatria infantile e della psicologia clinica alla realizzazione dei percorsi di cura previsti dal PRSM, sottolineano la stringente necessità di collaborazione tra soggetti diversi e discipline affini per favorire un ulteriore progresso della qualità dell'assistenza ai soggetti che soffrono di disturbi psichici nel territorio lombardo.

A CURA DI:

Mauro Percudani

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “G. Salvini”, Garbagnate Milanese; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Giorgio Cerati

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Lorenzo Petrovich

psichiatra, membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Antonio Vita

professore straordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Brescia; direttore Unità Operativa di Psichiatria Gardone VT, Azienda Ospedaliera Spedali Civili, Brescia; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

AUTORI

Giuseppe Biffi

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “San Carlo Borromeo”, Milano.

Elisa Buratti

psicologa, Associazione Diversamente, Milano.

Antonino Calogero

ex direttore Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere, Azienda Ospedaliera “Carlo Poma”, Mantova.

Valerio Canzian

presidente Unione Regionale Associazioni di Salute Mentale (URASaM), Milano.

Camillo Caputo

psicologo, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco”, Milano.

Pierluigi Castiglioni

direttore Unità Operativa di Psichiatria di Legnano, Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”.

Giorgio Cerati

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Claudio Cetti

direttore Dipartimento di Salute mentale, Azienda Ospedaliera “S. Anna”, Como.

Graziella Civenti

Struttura Politiche sanitarie territoriali e salute mentale, Direzione generale Salute, Regione Lombardia.

Massimo Clerici

professore associato di Psichiatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca; direttore, Dipartimento di Salute mentale, Azienda Ospedaliera “S. Gerardo”, Monza.

Maria Antonella Costantino

direttore Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Teresa De Grada

presidente Associazione Diversamente, Milano.

Giorgio De Isabella

direttore Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica, Azienda Ospedaliera “San Carlo Borromeo”, Milano.

Arcadio Erlicher

già direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Ospedale Niguarda Ca’ Granda”, Milano.

Ida Fortino

dirigente Struttura Farmaceutica, protesica e dispositivi medici, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Elisabetta Franciosi

psicologa Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco”, Milano.

Gian Marco Giobbio

direttore medico Centro “Sacro Cuore di Gesù”, San Colombano al Lambro, e Centro “Sant’Ambrogio”, Cernusco sul Naviglio; Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli.

Marco Goglio

direttore Unità Operativa di Psichiatria di Saronno, Azienda Ospedaliera “Ospedale di circolo”, Busto Arsizio.

Antonio Lora

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Piero Antonio Magnani

direttore Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Carlo Poma”, Mantova.

Teodoro Maranesi

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco”, Milano.

Elena Masotti

psicologa ricercatrice, IRCCS “San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli”, Brescia.

Antonio Mastroeni

psichiatra Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “S. Anna”, Como.

Umberto Mazza

direttore Unità Operativa semplice di Psicologia clinica, Azienda Ospedaliera “San Gerardo dei Tintori”, Monza.

Claudio Mencacci

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Fatebenefratelli”, Milano.

Dagmar Merckling

psichiatra Unità Operativa di Psichiatria di Magenta, Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”.

Luca Merlinò

direttore vicario, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Franco Milani

dirigente Struttura Politiche sanitarie territoriali e salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Cesare Moro

coordinatore infermieristico, Unità Operativa di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Treviglio.

Nicolò Parini

educatore, tutor Programma Innovativo TR75, Busto Arsizio-Tradate, Azienda Ospedaliera “Ospedale di circolo”, Busto Arsizio.

Mauro Percudani

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “G. Salvini”, Garbagnate Milanese; membro del Comitato Tecnico per l’innovazione in salute mentale, Direzione generale Salute, Regione Lombardia.

Lorenzo Petrovich

psichiatra, membro del Comitato Tecnico per l'innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Giovanni Pezzani

già direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Treviglio.

Barbara Pinciara

psichiatra, docente di Psicopatologia dei disturbi psicotici e del modello dell'integrazione funzionale, Istituto Studi e Ricerca Disturbi Psicotici (ISeRDIP), Milano.

Rosaria Pioli

medico psichiatra, IRCCS "San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli", Brescia.

Dolores Pisapia

membro del Comitato Tecnico per l'innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Vanna Poli

responsabile infermieristica, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera "Istituti Ospedalieri", Cremona.

Andrea Quarenghi

psicologo, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco", Milano.

Silvana Radici

responsabile Area Assistenziale, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera "Sant'Anna", Como.

Lia Sanicola

già docente di Famiglie e Welfare Comunitario, Laurea Magistrale, Università di Parma.

Giovanni Sironi

responsabile Area Progetti, Fondazione Bestini Onlus, Milano.

Ettore Straticò

direttore Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere, Azienda Ospedaliera "Carlo Poma", Mantova.

Giovanna Valvassori Bolgé

dirigente medico di Psichiatria, Unità Operativa di Psichiatria di Magenta, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano".

Roberta Venieri

psicologo, Programma Innovativo TR75, Saronno, Azienda Ospedaliera "Ospedale di circolo", Busto Arsizio.

Lorena Vergani

dirigente Struttura semplice dipartimentale di Psicologia clinica, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano".

Antonio Vita

professore straordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Brescia; direttore Unità Operativa di Psichiatria Gardone VT, Azienda Ospedaliera "Spedali Civili", Brescia; membro del Comitato Tecnico per l'innovazione in salute mentale, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia.

Il quadro programmatico e legislativo nazionale e regionale

Introduzione

Lorenzo Petrovich – Dolores Pisapia – Graziella Civenti

IL QUADRO PROGRAMMATORIO E LEGISLATIVO

La cornice nella quale si inserisce il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) del 2004 è l'esito di una complessa modifica dell'assetto programmatico e legislativo nazionale e regionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 si fonda non solo sull'art. 32 della Costituzione ma anche, e soprattutto, sull'attuazione dell'art. 5, 117 e 118 della stessa Costituzione, articoli che sono a fondamento dell'attività di decentramento di competenze e funzioni statali alle Regioni e agli altri Enti locali.

Nel biennio 1992-1993 veniva avviata una profonda riorganizzazione del SSN (decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993 n. 517) che vede il Governo Centrale cessare dalla posizione di 'terzo pagante': vengono infatti modificati i meccanismi di formazione e riparto del fondo sanitario nazionale, con l'introduzione della quota capitaria che lega livelli uniformi di assistenza alla popolazione residente nelle varie Regioni, pesata tramite l'utilizzo di precisi parametri. Altro elemento fondamentale è la trasformazione delle Unità Sanitarie (o Socio-Sanitarie) Locali in Aziende con autonoma personalità giuridica, bilancio e gestione tecnica e finanziaria. Quest'ultima è improntata a principi propri delle aziende private con la predisposizione di budget di esercizio annuale con preventivi e consuntivi per centri di costo, obbligo del pareggio di bilancio e affidamento di tutti i poteri di gestione al Direttore Generale. Si modifica il criterio di finanziamento passando da un meccanismo *ex post* (il cosiddetto finanziamento a piè di lista) a una remunerazione per prestazione (DRG - *Diagnostic Related Group* -, tariffe per prestazioni specialistiche ambulatoriali, funzioni) accanto al tentativo di introdurre un regime di concorrenzialità tra pubblico e privato.

Nel sistema che così si viene a configurare gli erogatori vengono finanziati per volume di attività svolta e non per quantità di fattori produttivi, segnando un passo avanti nel trasferimento di responsabilità in capo al produttore.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 con le sue disposizioni programmatiche pone le premesse per il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 che introduce

“Norme per la razionalizzazione del SSN”. I livelli essenziali e uniformi di assistenza vengono assicurati rispettando i principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, tenuto conto dell’economicità nell’impiego delle risorse.

Altro elemento determinante a regolazione del ‘mercato della salute’ è la programmazione dell’offerta, disciplinata attraverso le fasi dell’autorizzazione e dell’accreditamento delle strutture sulla base di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dalle Regioni, in coerenza con la normativa nazionale in materia, nonché dagli accordi contrattuali sulla base dei quali sono definiti il programma di attività di ciascuna struttura e i relativi tetti di spesa.

Efficienza, efficacia, definizione chiara degli obiettivi, qualità delle cure, *managed care* e aziendalizzazione accanto a personalizzazione delle cure e remunerazione predefinita sono le *key word* del sistema di gestione della salute che le Regioni definiscono sulla base di piani che disciplinano i modelli organizzativi e gli standard di riferimento.

I PROGETTI OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Le provvidenze specifiche per l’area della salute mentale sono collegate ai due Progetti Obiettivo per i trienni 1994-1996 e 1998-2000, oltre alle disposizioni delle leggi Finanziarie 1996, 1997 e 1998, che hanno accelerato il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici.

Con i Progetti Obiettivo si realizza concretamente l’assistenza psichiatrica incentrata sulla prevenzione, la cura e la riabilitazione del paziente con disturbi psichici. Il fulcro dell’assistenza si sposta dalle strutture di ricovero ai servizi sul territorio.

Le aree di intervento sono così sintetizzabili:

- Organizzazione delle strutture al fine di accogliere una complessità di domande che vanno dal *counselling* in attività ambulatoriale alle attività riabilitative residenziali e semiresidenziali, al ricovero nel caso di acuzie.
- Formazione professionale degli operatori per una gestione multidisciplinare del paziente attraverso la dimensione del lavoro in équipe e negli aspetti clinici e socio-assistenziali.
- Organizzazione dipartimentale del lavoro con definizione degli ambiti di competenza e delle modalità strutturali e gestionali.
- Superamento degli Ospedali Psichiatrici con progetti di dimissione personalizzata.
- Stretta integrazione delle strutture coinvolte in modo da assicurare la presa in carico e l’evidenza delle risorse impiegate nell’intero processo.
- Realizzazione degli interventi per la tutela della salute mentale in età evolutiva con progetti di coordinamento con le attività di psichiatria dell’adulto.
- Nuclei di valutazione a livello dipartimentale per il Miglioramento Continuo della Qualità relativamente alla qualità manageriale, professionale e alla qualità percepita.

- Adozione di linee guida e procedure di consenso professionale per buone pratiche cliniche con adozione di indicatori e misure di valutazione, oltre che di debiti informativi di rilievo per gli aspetti epidemiologici e di efficacia nell'erogazione dei servizi di salute.

Anticipato dai Progetti Obiettivo regionali del 1984 e del 1986, il Progetto Obiettivo regionale “Tutela socio-sanitaria dei malati di mente triennio 1995-1997”, oltre a richiamare e interpretare gli indirizzi programmatori nazionali e a definire gli obiettivi di sviluppo per il triennio successivo (con una forte sottolineatura della prevenzione quale strategia elettiva di contrasto), fornisce indicazioni precise circa l'assetto che i servizi di tutela della salute mentale devono assumere a livello territoriale. Da un lato evidenzia un modello organizzativo basato sull'azione congiunta e il coordinamento dei servizi che insistono sullo stesso territorio e sul coordinamento delle attività svolte dai servizi psichiatrici con quelle erogate da altri servizi socio-sanitari rilevanti per la tutela della salute mentale, dedicando un'attenzione specifica anche alla valorizzazione delle associazioni di volontariato e di *advocacy* attive a livello locale. Dall'altro indica precisi standard di fabbisogno (bacino di utenza ottimale e standard di posti letto ospedalieri e residenziali in rapporto alla popolazione servita) e di risorse (personale previsto per modulo-base di Unità Operativa di Psichiatria costituito da: Centro Psico-Sociale, reparto ospedaliero, strutture per attività semiresidenziale, strutture per attività residenziale) e pone le basi per l'avvio di un osservatorio epidemiologico e di un sistema informativo al fine di consentire il monitoraggio e la valutazione dell'attività erogata.

Di pochi anni successiva al Progetto Obiettivo, la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”, integrando e traducendo a livello regionale il decreto legislativo 502/1992, ridefinisce l'assetto istituzionale e gestionale della Regione Lombardia.

Nodo fondamentale è la separazione tra soggetti erogatori dei servizi e delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale (Aziende Ospedaliere ed erogatori privati accreditati) e soggetti con funzioni di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni socio-sanitarie stesse, oltre che delle attività di prevenzione e della medicina di famiglia (Aziende Sanitarie Locali).

Altri punti cardine della legge la piena parità di diritti e di doveri tra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato e la libera scelta del *provider* da parte del cittadino.

L'insieme di questi fattori determina una dimensione di concorrenzialità tra strutture accreditate pubbliche e private guidata dal controllo e dalla programmazione del bisogno da parte della *governance* regionale. Criteri di accreditamento e meccanismi contrattuali con definizione dei tetti di spesa e dei budget (necessari a calmierare un sistema di finanziamento legato alla quantità prodotta) guidano la regolazione delle risorse con criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi forniti. La psichiatria e la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza vengono fatte afferire alle Aziende Ospedaliere assicurando la continuità gestionale dell'Unità Operativa nella

dimensione Dipartimentale, integrando i servizi territoriali, ospedalieri semiresidenziali e residenziali.

Lo sviluppo dell'offerta privata (da parte di strutture private accreditate e a contratto) è particolarmente marcato nel settore della residenzialità anche se la responsabilità dell'invio rimane a carico delle strutture pubbliche, con forti sinergie e controlli (Piano di Trattamento Individuale e conseguente Progetto Terapeutico Riabilitativo).

Il sistema remunerativo è omogeneo al finanziamento delle strutture erogatrici: DRG per Servizio di Diagnosi e Cura ospedaliero (SPDC), tariffa per prestazione per la parte territoriale valorizzando maggiormente le prestazioni del Centro Psico-Sociale rispetto a quanto previsto dal nomenclatore tariffario nazionale del 1994, retta giornaliera diversificata in rapporto all'intensità delle attività riabilitative o assistenziali nelle strutture residenziali e semiresidenziali, a funzione per le attività di Pronto Soccorso. In questo modo le attività di psichiatria si distendono nelle tre dimensioni dei livelli uniformi essenziali di assistenza (territoriale, ospedaliera e riabilitativa) sotto un'unica *governance* a garanzia della continuità della presa in carico.

Di fronte ai processi di aziendalizzazione e di *managed care* la psichiatria incontra diverse criticità: un fattore sostanziale di garanzia di assistenza assicurata a una popolazione fragile rappresentata dalle persone affette da disturbi mentali sembra scontrarsi con il quadro di concorrenza amministrata e di 'quasi mercato' che i nuovi assetti organizzativi hanno definito. D'altro canto è noto che la salute della popolazione è positivamente correlata solo per una quota minoritaria alla presenza di strutture d'offerta sanitaria, essendo per il resto legata a fattori quali la prevenzione, la qualità dell'integrazione sociale, la qualità dell'ambiente, la presenza e la tutela dei diritti civili e tutto ciò che possiamo definire atmosfera e respiro d'opportunità vitali.

Questo per la psichiatria potrebbe nascondere o esplicitare la tentazione di una diluizione in un altro luogo dove l'azione sociale diffusa si contrapponga a una rete strutturata di servizi in un modello organizzato con nodi di identità e competenze dichiarate, responsabilità definite, professionalità tecnico-gestionali individuabili all'interno della più generale organizzazione sanitaria.

La psichiatria ulteriormente sconta una propria crisi di modello interno. Le modalità di offerta ai bisogni di cura dei disturbi mentali si sono intrecciate nelle molteplici interazioni che esistono tra il sistema economico, quello clinico-scientifico e quello socio-assistenziale. Fino ai decreti di riordino i tre sistemi hanno operato in modo parzialmente separato, convivendo nei modelli organizzativi con prevalenze di stili operativi legati a molteplici fattori, spesso contingenti e/o autoreferenziali (modelli teorici, risorse disponibili ecc.).

All'interno di questo quadro sono evidenziabili tre fasi di sviluppo: quella iniziale dove era prevalente l'idea di coercizione, quella intermedia ispirata dall'idea di consenso e la più recente dove il tema emergente è legato a un criterio valoriale di collaborazione tra operatori, utenti e reti sociali, mediato e sorretto dalle nozioni di *empowerment* e *recovery*.

Con il PRSM 2004 Regione Lombardia ha tentato di coagulare i segmenti del sistema in una realtà organizzata dove il punto di partenza è rappresentato dai bisogni degli

utenti, accolti dalla competenza multiprofessionale degli operatori in luoghi di consultazione, cura e riabilitazione diversificati, saldati da un percorso di prestazioni e processi rilevabili all'interno di un progetto individualizzato, con una garanzia di continuo controllo e revisione della qualità e dell'efficacia nella pratica dei servizi offerti.

Il Piano ha voluto essere uno stimolo e una guida al cambiamento affrontando gli aspetti organizzativi e di coordinamento dipartimentale, gli scenari dei rapporti istituzionali e gestionali, le aree di intervento e i modelli operativi al fine di prefigurare modelli definiti e flessibili alle mutate esigenze con chiaro disegno della catena delle responsabilità e delle linee di appropriatezza nell'uso delle risorse. I progetti innovativi assicuravano l'apertura alle possibili modifiche e revisioni del modello e alle nuove istanze emergenti.

La traiettoria di un decennio

Dal Piano Regionale per la Salute Mentale
e le successive linee di attuazione
alla situazione attuale

Capitolo

1

*Giorgio Cerati – Lorenzo Petrovich – Mauro Percudani – Antonio Vita
Dolores Pisapia – Antonio Lora – Graziella Civentì – Ida Fortino – Luca Merlinò*

RIASSUNTO

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) della Lombardia del 2004 ha elaborato una proposta complessiva, rispetto sia alla dimensione clinico-organizzativa sia a quella culturale e istituzionale, dandosi alcuni obiettivi strategici efficaci nel motivare e nell'introdurre il cambiamento nel sistema.

Anzitutto si è operato per promuovere la salute mentale del soggetto adulto attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e, in particolare definire i ruoli rispettivi di ASL, Enti locali e soggetti che concorrono, con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), alla cura delle persone anche affette da disturbi gravi, istituendo Organismi di Coordinamento al fine di aumentare le sinergie per l'analisi dei bisogni, l'integrazione della rete socio-sanitaria, le iniziative di prevenzione e inclusione, l'uso delle risorse del territorio.

Va considerata la complessità della società attuale, dove all'affacciarsi di nuove forme di bisogno corrisponde l'emergere di nuovi soggetti costituenti la rete sociale: soggetti pubblici, privati, associazioni, gruppi informali, le famiglie e i pazienti stessi, presenti nel contesto del territorio e 'alleati' per contribuire anche al superamento del pregiudizio culturale.

In particolare, riguardo alla dimensione clinico-organizzativa, si è investito in termini organizzativi e gestionali sui percorsi di trattamento per promuovere una psichiatria di comunità in un territorio funzionale ampio: un lavoro per progetti per favorire flessibilità nei percorsi di assistenza e modelli innovativi di pratiche orientate alla qualità dei processi di cura, alla loro personalizzazione e unitarietà; un lavoro che si è sviluppato attraverso una traiettoria decennale, intercettando i bisogni emergenti di una società che cambia.

PUNTI DI PARTENZA E METODOLOGIA DI LAVORO

Nel corso degli ultimi decenni le pratiche relative all'intervento nella tutela della salute mentale hanno abbandonato le dottrine teoriche chiuse e auto-referenziali e si sono

sempre più fondate sul riconoscimento della dimensione multi-fattoriale della malattia mentale. Tale prospettiva rinnova l'importanza della relazione come elemento cruciale dell'operare nel campo della salute mentale: relazione con i soggetti affetti da disturbi psichici ma anche con i loro familiari e, più in generale, con il loro ambiente di vita. L'assistenza a soggetti affetti da disturbi psichici pone problemi che vanno oltre i trattamenti. Si tratta della qualità della vita della persona e della famiglia nel loro contesto di vita e di lavoro. Nello stesso tempo, una nuova prospettiva per la salute mentale, accanto alla centralità del paziente/utente, deve considerare la centralità dell'operatore nei servizi psichiatrici: infatti è in larga misura dalla qualità delle risorse umane che dipende la qualità dei servizi psichiatrici.

Inoltre, ampio e ricco è divenuto lo scenario dei soggetti che 'concorrono' alla salute mentale. Le normative stesse nazionali e regionali dell'ultimo decennio ne hanno tenuto conto, come per esempio in Italia, il Progetto Obiettivo 'Tutela Salute Mentale 1998-2000' pone tra gli interventi prioritari la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati e il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nell'attuazione del piano terapeutico; e tra le politiche per programmi di salute sostiene la necessità di predisporre un quadro programmatico che punti alla coordinazione strategica di tutti i soggetti coinvolti. Fa eco in Regione Lombardia il Piano Socio-Sanitario 2002-2004 (PSSR), anticipando alcuni aspetti del PRSM:

- l'organizzazione dei servizi per la salute mentale vede soggetti non istituzionali (associazioni di familiari, pazienti, volontari) e il privato non-profit interagire con le istituzioni (Aziende Sanitarie, Enti Locali) per contribuire, in un'ottica di libertà di scelta della cura degli utenti, alla qualificazione dell'assistenza all'innovazione nei progetti di trattamento;
- primo obiettivo è lo sviluppo di una psichiatria di comunità, in un contesto ricco di risorse e di offerte, un territorio concepito come insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile;
- i DSM devono proporsi una duplice missione: garantire la libertà di scelta della cura da parte degli utenti e assicurare il trattamento integrato dei pazienti gravi (presa in carico).

Il 17 maggio 2004 la Giunta regionale lombarda ha approvato il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM). Sul piano metodologico, i lavori per lo sviluppo del PRSM sono stati organizzati secondo alcuni principi guida:

- identificare le principali criticità e aree di bisogno dell'assistenza psichiatrica in Lombardia;
- coinvolgere nella preparazione del documento gli operatori dei servizi psichiatrici e i rappresentanti del terzo settore;
- proporre un insieme organico di modelli operativi gestionali e clinici per favorire il governo della salute mentale nella realtà lombarda, attribuendo maggiore importanza ai processi di cura rispetto alla dimensione strutturale;

- introdurre pertanto un metodo di lavoro per progetti, così da implementare programmi innovativi di assistenza valorizzando i soggetti realmente propositivi.

Le tappe di sviluppo del Piano attraversano tre fasi:

1. Fase conoscitiva e propositiva: il lavoro di costruzione dal PSSR al PRSM.
2. Fase dell'implementazione 2004-2008: le azioni.
3. Fase dello sviluppo 2009-2012: ulteriori interventi e sviluppi.

FASE CONOSCITIVA E PROPOSITIVA DAL PSSR ALLA COSTRUZIONE DEL PRSM: PRINCIPI ISPIRATORI, NUOVE RISORSE, PERCORSI DI CURA

Negli ultimi anni si è registrato un cambiamento culturale e sociale significativo: il contesto tutto è profondamente mutato. L'immagine sociale del malato grave sembra tuttora connotata da un pregiudizio negativo, ma i tassi di prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore sono così diffusamente aumentati da far sì che alcune forme si possano oggi classificare tra i disturbi comuni.

In secondo luogo oggi, a oltre tre decenni di distanza dalla legge 180/1978, si è passati dalla fase della deistituzionalizzazione a una maggiore attenzione nei confronti del lavoro clinico, a una positiva tendenza verso l'integrazione delle teorie e delle tecniche, al superamento delle contrapposizioni ideologiche. Inoltre, la sensibilità della popolazione è mutata nella direzione di una minor fiducia verso le organizzazioni istituzionali rispetto alla preferenza verso modalità libere e auto-organizzate di risposta ai bisogni, nel senso sia della solidarietà sia della diversificazione dei servizi offerti (il passaggio dal *welfare state* alla *welfare society*).

Il territorio, individuato dalla legge 180/1978 come luogo 'normale' dell'intervento sulla sofferenza psichica, seppure alla lunga disinvestito del fascino dello stato nascente di allora, ora rappresenta un termine che viene riscoperto al di fuori dei confini dei servizi e vivificato a partire dalle realtà di base esistenti, per esempio del privato sociale, capaci di proporre iniziative auto-organizzate (libere imprese) o in collaborazione con le Unità Operative di Psichiatria (UOP) e i Comuni.

Infatti, a una certa stanchezza istituzionale, fa spesso da contrappunto da parte della comunità la creazione di risposte orientate a operare per il recupero e la qualità di vita del paziente, ove il tessuto sociale è protagonista attivo con il suo potenziale terapeutico, reso tale dal lavoro di rete e dalle sue applicazioni: reti sociali e reti personali, naturali o secondarie, che costituiscono l'ossatura reale dell'attuale concetto operativo di territorio, inteso non solo come realtà geografica ma come comunità di storia e di legami tra persone.

Non a caso sempre maggiore rilievo va assumendo la metodologia del 'fare insieme', cioè di intervenire coinvolgendo le persone, i destinatari e le loro famiglie, in tutte le fasi, e quindi di concepire il lavoro riabilitativo in *partnership* con le risorse della sussidiarietà orizzontale.

A partire da qui si sono diffuse molteplici esperienze che utilizzano l'integrazione delle risorse informali, pubbliche e private, per attuare percorsi clinici terapeutico-riabilitativi, appunto, integrati tra servizi e soggetti non istituzionali o sussidiari.

Il PRSM, approvato nel 2004, si inseriva in un quadro di servizi di salute mentale a gestione pubblica ben radicati nel territorio [i 29 Dipartimenti di Salute Mentale, le 65 Unità Operative di Psichiatria e i loro presidi: Centri Psicosociali (CPS), Centri Diurni (CD), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Strutture Residenziali (SR) queste ultime in parte gestite da soggetti privati accreditati], in stretta coerenza, in termini di strutture e personale, con i Progetti Obiettivo Nazionale 1994 e Regionale 1995-1997.

Però la situazione reale dei servizi in Lombardia non era lineare. L'analisi dei dati di attività, pur mostrando una notevole offerta di prestazioni, evidenziava che i programmi di assistenza e trattamento erano caratterizzati da criticità riscontrabili, in termini di organizzazione e cultura, nei servizi sia territoriali sia residenziali: l'insufficiente differenziazione della domanda e dei bisogni degli utenti, la scarsa progettualità nei percorsi di cura, le carenze di coordinamento e di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti nella tutela della salute mentale, l'esistenza di strutture poco flessibili e poco duttili ai mutamenti, l'incostante continuità-responsabilità di presa in carico dei pazienti con disturbi psichici gravi.

Perciò il PSSR 2002-2004 aveva richiesto: una più precisa individuazione dei bisogni e delle risorse, favorendo la centralità della persona che richiede la cura e la contrattualità nell'impostazione del rapporto; il rinnovamento culturale e organizzativo dei servizi, con ampliamento e diversificazione delle agenzie erogatrici, miglioramento della qualità dei servizi e attuazione di pratiche di provata efficacia; la sperimentazione di nuove forme di lavoro in rete finalizzate a ridurre la sofferenza dei pazienti e delle famiglie e a favorire l'inserimento nel contesto sociale. Dettò, inoltre, una serie di punti da sviluppare entro 1 anno:

- **Linee politico-organizzative:**
 - trasferire al settore i principi della legge 31/1997;
 - dare maggiore apertura alle funzioni territoriali;
 - riformulare i modelli clinico-organizzativi;
 - modificare il sistema di finanziamento.
- **Lavoro per progetti:**
 - differenziare i percorsi di cura;
 - elaborare progetti con la medicina generale;
 - contrastare l'autoreferenzialità dei servizi.
- **Coordinamento delle risorse.**
- **Integrazione dipartimentale.**
- **Predisposizione di un Piano Regionale Salute Mentale.**

Da qui, dunque, il PRSM prese le mosse, individuando una serie di punti metodologici e di obiettivi caratterizzanti, quali:

- partire dalle buone pratiche esistenti, valorizzandole;

- rilevare i bisogni;
- promuovere l'integrazione tra i soggetti istituzionali e non istituzionali che concorrono alla tutela della salute mentale, includendo pubblici, privati accreditati, terzo settore e rete naturale;
- ridefinire i percorsi di cura sul territorio e i modelli clinico-organizzativi della residenzialità;
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e gestionali (programmi innovativi);
- promuovere la formazione e la qualità dell'assistenza.

Quali i bisogni e i problemi attuali? Secondo quali scelte di priorità viene accolta la domanda? Quali i programmi clinici? Quale formazione per gli operatori? Quale rapporto con il territorio e la rete di risorse presenti? Che cosa è essenziale per un servizio psichiatrico? A queste domande ha inteso rispondere il PRSM, in attuazione del Piano Socio Sanitario 2002-2004.

Nella polarità di sempre tra l'organizzazione e la cura, sono due i *leit motiv* del PRSM:

1. lavorare per progetti come metodo, così che l'accento si sposti dalle strutture, con il loro scarso dinamismo, alla centralità della persona nel suo contesto e con i suoi bisogni specifici;
2. partire dalla realtà, dalle presenze esistenti in un determinato contesto sociale, per un concetto funzionale di territorio capace di valorizzare l'esistente, pubblico o privato, formale o informale.

Ne discende la piena assunzione delle pratiche di *psichiatria di comunità*, che vive del rapporto con la realtà sociale e insieme della relazione con la persona e la sua domanda, nella prospettiva quindi di una 'psichiatria della persona nella comunità'. Inoltre diviene essenziale la dinamica dei percorsi di cura centrati sul soggetto: base per un lavoro di qualità, che coinvolge in una progettualità cura e riabilitazione, programmi residenziali e territoriali. In questo senso il PRSM privilegia gli aspetti funzionali dell'organizzazione e pone in primo piano parole come diversificazione, integrazione, coordinamento.

Il percorso programmatico e attuativo del Piano è stato sostenuto da alcune parole chiave, mutate anche da esperienze cliniche che hanno improntato le prassi operative di alcuni servizi, come per esempio quelle che derivano dal modello dell'integrazione funzionale di Zapparoli e che offrono uno stile di lavoro clinico in psichiatria improntato all'ascolto e alla valutazione di ciascun paziente e all'essenzialità ed efficacia dell'intervento: differenziare i bisogni, reperire risorse, integrare gli interventi.

Su questa base si è declinato il principio fondamentale di introdurre come metodo il lavorare per progetti personalizzando il trattamento, allo scopo di orientare sempre più i soggetti alla prospettiva di organizzare luoghi e momenti di cura, comunque non istituzioni marginali in partenza. Infatti solo così il valore aggiunto del rapporto col privato sociale diviene un effettivo requisito di qualità per i servizi e cessa di rappresentare una funzione destinata inevitabilmente alla residualità.

Il tema dell'integrazione trova inoltre delle connessioni naturali, anche se non scontate e ovvie, con il lavoro di rete, non solo a livello del legame profondo persona-società ma soprattutto nella pratica clinica. Di più: se da un lato la triade sussidiarietà, innovazione, integrazione riconosce un comune denominatore nell'attitudine a 'partire dal basso', dall'altro essa delinea la prospettiva per i soggetti che desiderano essere presenti nel campo della salute mentale, in quanto nel contempo ne descrive le sfide più attuali da perseguire. Sfide o impegni su cui si misura oggi la psichiatria di comunità, termine più appropriato di salute mentale, nel suo intreccio di fatti pubblici e bisogni privati, che richiedono non una sola ma una varietà e una molteplicità di risposte.

Ne deriva l'importanza del metodo di costruzione del PRSM: valorizzare le buone pratiche presenti nel territorio coinvolgendo nella preparazione operatori dei servizi e rappresentanti del terzo settore.

Vi è stata grande attenzione ai profondi cambiamenti avvenuti a livello normativo in Lombardia (legge 31/1997), ma soprattutto nella società civile: la gente esercita opzioni, si associa, crea nuovi attori nel lavoro per la salute mentale, diventa realmente protagonista attraverso il privato sociale, le famiglie e i volontari, promuovendo di fatto la rete sociale come soggetto di un'alleanza, con il coinvolgimento di enti e istituzioni locali. Di nuovo perciò il tema dell'integrazione, in una logica di sussidiarietà, tra diversi soggetti: il Piano indica i modelli operativi per lo sviluppo di programmi innovativi di intervento aperti alla collaborazione con la rete informale, coinvolgendo la società civile e sollecitando più flessibilità nei percorsi di assistenza, territoriali e residenziali, attraverso modelli gestionali di collaborazione pubblico-privato o anche forme di convenzione con soggetti non istituzionali.

FASE DELL'IMPLEMENTAZIONE 2004-2008: LO SCENARIO NELL'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE E LE AZIONI

Dato che suo obiettivo principale è lo sviluppo della psichiatria di comunità, in un territorio con risorse e offerte integrate di servizi (pubblici, privati e non-profit), in *partnership* con la rete sociale, e investendo specificamente nell'articolazione dei percorsi clinici differenziati rispetto ai bisogni, il PRSM si è posto come obiettivi strategici:

- promuovere l'**integrazione** tra i diversi soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale: dimensione culturale e istituzionale;
- ridefinire i **percorsi di cura**: dimensione clinico-organizzativa.

L'esigenza di operare per l'integrazione della rete socio-sanitaria e il miglior uso delle risorse del territorio nasce dalla considerazione della pluralità dei soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale: un pur incompleto elenco comprende sicuramente la Regione, le AO con i loro DSM, i Soggetti erogatori privati accreditati, le ASL stesse, i Medici di Medicina Generale (MMG), gli Enti Locali (Comuni, Piani di zona, Provincia) e tutto il mondo del c.d. terzo settore, dalle associazioni di utenti,

familiari, volontari al privato sociale non-profit. Accanto ai tradizionali, vi sono nuovi soggetti in campo (istituzionali e non, le reti naturali) ad affrontare i nuovi bisogni legati ai recenti cambiamenti epidemiologici nei disturbi psichici che fanno registrare un aumento di determinati disturbi – per esempio depressivi, di personalità, d’abuso di sostanze – e una diminuzione dell’età d’esordio.

A questo livello, culturale e istituzionale insieme, è stata attivata una funzione di coordinamento con tutti i soggetti che concorrono alla salute mentale nei territori, istituendo a cura delle ASL gli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) (circolare 19 san/2005).

Il nuovo scenario che si è delineato ha contribuito a definire ruoli e funzioni dei diversi Enti, servizi e soggetti che collaborano nell’area salute mentale, nella prospettiva, enunciata dal Piano, di una ‘comunità per la salute mentale’. Si è realmente creata nuova polarità funzionale, specie in quanto sono state responsabilizzate le ASL rispetto alla promozione e alla tutela della salute mentale, con la funzione di sostenere la sussidiarietà nell’azione dei servizi e dei soggetti operanti.

Le ASL, in effetti, istituendo gli OCSM, realizzano lo scopo di promuovere l’integrazione tra i soggetti della rete territoriale, con il compito di realizzare l’analisi dei bisogni del territorio, la programmazione dell’impiego delle risorse, l’integrazione della rete socio-sanitaria, le iniziative di prevenzione e promozione salute mentale.

Vi è una specificità nell’approccio psicosociale, tanto innervato da metodologie biologico-medicali quanto debitore a forme di intervento psico-socio-terapeutiche, che corrisponde alla multifattorialità del disturbo psichico: in forza di ciò, tale metodo è in grado di rilevare bisogni anche molto disomogenei, di differenziarli e di creare le condizioni per integrare le risposte.

Si delineano percorsi diversi: uno, per esempio, è basato sulla risposta al disturbo emergente, su richiesta di consultazione del medico di medicina generale, o all’episodio acuto, che comporta un iter diagnostico e di trattamento circoscrivibile nel tempo; l’altro è caratterizzato dalla presa in carico di pazienti i cui disturbi si prolungano indefinitamente e sfociano in una serie di bisogni con implicazioni di carattere clinico-assistenziale e sociale, per le quali l’équipe si impegna a occuparsi globalmente del soggetto nel suo contesto vitale, collaborando con i servizi del territorio.

Qui si inserisce la necessità che si realizzi una differenziazione dei percorsi di cura e che il concetto di presa in carico acquisti una dimensione più professionale, sia nell’articolazione del percorso clinico diagnostico-terapeutico, sia nella realizzazione di un effettivo coinvolgimento della persona, della sua famiglia, della rete dei volontari e dei operatori.

Per questo, riguardo alla dimensione clinico-organizzativa, il PRSM ha previsto la riorganizzazione dei modelli di assistenza, attraverso una complessa serie di azioni sviluppata a tre grandi livelli:

- ridefinire i percorsi di cura territoriali (proseguiti grazie alla DGR 3776/2006 all. 15);
- riqualificare la residenzialità (realizzata con la DGR 4221/2007 e successive);
- attivare programmi innovativi (attraverso il decreto DGS 11132/2004).

L'effettiva attuazione di questi indirizzi, che hanno realmente sollecitato l'iniziativa dei servizi e dei soggetti in gran parte dei territori regionali, è seguita anche in senso epidemiologico tramite il monitoraggio dell'attività territoriale e residenziale (DGR 5743/2007 all. 7; nota DGS 04/02/2008).

A **livello territoriale**, il PRSM ha introdotto la metodologia dei percorsi clinici, garantendo agli utenti una valutazione mirata delle loro esigenze e proponendo percorsi di cura differenziati, con l'identificazione di modelli clinico-organizzativi utili a governare il processo assistenziale nei CPS. Tali percorsi di cura vengono differenziati in:

- percorso della consulenza: creare modelli di collaborazione con la medicina generale per i soggetti affetti da disturbi meno gravi;
- assunzione in cura: per gli utenti che necessitano di cure specialistiche in continuità;
- presa in carico da parte dell'équipe multi-professionale con definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI): per gli utenti con disturbi psichici gravi e bisogni complessi.

La ridefinizione dei modelli clinico-operativi e i percorsi di cura residenziali sono stati attuati con la DGR 4221/2007 di riordino della **residenzialità psichiatrica**, con l'obiettivo di differenziare le SR sulla base dei livelli di intervento terapeutico riabilitativo e del grado di assistenza offerto e proporre strutture che eroghino programmi di assistenza innovativi nell'ambito di tre aree principali:

1. residenzialità sanitaria a valenza prevalentemente riabilitativa;
2. residenzialità sanitaria a valenza prevalentemente assistenziale;
3. residenzialità leggera che integra il bisogno abitativo con il supporto sanitario e sociale. In questa logica, le strutture residenziali sono chiamate ad attuare la personalizzazione del programma di cura all'interno di un percorso clinico coerente e unitario: il Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTR) legato alla presa in carico territoriale e quindi al Piano di Trattamento Individuale (PTI).

Per rispondere ai bisogni emergenti di salute mentale il PRSM ha introdotto percorsi di assistenza flessibili nel contesto della sanità lombarda, con modelli organizzati di collaborazione pubblico-privato e convenzioni con soggetti non istituzionali, in modo da offrire opzioni di scelta agli utenti e valorizzare la relazione terapeutica personale: **i programmi innovativi per la salute mentale** hanno rappresentato l'esempio dello sviluppo di un lavoro per progetti (territoriali, residenziali, formativi) per la riorganizzazione dei servizi e l'elaborazione di nuovi percorsi clinico-terapeutici. La loro attuazione è prova concreta della creatività che si può sviluppare, premiando l'iniziativa di tutti i soggetti in campo e stimolando la capacità di creare efficaci modelli di trattamento adeguati ai bisogni delle persone affette da disturbi psichici specifici per gravità e/o per diffusione.

FASE DELLO SVILUPPO 2009-2012: ULTERIORI INTERVENTI E SVILUPPI

Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011

Attraverso la delibera delle Regole di sistema per il 2009 (DGR 8501/2008), è stato proposto un nuovo elaborato programmatico, che di fatto costituisce l'aggiornamento del Piano di salute mentale per i prossimi tre anni: 'Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011'. Vi si rammenta che il PRSM, deliberato dalla Giunta regionale nel 2004, ha indicato modalità e strumenti per una programmazione per la salute mentale successivamente confermati e attualizzati dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2009. I punti di fondamentale importanza richiamati si riferiscono alla responsabilizzazione sia delle ASL in tema di promozione e tutela della salute mentale e di integrazione tra i soggetti coinvolti, sia dei DSM e degli erogatori privati accreditati rispetto all'organizzazione di percorsi di trattamento psicosociale efficaci, interagendo in ordine a questi obiettivi per il reperimento delle risorse occorrenti e delle integrazioni utili al governo clinico con le altre agenzie dei Piani di zona per tutti gli aspetti di rilevanza sociale attraverso l'OCSM (circolare 19 san/2005), che rappresenta il fulcro di una nuova polarità funzionale.

Il PRSM e il PSSR 2007-2009 nella parte relativa alla salute mentale hanno indicato alcuni obiettivi sul piano clinico-operativo: l'identificazione di percorsi territoriali di cura coerenti con i diversi bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici, la ridefinizione dei modelli clinico-organizzativi della residenzialità psichiatrica, l'intervento in aree specifiche. Il finanziamento di programmi innovativi per la salute mentale ha rappresentato l'esempio fattuale dello sviluppo di un lavoro per progetti che ha avviato la riorganizzazione dei servizi e l'elaborazione di nuovi percorsi clinico-terapeutici.

Linee di tendenza del sistema di salute mentale della Regione

I dati del sistema informativo psichiatrico permettono di descrivere le linee di tendenza del sistema di salute mentale regionale. La rete lombarda dei DSM e delle strutture private accreditate rappresenta un sistema articolato, che partendo dalla centralità del territorio (circa 135 000 utenti), eroga prestazioni territoriali, semiresidenziali, ospedaliere e residenziali. Tra il 1999 e il 2006 il sistema è cresciuto in termini di offerta ed è diventato più complesso: gli interventi territoriali nei CPS sono cresciuti del 40%, le presenze semi-residenziali nei CD del 103%, le giornate di degenza nei SPDC del 18% e quelle in SR del 179%.

Nel periodo 1999-2005 si è assistito a un incremento di risorse nel sistema, ma questo incremento non si è distribuito in maniera omogenea: a fronte di un incremento netto delle risorse per la residenzialità, negli altri settori si assiste a incrementi più modesti. La Regione Lombardia è stata in grado di aumentare e migliorare l'offerta in campo residenziale, carente fino a qualche anno prima, mentre in prospettiva deve

mirare a un maggiore sviluppo dell'attività territoriale, cercando un migliore equilibrio tra i due settori, anche con il contributo dei programmi innovativi implementati. Per questo obiettivo è stata attivata nel 2008 un'importante azione di monitoraggio delle attività di psichiatria territoriale.

Le azioni di monitoraggio

- Avvio del monitoraggio tipologia e appropriatezza attività territoriali dei CPS (2008): processi di valutazione DSM/OCSM e interventi programmatori regionali.
- Prosegue il monitoraggio della residenzialità psichiatrica per valutare/verificare l'adeguatezza del sistema dopo la DGR di riordino del 2007.

Con la DGR 5743 del 31/10/2007 'Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2008' (allegato 7) e la successiva nota del 04/02/2008 prot. H1.2008.0005877 'Monitoraggio della tipologia e appropriatezza delle attività territoriali complessivamente erogate dai CPS e impatto delle nuove valorizzazioni', la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia ha attivato un monitoraggio della tipologia e appropriatezza delle attività territoriali erogate dai CPS, chiedendo alle ASL e ai DSM una raccolta di informazioni relative alle attività riconducibili ai singoli utenti ma non valorizzate, alle attività erogate non riconducibili ai singoli utenti, all'applicazione dei percorsi di cura secondo il modello del PRSM 2004 (consulenza, assunzione in cura, presa in carico), alla tipologia e appropriatezza delle attività erogate attraverso la rilevazione di specifici indicatori riconducibili alle seguenti aree:

- accessibilità dei servizi;
- pattern di utilizzo;
- offerta;
- percorsi di cura;
- appropriatezza dell'intervento.

Gli indicatori definiscono un quadro dell'attività territoriale a livello di ASL e di UOP allo scopo di fornire strumenti di conoscenza dell'offerta territoriale e implementare percorsi di miglioramento di qualità da parte degli erogatori. La raccolta di dati risponde anche alla finalità di fornire un quadro aggiornato e capillare di informazioni degli interventi attuati nell'area della salute mentale complessiva e di stimolare l'analisi e la riflessione sulle attività di psichiatria nell'ambito dei DSM e degli OCSM, nonché a orientare la prospettiva qualitativa dei controlli da parte dell'ASL.

In merito alla residenzialità psichiatrica, sempre con la nota del 04/02/2008 prot. H1.2008.0005877 'Monitoraggio della tipologia e appropriatezza delle attività territoriali complessivamente erogate dai CPS e impatto delle nuove valorizzazioni' e la successiva del 28/03/2008 prot. H1.2008.0013078 'Indicazioni attuative della nota del 04/02/2008', è stato attivato un monitoraggio delle attività residenziali con l'obiettivo

di valutare nel tempo l'adeguatezza del sistema adottato in seguito alla riclassificazione delle strutture residenziali (DGR 4221/2007).

Gli indicatori, relativi alla popolazione maggiore di 14 anni residente nelle diverse ASL, valutano l'attività residenziale sotto il profilo epidemiologico e in relazione alla valorizzazione economica. L'analisi epidemiologica è articolata in termini di pazienti, giornate di degenza e interventi erogati in strutture residenziali, con indicatori specifici.

L'analisi dei rilievi epidemiologici derivanti dal monitoraggio delle attività territoriali e dell'attuazione dei programmi residenziali, già oggetto di attenzione costante da parte dei tavoli tecnici degli OCSM, ha offerto elementi di valutazione indispensabili alla programmazione degli interventi necessari nel triennio.

Attualizzare il Piano Regionale per la Salute Mentale: linee di sviluppo per il 2008-2010

L'analisi dei dati relativi alle attività di psichiatria nel corso del periodo 1999-2006 evidenzia il radicamento dei servizi di psichiatria nel territorio, la crescita complessiva dei pazienti assistiti, una tendenza allo sviluppo maggiore di alcune aree di attività rispetto ad altre. Specificamente nel corso del decennio, in Lombardia come in altre Regioni italiane e in contesti più ampi, l'area della residenzialità psichiatrica si era sviluppata più di altre aree di assistenza, con un aumento di strutture e di posti letto, una crescita di giornate di degenza e di pazienti ricoverati. Anche i pazienti seguiti a livello territoriale e gli interventi erogati erano in aumento nel corso degli anni, ma a una intensità inferiore rispetto alla residenzialità.

La lettura complessiva dei dati permette di evidenziare alcune tra le principali criticità della situazione esaminata e di programmare gli obiettivi di sviluppo del successivo triennio. Criticità che erano state così sintetizzate:

- Vi è un problema di accessibilità ai servizi psichiatrici territoriali per le fasce più giovani di popolazione. Ciò emerge dai dati sia di prevalenza sia di incidenza trattata nella popolazione: in entrambi i casi le fasce giovanili crescono meno delle altre fasce di età. Nel contempo su tali problematiche sono stati attivati programmi innovativi dedicati in particolare all'intervento precoce nei disturbi psichiatrici gravi.
- L'incremento dei casi trattati di disturbi nevrotici e di disturbi dell'umore evidenzia un vasto bisogno nella popolazione riguardo al trattamento dei disturbi psichici comuni: da qui l'importanza di verificare l'attuazione dei percorsi di cura territoriali differenziati in collegamento con i MMG e le ASL.
- Circa l'attività dei Centri Psicosociali, essa viene erogata prevalentemente nella sede della struttura: gli interventi domiciliari e in altro luogo rappresentano circa un decimo del totale.
- L'incremento delle attività residenziali, compreso quello degli utenti ricoverati a lungo termine, pone il problema del ruolo della residenzialità psichiatrica nell'ambito di un modello di assistenza psichiatrica centrato sulla comunità. Risponde an-

che a tale criticità l'avvio del riordino della residenzialità psichiatrica, del quale si conferma necessario valutare gli esiti in termini clinici e organizzativi.

- Non risultano evidenze rispetto ai problemi relativi ai rapporti con le aree di confine, specie riguardo alla fascia infantile/adolescenziale e ai disturbi da abuso di sostanze, oltre che alla popolazione immigrata.
- Il problema della difficoltà dei servizi ad intercettare una utenza di particolare rilevanza dal punto di vista clinico e delle ricadute sociali potrebbe essere correlato sia alla presenza di altre agenzie nella rete dei servizi, sia a difficoltà di azione e di responsabilizzazione, nei confronti dei casi più gravi, da parte dei diversi enti, riguardo alla prospettiva dell'integrazione socio-assistenziale dei soggetti presenti.

Obiettivi di sviluppo: dalle criticità alla prospettiva territoriale

Le rilevazioni del sistema informativo dei DSM lombardi hanno dunque mostrato un incremento di risorse nel sistema distribuito in maniera non omogenea tra i diversi settori, con un'offerta residenziale adeguata e aggiornata, ma con un'esigenza pressante di sviluppo dell'attività territoriale anche tramite il contributo dei programmi innovativi conclusi nel 2008.

Gli obiettivi programmati nell'aggiornamento del PRSM (DGR 8501/2008) nel triennio hanno pertanto riguardato:

1. il potenziamento delle attività territoriali in termini sia di accessibilità sia di specificità dei percorsi di cura, sulla base del monitoraggio svolto;
2. l'integrazione delle risorse e lo sviluppo di programmi nell'ambito dell'OCSM: aree di confine e interventi d'emergenza;
3. la stabilizzazione all'interno del sistema sanitario regionale dei programmi innovativi residenziali e di residenzialità leggera avviati;
4. la destinazione di risorse aggiuntive nel 2009 e nel triennio dedicate all'area dell'innovazione territoriale e di qualità/formazione in salute mentale.

In specifico venivano definiti i seguenti obiettivi:

Obiettivo 1. Il ruolo dell'OCSM.

Obiettivo 2. Il ruolo del DSM e l'assetto organizzativo delle UOP.

Obiettivo 3. Il processo di riqualificazione della residenzialità psichiatrica e i programmi di residenzialità leggera.

Obiettivo 4. Le attività territoriali.

Obiettivo 5. L'urgenza e l'ospedalizzazione in psichiatria.

Obiettivo 6. I programmi innovativi.

- Vi è la necessità di collegare e mettere in rete le diverse risorse disponibili nella comunità per la salute mentale: a questo riguardo è centrale il ruolo dell'OCSM le

cui funzioni di integrazione devono essere ulteriormente sviluppate. Ciò nell'ambito del ruolo programmatico e di garanzia riconosciuto tra le funzioni dell'ASL.

- Le attività delle UOP e dei DSM devono svilupparsi attraverso l'**integrazione** tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale, favorendo l'utilizzo delle risorse della **rete** sociale anche per meglio intercettare e dare risposte complessive al bisogno di salute e alle criticità connesse alla fragilità, ai disturbi dell'infanzia/adolescenza, a quelli connessi all'abuso di sostanze ecc.
- Devono essere implementati modelli organizzativi e di rapporto pubblico-privato che aumentino le opportunità di cura dei disturbi psichici nella popolazione favorendo la libertà di scelta degli utenti e la **dimensione progettuale** dell'assistenza, particolarmente nell'ambito di progetti territoriali quali i percorsi di cura specifici, l'intervento precoce e l'inserimento lavorativo facilitando l'integrazione tra soggetti e la mobilitazione delle risorse presenti nella comunità.
- I servizi psichiatrici territoriali devono essere rinforzati, garantendo la **multiprofessionalità delle équipe dei CPS** (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali) e un organico adeguato al mantenimento dei percorsi di cura con particolare riferimento alla presa in carico degli utenti gravi, anche sulla base delle risultanze del monitoraggio avviato con la nota della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia del 04/02/2008 già citata.
- Le UOP e i DSM devono garantire l'intero **percorso di cura** per gli utenti con disturbo psichiatrico, sia riguardo al bisogno ospedaliero e di ricovero nell'acuzie, sia riguardo all'intervento integrato a livello territoriale, sia riguardo al bisogno residenziale e semi-residenziale. Nella realizzazione della presa in carico le UOP devono interagire con le risorse territoriali pubbliche e private al fine sia di garantire la massima offerta di servizi da parte di soggetti istituzionali e non istituzionali sia di valorizzare le loro specifiche potenzialità anche nella capacità di intercettare e rispondere ai nuovi bisogni di salute mentale.
- Nel corso del triennio, riguardo alla **residenzialità psichiatrica**, deve essere proseguito il monitoraggio avviato nel 2008 al fine di valutare l'effetto di maggiore adeguatezza del sistema e l'efficacia dei modelli contenuti nella delibera regionale 4221/2007 verificando la disponibilità di risorse residenziali diversificate a livello delle ASL anche al fine di favorire il collegamento tra il momento residenziale dell'assistenza e il percorso di cura complessivo governato a livello territoriale dai CPS e sviluppare i programmi di residenzialità leggera.
- I **programmi innovativi** per la salute mentale, già implementati in seguito all'approvazione del PRSM nel 2004 al fine di rispondere alle criticità del sistema, sono stati attuati in sostanziale sintonia con le aree di sviluppo sopra individuate e dovranno essere ulteriormente sviluppati nell'ambito delle tematiche strategiche ritenute di interesse regionale, con la definizione di una nuova metodologia che per l'area territoriale prevede il coinvolgimento delle ASL con un fondo vincolato per l'innovazione e la stipula del contratto integrativo con l'erogatore proponente, mentre l'area formazione viene sviluppata con un'importante progettualità complessiva regionale attuata con IReF prima ed Éupolis Lombardia poi.

La traiettoria e l'ultimo triennio

In pratica il PRSM ha comportato un lavoro esteso lungo un decennio, che è iniziato con i gruppi preparatori del PSSR 2002-2004 e si è dipanato attraverso fasi propositive, attuative e di sviluppo, qui di seguito richiamate, che hanno avuto nel Comitato Tecnico regionale per l'innovazione in salute mentale, istituito nel 2008 presso la DGS, il luogo permanente di verifica degli interventi, di elaborazione e di proposizione di azioni e programmi.

- *I temi* del PRSM lombardo del 2004: i percorsi clinici territoriali; la residenzialità e i progetti riabilitativi individuali; i programmi triennali di azioni innovative; gli Organismi di coordinamento per la salute mentale.
- *L'implementazione*: riordino dell'area residenziale attuata e residenzialità leggera; l'attuazione dei percorsi di cura territoriali e dei programmi innovativi; il monitoraggio dell'attività DSM (CPS e SR) e il ruolo del sistema informativo per i rilievi epidemiologici.
- *Lo sviluppo del sistema*, linee per il 2009-2011:
 - incrementare il lavoro territoriale come obiettivo fondamentale;
 - intervenire su integrazione e aree di confine;
 - continuare i programmi innovativi su rinnovate tematiche strategiche.

Il Piano Regionale, dunque, ha consentito di tenere un'attenzione focalizzata sulla psichiatria, intendendo responsabilizzare sia le ASL nella promozione e tutela della salute mentale, sia i DSM e gli erogatori privati accreditati nell'organizzazione dei percorsi di trattamento, insieme con le agenzie del privato sociale e della 'rete naturale', con gli Enti Locali e i Piani di zona.

Le attività di psichiatria ora sono nei contratti ordinari tra Aziende Ospedaliere o soggetti erogatori e ASL, nella sua funzione di garante di terzietà nel SSR.

Fulcro della nuova polarità funzionale è l'Organismo di coordinamento per la salute mentale, realizzato in tutte le ASL, con un ruolo istituzionale e culturale (anche tramite la Conferenza territoriale e il Patto triennale) ma anche di governo del sistema, ponendo specifica attenzione sull'area dell'integrazione socio-sanitaria.

La concreta realizzazione dei nuovi percorsi di cura territoriali e residenziali, con il *case management* comunitario, in funzione di perno del governo clinico e di una progettualità integrata 'dal basso', e dei programmi di azioni innovative per la salute mentale continuamente aggiornati mette in evidenza l'incidenza nella pratica delle azioni programmate.

Nelle *Regole di sistema per il 2012* infatti emergono ulteriori considerazioni di ordine epidemiologico a conferma delle considerazioni testé svolte.

- A differenza degli anni precedenti, nel biennio 2009-2010 si è assistito a uno *sviluppo significativo dell'area territoriale* (pazienti trattati e interventi erogati), tanto che il tasso di pazienti in contatto nel 2010 con i CPS e gli Ambulatori lombardi è stato pari a 164 per 10 000 abitanti maggiori di 17 anni, con un aumento del 9%

rispetto al tasso del 2009: dato significativo se rapportato all'incremento annuale medio del numero di pazienti nettamente inferiore (+ 3%) nel periodo 2005-2009. Inoltre, nel 2010 il tasso di interventi erogati è stato pari a un tasso di 2264 interventi per 10 000 con un incremento del 8,4% rispetto al corrispondente dato del 2009: un incremento doppio di quello annuale medio del periodo 2005-2009, pari al 4%. Più nello specifico l'incremento ha riguardato tra il 2009 e il 2010 anche la componente psicosociale dell'attività territoriale (attività rivolta alla famiglia + 6% e attività psicologica-psicoterapica + 7%).

- *Il tasso di pazienti giovani trattati* nei CPS è un indicatore significativo, in quanto questa fascia di età presenta un *gap di accessibilità*: in media nel periodo 2005-2009 l'incremento annuale è stato pari al 1% per la fascia 18-24 anni e si è osservato addirittura un decremento (-2%) per la fascia 25-34. Nel biennio 2009-2010 questo trend si è invertito e si è assistito a un aumento importante dei pazienti in trattamento in ambedue le fasce di età (+ 17% per la fascia 18-24 e + 8% per la fascia 25-34). Gli interventi rivolti ai pazienti giovani (18-35 anni) hanno subito un incremento nel 2010 come risultato dell'attenzione dedicata dai Programmi innovativi: dato molto significativo in quanto nel periodo 2005-2009 non si era avuto incremento.
- Il totale degli interventi territoriali (escluso CD) nel 2010 è di 1 738 000, mentre il totale degli interventi dei programmi innovativi è 186 000, di cui 165 000 a cura del pubblico e 21 000 del privato, con oltre 12 000 soggetti coinvolti. Interventi PI/totale interventi territoriali: 10,7%.
- Riguardo al mantenimento e sviluppo dei *programmi innovativi* per la salute mentale nel triennio 2012-2014, i dati ricavati dai flussi informativi relativi alle attività dei programmi innovativi avviati nell'ultimo triennio confermano non solo la capacità di risposta delle innovazioni ai bisogni specifici di salute ma anche il miglioramento dei dati di accesso e di soddisfazione delle attività territoriali. Sulla base di tali risultati evidenziati dalle ASL e nella prospettiva di favorire un coordinamento di aree progettuali a livello regionale, le tematiche strategiche vengono confermate:
 1. prevenzione e intervento precoce nei disturbi psichici gravi;
 2. inserimento lavorativo;
 3. intervento integrato e lavoro di rete;
 4. disturbi emergenti.

I programmi attivati nel 2012 sono 88, con prosecuzione e avvio verso la stabilizzazione, grazie anche al lavoro di predisposizione di un sistema di indicatori.

Tre ulteriori aree di interesse sono andate progressivamente sviluppandosi nel triennio e sono state oggetto di attenzione, anche dando vita a specifici Gruppi di Approfondimento Tecnico (GAT) di cui la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia si è avvalsa per una migliore e condivisa disamina in funzione programmatica.

- Il *processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (OPG), con un complesso disegno progettuale iniziato con il processo di dimissione dei pazienti tramite programmi individuali, in numero crescente, grazie all'impegno dell'OPG

di Castiglione delle Stiviere e all'attivazione di tavoli tecnici di monitoraggio per ogni ASL, si sta delineando tramite il coinvolgimento dei DSM lombardi e trova un forte sviluppo attuale, anche in sede tecnica, con l'ulteriore progettualità richiesta dalla legge 9/2012 che prevede la chiusura degli OPG.

- *L'area della NPIA* sta sviluppando un investimento sulla capillare presenza dei servizi nei territori, su specifici progetti di sviluppo nelle problematiche emergenti e di miglioramento della qualità (per esempio DSA, Disabilità, Acuzie psichiatrica in adolescenza ecc.) e su progetti residenziali sperimentali. Si delinea una maggiore integrazione di psichiatria e NPIA nell'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia per l'intervento in urgenza o il ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni, con precisa indicazione a costituire *équipe integrate* per quest'area di passaggio all'età giovanile, di grande rilievo prognostico e preventivo, come terreno in cui mettere a frutto le esperienze innovative svolte.
- La *revisione dei percorsi di cura in SPDC*, rispetto alla problematica clinica dell'acuzie e dell'urgenza-emergenza, è tuttora oggetto di attenzione nel versante sia clinico sia organizzativo, mentre alla questione della contenzione fisica sono state dedicate specifiche indicazioni metodologiche e operative con continue azioni di monitoraggio e di miglioramento della qualità.

BIBLIOGRAFIA

- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan), *Journal of Medicine and the Person*, (2): 71-73.
- Cerati G. (2010) *Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi* in Rabboni M. (a cura di) *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Lora A., Barbato A., Cerati G. et al. (2011) The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011 February 4, DOI 10.1007/s00127-011-0352-1.
- Petrovich L., Percudani M. (2004) Il Piano Regionale per la Salute Mentale approvato dalla Regione Lombardia: le implicazioni e le prospettive per l'assistenza psichiatrica, in *Psichiatria di Comunità*, III, 4, 164-169.
- Petrovich L., Percudani M. (2005) Il PRSM della Regione Lombardia: criticità e prospettive per l'assistenza psichiatrica, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno XCXXV, n. 17: 2-6.
- Petrovich L., Percudani M., Ferla M.T. et al. (2006) Il Piano Regionale per la Salute Mentale della Lombardia: nuove prospettive e opportunità, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol. XXV.
- Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità (2005) Circolare 19/san: 'Indirizzi operativi per l'istituzione e la regolamentazione dell'Organismo di Coordinamento per la salute mentale

in attuazione del Piano regionale triennale per la salute mentale', protocollo H1.2005.0025188 del 15 maggio 2005.

Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità (2009) *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia*, Milano.

Regione Lombardia, Direzione Generale Salute (2013) (a cura di) Monzani E., Lora A. *La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia* (in corso di pubblicazione).

Zapparoli G.C. (2002) *La follia e l'intermediario*, Dialogos, Milano.

Il sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia

Dal monitoraggio alla valutazione

Capitolo 2

Antonio Lora

RIASSUNTO

Il capitolo analizza l'attività dei servizi di salute mentale di Regione Lombardia nel periodo 2000-2010, a partire dai dati raccolti dal sistema informativo regionale per la salute mentale. Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio vengono descritti i dati di prevalenza e incidenza, i *pattern* di trattamento dei pazienti e l'attività erogata dalle diverse tipologie di strutture. Vengono inoltre analizzate alcune ricerche che hanno avuto come oggetto la valutazione del sistema di salute mentale regionale e descritto un progetto regionale, che ha individuato e applicato indicatori clinici per la valutazione della qualità della cura nei disturbi mentali gravi. Infine viene analizzato il contributo che il monitoraggio e la valutazione possono dare all'analisi del sistema di salute mentale regionale e all'innovazione.

INTRODUZIONE

“In salute mentale la qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura”. Questa frase, tratta da “Decision Support 2000 +”, il programma della *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) sui bisogni informativi dei servizi di salute mentale americani, riassume l'importanza dell'informazione nel futuro della psichiatria comunitaria. I sistemi informativi rappresentano il principale strumento per raccogliere e analizzare le informazioni che riguardano i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale e i trattamenti loro erogati. Le domande a cui un sistema informativo per la salute mentale deve rispondere sono state sintetizzate da Leginski (Leginsky W.A. et al., 1989) in una frase: “*Who receives what services from whom, at what cost and with what effect*” (“Noi dobbiamo conoscere quanti siano i pazienti in contatto con i servizi e quali siano le loro caratteristiche, quali trattamenti ricevano e da quali strutture e operatori, a quali costi e con quali effetti”). Oggi grazie ai sistemi informativi siamo in grado di rispondere in modo adeguato alle prime tre

domande e parzialmente all'ultima riguardante l'esito, ma siamo anche in grado di aggiungere una nuova domanda, a cui i sistemi informativi possono contribuire a dare una risposta, "qual è la qualità della cura erogata?". In altre parole i sistemi informativi possono rispondere a domande sia relative al monitoraggio sia alla valutazione della qualità e dell'esito dei trattamenti.

La Regione Lombardia ha investito molto nei sistemi informativi sanitari in generale e in particolare nell'area della salute mentale, ben prima dell'approvazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) nazionale avvenuta nel 2012 (Ministero della Salute, 2012). Infatti dal 1999 il sistema informativo per la salute mentale regionale raccoglie le informazioni sui pazienti in contatto e i trattamenti erogati dai servizi di salute mentale sia pubblici che privati accreditati. È strutturato come un registro dei casi su base regionale e permette una completa descrizione sia delle caratteristiche socio demografiche e diagnostiche (secondo ICD 10) dei pazienti trattati sia dei trattamenti erogati (contatti territoriali con il Centro Psico-Sociale (CPS), presenze semi-residenziali in Centro Diurno (CD), ricoveri e giornate di degenza in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Strutture Residenziali (SR). I pazienti sono identificati tramite un codice anonimizzato, che fa riferimento al codice fiscale e che permette di ricostruire a livello regionale tutti gli episodi di cura sanitari presenti nei data base regionali (Regione Lombardia, 2009).

In questo lavoro verranno presentati alcuni dei dati raccolti dal sistema informativo psichiatrico di Regione Lombardia nell'ultimo decennio, facendo particolare riferimento all'anno 2010. L'obiettivo è quello di mostrare il ruolo strategico che il sistema informativo rappresenta per l'innovazione, analizzandone il contributo dato sia al monitoraggio sia alla valutazione del sistema di salute mentale regionale.

IL MONITORAGGIO

Il monitoraggio è la rilevazione routinaria e continuativa degli interventi erogati da un servizio di salute mentale attraverso il sistema informativo e attraverso il monitoraggio viene rilevata l'utilizzazione dei servizi. Regione Lombardia da trenta anni investe sul monitoraggio dei servizi di salute mentale non solo fornendo il software del sistema informativo, strutturando i flussi informativi e favorendo la formazione in quest'area, ma anche, a partire dal 2008, dando una serie di indicatori finalizzati al monitoraggio dell'attività residenziale e territoriale da parte di ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL). L'esame dei dati raccolti nelle prime analisi ha permesso di individuare alcune criticità della rilevazione, legate per alcuni indicatori a un eccessivo carico informativo, per altri a insufficiente chiarezza delle istruzioni e/o a interpretazioni non omogenee nella loro applicazione. È stato così possibile identificare gli indicatori di maggiore utilità e praticabilità, riducendone il numero complessivo. Si sono così individuati 26 indicatori per l'attività residenziale e 17 per quella territoriale (Tabella 2.1), la cui rilevazione ha scadenza annuale ed è in corso una sperimentazione per permettere una elaborazione centralizzata degli stessi, che eviti la variabilità evi-

TABELLA 2.1	
Indicatori di monitoraggio per l'attività territoriale e residenziale	
Area territoriale	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilità (pazienti totali trattati, pazienti per età e sesso, pazienti per diagnosi, pazienti con interventi domiciliari) 2. <i>Pattern</i> di utilizzo (pazienti per numero di interventi per diagnosi) 3. <i>Pattern</i> di offerta (interventi totali, per diagnosi, a domicilio, per tipo di attività erogata e diagnosi) 4. Qualità dei dati raccolti (dati mancanti nella scheda socio-demografica) 5. Percorsi di cura (pazienti inclusi in percorsi di consulenza, assunzione in cura e presa in carico, pazienti per percorso di cura e diagnosi, interventi per percorso di cura e tipo di attività, pazienti per percorso di cura e numero di interventi erogati) 	
Area residenziale	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti inseriti in strutture residenziali a contratto (pazienti totali, per sesso ed età, per diagnosi) 2. Pazienti inseriti in strutture residenziali non a contratto (circ 43/san) (pazienti totali, per sesso ed età, per diagnosi) 3. Ammissioni in strutture residenziali a contratto totali e per tipologia di struttura 4. Programmi ad alta, media e bassa intensità erogati in strutture residenziali a contratto (totali, per tipologia di struttura, per età, per diagnosi, percentuale di programmi che superano le soglie di degenza previste dalla normativa per il tipo di programma) 5. Giornate di degenza erogate in strutture residenziali a contratto totali, per tipologia di struttura e per tipologia di programma 6. Interventi e attività erogati in strutture residenziali a contratto (numero medio di interventi erogati per tipologia di struttura e di programma) 7. Residenzialità leggera (pazienti totali, per età e per diagnosi) 8. Valorizzazione delle strutture a contratto, non a contratto e della residenzialità leggera 	

denziata nelle prime analisi. Questi indicatori di monitoraggio, insieme con gli indicatori clinici finalizzati alla valutazione di cui si parlerà più avanti, permettono di costruire a livello regionale un cruscotto direzionale che consentirà ad ASL, Aziende Ospedaliere (AO) e Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di monitorare e valutare l'attività erogata e di effettuare un *benchmarking* con il dato regionale. Nella Tabella 2.2 sono illustrati alcuni di questi indicatori relativi all'attività complessiva dei servizi di salute mentale pubblici e privati accreditati di Regione Lombardia.

PREVALENZA E INCIDENZA TRATTATA

La prevalenza trattata è data dal numero di pazienti con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e le strutture private accreditate, mentre l'incidenza trattata interessa i pazienti che si rivolgono per la prima volta ai DSM lombardi, senza essere stati trattati precedentemente in altri servizi specialistici. I casi in cui i pazienti si rivolgevano per la prima volta al DSM, ma avessero già contatti precedenti, per esempio con specialisti privati, sono definiti 'nuovi casi'.

Nel periodo 1999-2010 la prevalenza trattata è più che raddoppiata (+ 56%) (Figura 2.1), con tassi più elevati tra l'utenza di genere femminile. L'incremento non è stato omogeneo tra le diverse classi di età e i generi. Dal punto di vista demografico gli utenti sono prevalentemente di genere femminile, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pa-

TABELLA 2.2

Strutture, operatori, pazienti e attività dei servizi di salute mentale lombardi nel 2010

Popolazione maggiore di 17 anni	8 179 306
Dipartimenti di Salute Mentale (numero)	23
Strutture	
Centri Psico-Sociali (numero)	92
Posti in Centro Diurno*	2,3
Letti in SPDC*	1,1
Letti in Strutture Residenziali*	4,5
Operatori (tempo pieno equivalenti)*	8,0
• Medici*	1,0
• Psicologi*	0,3
• Assistenti Sociali*	0,2
• Infermieri*	3,3
• Educatori*	1,1
• Altri Operatori*	2,0
Prevalenza trattata*	170,9
• Pazienti 18-34 anni (%)	19%
• Pazienti con disturbo schizofrenico (ICD 10 F2) (%)	23%
• Pazienti con disturbo affettivo (ICD 10 F3) (%)	26%
• Pazienti con disturbo nevrotico (ICD 10 F4) (%)	27%
• Pazienti con disturbo di personalità (ICD 10 F6) (%)	9%
• Pazienti con altri disturbi (ICD 10 F6) (%)	15%
Incidenza trattata*	38
• Pazienti 18-34 anni (%)	29%
• Pazienti con disturbo schizofrenico (ICD 10 F2) (%)	6%
• Pazienti con disturbo affettivo (ICD 10 F3) (%)	21%
• Pazienti con disturbo nevrotico (ICD 10 F4) (%)	42%
• Pazienti con disturbo di personalità (ICD 10 F6) (%)	6%
• Pazienti con altri disturbi ICD 10 (%)	26%
Attività	
Pazienti trattati nei Centri Psico-Sociali*	160
Interventi nei Centri Psico-Sociali*	2282
Pazienti trattati nei Centri Diurni*	6,5
Presenze nei Centri Diurni*	522
Pazienti ricoverati in SPDC*	16,4
Giornate di degenza in SPDC*	493
Pazienti residenti in Strutture Residenziali*	6,7
Giornate di degenza in Strutture Residenziali*	1523
* Tasso per 10.000 abitanti >17 anni.	

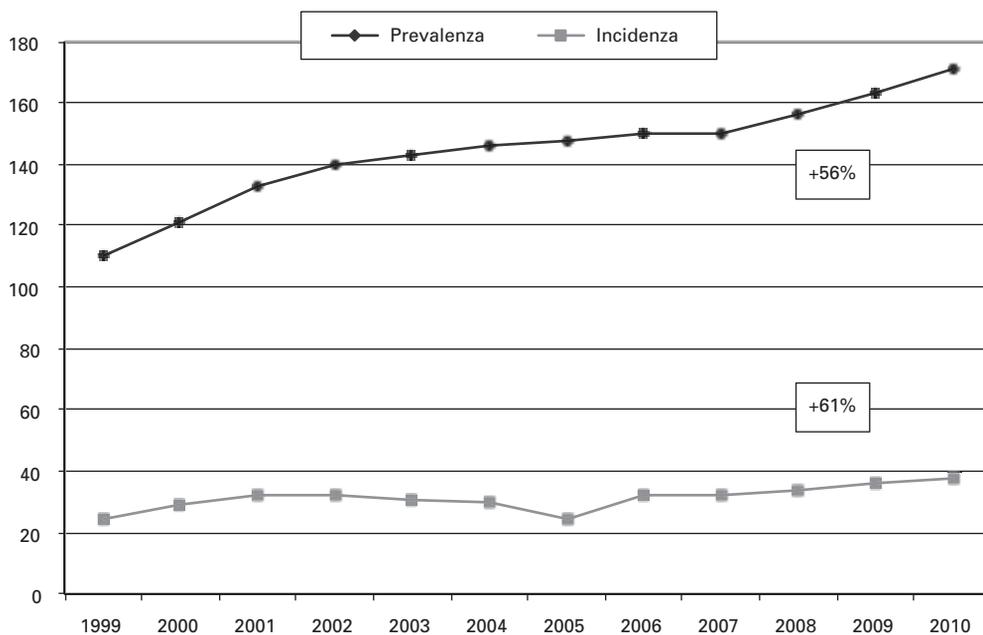


FIGURA 2.1 Prevalenza e incidenza trattata (tassi per 10000 > 17 anni).

zienti al di sopra dei 45 anni che è cresciuta in questi anni dal 51 % del 1999 al 58 % del 2010. Dal punto di vista socio-demografico, gli utenti dei servizi di salute mentale hanno oggi un livello maggiore di scolarità rispetto a dieci anni fa, sono più frequentemente occupati ed è maggiore la percentuale dei coniugati.

Per quanto riguarda l'incidenza, in Lombardia oggi 4 persone su 1000 arrivano per la prima volta in contatto con i servizi psichiatrici e il loro numero è cresciuto in modo netto tra il 1999 e il 2010 (+ 61 %) (Figura 2.1). I tassi relativi al genere femminile sono costantemente superiori a quelli dei maschi, con percentuali di incremento maggiori nelle femmine. La percentuale di casi incidenti sul totale della prevalenza trattata si è però ridotto nel decennio, passando dal 22 % del 2000 al 13 % del 2010. I 'nuovi' pazienti sono più frequentemente di genere femminile e in più della metà dei casi hanno meno di 45 anni, sono in più di un terzo dei casi diplomati o laureati, nella metà dei casi vivono con il partner e in sei casi su dieci lavorano.

I profili socio demografici sia dei pazienti in trattamento sia di quelli al primo contatto indicano che ai servizi di salute mentale lombardi non si rivolgono unicamente fasce marginali e socialmente svantaggiate della popolazione, ma anche cittadini con un maggiore livello di integrazione sociale e attivamente inseriti nel tessuto sociale del territorio.

Per quanto riguarda le principali diagnosi, mentre tra i casi prevalenti predominano i disturbi mentali gravi, tra quelli incidenti per la maggior parte sono disturbi emotivi comuni (Tabella 2.2). Nell'ultimo decennio osserviamo sia per prevalenza sia per in-

TABELLA 2.3

Incremento dei pazienti in trattamento nei Dipartimenti di Salute Mentale lombardi nel periodo 1999-2010 per diagnosi (prevalenza e incidenza)

	Prevalenza	Incidenza
Disturbi schizofrenici	+29%	-13%
Disturbi affettivi	+72%	+42%
Disturbi nevrotici	+103%	+120%
Disturbi di personalità	+47%	+7%

cidenza un incremento marcato dei disturbi affettivi e nevrotici a fronte di uno più modesto dei disturbi di personalità e della schizofrenia (Tabella 2.3).

Per quanto riguarda l'“anzianità” di presa in carico, la percentuale di ‘nuovi’ pazienti, in contatto da meno di 4 anni con i servizi, si è ridotta nel periodo 1999-2010, passando dal 62% del 1999 al 50% del 2010, mentre parallelamente aumenta quella dei pazienti in contatto da più di 4 anni (dal 38% del 1999 al 50% del 2010). Un trend di questo tipo porta a un accumulo nei servizi di pazienti “*long term users*” con disturbi mentali gravi, favorendo da un lato la continuità della cura, ma dall'altro portando a una riduzione del turn-over del sistema.

I dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti in trattamento, sia che accedano per la prima volta sia che siano già seguiti, restituiscono l'immagine di un sistema di salute mentale maturo e a cui si rivolgono pazienti con un buon livello di integrazione sociale e in cui il trattamento non è riservato solo ai pazienti in condizioni sociali svantaggiate e/o con disturbo mentale grave, ma anche a quelli con un maggiore livello di integrazione sociale e/o con disturbi ansiosi e depressivi di moderata gravità. In un sistema maturo ambedue queste componenti, l'apertura ai disturbi emotivi comuni e il trattamento continuativo dei disturbi mentali gravi, sono importanti e devono coesistere, ma necessitano di una *governance* attenta che passa attraverso il miglioramento della qualità della cura e un rapporto stretto con la Medicina Generale. Questo obiettivo non è stato ancora raggiunto in misura piena all'interno del sistema: da un lato i DSM e in particolare i CPS hanno iniziato a sviluppare solo negli ultimi anni l'indicazione regionale relativa ai percorsi di cura (e in particolare per quanto riguarda il percorso di consultazione con la medicina generale), dall'altro non sono ancora numerose le situazioni in cui esistono legami forti, mediati dall'ASL, tra DSM e Medici di Medicina Generale (MMG).

L'azione regionale in questi anni è stata particolarmente attiva nel favorire l'accessibilità dei servizi ai pazienti giovani al di sotto dei 35 anni, fornendo risorse ai servizi di intervento precoce attraverso i Programmi Innovativi. È quindi importante analizzare in maniera più attenta questa fascia di età, dove i problemi di salute mentale rappresentano la percentuale maggiore del carico di malattia sperimentato (World Health Organization, 2008). Tra i casi prevalenti, i soggetti al di sotto dei 35 anni presentano tassi inferiori rispetto a quelli relativi ai pazienti di età media (le fasce 35-44 anni e 45-54 anni) e dal 2000 al 2010 hanno mostrato un incremento complessivo (in-

torno al 26%) inferiore all'incremento delle altre fasce di età più anziane. Contrariamente ai casi prevalenti, all'interno dell'incidenza i pazienti più giovani hanno presentato costantemente nel decennio i tassi più elevati. I pazienti giovani sembrano presentare una specifica dinamica: accedono per la prima volta ai servizi in misura maggiore delle altre fasce di età, ma non rimangono in carico a lungo e, quindi, non incrementano la prevalenza. Questo può esser legato sia a episodi di malattia meno gravi e più brevi (gran parte dei casi incidenti sono relativi a disturbi emotivi comuni), ma anche a specifiche difficoltà di aggancio da parte dei servizi di salute mentale.

Per quanto riguarda le diagnosi, nei pazienti giovani (Tabella 2.4 e 2.5) sia tra i casi prevalenti sia tra i nuovi casi l'accessibilità è migliorata in misura maggiore per i disturbi di tipo nevrotico rispetto ai disturbi mentali gravi (disturbo depressivo, disturbo bipolare, disturbo schizofrenico, disturbo borderline) (Lora e Monzani, 2012). I servizi sono in grado di 'catturare' in misura solo parziale i pazienti giovani con disturbo mentale grave nelle fasi precoci di malattia. Un incremento significativo ma indifferenziato di accessibilità, di cui si avvantaggiano soprattutto i disturbi emotivi comuni, non è infatti sufficiente per migliorare l'accesso ai disturbi mentali gravi. È necessario, come indicato da Regione Lombardia, implementare servizi dedicati per l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi, ma anche questo intervento da solo non basta. Bisogna intervenire in modo specifico nei confronti della medicina generale e della popolazione con attività di informazione e di riduzione dello stigma, stigma che è condiviso sia dalla popolazione sia dagli operatori sanitari e che impedisce un intervento davvero precoce.

PATTERN DI TRATTAMENTO

Le strutture del Dipartimento di Salute Mentale con cui i pazienti hanno più frequentemente contatto nell'anno sono stati i Centri Psico-Sociali. In media nel corso dell'anno nove pazienti su dieci hanno avuto contatti con i CPS, uno su dieci è stato ricoverato in SPDC, uno su venti trattato nei Centri Diurni o ammesso nelle Strutture Residenziali (Tabella 2.1). In termini percentuali, negli ultimi dieci anni i CPS e i Centri Diurni rimangono sostanzialmente inalterati nella percentuale di utilizzo da parte dei pazienti, mentre le Strutture Residenziali la incrementano in modo netto, passando dal 2% al 4% e i SPDC la riducono dal 13% al 10%. Il sistema deve la sua accessibilità quasi interamente ai CPS: a fronte dei CPS che trattano la quasi totalità dei pazienti, tutte le altre strutture insieme trattano meno di un quinto dell'utenza totale. L'incremento dei tassi di prevalenza e incidenza quindi deve essere valutato soprattutto alla luce del funzionamento dei CPS, che rappresentano i veri *gatekeeper* del sistema.

Più nello specifico i CPS sono strutturati per una cura non di carattere intensivo: circa il 30% dei pazienti riceve 1-2 interventi nell'anno, il 40% da 3 a 10 interventi e il restante 30% più di 10. Tale pattern di trattamento si è mantenuto stabile nell'ultimo decennio anche a fronte di incrementi importanti dell'utenza trattata e di una significativa differenziazione del *case-mix*, suggerendo una difficoltà da parte degli operatori di queste strutture a cambiare il loro stile di lavoro in risposta al cambia-

TABELLA 2.4

Prevalenza trattata: pazienti di età compresa tra 18-34 anni in trattamento presso i DSM lombardi dal 2000 al 2010 – totale e per alcune diagnosi (tassi per 10.000 età specifici)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Incremento 2000-2010 (%)
Disturbo schizofrenico	24,6	25,4	25,3	25,5	25,4	24,9	25,9	25,4	25,2	24,7	24,5	0%
Disturbo bipolare	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	4,3	4,9	4,5	4,9	4,9	5,3	33%
Disturbo depressivo	9,5	11,0	11,9	12,3	12,5	12,0	12,6	12,2	11,9	11,9	12,0	26%
Disturbo borderline	4,4	4,9	4,7	4,8	4,6	4,9	5,2	5,0	5,0	5,1	5,0	14%
Disturbo nevrotico	2,6	3,3	3,5	3,5	3,5	3,5	3,8	3,8	3,9	4,2	4,4	69%
Totale	113,5	125,8	131,0	131,4	131,5	129,7	129,3	131,9	129,1	132,5	142,5	26%

Da: Lora e Monzani, 2012.

TABELLA 2.5

Nuovi casi per il servizio: pazienti di età compresa tra 18-34 anni al primo contatto con i DSM lombardi dal 2000 al 2010 – totale e per alcune diagnosi (tassi per 10.000 età specifici)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Incremento 2000-2010 (%)
Disturbo schizofrenico	3,7	3,7	4,1	5,0	4,7	4,3	5,1	4,7	4,3	4,3	4,3	1%
Disturbo bipolare	0,8	0,8	0,7	1,0	0,9	1,0	1,4	0,9	1,3	1,2	1,4	16%
Disturbo depressivo	4,0	4,9	5,1	5,6	4,7	5,0	5,5	4,7	4,7	4,9	4,8	75%
Disturbo borderline	1,3	1,3	1,2	1,4	1,1	1,3	1,5	1,1	1,2	1,1	1,3	20%
Disturbo nevrotico	1,3	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	1,9	1,8	1,8	2,1	2,2	0%
Totale	40,2	46,3	46,5	44,5	41,0	32,5	52,0	46,7	47,6	51,5	56,5	69%

Da: Lora e Monzani, 2012.

mento. L'azione regionale per una maggiore differenziazione dei percorsi di cura non ha evidentemente raggiunto ancora un risultato pieno almeno fino al 2010. Tuttavia questa impressione di ridotta elasticità dei CPS è in parte corretta dall'osservazione di una differenziazione dell'intensità rispetto alla diagnosi. Infatti i pattern di trattamento più intensivi (> 10 interventi per anno) interessano la metà dei pazienti con schizofrenia, quattro pazienti su dieci tra quelli con disturbo di personalità, un quarto dei pazienti con disturbo affettivo, e solo un sesto di quelli con disturbo nevrotico o con altre diagnosi.

L'analisi dei pattern di trattamento relativi al 2010, per quanto riguarda l'attività di ricovero in SPDC, mostra una limitata percentuale di pazienti con più di un ricovero nell'anno o con degenze superiori ai 30 giorni sempre nell'anno: rispettivamente il 29% e il 20% del totale dei pazienti trattati.

Se vogliamo però comprendere meglio i pattern di trattamento dei pazienti in carico ai servizi lombardi, dobbiamo fare riferimento a modelli più complessi, quale è l'analisi dei pacchetti di cura e della continuità della cura. I pacchetti di cura rappresentano il mix di trattamenti erogati a ciascun paziente nel periodo di un anno e derivano dalla combinazione secondo un principio gerarchico dei contatti con quattro differenti tipi di strutture (Centri Psico-Sociali, Centri Diurni, SPDC e Strutture Residenziali territoriali) (Lora A. et al., 2007). Secondo questo modello i pazienti si possono dividere in cinque classi a secondo degli interventi che ricevono nell'anno:

- pazienti con *pacchetto clinico*: pazienti che nel corso dell'anno ricevono interventi solo in CPS e che sono trattati unicamente da psichiatri e psicologi;
- pazienti con *pacchetto territoriale*: pazienti che nel corso dell'anno ricevono interventi solo in CPS e che sono trattati non solo da psichiatri e psicologi, ma anche da altre figure professionali (assistenti sociali, infermieri ecc.);
- pazienti con *pacchetto di centro diurno*: pazienti che senza essere mai ricoverati nell'anno in reparti ospedalieri di psichiatria o in Strutture Residenziali sono trattati anche in Centro Diurno oltre che in CPS;
- pazienti con *pacchetto ospedaliero*: pazienti che senza essere mai ricoverati in Strutture Residenziali, hanno ricevuto almeno un ricovero nell'anno in SPDC e possono avere ricevuto interventi sia in CPS che in CD;
- pazienti con *pacchetto residenziale*: pazienti che sono ricoverati almeno una volta in Strutture Residenziali territoriali, indipendentemente dai contatti con altre strutture.

I dati presentati nella Figura 2.2, relativi all'anno 2009 (Lora A. et al., 2011), mostrano che i pazienti ricevono pacchetti differenziati a seconda della diagnosi. I pazienti con disturbi schizofrenici e di personalità ricevono prevalentemente pacchetti con un maggior livello di integrazione: una maggioranza dei pazienti è inserita nel pacchetto territoriale (in cui l'attività del CPS è erogata in modo integrato da più figure professionali), e una quota significativa di pazienti riceve pacchetti di cura complessi, in cui intervengono le altre strutture del DSM, mentre i pazienti che ricevono nel corso dell'anno nei CPS unicamente interventi clinici erogati da psichiatri e psicologi (pacchetto

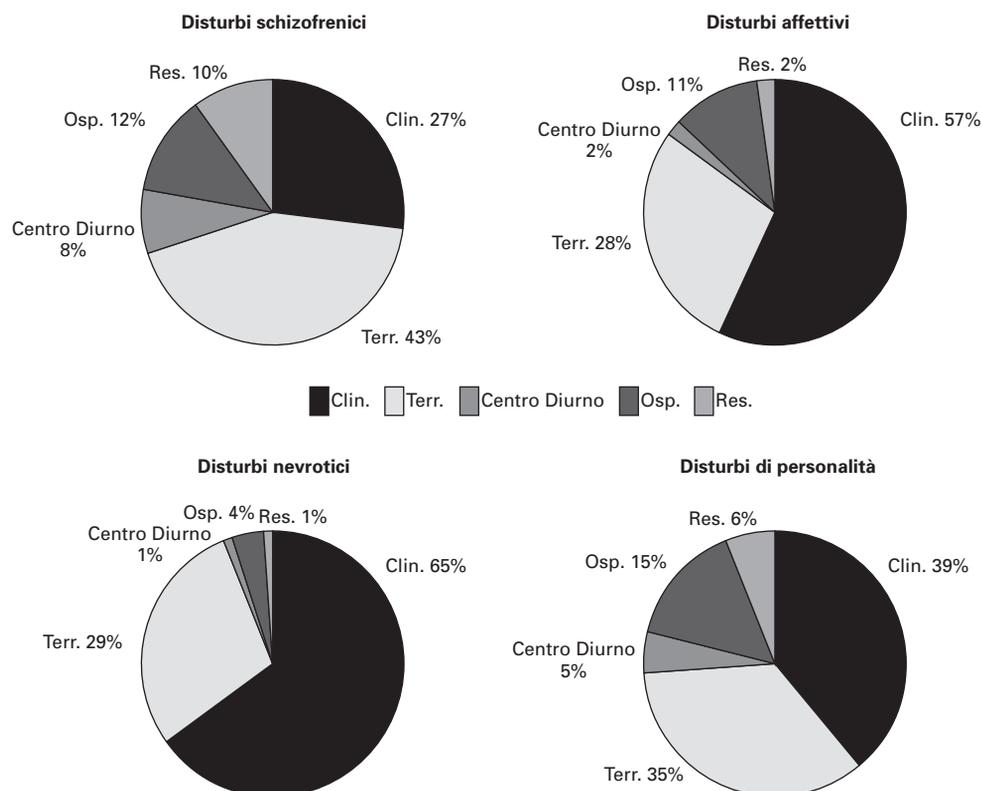


FIGURA 2.2 Pacchetti di cura per diagnosi (2009).

clinico) rappresentano un terzo-un quarto del totale. Per i pazienti con disturbi affettivi e in misura ancora maggiore per quelli con disturbi nevrotici la frequenza dei pacchetti che coinvolgono più strutture è limitata, mentre prevalgono i pazienti che ricevono in maniera esclusiva interventi clinici in CPS.

Ma la fotografia statica dei trattamenti non è in grado di rendere la complessità dell'attività territoriale, se non è accompagnata da una valutazione longitudinale della continuità della cura erogata. Questa viene definita come la capacità di un servizio di salute mentale di offrire al paziente interventi caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un lungo periodo di tempo tra diversi episodi di cura (continuità longitudinale) e coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi e all'interno dei team (continuità trasversale). Operativamente può essere rilevata come la presenza di almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni successivi al primo contatto nell'anno (Sytema S. et al., 1997). In questi termini nei DSM lombardi la continuità della cura è stata assicurata nel 2007 al 55% dei pazienti con disturbo schizofrenico, al 34% dei pazienti con disturbo di personalità, al 27% dei pazienti con disturbo affettivo e al 18% dei pazienti con disturbo nevrotico. Coerentemente con un criterio di allo-

cazione prioritaria di risorse ai casi più gravi, la continuità della cura appare maggiormente assicurata nei disturbi mentali gravi e in misura minore nei disturbi emotivi comuni (Conti V. et al., 2012).

Concludendo, si può pertanto affermare che i *pattern* di trattamento siano differenziati in risposta ai differenti bisogni clinici e psicosociali dei pazienti, con i pazienti con disturbo mentale grave che ricevono i pattern di trattamento più intensivi, complessi e continuativi. Tuttavia questo funzionamento appare più il risultato di un processo osmotico tra domanda e offerta, che una modalità strutturata di governo clinico dei Dipartimenti di Salute Mentale.

INTERVENTI

Se analizziamo gli interventi erogati in questi dieci anni (Figura 2.3) possiamo vedere come l'intero sistema di salute mentale lombardo si sia espanso in termini di offerta, ma con una diversa velocità a seconda del settore. L'attività residenziale, che era estremamente carente ancora negli anni '90, si è sviluppata tumultuosamente (+ 222%), l'attività territoriale (+ 72%) e quella erogata in CD (+ 87%) hanno riconosciuto uno

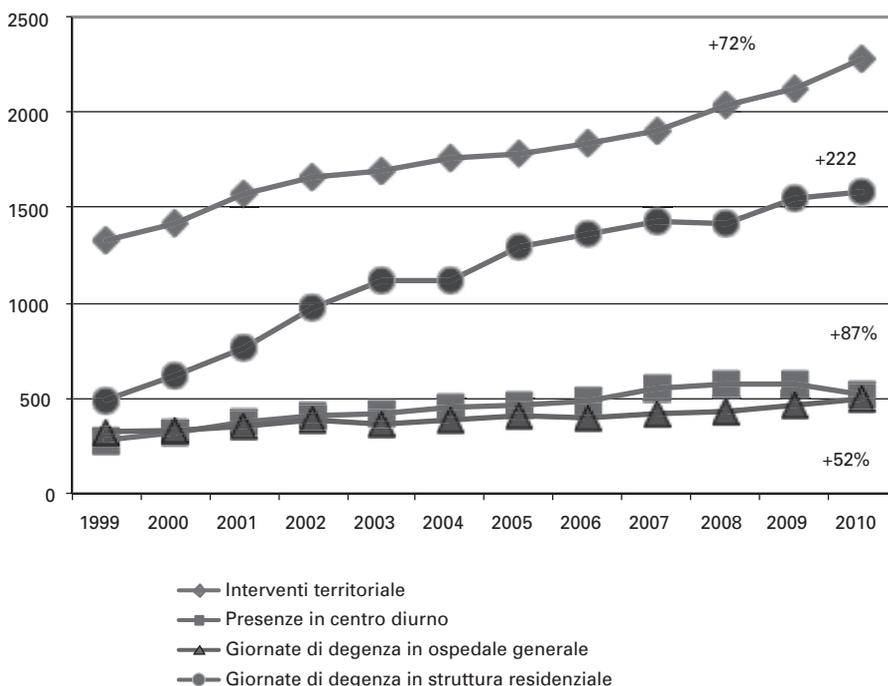


FIGURA 2.3 Interventi-giornate di degenza nelle diverse strutture (1999-2010) (tassi per 10000 > 17 anni).

sviluppo significativo, mentre quella ospedaliera ha visto il minor sviluppo, anche in ragione del fatto che la rete di SPDC già alla fine degli anni '80 era pressoché completata. Utilizzando un indicatore usato a livello internazionale (Lund C., Fisher A.J., 2003) è possibile valutare il rapporto tra attività territoriale (interventi erogati da Centri Psico-Sociali e Centri Diurni) e attività degenziale (giornate di degenza erogate dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Strutture Residenziali). Nel 2010 in Lombardia sono stati erogati 1,35 interventi territoriali per ogni giornata di degenza in SPDC/SR: sarà importante monitorare questo indicatore nei prossimi anni per valutare se, essendo stata completata la rete delle SR, il sistema sarà sempre più in grado di arricchire la sua componente territoriale.

La Figura 2.4 mostra come le principali quattro tipologie di trattamento (i contatti territoriali erogati in CPS, le presenze semiresidenziali in CD e le giornate di degenza erogate rispettivamente in SPDC e in SR) si ripartiscono tra le diverse diagnosi. I disturbi mentali gravi (disturbo schizofrenico, affettivo e di personalità) assorbono la

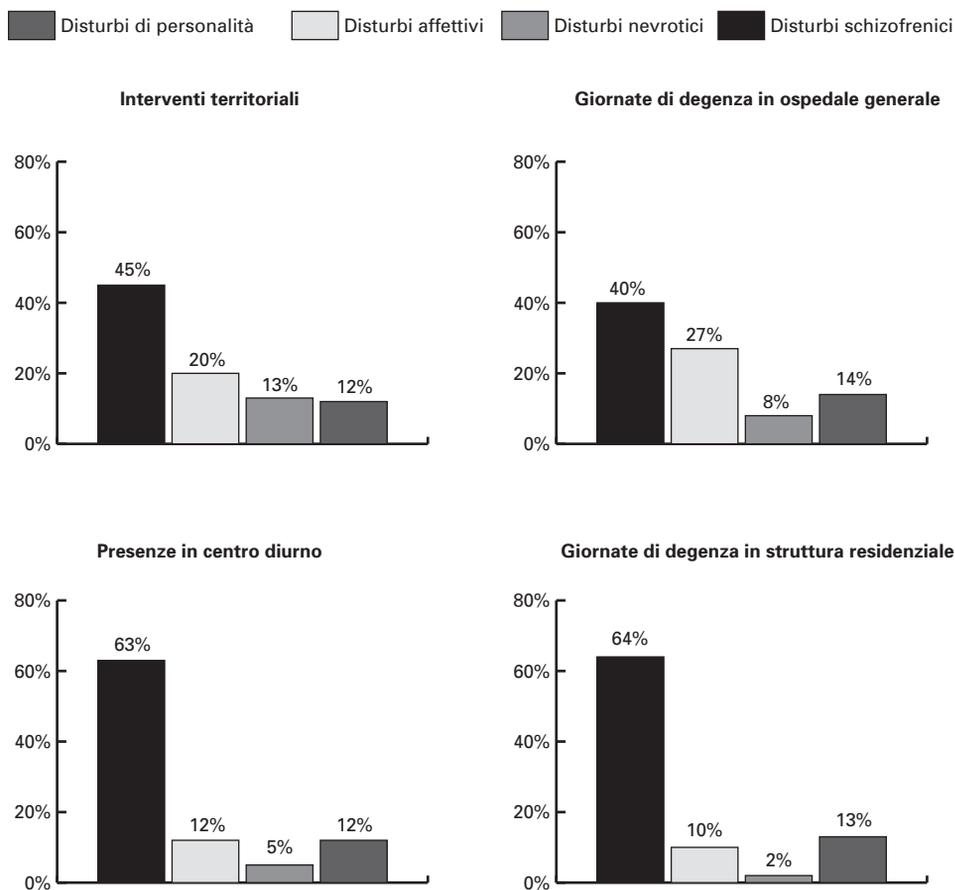


FIGURA 2.4 Trattamenti erogati nel 2010 per diagnosi e tipo di struttura.

maggioranza degli interventi con percentuali che variano tra tre quarti del totale come nel caso dei CPS a quasi la totalità come nelle SR.

Per una descrizione più dettagliata degli interventi erogati faremo particolare riferimento da un lato ai Centri Psico-Sociali per la loro centralità nella rete dei servizi, e dall'altro alle Strutture Residenziali, in cui la recente normativa regionale ha differenziato in modo importante l'intensità sia assistenziale sia riabilitativa e il cui peso in termini risorse utilizzate è andato crescendo in questi anni.

Più nello specifico per quanto riguarda l'attività dei Centri Psico-Sociali, raggruppando gli interventi erogati in 9 tipi di attività, si osserva che i trattamenti erogati dai CPS ruotano principalmente su due tipi di attività (psichiatrica e infermieristica), mentre le altre attività rimangono al di sotto del 10% del totale (Tabella 2.6). I CPS mantengono un profilo di attività ancora incentrato sul versante ambulatoriale, ma in cui la quota di interventi di carattere psicosociale è aumentata in questi anni. Le attività erogate sono differenziate a seconda della diagnosi: le attività infermieristiche sono predominanti nei disturbi di carattere schizofrenico, mentre quelle psichiatriche sono le più rilevanti in tutte le altre diagnosi. L'attività psicologica-psicoterapica viene svolta in misura maggiore all'interno dei disturbi nevrotici, mentre le attività di riabilitazione e risocializzazione sono più frequenti nei disturbi di carattere schizofrenico e nei disturbi di personalità. Complessivamente il profilo di attività dei pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo di personalità si differenzia in modo abbastanza netto da quello dei pazienti con disturbo affettivo e nevrotico, più improntato ad un carattere ambulatoriale.

Per quanto riguarda le Strutture Residenziali e facendo riferimento al livello assistenziale, la maggioranza delle ammissioni è avvenuta nel 2010 in Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) (48%) e in Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA) (26%), seguite dalle Comunità Protette a Media Assistenza (CPM) (14%), da

TABELLA 2.6		
Interventi dei Centri Psicosociali e degli ambulatori per attività (tassi per 10 000 >17 anni e percentuali)		
	Tasso per 10 000 >17 anni	Percentuale
Attività psichiatrica	603	27%
Attività psicologica-psicoterapica	208	9%
Attività infermieristica	587	26%
Attività rivolta alla famiglia	144	6%
Attività di coordinamento	206	9%
Attività di riabilitazione	158	7%
Attività di risocializzazione	151	7%
Attività di supporto sociale	83	4%
Attività di supporto alla vita quotidiana	69	3%
Non codificato	45	2%

quelle Riabilitative a Media Assistenza (CRM) (9%) e da quelle Protette a Bassa Assistenza (CPB) (2%). Per quanto riguarda il livello di intensità riabilitativa dei programmi, la maggioranza dei programmi è a media (38%) e alta intensità riabilitativa (52%), mentre i programmi a bassa intensità e quelli di post-acuzie rappresentano una minoranza (rispettivamente 1% e 9%). I programmi ad alta intensità sono erogati soprattutto in CRA (80%) e solo in un quinto dei casi in CRM; quelli a media prevalentemente in CPA e CPM, quelli a bassa in CPB (63%) e in CPM (33%), mentre i programmi di post-acuzie sono attuati interamente in CRA. La maggior parte delle giornate di degenza viene spesa in CPA (42%), CRA (25%) e CPM (22%), mentre è minore il ruolo di CRM (8%) e CPB (3%). Per quanto riguarda l'intensità riabilitativa le giornate di degenza sono erogate in maggioranza in programmi a media intensità (66%), seguiti a notevole distanza dai programmi ad alta intensità (27%), mentre quelli di post acuzie e di bassa intensità rappresentano una quota ridotta (rispettivamente 3% e 4%). I pazienti sono coinvolti in questi programmi in maniera differenziata a seconda dell'età: i programmi ad alta intensità vedono prevalentemente la partecipazione di pazienti nella fascia di età 18-44, i programmi a media intensità e di post-acuzie sono rivolti prevalentemente a pazienti nella fascia 45-64, ma è significativa la presenza di pazienti più giovani. I programmi a bassa intensità vedono quasi esclusivamente la partecipazione di pazienti di età 45-64 anni.

Dal punto di vista diagnostico, i pazienti con disturbo schizofrenico rappresentano la maggioranza degli utenti in tutti i tipi di programmi, mentre al secondo posto nei programmi ad alta e media intensità troviamo i disturbi di personalità, in quelli a bassa intensità il ritardo mentale e in quelli di post-acuzie le sindromi affettive.

LA VALUTAZIONE

Lehman riassume così il significato attribuito alla valutazione della qualità della cura all'interno del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (Lehman A. et al., 1998): “Uno degli scopi principali del PORT è la migliore comprensione delle variazioni nei pattern di trattamento delle persone con disturbi schizofrenici all'interno delle modalità abituali di cura e delle implicazioni che queste variazioni hanno alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili relative all'efficacia dei trattamenti”. Valutare significa confrontare ciò che viene fatto con quello che si dovrebbe fare, ovvero confrontare la realtà con criteri e standard.

Il passaggio dal monitoraggio alla valutazione è importante in quanto permette non solo di capire quante cose si fanno, ma anche la qualità di ciò che si fa. Per ottenere questo dobbiamo arrivare nella Regione Lombardia a un sistema informativo clinicamente orientato (RAND Corporation, 1998) in grado di valutare la qualità della cura, dando informazioni utili ai clinici. Questo significa unire i dati del sistema informativo salute mentale a quelli dell'assistenza farmaceutica, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dell'anagrafe assistiti e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dei servizi per le dipendenze. In questo modo supereremo nei fatti

la dicotomia ormai non più vera tra dati amministrativi e dati clinici, gli uni totalmente privi di valore clinico, ma utili agli amministratori e ricavabili routinariamente, i secondi di valore clinico e derivabili solo con ricerche *ad hoc*, costose in termini di carico informativo per gli operatori. I sistemi informativi clinicamente orientati possono fornire dati di qualità e di valore per i clinici, in grado di migliorare la qualità della cura, senza l'onere di ricerche aggiuntive e a costi estremamente contenuti.

Alcune esperienze all'interno della Regione hanno mostrato che è possibile muoversi in questa direzione, delineando sistemi informativi orientati clinicamente. Utilizzando i dati dell'assistenza farmaceutica e di quelli relativi all'attività dei DSM lombardi nel 2007 (Lora A. et al., 2011b), è stato rilevato un indicatore di adeguatezza del trattamento usato in maniera estensiva a livello internazionale. Un paziente riceve un trattamento minimamente adeguato quando osserva in un anno almeno due mesi di trattamento con farmaci specifici per la sua patologia (antidepressivi nella depressione, stabilizzatori dell'umore nel disturbo bipolare, antipsicotici nella schizofrenia) e viene visitato almeno 4 volte da uno psichiatra oppure, nel caso della depressione, riceve, in alternativa alle visite psichiatriche e al trattamento farmacologico, almeno 8 sedute di psicoterapia (Wang P.S. et al., 2005). Questo criterio è stato applicato a circa 45 000 pazienti trattati nel 2007 nei DSM lombardi e affetti da disturbi mentali gravi (disturbo schizofrenico, depressione e disturbo bipolare). Ha ricevuto un trattamento minimamente adeguato il 45% dei pazienti con schizofrenia, il 53% dei pazienti con disturbo bipolare e il 42% dei pazienti con disturbi depressivi. Se poi focalizziamo la nostra attenzione sui circa 7300 giovani affetti da disturbi mentali gravi e di età compresa tra 18 e i 34 anni, osserviamo risultati anche migliori (Lora A., Monzani E., 2012). Hanno infatti ricevuto un trattamento adeguato il 58% dei pazienti con disturbo schizofrenico, il 55% di quelli con disturbo bipolare e il 41% di quelli con disturbo depressivo. L'utilizzo di tale indicatore nel tempo può aiutare a monitorare in modo sintetico le performance del sistema lombardo e può servire come elemento di confronto con altri sistemi di salute mentale.

Un altro esempio delle possibilità di valutazione della qualità della cura è relativa alla continuità della terapia psicofarmacologica nei pazienti con disturbo mentale grave (Conti V. et al., 2012). La ricerca ha misurato la persistenza del trattamento farmacologico in circa 12 000 pazienti con disturbo mentale grave seguiti dai DSM lombardi, che hanno iniziato una terapia psicofarmacologica specifica per il loro disturbo nel 2007. L'utilizzo incrociato dei dati dei sistemi informativi salute mentale e assistenza farmaceutica ha permesso di valutare come complessivamente più di due terzi del campione (72,1%) ha interrotto il trattamento durante i 12 mesi di follow up, con percentuali molto simili tra depressione, disturbo bipolare e schizofrenia. Interessante è l'osservazione che all'interno dell'analisi multivariata la continuità e l'intensità della cura erano i predittori più robusti della persistenza della terapia farmacologica. Questi risultati legano l'aderenza del paziente al trattamento farmacologico alla capacità del sistema di salute mentale di assicurare trattamenti intensivi e continuativi nei pazienti con disturbo mentale grave.

Il Progetto "Indicatori Clinici nei Disturbi Mentali Gravi", promosso nel 2012 dalla Direzione Generale Salute della Regione Lombardia ed Éupolis Lombardia in collabo-

razione con la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, ha creato le condizioni per una valutazione routinaria della qualità della cura erogata (Regione Lombardia, 2013). In questo progetto sono stati individuati 41 indicatori di carattere clinico per schizofrenia, 33 per il disturbo bipolare e 14 per la depressione, totalmente ricavabili dai sistemi informativi e in grado di valutare in che misura la cura erogata nei DSM si avvicina o si discosta dalle evidenze scientifiche e dagli standard raccomandati dalle Linee Guida. Questi indicatori coprono i domini più rilevanti per la valutazione della qualità (per es. accessibilità, appropriatezza, sicurezza e continuità della cura), sono divisi per fasi di cura (primo episodio, episodio acuto e mantenimento), sono specifici per le singole patologie, sono legati alle Raccomandazioni delle Linee Guida e non comportano alcun carico informativo per gli operatori. Il sistema di indicatori permette di descrivere la qualità del processo assistenziale, fornendo una base quantitativa a clinici e amministratori per documentare la qualità delle cure erogate a livello regionale e comparare tra di loro servizi attraverso il *benchmarking*. Gli indicatori sono stati applicati ai data base sanitari di Regione Lombardia, mettendo in relazione i dati provenienti dai sistemi informativi della salute mentale, della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri. Il campione è formato da circa 55 000 pazienti affetti da disturbi schizofrenici, bipolari e depressivi trattati nel 2009 nei DSM lombardi. Attraverso la sperimentazione attuata in questo progetto, è possibile costruire un cruscotto regionale che, effettuando un *benchmarking* tra i servizi, monitori in modo continuativo l'andamento della qualità della cura.

CONCLUSIONI

In termini quantitativi il sistema di salute mentale lombardo è in questi anni cresciuto e si è differenziato sotto la spinta delle risorse immesse nel sistema e della programmazione regionale. I pazienti che giungono oggi ai servizi possiedono una scolarità più elevata e un maggiore livello di integrazione sociale e questo porta alla richiesta da un lato di maggiore *accountability* e dall'altro di maggiore qualità. Dal canto loro i servizi prestano sempre maggiore attenzione alla costruzione di percorsi di cura differenziati come risposta ai bisogni dei pazienti. La differenziazione dei trattamenti in risposta ai bisogni è in parte già presente, ma non appare ancora strutturata in un consapevole e organizzato governo clinico dei trattamenti. Infine, sarà cruciale nei prossimi anni valutare a livello di sistema in che misura, soddisfatto il bisogno di cure residenziali, sarà possibile incrementare le risorse e l'attività dei CPS.

L'informazione può aiutare questi processi, da un lato favorendo l'*accountability* nei confronti dei cittadini e dall'altro non solo monitorando l'attività erogata dai servizi, ma anche valutandone la qualità. La frase "*What gets measured gets done*" sintetizza l'importanza che il monitoraggio e la valutazione hanno nella pianificazione e nell'implementazione delle attività di salute mentale.

La psichiatria territoriale italiana in genere e nello specifico quella lombarda non si può più misurare solo con la completezza della rete delle strutture, ormai raggiunta,

o con la quantità delle prestazioni erogate, deve misurarsi fin da ora con la qualità erogata nei servizi, valutando dimensioni quali l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità e la sicurezza dei trattamenti. Un utilizzo intelligente dell'informazione è la condizione necessaria, anche se non sufficiente, per vincere questa scommessa.

BIBLIOGRAFIA

- Conti V., Lora A., Cipriani A. et al. (2012) Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2012 December, DOI 10.1007/s00228-012-1298-2.
- Leginski W.A., Croze C., Driggers J. et al. (1989) *Data standards for mental health decision support systems*, National Institute of Mental Health, Series FN No. 10, DHHS Pub. No. (ADM) 89-1589, Washington DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Lehman A., Steinwachs D. and the Co' Investigators of the PORT Project Translating (1998) Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations, *Schizophrenia Bulletin*, 2010 January, vol. 24, 1: 1-10.
- Lora A., Barbato A., Cerati G. et al. (2011) The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011 February, DOI 10.1007/s00127-011-0352-1.
- Lora A., Conti V., Leoni O., Rivolta A.L. (2011) "Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy", in *Psychiatric Services*, Sep, 62(9): 1079-84.
- Lora A., Cosentino U., Gandini A., Zocchetti C. (2007) Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of care provided by Departments of Mental Health in Lombardy (Italy), *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16: 330-338.
- Lora A., Monzani E. (2012) Servizi di salute mentale e disturbi mentali all'esordio: una prospettiva di salute pubblica in Cocchi e Meneghelli, *Rischio ed esordio psicotico: una sfida continua Manuale di intervento precoce*, Edi-ermes, Milano, pp. 48-56.
- Lund C., Fisher AJ. (2003) Community hospital indicators in South African public sector mental health services, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(4): 181-7
- Ministero della Salute (2012) <http://www.salute.gov.it/sistemaInformativo/paginaInternaMenuSistemaInformativo.jsp?id=3026&lingua=italiano&menu=obiettivi>.
- RAND corporation (1998) McGlynn E., Cheryl L. Damberg C.L., Kerr E., Brook R. *Health Information Systems, Design Issues and Analytic Applications MR-967*.
- Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità (2009) Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia. Regione Lombardia, Milano. http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/684/647/sistema_salute_mentale_19992005.pdf. Accessed 26 Dicembre 2012 (in Italiano).
- Regione Lombardia, Direzione Generale Salute (2013) *La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia* (a cura di Monzani E. e Lora A.) (in corso di pubblicazione).
- Sytema S., Micciolo R., Tansella M. (1997) Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative South-Verona and Groningen case-register study, *Psychological Medicine*, 27: 1355-1362.

Thornicroft G., Tansella M. (1999) *The mental health matrix*, Cambridge University Press.

Wang P.S., Lane M., Olfson M. et al. (2005) Twelve month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62: 629-640.

World Health Organization (2008) *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html).

I percorsi clinici e le loro modalità attuative nella pratica

Il lavoro territoriale oggi tra organizzazione e cura

Capitolo

3

Piero Antonio Magnani – Giovanni Pezzani – Mauro Percudani

RIASSUNTO

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) propone la riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi di cura differenziati sulla base di un'accurata osservazione diagnostica e della valutazione dei bisogni clinico-sociali in cui sono determinanti non tanto l'inquadramento diagnostico in se stesso quanto le condizioni attuali dipendenti dallo stato psicopatologico, dallo stadio evolutivo del disturbo, dalle modalità di risposta al contesto terapeutico, dalle capacità di critica e di giudizio. Questo capitolo descrive le modalità attuative dei percorsi della consulenza, assunzione in cura e presa in carico. Riguardo al percorso della presa in carico (trattamento integrato) vengono descritti i criteri di inclusione dei pazienti, le funzioni svolte dall'équipe multi-professionale, la rilevanza della continuità terapeutica e dell'unitarietà del percorso complessivo e vengono forniti alcuni dati relativi al monitoraggio dei percorsi di cura in una realtà territoriale lombarda.

INTRODUZIONE

“La cura del paziente è senza dubbio la nostra responsabilità più grande... non lasciate mai che la cura di un paziente passi in secondo piano rispetto a ogni altra attività nella vostra vita professionale”

E.R. Kandel

G.C. Zapparoli *“Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento”*
(2008)

A distanza di trent'anni dall'approvazione della legge 180 e dalla nascita della psichiatria territoriale italiana, in Lombardia la realizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali previste dal Progetto Obiettivo regionale Salute Mentale degli anni Ottanta sono state realizzate in un decennio, e il Progetto Obiettivo regionale “Tutela socio-sanitaria dei malati di mente triennio 1995-1997” ha ulteriormente sviluppato la rete

dei servizi psichiatrici con le strutture residenziali e semi-residenziali. Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) approvato nel 2004, partendo dalla rete di servizi esistenti, ha evidenziato le principali criticità di sistema e ha definito alcune aree di intervento prioritarie:

1. l'integrazione e il collegamento tra i diversi soggetti che svolgono un ruolo nella tutela della salute mentale attraverso l'attivazione degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale;
2. la ridefinizione dei percorsi territoriali attraverso la distinzione tra consulenza, assunzione in cura, presa in carico;
3. la riqualificazione della residenzialità psichiatrica;
4. l'attivazione e il finanziamento di programmi innovativi specifici di area territoriale.

Il PRSM propone la riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi di cura differenziati sulla base di una accurata osservazione diagnostica e della valutazione dei bisogni clinico-sociali in cui sono determinanti non tanto l'inquadramento diagnostico in se stesso quanto le condizioni attuali dipendenti dallo stato psicopatologico, dallo stadio evolutivo del disturbo, dalle modalità di risposta al contesto terapeutico, dalle capacità di critica e di giudizio.

In altri termini deve essere effettuata una valutazione delle caratteristiche peculiari e complesse del singolo caso clinico.

- **Consulenza:** riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi psichiatrici, principalmente i Centri Psico-Sociali (CPS) e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per gli utenti che non necessitano di assunzione cura specialistica.
- **Assunzione in cura:** nel percorso dell'assunzione in cura rientrano i percorsi terapeutici previsti per gli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) portatori di bisogni prevalentemente di tipo specialistico e comunque che non necessitano del trattamento complesso e multi professionale tipico della presa in carico. Tale percorso terapeutico viene erogato principalmente nei CPS.
- **Presa in carico (trattamento integrato):** percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi. Il soggetto con disturbi psichici gravi richiede programmi articolati nel tempo. Per il percorso della presa in carico vengono richiesti piani terapeutico-riabilitativi personalizzati con il coinvolgimento della rete territoriale e delle famiglie. Il criterio di prossimità dei servizi deve tuttavia essere funzionale all'instaurarsi di relazioni di collaborazione con il paziente e la sua famiglia e la competenza territoriale non può contraddire la competenza (capacità di scelta) del paziente, anche grave, la cui fiducia va sempre conquistata. Il naturale riferimento del cittadino che necessita della proposta di un percorso di presa in carico resta il CPS locale.

L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il profilo di salute.

1. Diagnosi nosografica (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità).
2. Gravità clinica.
3. Funzionamento sociale.
4. Caratteristiche della rete familiare e psicosociale.
5. Precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici.

Sulla base delle esperienze maturate in questi anni si ritiene opportuno approfondire per quanto attiene i percorsi clinici e le loro modalità attuative nella pratica i seguenti argomenti:

- criteri della presa in carico e dell'assunzione in cura;
- continuità terapeutica: modalità di definizione e verifica dei Piani di Trattamento Individuale (PTI) dei pazienti gravi.

CRITERI DELLA PRESA IN CARICO E DELL'ASSUNZIONE IN CURA

Definire i criteri della presa in carico non ha certo lo scopo di creare limiti invalicabili o regole non derogabili, bensì mira a delineare per quali tipologie di disagio e sofferenza abbia competenza il servizio in modo da consentire agli operatori di trovare nella specificità del loro lavoro la necessaria identità del gruppo (Ballerini A., 1994). Il PRSM (2004) dà l'indicazione che i Servizi di Salute Mentale “pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali medio-lievi, devono dare, nell'arco del triennio, priorità a interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale”.

Se l'accoglienza quindi deve essere garantita a un'ampia gamma di disagi per i quali l'utente, per vie diverse, può giungere al CPS, il PRSM prevede che l'assunzione in cura e soprattutto la presa in carico debbano essere rivolte a situazioni dove lo stato psicopatologico sia tale da comportare un'importante compromissione e coartazione dell'espressione del Sé.

Come possiamo tradurre in termini operativi le indicazioni del PRSM?

Riprendendo una distinzione precedentemente introdotta intendiamo con assunzione in cura l'assunzione di certe responsabilità da parte di un singolo specialista (psichiatra/psicologo) che, sulla base di un contratto condiviso, intraprende con l'utente un percorso terapeutico finalizzato al raggiungimento di un maggiore benessere psicofisico. Lo specialista è quindi chiamato a mettere al servizio dell'utente la propria com-

petenza in modo da aiutarlo a sciogliere quei nodi che ne limitano l'autonomia e interferiscono con un buon livello di qualità della vita.

Per quali utenti attiviamo il passaggio in cura?

Si tratterà di persone portatrici di un disturbo mentale medio-lieve ovvero di utenti che, pur presentando un disagio psichico che compromette la loro autonomia e li pone a rischio di emarginazione sociale, conservano le risorse sufficienti alla cura del Sé, la motivazione e le abilità necessarie per lavorare sulle proprie difficoltà. A questo punto riteniamo opportuno soffermarci sulla necessità di trovare vie di comunicazione con i servizi o le agenzie di confine. Infatti non necessariamente il disagio psichico deve essere affrontato *tout court* dalla psichiatria, anche per evitare insidiosi rischi di psichiatrizzare ogni difficoltà psicologica. Si tratterà pertanto di verificare la possibilità di collaborazione con altri servizi come il Ser.T., il consultorio familiare, i servizi sociali comunali ecc. e, ove possibile, approdare a protocolli d'intesa in grado di orientare operatori e utenti verso l'intervento più efficace e appropriato. A nostro parere, il criterio di selezione, se da una parte non può che essere psicopatologico, dall'altra deve saper tenere conto di altre variabili bio-psico-sociali. Solo un'attenta analisi dei bisogni e una approfondita conoscenza delle competenze e delle risorse dei servizi di confine consentirà una risposta più adeguata e potrà evitare l'effetto *rooting door*. Pertanto riteniamo che l'**assunzione in cura**, intesa come avvio di un rapporto terapeutico duale senza coinvolgimento strutturato di altre figure professionali dell'équipe, debba riguardare situazioni di disturbo mentale medio-lieve, dove cioè, al di là della diagnosi nosografica, non vi sia compromissione, richiesta o necessità di interventi ad altri livelli rispetto al contratto terapeutico con lo specialista. Sarà a questo punto doveroso che l'assunzione in cura venga comunicata al medico di base utilizzando il modulo predisposto ovvero indicando l'orientamento diagnostico e le indicazioni terapeutiche.

Il disturbo mentale grave, condizione clinica rispetto alla quale viene richiesto dal PRSM una priorità di intervento territoriale, deve essere inteso come riferito alle psicosi processuali endogene e ai gravi disturbi di personalità (Ballerini A., 1994). Anche qui però il criterio psicopatologico non può essere utilizzato in modo rigido né esclusivo, se infatti descrittivamente possiamo essere di fronte a diagnosi meno gravi è esperienza relativamente frequente quella di pazienti ugualmente molto limitati dai loro sintomi. In tali circostanze sarà doveroso, così come di norma avviene per situazioni gravi o complesse, approdare a una diagnosi funzionale con il coinvolgimento di diverse professionalità che solo lavorando in sinergia potranno pervenire a una visione prima e un intervento poi integrati e davvero esaustivi. Questa eventualità è ciò che chiamiamo **presa in carico d'équipe**. La presa in carico, viene sancita alla fine del percorso di accoglimento e valutazione della richiesta sulla base della discussione del caso in équipe che è quindi la sede decisionale in cui verrà delineato il trattamento integrato multiprofessionale.

In considerazione dei movimenti interpersonali, che le situazioni più complesse possono indurre nel gruppo degli operatori, l'équipe potrà nominare un operatore di

riferimento con funzioni di *case manager*, che avrà il ruolo di raccordare gli interventi proponendo eventuali priorità. L'operatore di riferimento, citato sul frontespizio della cartella, avrà inoltre il compito di informare tempestivamente, per ogni evento significativo, tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente (ricoveri, mancati appuntamenti, rifiuti delle terapie, problematiche sociali emergenti ecc.).

Cosa significa per l'équipe prendere in carico un paziente?

Con 'carico' nella lingua italiana si intende peso, onere, responsabilità; una persona 'a carico' è una persona al cui mantenimento e sostentamento si deve provvedere. 'Essere a carico' va inteso come dipendere da qualcuno per la propria sussistenza. Prendere in carico qualcuno significa quindi assumersi la responsabilità di occuparsi di una persona che, al momento, non è in grado di provvedere autonomamente al proprio sostentamento. Come può provvedere la psichiatria al sostentamento dell'utente? Ricordando Heidegger, a cui si è ispirata e si ispira la psichiatria di orientamento antropologico e fenomenologico, potremmo intendere la "cura" (*sorge*) distinguendola in due modalità che difatti sono dette in modo diverso nella lingua tedesca. Così c'è un 'aver cura' (*fusorge*) che demanda alla forma che prende la cura nei rapporti con gli altri, e il 'prendersi cura' (*besorge*) che avviene nei confronti delle cose, degli oggetti. Nella presa in carico l'aver cura' dell'altro è innanzitutto aver sempre presente che abbiamo a che fare con un soggetto e che l'intento dovrà sempre essere quello di condurlo (ovviamente fin dove possibile) ad assumersi maggiore responsabilità nei confronti del suo proprio 'poter essere'. Si terrà quindi conto che ogni forma di assistenza, come ci ricorda Foucault, è sempre una forma di dipendenza e che a volte un'immediata soddisfazione della domanda può condurre l'individuo ad assestarsi in una condizione di eccessiva dipendenza: in quanto tale andrà attentamente valutata e deve divenire oggetto di riflessione per l'équipe, così che l'attivazione di reti di supporto sociale siano pensate e progettate per supportare e ampliare le risorse individuali. Vicariando quelle funzioni che il paziente non può assumere in autonomia l'équipe si impegna, rispettando e valorizzando le risorse residue, a evitare la compromissione dell'autonomia e a promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza del paziente preso in carico. Inoltre ogni dipendenza rischia di essere vissuta in modo ambivalente dai pazienti e dai familiari, come una forma di controllo, ed è spesso l'origine di rapporti altamente conflittuali e scarsamente evolutivi. La dipendenza *tout court* è quindi sempre da considerare criticamente, se vogliamo che la prassi psichiatrica possa proporsi come pratica di liberazione e quindi essere protesa verso la più piena, possibile realizzazione del Sé, rifiutando quella tentazione di assistenza e controllo, retaggio della cultura manicomiale, sempre in agguato, che, più che superata, molto spesso è solo spostata o rimossa. Ferro e coll. (1992), considerando paradigmatici gli stili di lavoro di un servizio psichiatrico, distinguono due modelli:

1. modello del 'provvedere a...';
2. modello del 'provvedere con...'

Il primo si riferisce a un paziente prevalentemente deficitario, che viene alimentato di molte cose (sussidio, farmaco ecc.), in assenza di una reale intersoggettività della relazione (modello che ha precedenti nella cultura manicomiale). Il secondo, nel quale ci riconosciamo, si riferisce a un paziente-persona, comunque ritenuto in grado di pensare e di interagire, sia pure secondo un codice linguistico e una semantica psicotici: è pertanto riconosciuto parte attiva di una relazione di cura o anche di non cura; al tempo stesso l'équipe curante si mette in gioco e collabora attivamente, con la propria cultura, la propria soggettività e la propria emotività, al percorso scaturito da un progetto condiviso. Muovendoci secondo quest'ultimo modello, riteniamo in primo luogo di dover sottolineare la necessità di monitorare costantemente la capacità di essere attivo del paziente, tenendo presente che la saturazione dei bisogni apre la strada all'emergere di risorse residue che andranno rinforzate per condurre il soggetto al maggiore livello di autonomia possibile. Durante il percorso di cura saranno possibili momenti regressivi, che andranno tollerati ed elaborati dall'équipe e dal terapeuta per evitare di viverli come fallimenti del proprio intervento; essi costituiscono più spesso una fase, a volte necessaria, del percorso evolutivo intrapreso con il paziente. La presa in carico, così intesa, prevederà una dimensione temporale caratterizzata dal costante impegno a sintonizzare il progetto terapeutico con lo specifico momento evolutivo del paziente, evitando ogni sorta di annullamento della scansione temporale, quale si realizzerebbe in una presa in carico statica e infinita. Sarà quindi necessario, non solo formalizzare la presa in carico comunicandola al Medico di Medicina Generale (MMG), ma renderne edotto il paziente e aiutarlo a esplicitare le sue progressive richieste, sia pure nella loro dimensione conflittuale. Riteniamo infatti che lavorare nell'ottica del conflitto, piuttosto che in quella a volte troppo rassegnata e a-progettuale del deficit, peraltro da non scotomizzare mai, consenta di limitare insidiosi movimenti regressivi e permetta al paziente di raggiungere un maggiore grado di autonomia e, in ultima analisi, di ridurre i costi sociali. È pertanto opportuno pensare il paziente come un individuo in crisi e non l'espressione di deficit cronici il che garantisce all'équipe di articolare progetti che possono mirare a un inserimento/reinserimento nel territorio. È inoltre auspicabile che all'équipe venga garantito uno spazio tempo di riflessione, confronto e verifica delle responsabilità di cui si è presa carico al fine di provvedere con il paziente ai di lui bisogni. Al fine di monitorare l'andamento del trattamento nonché l'esito finale dello stesso proponiamo l'utilizzo della scala di misurazione della gravità clinica e del funzionamento psico-sociale HoNOS. La compilazione di questa scala di misurazione, già validata, dovrà avvenire all'atto della presa in carico. Il profilo di salute derivante potrà poi essere confrontato con successivi rilevamenti, che si renderanno opportuni nel corso del progetto individuale.

Fin qui abbiamo scelto di fare riferimento a situazioni ideali, che prevedono un paziente collaborante, anche se la pratica quotidiana porta alla nostra attenzione persone gravemente disturbate, che rifiutano il trattamento o che abbandonano il servizio. Ci sembra opportuno soffermarci su alcune delle circostanze che possono complicare il processo della presa in carico. Pensiamo per esempio ai casi in cui il rifiuto o l'abbandono della cura è indotto dall'*entourage* familiare, che in questo modo cerca di difendere

e mantenere gli equilibri faticosamente raggiunti. In certi casi l'alleanza terapeutica con il servizio può assumere per il paziente il significato di abbandono o tradimento delle sue reti tradizionali. Egli si troverà a fare i conti con un doloroso conflitto (conflitto di lealtà): non potrà scegliere la cura, poiché ciò vorrebbe dire emanciparsi e individuarsi dal proprio gruppo familiare tradendolo; non potrà sostenere il ruolo che ha assunto in famiglia, perché invaso da devastanti angosce di annichilimento. In altri casi la famiglia può assumere atteggiamenti espulsivi verso il paziente o di delega verso il servizio; infine potremo trovarci di fronte a famiglie caratterizzate da relazioni patologiche; in queste e altre situazioni, dopo una necessaria osservazione-valutazione delle dinamiche relazionali, si dovrà approdare all'allargamento della presa in carico all'*entourage* del paziente, secondo modalità di volta in volta studiate per il singolo caso (modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie). Riteniamo infine che sia di fondamentale importanza, perché la presa in carico sia realmente rispondente ai bisogni dell'utente, non solo che gli operatori delle singole équipe lavorino in sinergia, bensì che si realizzino canali comunicativi sufficientemente fluidi tra i vari servizi della UOP, tali da garantire l'opportuna continuità terapeutica.

CONTINUITÀ TERAPEUTICA NEI PAZIENTI PORTATORI DI BISOGNI COMPLESSI

Lo sforzo di elaborare un indirizzo organizzativo e metodologico implica una riflessione preliminare sulla domanda, input necessario a fissare le coordinate entro cui sviluppare ogni risvolto operativo. I servizi psichiatrici territoriali nascono contestualmente alla volontà di un superamento dell'istituto manicomiale, sanciscono il passaggio dall'opzione 'custodialistica' a quella 'terapeutica', dall'emarginazione della devianza alla tutela della salute mentale. Con la riforma psichiatrica, vera rivoluzione copernicana nella prassi psichiatrica, si è dovuto di fatto rivisitare il concetto di salute mentale e con esso gli strumenti dottrinari e operativi di cui la psichiatria era dotata. Se compito istituzionale della psichiatria manicomiale era preservare la società dalla devianza, per la psichiatria territoriale compito primario è la promozione della salute mentale dell'individuo malato di mente. Ne deriva la necessità di rinunciare a definizioni puramente teoriche del concetto di salute mentale, privilegiando concettualizzazioni che possano essere suggestive di implicazioni operative. Ne deriva altresì l'insufficienza di una nosografia descrittiva e classificatoria, scarsamente funzionale all'adozione di nuove strategie terapeutiche. Fromm (Arieti S., 1985) ha cercato di definire le caratteristiche della salute mentale dell'individuo: la persona produttiva e non alienata si pone in rapporto col mondo con amore e si serve della ragione per afferrare obiettivamente la realtà; si sperimenta come una entità individuale unica e, allo stesso tempo, si sente una cosa sola con i propri simili; non è soggetto all'autorità irrazionale, ma accetta volontariamente l'autorità razionale della coscienza e della ragione; finché vive continua a nascere e considera il dono della vita come l'occasione più preziosa che ha; tali capacità, connaturate in ogni uomo, possono svilupparsi compatibilmente anche con le condizioni socio-economiche

e culturali che gli sono proprie. Numerosi studiosi (Maslow A.H., 1970) hanno esplorato la dimensione dei bisogni dell'uomo: è sull'analisi dei bisogni e delle condizioni necessarie per il benessere dell'uomo che si può fondare un modello di lettura del disagio individuale. La salute mentale non è più un'entità astratta, definibile in termini statistici o naturali, bensì il prodotto della saturazione di bisogni dell'individuo in quanto unità bio-psico-sociale. La malattia mentale appare così concettualizzabile come disfunzione della personalità, correlata con un'insufficiente capacità di affrontare la vita: la malattia deriva, sotto l'influsso di variabili biologiche, psicologiche e sociali, dal non raggiungimento o dalla rottura di un equilibrio nel soddisfare bisogni individuali e ambientali e nell'adattarsi alle richieste interne o esterne al soggetto.

L'approccio alle difficoltà dell'individuo malato implica pertanto necessariamente l'adozione di un modello integrato, che permetta una lettura non riduttiva delle problematiche del paziente e che consenta una risposta articolata secondo le variabili della dimensione individuale del disagio. Sulla base di tali premesse, la centralità del paziente e delle sue problematiche consente di tracciare alcune linee metodologiche e organizzative.

I Progetti Obiettivi regionali, fin dalla prima edizione del 1984 e successivamente il PRSM, sanciscono che l'UOP "deve operare nel rispetto dei criteri della territorialità e della continuità terapeutica": questa viene intesa "come quella condizione e organizzazione del servizio che consente di salvaguardare il rapporto équipe-paziente e l'unitarietà del progetto terapeutico nei vari momenti dell'intervento".

Ambrosi e Petrella (1987) indicano nella presa in carico e nella continuità terapeutica i due poli principali intorno ai quali si declinano, nella pratica clinica quotidiana, le funzioni ineludibili dei servizi psichiatrici territoriali.

Una prima definizione di continuità terapeutica può essere quella di 'costanza della presa in carico' (Ballerini A., 1994). Questi così scrive: "è evidente che la continuità terapeutica trova le sue ragioni d'essere fondamentalmente nelle situazioni in cui il disturbo mentale tende a persistere nel tempo ed estrinsecarsi nelle sue forme più gravi. È il paziente psicotico che richiede essenzialmente una continuità, che si potrà anche articolare attraverso interventi diversi, ma che sembra necessaria per garantirgli un sostegno e un punto di riferimento stabili, contrastando in tal modo, attraverso una coerenza di rapporto, la tendenza verso la disgregazione che può caratterizzare l'evoluzione del suo disturbo".

La continuità terapeutica può essere considerata secondo prospettive o dimensioni diverse:

- **Dimensione temporale** – La presa in carico deve prolungarsi nel tempo. L'équipe si propone come elemento di riferimento stabile per il paziente, al di là dell'inevitabile turnover dei singoli operatori; al tempo stesso è indispensabile che il paziente possa rimanere per tutto il tempo necessario nella mente dell'équipe: non in una sorta di annullamento di ogni scansione temporale quale si realizzerebbe in una presa in carico infinita, bensì nel costante impegno di sintonizzare il progetto terapeutico individuale allo specifico momento evolutivo del paziente.

- **Dimensione individuale** – È costantemente da salvaguardare la centralità dell'individuo, riconosciuto nei suoi bisogni, nelle sue modalità adattive, nella sua vulnerabilità, nella sua realtà sociale. Se è vero, come suggerisce Ballerini, che una buona dimensione individuale della continuità è quella che ammette e consente anche la discontinuità, l'équipe è chiamata a costruire una sorta di cintura protettiva attorno alla vulnerabilità del paziente, consentendo peraltro spazi di crescita, rifuggendo da atteggiamenti impositivi e intolleranti nel proprio stile di lavoro e prevenendo atteggiamenti di eccessiva, coartante dipendenza nel paziente.
- **Dimensione trasversale** – L'articolazione del progetto terapeutico in moduli, rappresentati da differenziate aree di intervento (ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale, riabilitativo, domiciliare), è di notevole importanza per i pazienti più gravi, a elevata vulnerabilità e ad alto rischio di cronicità. L'équipe deve peraltro evitare di ghettizzare il paziente, inducendolo a vivere tutti gli aspetti della propria vita all'interno del servizio, spegnendo di fatto margini di autonomia, che dovrebbero essere sostenuti: un'ideologia onnipotente di presa in carico totale poco si differenzierebbe infatti da quella manicomiale, condividendo la stessa assenza di prospettive evolutive.
- **Dimensione della flessibilità** – L'équipe, affrancandosi da rigidità precostituite, deve essere in grado non solo di offrire al paziente diverse modulazioni del progetto terapeutico, ma anche di offrirle al momento giusto per il paziente, operando le opportune mediazioni tra sotto e sovrastimolazione, con i conseguenti rischi di cronicizzazione o di scompenso psicopatologico. La flessibilità non deve ovviamente snaturarsi in una sorta di aprogettualità, in cui la rotta sia tracciata unicamente dal paziente o dalla sua famiglia o in cui l'équipe si limiti a rispondere alla domanda del paziente, rinunciando alla indispensabile sua decodifica e confondendo di fatto i bisogni del paziente con le sue domande.
- **Dimensione della relazione** – Il trattamento del paziente è centrato sulla relazione. Il progetto terapeutico si fonda necessariamente sulle molteplici relazioni che, in setting diversi, il paziente instaura con vari operatori: perché queste relazioni possano concorrere e integrarsi in un progetto terapeutico coerente ed efficace è indispensabile un elevato grado di comunicazione all'interno dell'équipe, una disponibilità a confrontarsi, rifuggendo da tentazioni di disimpegno a valenza depressiva o narcisistica. Assume fondamentale rilevanza per la qualità del progetto che l'équipe riesca a essere e a viverci unitaria, giungendo a elaborare e a condividere una cultura comune di riferimento.

Da un punto di vista metodologico la necessaria articolazione tra diagnosi e terapia dello psicotico richiede che il momento diagnostico si arricchisca di valenze specifiche: esso deve cogliere i significati e le tappe di evoluzione della psicosi, considerando adeguatamente gli aspetti fenomenici, psicodinamici e ambientali; devono essere individuati, secondo una griglia di classificazione dei bisogni basata su elementi dinamici, gli specifici bisogni del paziente lungo quel *continuum* compreso tra i poli della dipendenza simbiotica e dell'emancipazione; le vicissitudini del paziente devono es-

sere correlate a prevalenti condizioni di deficit o conflitto, di fissità o evolutività. La diagnosi, da classificazione dell'incomprensibile, può assumere un ruolo più pertinente di necessaria premessa a un progetto terapeutico, non solo a livello farmacologico, ma anche psicoterapico e/o assistenziale, a condizione che venga riconosciuta e rispettata la peculiare e sconcertante modalità esperienziale dello psicotico. L'alleanza di lavoro nel trattamento dello psicotico viene generalmente prospettata come rivolta alla parte sana del paziente: ciò sembra rappresentare in molti casi un'operazione più dettata dall'esigenza da parte del terapeuta di 'navigare in acque conosciute', piuttosto che avventurarsi in inquietanti 'avventure' al di là di riferimenti conoscitivi e logici consolidati. Probabilmente all'impostazione, forse un po' romantica, dello psicotico fondamentalmente 'sano', per cui la terapia deve polarizzarsi sulla parte 'sana' e farla riemergere, attraverso la rinuncia a modalità ideative, affettive e cognitive disfunzionali, appare opportuno affiancare anche un'impostazione che riconosca a tali modalità una caratteristica distintiva, che conferisce all'esperienza psicotica una valenza specifica e che richiede un approccio su di essa modulata. Se lo psicotico, prigioniero della propria onnipotenza, ma al tempo stesso tenacemente a essa fedele per la propria sopravvivenza, nega o teme i propri bisogni, è indispensabile che il terapeuta non risponda con una negazione o un rifiuto rivolto al 'modo di essere' psicotico. L'alleanza di lavoro può invece fondarsi da parte dell'operatore sull'ascolto-apprendimento, che permetta al paziente di sperimentare un'accettazione rassicurante e all'operatore stesso di cogliere, attraverso un linguaggio sempre meno indecifrabile, i bisogni specifici dello psicotico. L'operatore si pone così nella condizione: di tentare di condividere il mondo delirante del paziente; di riconoscere nel suo delirio un valore autentico di "migliore soluzione possibile" (Pao P.N., 1984), spontaneamente adottata dallo psicotico a difesa da un mondo esterno e interno, permeati da un'angoscia intollerabile; di deciptare la richiesta di aiuto, soffocata nel paziente dal bisogno di non avere bisogni, ma al tempo stesso sollecitata dall'incombenza del panico organismico e accettabile solo se rispondente alla qualità del bisogno da lui stesso negato. Solo uno sforzo di avvicinamento di tale genere permette all'operatore di svolgere quella funzione di intermediario descritta da Zapparoli: "fuori tiro e insieme a portata di voce", raccordo tra "la realtà dei bisogni e la necessità di costruire un mondo illusionale privo di bisogni". L'intermediario, "individuo che fa parte delle persone normali, ma che per motivi particolari riesce a comprendere la vita segreta dell'individuo stigmatizzato" (Zapparoli G.C., 1987) può svolgere la propria funzione solo se è in grado di operare un "tradimento delle aspettative onnipotenti del paziente o dei principi della società". L'operatore è d'altronde consapevole che solo fornendo la 'credenza' che l'oggetto di bisogno non è distruttivo può aprire uno spiraglio nella onnipotenza del paziente; deve inoltre considerare come la stessa onnipotenza e la costruzione di un mondo dominato dal bisogno di non avere bisogni siano sostenute dalla ribellione e dal tradimento operato dal paziente nei confronti della dittatura dei bisogni, delle tensioni intollerabili e ineluttabili a essi associate. Se accettare di avvicinarsi in modo partecipe al mondo emotivo dello psicotico è esperienza difficile e disturbante, è solo in tal modo che può realizzarsi un clima di collaborazione tra paziente e terapeuta,

evitando la contrapposizione simmetrica e improduttiva tra chi sostiene il proprio ‘diritto a curare’ e chi sostiene il proprio ‘diritto a delirare’. Il momento dell’osservazione e della diagnosi deve essere pertanto finalizzato a cogliere la specifica configurazione dei bisogni del paziente: infatti, come suggerito da Maslow (1970), i bisogni individuali rispondono a un ordinamento gerarchico che impone prima la saturazione del bisogno più potente; solo successivamente possono essere saturati gli altri bisogni. Solo la saturazione del bisogno più profondo, più potente, può assumere significato terapeutico per lo psicotico potendo rifondare nello stesso una tensione evolutiva coartata dalla malattia. La prevalenza di aspetti deficitari o conflittuali, il rapporto del paziente con i propri bisogni, improntato a negazione o paura, l’intensità dei bisogni di dipendenza simbiotica o l’affacciarsi di istanze emancipative rappresentano valutazioni diagnostiche da cui derivano più precise indicazioni per la definizione di un piano di trattamento modellato sul paziente e con il paziente, oltre che un indispensabile indirizzo ai progetti assistenziali e psicoterapici. Infatti la prevalenza di problematiche connesse a condizioni di deficit-dipendenza simbiotica costituisce un’indicazione all’utilizzo di tecniche farmacologiche, psicoterapiche supportive e assistenziali; la prevalenza invece di problematiche conflittuali e di istanze emancipative comporta l’opportunità di privilegiare l’intervento psicoterapico, eventualmente associato a interventi assistenziali e farmacoterapici. Coerentemente con le premesse teoriche, circa la necessità di individuare i bisogni specifici e le modalità specifiche di funzionamento dello psicotico, assume notevole importanza un utilizzo correttamente finalizzato delle tecniche assistenziali.

L’indicazione di un intervento assistenziale nasce, scrive Gislon (1988), da una diagnosi di non idoneità all’autoconservazione. L’intervento assistenziale si configura come protesi, assicurando il soddisfacimento del bisogno, e si pone degli obiettivi di tipo adattivo: l’assistenza è diretta a sostenere e se possibile incrementare l’organizzazione dell’Io, rivolgendo l’attenzione agli aspetti di disadattamento e sostenendo o favorendo le funzioni evolutivamente più progredite, per esempio quelle di prendere decisioni, fare programmi od organizzare e prevedere.

L’operatore si pone essenzialmente come una figura concreta che fornisce un incoraggiamento alla realtà o come Io ausiliario del paziente per colmare, nella misura in cui è necessario, il deficit del suo funzionamento rispetto alla realtà. In questa relazione con una figura reale e concreta vengono incoraggiate nel paziente la fiducia e la sicurezza che derivano dal sentirsi preso in carico secondo i propri bisogni e che possono venire contrapposte alle precedenti esperienze di sfiducia di base e alla diminuzione dell’autostima. Tale relazione permette di vivere quella che è stata definita ‘esperienza emotiva correttiva’ (Gislon M.C., 1988).

Compito dell’équipe è garantire al programma terapeutico alcuni requisiti:

- **flessibilità**, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
- **coerenza**, mediante l’impegno congiunto di tutta l’Unità Operativa a realizzare il principio della continuità terapeutica.

La malattia viene infatti intesa in senso dinamico, le manifestazioni cliniche come costruzioni difensive adottate dal paziente a protezione dal panico organismico; la saturazione di bisogni più regressivi, attraverso l'adozione di misure assistenziali, volte a fornire l'oggetto del bisogno e a garantire una protesi indispensabile al funzionamento dell'Io, può favorire una successiva espressione di potenzialità evolutive.

L'indispensabile articolazione funzionale della singola équipe deve in tal senso coniugarsi con l'articolazione funzionale delle varie équipes dell'Unità Operativa. La continuità terapeutica rappresenta in tal senso un obiettivo qualificante costantemente da perseguire, ma altrettanto costantemente minato da numerose difficoltà. I pazienti più gravi, gli psicotici che si situano verso il polo del deficit del *continuum* conflitto-deficit, costituiscono l'indicazione più specifica per l'applicazione del modello integrato, fornendo un significativo riscontro sia al lavoro dell'équipe, alla sua capacità di differenziare al proprio interno funzioni distinte e di integrarle in un armonico progetto terapeutico coerentemente finalizzato, sia agli standard qualitativi che caratterizzano l'attività dell'Unità Operativa, misurabili a nostro parere nella capacità delle singole équipes della UOP, coinvolte in varie fasi nel trattamento dello stesso paziente, di differenziare il proprio intervento, ma al tempo stesso di integrarlo in un programma più generale coerentemente sviluppato.

La presa in carico si realizza attraverso strumenti che devono essere costantemente in reciproca correlazione:

- trattamento psicologico individuale.
- trattamento farmacologico.
- trattamento assistenziale.

Trattamento assistenziale

Non è possibile definire la malattia unicamente mediante parametri somatici, escludendo i problemi psicosociali: la malattia non può essere cioè indicata come un'entità indipendente da fenomeni sociali e psicologici o spiegabile solo sulla base di processi biochimici o genetico-familiari alterati. Il Modello funzionale integrato (Zapparoli G.C., 2009), considera la persona nella globalità delle sue componenti biologiche, psicologiche e sociali (unità bio-psico-sociale), come premessa irrinunciabile per programmare una corretta assistenza psichiatrica, in cui esplicano la propria attività e la propria professionalità operatori di diversa formazione: infermieri, educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari. Punto di partenza è rappresentato dall'osservazione: essa consente di cogliere le evidenze (bisogni) sulla base delle quali viene strutturato il programma di trattamento e ne viene verificata la reale efficacia. Tale modello non privilegia mai aprioristicamente il farmaco o l'ambiente o l'assistenza o la riabilitazione come mezzi terapeutici, ma si basa sulla comprensione dei bisogni del paziente. Ed è sulla rilevazione di tali bisogni che vengono formulate le tre proposte di aiuto: la farmacoterapia, la psicoterapia e l'assistenza che possono essere fornite sia contemporaneamente sia separatamente, privilegiando ora l'una ora l'altra a seconda del bisogno dell'utente in quel momento specifico del disagio. Nell'ambito del modello

integrato l'assistenza assume particolari significati, in correlazione con i bisogni del singolo paziente e degli specifici suoi momenti esistenziali:

- funzione di osservazione;
- funzione di 'oggetto meno qualificato';
- funzione di Io ausiliario nelle sue fasi di *maternage* e di contenimento psicologico;
- funzione di accoglienza;
- funzione di 'oggetto inanimato';
- funzione 'psicoterapica' e riabilitativa.

OSSERVAZIONE

L'operatore svolge la sua funzione di osservazione in diversi ambiti, intraospedalieri (SPDC), residenziali (CRA, CP), semi-residenziali (CD) ed extra ospedalieri (CPS, famiglia ecc.)

L'osservazione si prefigge la finalità di raccogliere i dati riguardanti il paziente rispetto alla sua storia, alla cura del Sé, al comportamento, alla dimensione cognitiva e alla dimensione affettiva, alle sue relazioni e alle caratteristiche delle stesse.

OGGETTO MENO QUALIFICATO

Questo concetto ha in sé un contenuto molto significativo e, contrariamente alla terminologia, richiede una competenza professionale molto elevata.

Il concetto di 'oggetto meno qualificato' si concretizza in una figura professionale, vissuta come meno qualificata dal paziente (ma in realtà molto qualificata), di intermediario, di veicolo del trattamento: all'operatore, vissuto dal paziente come meno minaccioso (in quanto privo delle connotazioni di autorità fantasmaticamente attribuite al medico) può essere consentito da parte del paziente stesso di stabilire una relazione improntata a maggiore vicinanza emotiva, più autentica e meno difesa.

FUNZIONE DI IO AUSILIARIO

Nell'ambito della relazione così instaurata col paziente, l'operatore esercita una funzione di fondamentale importanza cioè di sostenere e supportare l'Io deficitario del paziente stesso: in tal senso lo aiuta negli atti inerenti scelte, programmi, adattamento a fattori contingenti di ordine sociale, ispirandosi costantemente al criterio di non sostituirsi al paziente stesso, ma al contrario di costruire con lui una dimensione progettuale condivisa. Se il modello manicomiale considerava di fatto il paziente come semplice oggetto 'a cui provvedere', passivizzandolo e favorendone la cronicizzazione in senso difettuale, il modello integrato considera il paziente protagonista del proprio progetto assistenziale: l'operatore in tal senso 'provvede con' il paziente stesso alla elaborazione condivisa di ogni progetto e alla sua realizzazione.

FUNZIONE DI ACCOGLIENZA

L'operatore esprime la propria specifica professionalità accettando il paziente per come il paziente è, astenendosi da giudizi di valore a livello sia comunicativo sia metacomunicativo.

In tal modo al paziente è permesso di sperimentare nella relazione con l'operatore un clima di riconoscimento e di accettazione, quale difficilmente ha potuto sperimentare nel proprio contesto abituale, spesso ipercritico e svalutante.

FUNZIONE DI OGGETTO INANIMATO

L'attuazione degli indirizzi sopra enunciati, consente all'operatore di soddisfare l'esigenza talora rilevabile nel paziente di vivere la relazione in modo sostanzialmente univoco: l'operatore in tal caso deve essere in grado d'interpretare un ruolo consapevolmente passivo di fronte alle istanze del paziente, che in quei momenti non sarebbe in grado di tollerare proposte operative, che sarebbero inevitabilmente vissute come invasive e inquietanti. In tali momenti l'operatore consapevolmente accetta di essere usato dal paziente, che non tollerebbe risposte emotive (e pertanto vive o animate) dell'operatore.

FUNZIONE PSICOTERAPICA E RIABILITATIVA

La costruzione di una relazione siffatta con il paziente realizza di fatto una dimensione psicoterapica e riabilitativa: infatti la relazione stessa si modella saturando specificamente alcuni bisogni di fondo del paziente, consentendo allo stesso di sviluppare nuovi sentimenti di fiducia e rassicurandolo nella prospettiva dell'indispensabile alleanza terapeutica, requisito essenziale del trattamento.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, e quindi delle caratteristiche specifiche che la funzione assistenziale assume nel modello integrato, emerge la centralità della relazione con il paziente.

È pertanto indispensabile l'individuazione di operatori referenti per ciascun paziente, operatori che vengono a costituire delle micro équipes, composte da psichiatra, infermiere, talora educatore professionale, psicologo, assistente sociale: tali micro équipes si pongono come obiettivo una lettura integrata dei bisogni del paziente, fondando sugli stessi l'elaborazione condivisa di un progetto terapeutico che costantemente si rivolga al paziente come unità bio-psico-sociale. In tali micro équipes trovano la necessaria integrazione le istanze rappresentate dalle tre funzioni essenziali del modello integrato di intervento: la funzione psicoterapica, la funzione farmacoterapica e la funzione assistenziale (nel suo specifico significato, prima illustrato). È evidente la rilevanza della funzione assistenziale per un'attuazione corretta della metodologia d'intervento illustrata: l'infermiere si propone in una dimensione relazionale privilegiata con il paziente, potendo stabilire un rapporto fondato sull'accettazione e sulla condivisione, rapporto meno inquinato, nei vissuti del paziente stesso, da resistenze e diffidenze suscitate spesso, nel corso del progetto terapeutico, dalle iniziative connesse con le funzioni farmacoterapica o psicoterapica. L'operatore, nell'ambito della funzione assistenziale, può anzi avere un ruolo fondamentale nel favorire un superamento delle resistenze stesse del paziente, grazie alla relazione fiduciaria che gli è stato possibile instaurare.

Nell'ambito del CPS la micro-équipe e, al suo interno, il terapeuta (psichiatra, psicologo) e l'infermiere titolare della funzione assistenziale nel singolo progetto terapeutico si propongono di:

- garantire uno sviluppo dello stesso in modo costantemente aderente ai bisogni del paziente e alle sue realistiche potenzialità, misurando i livelli di stimolazione in base alla recettività del paziente stesso;
- 'accompagnare' il paziente nelle fasi del progetto terapeutico che rendano necessario il coinvolgimento di altre équipe dell'Unità Operativa di Psichiatria (UOP): cioè in occasione delle condizioni di scempenso che richiedono il ricovero (SPDC) o nella programmazione e realizzazione di iniziative riabilitative semi-residenziali (CD) o residenziali (CRA o CP).

Anche nell'ambito delle altre strutture citate (SPDC, CRA, CD, CP) l'individuazione di infermieri referenti, titolari di un rapporto privilegiato con il singolo paziente, assume importanza fondamentale per un duplice motivo:

- favorire la personalizzazione del piano di assistenza nel periodo della degenza o della residenzialità e quindi l'ottimizzazione delle risorse terapeutiche e riabilitative;
- garantire un adeguato 'passaggio di testimone' tra le équipe, affinché il progetto individuale possa mantenere l'indispensabile unitarietà, a cui le varie équipe psichiatriche coinvolte costantemente si ispirino.

Paziente grave: piano di trattamento personalizzato e continuità terapeutica

In ambito psichiatrico si può definire grave un utente che risponda a parametri non solo intrapsichici di gravità diagnostica, ma anche psicosociali, quali la ridotta capacità di autogestione, un'insufficiente rete sociale, l'inadeguato supporto e la conflittualità familiare. La programmazione di un'efficace assistenza psichiatrica deve passare attraverso l'utilizzo di una metodologia di lavoro che sia basata sulla considerazione dell'unità bio-psico-sociale della malattia psichica. Punto di partenza è l'osservazione che consente di evidenziare i bisogni del paziente, sui quali verrà strutturato un programma di trattamento nell'ambito del quale saranno contestualmente applicati degli indicatori di verifica. Infatti, qualsiasi programma terapeutico deve essere basato sulla valutazione delle abilità e dei limiti dell'individuo (come punti di forza e di debolezza), così che si possano fissare obiettivi realistici e strutturare interventi terapeutici appropriati. Le valutazioni successive nel corso del programma e l'esame dei risultati motiveranno le eventuali modificazioni per continuare il processo di programmazione del trattamento. Premessa indispensabile per tale progetto terapeutico è la necessità di pervenire a una diagnosi funzionale come integrazione della diagnosi nosografica, dell'analisi del contesto sociale e familiare del paziente, della valutazione delle sue capacità residue nonché della comprensione delle difficoltà adattative del paziente

stesso. La diagnosi funzionale, come momento conoscitivo e descrittivo del 'qui e ora' del paziente, va correlata all'analisi delle sue necessità poste su piani diversi, partendo dai bisogni di base, fisiologici, passando attraverso il desiderio di sicurezza e stabilità per arrivare a bisogni più evoluti (autostima, autorealizzazione), come descrive Maslow (1970) nella gerarchia dei bisogni umani. Infatti, se non si identificano i problemi, non si possono nemmeno proporre potenziali soluzioni. Nell'ambito delle necessità del paziente si dovrà poi distinguere la prevalenza dei bisogni di dipendenza piuttosto che il prevalere di quelli emancipativi. Nel percorso di tale valutazione l'UOP si è dotata di strumenti che, somministrati al paziente nella fase della valutazione iniziale, mediante una serie di domande organizzate per area, permette di valutare le aree in cui il soggetto manifesta sia le proprie abilità sia i propri bisogni e definire così un intervento mirato e condiviso negli ambiti più problematici e la definizione di una condizione basale di riferimento sulla quale monitorare i cambiamenti. Il programma terapeutico, centrato sui bisogni, sulle abilità del soggetto e sui suoi deficit, nonché sulle sue necessità cliniche, vede il ruolo centrale del CPS nel percorso di continuità assistenziale, percorso che si delinea nell'articolare le diverse competenze professionali necessarie all'intervento e soprattutto avrà bisogno della condivisione del progetto da parte del paziente interessato. Il vantaggio di utilizzare un approccio definito è quello di fornire un modello base per pianificare e valutare il trattamento permettendo a tutte le figure professionali coinvolte di operare utilizzando un obiettivo comune. L'attuazione dell'intervento prevede la definizione di due ambiti, determinati l'uno dal prevalere dei bisogni di dipendenza e l'altro dal prevalere dei bisogni emancipativi. Il piano terapeutico prevede una valutazione clinica e una diagnosi nosografica, una scelta farmacoterapica e/o psicoterapica e un approccio che tenga conto delle funzioni di accoglienza, supporto e contenimento psicologico che l'équipe deve fornire al paziente. L'attuazione del piano vedrà coinvolte le diverse figure professionali che compongono l'équipe e ognuna per la propria competenza professionale sarà impegnata con il paziente nelle varie fasi del progetto terapeutico. Sarà poi l'équipe il luogo depositario dei rimandi di ogni operatore che alimenteranno la necessaria integrazione finalizzata a un intervento condiviso, premessa indispensabile per garantire la continuità dell'assistenza al paziente grave (Cerati G., 2005).

IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DEI PERCORSI DI CURA

Il modello dei percorsi differenziati per l'assistenza territoriale previsto dal PRSM (2004), valorizza la metodologia dei percorsi clinici garantendo agli utenti una valutazione approfondita delle loro esigenze e percorsi di cura personalizzati per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi, per i malati con maggiori bisogni e a maggior rischio di abbandono. Dal punto di vista metodologico, l'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio. Al momento attuale,

TABELLA 3.1	
Residenti > 14 anni nei distretti socio-sanitari ASL Provincia di Milano I	
Distretto 1 – Garbagnate (CPS Garbagnate e CPS di Bollate)	204 938
Distretto 2 – Rho (CPS di Rho e CPS di Settimo Milanese)	137 549
Distretto 3 – Corsico (CPS di Corsico)	93 956
Distretto 4 – Legnano (CPS di Legnano, PS di Parabiago)	149 531
Distretto 5 – Castano P. (CPS di Castano Primo)	56 044
Distretto 6 – Magenta (CPS di Magenta)	98 429
Distretto 7 – Abbiategrasso (CPS di Abbiategrasso)	60 955
TOTALE:	800 402

a livello regionale, non è ancora disponibile un'analisi dei dati di attività riconducibile al modello dei percorsi di cura territoriali presentati dal PRSM. Vi sono invece esperienze di singole aree territoriali. Presso la ASL Provincia di Milano I, i dati di attività relativi al 2006 sono stati analizzati con l'obiettivo di descrivere i percorsi di cura erogati agli utenti.

Si tratta di una macroarea territoriale con un numero di residenti con più di 14 anni pari a 880 402 soggetti e organizzata in 7 distretti socio-sanitari. In ogni distretto operano 1 o più CPS (Tabella 3.1).

Nel corso del 2006 risultano essere entrati in contatto con i servizi psichiatrici, pubblici e accreditati, 12 517 soggetti identificati univocamente tramite codice fiscale di età superiore ai 14 anni. Per il 59% si tratta di donne e per il 41% di uomini. La prevalenza trattata è pari a 156 soggetti ogni 10 000 residenti.

Considerati i soggetti residenti, la prevalenza trattata a livello distrettuale, riportata nella Tabella 3.2, varia da un minimo di 130 nel Distretto di Corsico a un massimo di 180 per 10 000 nel Distretto di Castano Primo.

La quasi totalità dei soggetti trattati nell'ambito di ciascuna UOP risulta aver avuto nel corso del 2007 almeno un contatto con CPS (o Ambulatorio), la prevalenza trattata è di 149 per 10 000 (nelle donne 171,6 e 125,8 negli uomini).

I soggetti residenti/assistiti che fruiscono di prestazioni di psichiatria, univocamente identificati, sono stati ricondotti ai tre percorsi di cura definiti dal PRSM 2004 secondo i criteri riportati sinteticamente di seguito:

- **Consulenza:**
 - pazienti visti solo da CPS/AMB;
 - in sede/domicilio;

TABELLA 3.2

 Soggetti in contatto con i servizi psichiatrici nel corso del 2006
 (valore assoluto e tasso × 10000 residenti > 14 anni)

Distretto	Valore assoluto	Tasso
Garbagnate	2912	142
Rho	2181	159
Corsico	1222	130
Legnano	2517	169
Castano Primo	1006	180
Magenta	1709	174
Abbiategrosso	970	159

- numerosità interventi da 1 a 5 per anno di cui al massimo 2 da parte di operatori non medici/psicologi;
- tipologia intervento: visita/colloquio, somministrazione di farmaci, attività di valutazione, visita accertamento medico-legale, psicoterapia famiglia o coppia.
- **Assunzione in cura:**
 - pazienti visti solo da CPS/AMB;
 - in sede/domicilio;
 - numerosità interventi superiore a 5 per anno di cui al massimo 3 da parte di operatori non medici/psicologi.
- **Presa in carico:**
 - pazienti visti solo da CPS/AMB che non rientrano nelle categorie di consulenza o assunzione in cura;
 - in tutti i luoghi;
 - da parte di tutti gli operatori;
 - numerosità interventi > 5.

Utilizzando tale metodologia l'attribuzione dei percorsi di cura ai diversi utenti seguiti dalle Unità Operative di Psichiatria (UOP) è rappresentata nella Tabella 3.3.

TABELLA 3.3

Soggetti trattati per disturbi psichiatrici: dato disaggregato per tipologia di percorso

Tipo di percorso	2006	
	Valore assoluto	Percentuale (%)
Consulenza	3992	32
Assunzione in cura	5212	42
Presa in carico	3194	25
Altro	154	1
Totale	12552	100

Tra i soggetti che si sono rivolti ai servizi di psichiatria, prevale il gruppo riconducibile al percorso definito ‘assunzione in cura’ (42%), dove il trattamento specialistico è preponderante ma non vengono previsti interventi complessi e multiprofessionali.

Una persona su tre rientra in un percorso riconducibile alla categoria ‘consulenza’ e uno su quattro è riconducibile alla categoria ‘presa in carico’. In base ai criteri definiti, l’1% della popolazione in trattamento non è riconducibile ad alcuno dei percorsi definiti.

Incrociando il dato dei percorsi di cura con la diagnosi principale riferita al paziente, rispetto alle tre categorie diagnostiche maggiormente rappresentate, i soggetti affetti da “sindromi nevrotiche” rientrano nel 45% dei casi nel percorso ‘consulenza’ e nel 44% nell’‘assunzione in cura’; analogamente avviene per le ‘sindromi affettive’, anche se con valori inferiori rispetto al percorso ‘consulenza’ (44% ‘assunzione in cura’; 36-37% ‘consulenza’). Nel caso della schizofrenia, più della metà dei soggetti si avvale di un mix di interventi riconducibile alla ‘presa in carico’ (53-54%), uno su tre rientra nel percorso ‘assunzione in cura’ e il 15% nel livello ‘consulenza’.

CONCLUSIONI: VERSO UN NUOVO MODELLO DI CPS

L’analisi dei dati sopra presentati evidenzia il problema di una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa.

La capacità di affrontare tali criticità inciderà sul futuro stesso della psichiatria di comunità. La complessità dell’*équipe* multiprofessionale non sembra essere fino in fondo valorizzata e le opportunità che l’*équipe* offre non sembrano essere sfruttate fino in fondo, soprattutto nella fase di valutazione e di indirizzo dei casi. D’altro canto, non è sostenibile sul lungo periodo una psichiatria territoriale impegnata solo sul fronte della cronicità e incapace di dare risposta ai bisogni emergenti. Nel corso dell’ultimo decennio alcune esperienze hanno potuto svilupparsi grazie all’attivazione di programmi innovativi successivi all’approvazione del PRSM. Il Programma di azioni innovative per la salute mentale ha finanziato a partire dal 2005 programmi che attuassero gli obiettivi generali del PRSM nell’ambito di tre aree d’intervento: l’area territoriale, l’area residenziale e la qualità e formazione. Le esperienze che hanno evidenziato risultati favorevoli dovranno trovare una stabilizzazione nell’ambito delle attività ordinarie (vedi Capitolo 6 relativo all’attuazione dei programmi innovativi).

Per muoversi nella direzione di un nuovo modello di CPS vi sono alcune questioni di fondo che devono essere considerate.

Che cos'è il CPS

Il CPS è un'organizzazione del DSM e dell'UOP che svolge una funzione di accoglienza attiva per tutto il periodo di apertura comprensiva della capacità di rispondere alle situazioni di crisi secondo modalità di 'a porta aperta'.

Specularmente alla funzione di accoglienza, il CPS promuove percorsi di uscita secondo principi che prevedono il suo utilizzo da parte degli utenti 'per quello che a loro serve e per il periodo di tempo che serve'. Il CPS, pertanto, organizza l'attività clinica per percorsi di cura e contribuisce a promuovere i diritti di cittadinanza dell'utente favorendo la sua accessibilità agli altri servizi sanitari, non psichiatrici, e sociali.

Che cosa non è il CPS

La funzione del CPS non può identificarsi con la mera erogazione di prestazioni specialistiche secondo modalità ambulatoriali.

La qualità percepita e la percezione dell'utente di essere accolto

In una concezione di centralità dell'utente e di attenzione alla sua soddisfazione risulta fondamentale la percezione dell'utente di essere accolto da un servizio, che presta attenzione alla sua domanda e si attiva tempestivamente per cercare delle risposte. Questa modalità operativa del servizio assume dal punto di vista dell'utenza alti valori di qualità.

La gestione dell'accoglienza avviene sviluppando una funzione di prossimità, prioritariamente verso l'utenza rappresentata dai cittadini di un'area geografica definita (per esempio un definito Distretto sanitario). Questa funzione di prossimità prevede di curare la qualità dell'accessibilità al servizio da parte dell'utenza. Per lo svolgimento di questa funzione possono concorrere con ruoli e modalità diversi, ma integrati, le diverse strutture dell'UOP e del DSM. La finalità rimane quella di permettere al cittadino portatore di una problematica di salute mentale di poter accedere facilmente a un'agenzia che possa farsi carico del problema e avviare la soluzione.

L'agenzia elettiva deputata a svolgere o quanto meno a organizzare la funzione di prossimità è il CPS nell'ambito della complessiva organizzazione dell'UOP e del DSM.

Caratteristiche strutturali organizzative

- La fisionomia del CPS rimanda, quindi, a un contesto strutturale e organizzativo equilibrato tra gli aspetti programmati e formali e quelli flessibili e informali.
- Focalizzazione prioritaria sulle persone con patologie severe a grave rischio di emarginazione.
- Presenza di spazi di socialità funzionali alla riabilitazione e alla promozione di salute mentale.

- Differenziazione dei percorsi di cura in relazione ai singoli bisogni.
- Personalizzazione del trattamento: per i casi gravi che necessitano del percorso territoriale della ‘presa in carico’, individuazione di un referente (dirigente), coinvolgimento del gruppo multiprofessionale secondo necessità, individuazione di operatori chiave (*case manager*).
- Rotazione delle mansioni nell’ambito della rete dei servizi dell’UOP.
- Equilibrio tra attività interna ed esterna.

Nuove domande e nuove risposte

Vi è dunque l’esigenza di un’alleanza dei portatori di interesse verso la Psichiatria di comunità e in particolare tra utenti, loro famigliari e professionisti. Dovremmo considerare la ‘nuova domanda’ di cui tutti siamo consapevoli, perché afferisce prepotentemente ai servizi, prima ancora che una nostra scoperta, come l’espressione di un bisogno che per primi i malati ci sottopongono. Come avviene in tutti i Paesi più avanzati, la valorizzazione della domanda dell’utenza va collocata al fondamento dell’organizzazione dei servizi e non come una mera istanza etica o ideologica o buonista, ma come una pratica cui dobbiamo collaborare per permettere attraverso l’informazione e il rispetto e tutela dei diritti, che gli utilizzatori dei servizi diventino in grado di orientarne le scelte in funzione dei propri bisogni. Questo è un aspetto concreto di un servizio centrato sull’utente o sulla persona.

In un sistema ampio ove vi è una pluralità di risorse disponibili si pone il problema della *governance* al fine di assicurare risposte integrate efficaci. Riguardo alla salute mentale, alla sua tutela contribuiscono sia (in larga parte) i DSM e i soggetti erogatori di prestazioni psichiatriche e psicosociali, sia altri soggetti, servizi sociali, istituzioni che cooperano al ‘bene comune’ (dagli enti locali alle ASL, dall’associazionismo al terzo settore) e che in misura crescente interagiscono con i programmi assistenziali-riabilitativi ed educativo-preventivi. L’ampiezza delle aree di intervento, la quantità dei soggetti coinvolti e l’evoluzione della cultura e della sensibilità sociale hanno indotto il PRSM a proporre una ‘comunità per la salute mentale’.

Sul piano clinico-organizzativo, i punti seguenti rappresentano un elenco, probabilmente solo parziale, di aree possibili di intervento che i servizi si trovano a organizzare a fronte di problematiche e bisogni emergenti dal territorio di competenza:

- Area riabilitativa.
- Esordi: prevenzione, interventi precoci.
- Popolazione straniera.
- Doppia diagnosi.
- Integrazione socio-sanitaria.
- Processi di miglioramento di qualità.
- Azioni di innovazione.
- Attivazione reti sociali naturali.

- *Empowerment*.
- Gestione del rischio clinico e *safety* sia per il paziente sia per l'operatore.

Le risorse

Gli studi più recenti in tema di finanziamento dei servizi sanitari e di salute mentale dimostrano che sono maturi i tempi per ripensare alle modalità di finanziamento dei servizi di salute mentale, valorizzando i percorsi di cura delle patologie più severe e delle problematiche psicopatologiche che assorbono maggiori risorse.

Specificamente, riguardo al finanziamento delle attività di psichiatria, vi sono due ambiti che esemplificano bene le esigenze attuali:

1. il finanziamento delle prestazioni non riconducibili al singolo utente ma necessarie per sviluppare le attività di supporto alla rete sociale, le attività di promozione della salute mentale, le attività di prevenzione;
2. il riconoscimento economico a progetto per gli utenti che rientrano nel percorso clinico della 'presa in carico'.

Per affrontare i problemi attuali, anche legati al contesto di crisi, occorre che ai servizi siano riconosciute le nuove competenze e siano attribuite risorse sia quantitative sia qualitative da definire in funzione della domanda reale e delle risposte necessarie. I sistemi sanitari devono oggi sostenere tali sforzi di innovazione, considerando il soddisfacimento delle diverse aree di bisogno, garantendo finanziamenti adeguati alle nuove aree di intervento e valorizzando tutte le attività necessarie a sostenere i nuovi modelli di assistenza. La necessità di innovazione e di riorganizzazione delle attività territoriali, anche in relazione alle necessità formative e alle provvidenze di personale previste dalle indicazioni ministeriali successive alla legge 9/2012 per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, costituisce una palese necessità di adeguamento e di modulazione delle risorse dedicate ai servizi territoriali, come priorità strategica.

In tal senso appare opportuna una revisione delle modalità organizzative anche attraverso una rimodulazione e interpretazione degli aspetti relativi agli orari di apertura e alla dotazione di personale nella prospettiva di favorire l'integrazione fra centri territoriali e le diverse strutture delle UOP (territoriali, ospedaliere, residenziali e semi-residenziali) e dei DSM e di favorire il lavoro di équipe e la presa in carico multiprofessionale dei casi gravi

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosi P., Petrella F. (1987) *Fare e pensare in Psichiatria*, Raffaello Cortina, Milano.
- Arieti S. (1985) *Manuale di Psichiatria*, Bollati Boringhieri Editore, Milano.
- Ballerini A. (1994) *La presa in carico e la continuità terapeutica: momenti cardine di qualsiasi intervento*, in (a cura di) Rossi M., *Manuale di psichiatria nel territorio*, La Nuova Italia, Firenze.

- Botturi T. et al. (1992) *La porta aperta esperienza di gestione* in: *Spdc. Rivista di Psychopathologia*, Vol. X, N.5.
- Cerati G. (2005) *Trattamento a termine nella presa in carico dello psicotico*, in *L'incontro con il paziente psicotico nel suo percorso esistenziale*, Insubria University Press, Varese, p. 35-43.
- Ferro A.M., Soldi G. (1992) *La presa in carico tra domanda e servizio*, in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, Vol. 30 - Fasc. 2, La Garangola, Padova.
- Gislon M.C. (1988) in *Psichiatria oggi* (a cura di) Zapparoli G.C., Bollati Boringhieri, Torino.
- Gislon M.C. (1992) *Atti del Convegno "CRT: aspetti specifici di gestione"* Castel Goffredo (MN).
- Gnocchi E. et al. (1991) *L'infermiere psichiatrico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gnocchi E. (1993) *Nuovi modelli d'intervento dell'infermiere psichiatrico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Laszlo P., Stanghellini G. (1993) *La vulnerabilità e il suo impatto sui servizi*, in F. Asioli, A. Balzerini, G. Berti Ceroni, *Psichiatria nella comunità: cultura e pratica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Maslow A.H. (1970) *Motivation and personality*, Harper & Row, New York.
- Munizza C., Donna G., Nieddu S. (1999) *Finanziamento e management del Dipartimento di salute mentale*, Il Mulino, Bologna.
- Pao P.N. (1984) *Disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pezzani G. et al. (2000) *Linee Guida Unità Operativa di Psichiatria 26 - DSM - Azienda Ospedaliera Carlo Poma*, Mantova.
- Percudani M., Cerati G., Biffi G. et al. (2008) *Psichiatria e territorio: verso un nuovo modello di CPS*, *Psichiatria Oggi* Anno XXI n 1-2, 27-32.
- Piperno R., Purpura M. (1997) *Il problema della non collaborazione nel trattamento delle situazioni psicotiche*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXXI/III.
- Rossi Monti M. (1995) *Manuale di psichiatria nel territorio*, La Nuova Italia, Firenze.
- Scapicchio P., Trabucchi M. (1999) *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna.
- Tacchini M.A. (1998) *Professione Infermiere nei Servizi psichiatrici*, Masson.
- Zapparoli G.C. (1988) *La Psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1987) *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1992) *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1994) *La realtà psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (2009) *Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave*, Dialogos, Milano.

L'équipe, il lavoro integrato e il *case manager* nel Piano di Trattamento Individuale

Il percorso della presa in carico e la rete

Capitolo

4

Cesare Moro – Barbara Pinciara – Lia Sanicola

RIASSUNTO

La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rappresenta una mission dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) fondamentale nella psichiatria di comunità. Per attuare il percorso territoriale di cura specifico il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) ha previsto l'adozione del Piano di Trattamento Individuale (PTI) del paziente e l'individuazione del *case manager*. Il *case manager* comunitario e il PTI devono essere implementati in modo omogeneo nel territorio regionale, al fine di migliorare i processi realizzando una sempre maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale, con specifica attenzione alle funzioni di integrazione degli interventi e delle équipe dedicate. A supporto di tali esigenze e per favorirne la piena realizzazione, la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, in collaborazione con la Scuola di Direzione in Sanità (con IReF nel 2009 e 2010 e con Éupolis Lombardia nel 2011), ha organizzato e realizzato il "Corso di formazione per i *case manager* dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia". A partire dall'esperienza già in atto, nel percorso formativo sono state analizzate con gli operatori le modalità di presa in carico e gestione clinica del paziente nei CPS tramite un modello integrato di trattamento. Questa fase si è quindi conclusa con l'elaborazione: di linee guida del *case manager* comunitario; di una proposta di PTI unitaria come struttura, impostazione metodologica e strumenti. Si sono così poste le condizioni per l'attivazione dell'azione "Fase locale" del progetto con l'obiettivo di favorire il trasferimento delle conoscenze acquisite sul *case management* nella psichiatria di comunità, in modo omogeneo, dai partecipanti alla fase centrale a tutti gli operatori dei Centri Psico-Sociali (CPS) regionali, così da garantire una piena implementazione e diffusione di tale modalità di lavoro. La fase locale si è articolata in: due giornate di studio; una fase di tirocinio pratico (indicativamente il tirocinio pratico ha avuto una durata di 15 giornate); una giornata di follow-up nella quale sono stati presentati i dati dei questionari somministrati alle équipe dei CPS sull'implementazione del modello di *case mana-*

gement. In questo capitolo sono riassunti i contenuti delle giornate di formazione svolte in fase locale.

IL CASE MANAGER COMUNITARIO NEI DSM DELLA REGIONE LOMBARDIA

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dei servizi psichiatrici territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni degli utenti che accedono ai servizi. Particolarmente complessa risulta la presa in carico degli utenti complessi, che presentano bassa qualità di vita, scarsa compliance al trattamento terapeutico, grave sintomatologia e comportamenti disturbanti o aggressivi.

Il *case management*, sperimentato dagli anni '60 nei Paesi anglosassoni, rappresenta una modalità di approccio a tali utenti, poiché attraverso l'assegnazione di un *case manager* o referente del caso viene facilitata la continuità delle cure e il coordinamento degli interventi sanitari e sociali.

All'interno dei servizi psichiatrici territoriali i vari operatori svolgono alcune importanti funzioni di *case management* (raccolta dati, progettazione degli interventi, monitoraggio ecc.), ma tali funzioni devono essere ulteriormente sviluppate, riconosciute e diffuse affinché vi sia maggiore avvicinamento dei processi decisionali agli utenti rendendo i servizi offerti più rispondenti ai loro bisogni.

Sia all'interno dei servizi sia nel sapere popolare, la concezione del paziente grave oscilla tra l'approccio sociale, medico e psicologico, restituendo all'osservatore una visione dello stesso che si alterna tra il 'matto da legare' o da liberare e il 'malato da curare' o da capire e aiutare. Oggi tuttavia si va affermando una visione *integrata* dei diversi approcci e sempre più si parla di modello bio-psico-sociale.

I pazienti gravi sono persone che hanno il massimo del bisogno ma la minima possibilità di gestirlo, legata all'incapacità di riconoscerlo: tendono a rifiutare l'aiuto che sembrano richiedere, con l'opposizione ai trattamenti o con l'ingratitude verso i curanti. D'altra parte i sintomi costituiscono le difese che queste persone hanno organizzato nel tempo, quasi a preservare la loro stessa identità: di qui il loro tenace attaccamento a conservarli, cioè le resistenze al cambiamento. Un paragrafo a parte sarà dedicato a tale argomento.

Il percorso clinico del paziente grave comporta la valutazione dell'idoneità o meno del soggetto all'autoconservazione, con le resistenze e le scelte auto-terapeutiche, le risorse proprie e del contesto, le potenzialità evolutive ecc. Chi attua tale valutazione deve tenere conto non solo del parametro costituito dall'altro e dalla 'obiettività' ma anche del parametro costituito da sé stesso e dalla 'soggettività' e dalla loro interazione, in quanto forniscono dati che altrimenti non avrebbero la possibilità di essere riconosciuti. Rilevati e differenziati i bisogni, grazie al lavoro di tutta l'équipe, nasce un programma di trattamento 'integrato', che si realizza grazie all'applicazione e all'integrazione delle diverse funzioni cliniche che le équipe curanti erogano: la farmacoterapia, la psicoterapia, la riabilitazione, l'assistenza.

La presa in carico coincide quindi con la strutturazione di tale progetto, adatto a casi gravi e complessi, caratterizzato da continuità e multidisciplinarietà, realizzato da un'équipe che accoglie il paziente a tempo indeterminato e sa utilizzare, integrandole, tutte le risorse della rete disponibili: formali e informali, pubbliche e private, per ogni specifica tappa del trattamento (Cerati G., 2010).

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) indica i modelli organizzativi da attuare grazie al contributo di un ampio numero di esperti che hanno partecipato a gruppi di lavoro su temi specifici affiancati da rappresentanti delle associazioni, del mondo del volontariato e, più in generale, del terzo settore.

In primo piano vi è il tema dell'integrazione e del collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non istituzionali, coinvolti nella tutela della salute mentale. Nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, in una logica di sussidiarietà, a ognuno dei diversi soggetti, in quanto presenze costitutive del tessuto vivo di un territorio, viene chiesto di partecipare a una 'comunità per la salute mentale' assumendosi la propria parte di compiti e di responsabilità. Il coordinamento tra i diversi soggetti all'interno di macroaree territoriali può, pertanto, stimolare lo sviluppo di una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, ove si sviluppino programmi di intervento integrati fra i diversi servizi del territorio e aperti alla collaborazione con la rete informale e la società civile.

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

La riorganizzazione dei percorsi di assistenza

I servizi psichiatrici si trovano nella necessità di approntare un diverso approccio metodologico per riuscire a decodificare correttamente la richiesta di intervento che sottende i bisogni molteplici presentati dalle persone con disagio mentale e per poter definire la risposta. Si dovranno pertanto definire indicatori d'ingresso che permettano agli operatori di delineare il percorso della persona all'interno del servizio e di governare il processo assistenziale. In accordo con il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 il modello organizzativo, per definire i percorsi territoriali dell'assistenza, è rappresentato da vari momenti e percorsi di cura differenziati:

- accoglienza;
- valutazione;
- consulenza;
- assunzione in cura;
- presa in carico.

La presa in carico, correlata a una prassi orientata alla continuità terapeutica, si fonda su progetti individuali, identificati nel **Piano di Trattamento Individuale (PTI)**, che richiedono un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multidisciplinare in grado di sviluppare un'accurata lettura della dimensione bio-psico-sociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. Il percorso di **presa in carico** si configura pertanto come progetto caratterizzato da: elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale, capacità di gestire l'integrazione socio-sanitaria.

Il *case management* è un processo integrato finalizzato a individuare i bisogni degli individui e soddisfarli con le risorse disponibili, partendo dal riconoscimento del principio fondamentale di unicità e complessità di ogni individuo e del suo diritto di essere protagonista del proprio percorso di cura. Il termine deriva dall'insieme di due diversi approcci rispetto ai problemi presentati dalle persone affette da disturbi mentali:

- la parola *case* deriva dalla tradizione medico clinica, centrata sulla necessità di prestare le cure necessarie alla singola persona sofferente;
- la parola *management*, d'altra parte, deriva da una cultura e da una tradizione assai distanti, che esaltano la necessità di organizzare un programma che permetta di sistematizzare gli interventi nei confronti dei pazienti più gravi e gravosi, per ottenere la massima efficacia possibile.

Nello specifico il National Institute of Mental Health (USA) lo definisce come "...il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza a un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo". Una seconda, importante descrizione del *case management*, proposta dall'American Nurse Association (ANA), lo definisce come "...un modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza".

Il principio guida fondamentale è riassumibile dall'obiettivo di integrazione sociale o 'normalizzazione', basato sul diritto di ogni uomo di vivere in condizioni normali e dignitose quale che sia il suo stato di salute.

Presupposto clinico, sociale e organizzativo alla base del *case management* è il considerare i pazienti come persone intere, pur vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere gli utenti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

In quest'ottica, quindi, il *case management* si muove per promuovere il coordinamento tra il cittadino e le risorse della rete esistente creando nuovi ambiti di pensiero e operatività al fine di favorire la piena partecipazione del cittadino anche alla creazione dei servizi di cui lui stesso usufruirà. Nel *case management* vi è la creazione di una nuova funzione assistenziale scelta sulla base delle risorse disponibili e centrata sulle esigenze individuali del singolo utente, che coordina attivamente, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le sue

potenzialità. In questo senso, perciò, il *case management* opera nel sistema sanitario in modo biunivoco: da un lato ottimizzandone le funzioni, ma dall'altro costruendosi come un importante fattore di promozione del cambiamento interno.

Le funzioni di *case manager* possono essere svolte dai diversi professionisti dell'équipe ma, per le loro caratteristiche professionali e disciplinari, in maniera particolare e peculiare da infermieri, assistenti sociali, educatori professionali e tecnici della riabilitazione. Il professionista identificato coordina gli interventi sanitari riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-assistenziale, in quanto la sua azione si svolge sia in ambito clinico sia in ambito sociale.

Il *case manager* in psichiatria è il referente complessivo del progetto che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione (PRSM, 2004). Egli possiede:

- capacità empatica e relazionale;
- capacità di interrelazione con altre professionalità, con la famiglia e con altre agenzie;
- senso di responsabilità;
- capacità organizzative.

Il *case manager* svolge la funzione principale di: gestione del caso o di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dalla micro-équipe; è l'operatore referente per il paziente lungo tutto il percorso di cura. Questa figura di intermediario deve essere assunta dalla professionalità che possiede le conoscenze e la formazione specifica e viene individuato all'interno dell'équipe come referente e gestore del caso.

Il *case manager*, nel ruolo di accompagnatore, stimola e incoraggia il cliente ad assumersi la responsabilità del proprio reinserimento sociale. Fornisce un ascolto che sa accogliere il disagio emotivo del malato mentale e lo aiuta a capire le ragioni di certi comportamenti.

Il ruolo di accompagnatore, o di persona prossima, richiede vicinanza terapeutica, attitudini di autenticità, di spontaneità e di trasparenza. Esige molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo e la capacità di trasmetterle al paziente e con l'attenzione a evitare lo sviluppo della sua dipendenza.

Il *case manager* opera all'interno di un'équipe che mette in moto il processo di *case management* basato sul coordinamento di professionalità afferenti da aree diverse, teso alla continua valutazione delle richieste, pianificazione degli interventi, implementazione coordinamento e monitoraggio dei risultati.

Queste caratteristiche vengono ben sottolineate nella definizione di Sheperd (1993) che definisce il *case manager* come "agenzia [...] che ha la responsabilità di fornire una cura individualizzata e a lungo termine in modo flessibile e sensibile ai cambiamenti, coordinando gli input di un numero di diverse agenzie fornendo consistenza e committenza, operando come 'avvocato' del cliente per assicurare che riceva il servizio controllandone qualità e continuità nel tempo".

Il *case manager* deve dimostrare versatilità non solo a livello delle sue tipologie d'intervento giacché agisce su tutte le sfere della vita dell'utente che ha in carico (alloggio, impiego, finanze) ma anche a livello dei suoi ruoli, dato che è di volta in volta un mediatore, un difensore dei diritti, un amico di passaggio e un professionista.

In sintesi il *case manager* deve essere un professionista-prossimo che sa sviluppare delle collaborazioni con l'ambiente sociale circostante secondo un modello di intervento che integra le componenti socio-cliniche e comunitarie.

Funzioni del *case manager*

Il tema fondamentale che deve essere affrontato, è quello della specificità delle funzioni e dei compiti del *case manager*, anche in rapporto a quelle che sono le competenze e incombenze ordinarie che il professionista, chiamato a questo ruolo, riveste in via ordinaria, nell'ambito cioè di quella che rimane la relazione di cura ordinaria con il paziente, declinata secondo le modalità specifiche proprie della professione svolta.

Deve quindi essere chiarito che, di fatto, il professionista *case manager* si trova in relazione con il proprio paziente/utente secondo due modalità distinte, pur se ovviamente tra loro interconnesse: la prima sarà quella tipica del ruolo professionale (per es., l'infermiere *case manager* rimane, anzitutto, l'infermiere di riferimento per il paziente); la seconda quella tipica della funzione. In realtà, mentre la prima è e rimane una funzione fondamentalmente del registro relazionale, interpersonale ed emozionale, intrattenuta con il paziente, la seconda si troverà a essere una relazione funzionale, organizzativa, razionale, intrattenuta piuttosto con l'équipe, all'interno, e con le diverse reti sociali, all'esterno, che non con il paziente stesso. D'altronde, l'esistenza della prima rappresenta il presupposto per l'efficace svolgimento della seconda; in qualche modo, si assume cioè che sia il paziente stesso a individuare il proprio *case manager*, nel momento in cui sceglie un operatore di riferimento con cui va stabilendo una relazione empatica preferenziale.

Il *case manager* deve realizzare un progetto coerente e realistico coinvolgendo l'utente e la comunità di appartenenza. In questo appare chiara la responsabilità gestionale, la capacità manageriale e l'abilità di coordinamento e integrazione che questa figura deve dimostrare di mettere in pratica sia nel microcosmo dell'équipe assistenziale sia nel macrocosmo dei servizi.

In tal senso il *case manager* deve essere agente di *empowerment* non solo come colui che opera seguendo un chiaro bagaglio di valori e strategie, ma anche come colui che ricerca il metodo di lavoro più efficace al fine di assolvere da parte del servizio la doppia funzione di alleato dell'utente e di responsabile del suo percorso di cura.

Oltre che all'efficacia del lavoro operato dall'équipe il *case manager* deve monitorare e promuovere la qualità dei servizi offerti, nonché garantire la concreta accessibilità dei servizi in relazione alle possibilità dell'assistito, rispettando la funzione di *advocacy*, cioè di sguardo terzo fra la coppia, spesso problematica, utente-servizio, mettendo in condizione l'assistito di scegliere per se il meglio disponibile.

In ultimo, ma componente basilare per la riuscita del contratto, il *case manager* deve coinvolgere la persona nel processo di cura, intervenire solo con il suo consenso, porre obiettivi chiari e comuni per creare una relazione positiva dove la partnership diventi un camminare insieme verso un obiettivo comune che l'assistito non percepisca come imposizione o dovere ma opportunità di reale integrazione nella comunità.

Funzioni specifiche del *case manager*

Le funzioni specifiche che vengono riconosciute al *case manager* sono:

- **Accompagnamento** dell'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente; valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico.
- **Intermediazione** tra l'utente e il suo ambiente di vita attraverso la mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni, con una maggiore conoscenza delle strutture, per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per altri utenti.
- **Integrazione** dei servizi nel percorso di cura attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e dare maggiore coerenza agli interventi, per una migliore organizzazione del lavoro.
- **Coordinamento** della micro-équipe nella condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati.
- **Referenza** del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate.
- **Monitoraggio** del progetto terapeutico individuale, raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto.
- **Valutazione** del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi.
- **Advocacy**: avvocato o facilitatore del paziente. Uno degli elementi più importanti nel processo di gestione del caso è la relazione con il paziente. Questa relazione è basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione.

Il paziente è sempre il centro di interesse nel processo di gestione del caso. Dal momento dell'accertamento iniziale, il *case manager* ha il compito di comprendere le prospettive del paziente e far sì che queste si integrino nel sistema d'assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso. Non tutti i pazienti sono in grado di comprendere le necessità del percorso; spesso vi sono forti resistenze, soprattutto per gli aspetti preventivi non direttamente collegati a eventi accaduti. La relazione tra *case manager* e paziente è rivolta a facilitare l'orientamento consapevole di quest'ultimo nella direzione sostenuta del percorso clinico.

La relazione privilegiata del *case manager* permette una comprensione intima dei problemi del paziente e della sua famiglia e le sue necessità possono così essere ben rappresentate agli altri membri del team. Il *case manager* sostiene l'intero processo decisionale e di creazione del consenso informato del paziente.

Il *case manager* può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuati anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando i provvedimenti per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità.

I benefici della relazione continua con il paziente sono:

- sostegno del paziente;
- individuazione immediata dei problemi;
- interventi preventivi o risolutivi rapidi;
- riduzione delle riammissioni per riacutizzazione;
- rinforzo del processo educativo;
- promozione della salute.

Per portare a termine queste funzioni il *case manager* comunitario deve acquisire nel suo lavoro tre qualità essenziali:

- pragmatismo;
- accento sulle competenze;
- polivalenza.

Per svolgere in modo adeguato il suo lavoro si avvale di strumenti opportuni quali:

- PTI;
- mappe o carte di rete;
- diario di bordo;
- settimana ricostruita;
- tavole di identificazione del tipo di supporto.

IL MODELLO INTEGRATO NEI TRATTAMENTI PSICHIATRICI

Il compito dell'équipe o della micro-équipe di riferimento è quello della definizione degli obiettivi che devono essere condivisi e sottoscritti all'interno del PTI.

Una delle criticità nella definizione degli obiettivi è quella di integrare i vari apporti specifici che le singole professionalità portano. Tale criticità è sostenuta dalla difficoltà di adottare prassi integrate e integranti. L'adozione di un modello può essere una modalità concreta e realizzabile per cercare di rispondere a questo bisogno che sempre più équipe esprimono: il modello dell'integrazione funzionale nel trattamento del paziente grave elaborato da Zapparoli (1988; 2008).

In questo paragrafo si vuole evidenziare come, nella presa in carico del paziente psichiatrico grave, sia opportuno, tenendo conto dell'importanza della gradualità dell'intervento, percorrere delle tappe atte a interrompere quel cortocircuito di compor-

tamenti, fondati sulla coazione a ripetere e sulla cronicità, che sono tipici delle motivazioni che conducono alla richiesta di cura e istituzionalizzazione e che sono basati sulla mancata lettura dei bisogni del paziente.

Spesso si dà per scontato che la persona affetta da psicosi nel suo modo di porre le richieste che a una lettura superficiale può sembrare incomprensibile, non possa essere capito e non si possa interagire con lui se non con modalità stereotipe e generalmente teoriche, che non tengono conto della sua originale individualità. Si stabilisce così, da parte di coloro, familiari e operatori, che sono entrati nel cortocircuito della cronicità, un procedere per strade parallele, senza che si avviino ascolto, domande e quindi comunicazione; di conseguenza la difficoltà di comprensione e interazione porta inevitabilmente a una frustrante sensazione di inattività, che conduce all'abbandono dei tentativi di entrare con il paziente in una relazione più terapeutica.

A questo riguardo una delle indicazioni che Zapparoli suggeriva nelle sedute di supervisione è di stabilire un tempo e un luogo dell'ascolto, ponendosi con il paziente nel ruolo di oggetto inanimato, che non va considerato riduttivamente come una sorta di posizione asettica e di distanza emotiva; al contrario, nel rispetto dei tempi e modi del paziente, in un clima di empatia, dove è assolutamente giustificato porre domande e necessario chiedere spiegazioni, nella misura in cui si procede con una modalità non intrusiva e che pertanto non spaventa il paziente, è opportuno iniziare a comunicare.

Nel tempo, quindi, con lo stabilirsi della 'credenza', ovvero di quel senso di fiducia dettato dall'accettazione del 'diritto a delirare', inteso come la migliore difesa possibile in quel preciso momento, non tentando a tutti i costi di determinare aprioristicamente un cambiamento facendo leva in modo psicopedagogico sull'Io residuale non psicotico, la parte psicotica può emergere più apertamente e, dietro le richieste incomprensibili, mostrare la sua comprensibilità. Si dà avvio allora alla complessa e faticosa lettura dei bisogni, che pone gli elementi della relazione in un insieme comunicativo, a volte nello spazio protetto e quindi più sicuro e favorevole di una comunità, dove gli agiti più aggressivi e pericolosi sono nel contempo contenuti e il paziente viene aiutato ad attrezzarsi per la sopravvivenza. La relazione si connota così come uno spazio transizionale dove, per tappe successive, si costruisce l'alleanza terapeutica, perché non si procede più, come si è detto, per strade parallele, ma, insieme a risultati che rendano più ampi gli spazi vitali del paziente, diventa allora possibile la "guarigione sociale", descritta da Pao (1984), togliendo la persona affetta da schizofrenia dall'isolamento e dalla solitudine del non essere capito.

In questo percorso si può affiancare in un secondo tempo il programma riabilitativo, che non è assolutamente in contrasto con la lettura e il soddisfacimento dei bisogni e si viene così a creare il senso di appartenenza e di residenza emotiva e vengono meno gli agiti auto ed etero aggressivi, dettati spesso dal rancore per la mancata comprensione e conseguente soddisfazione dei bisogni.

Sorge il timore che quanto detto comporti un'affiliazione eterna, per cui non possano essere più avviate dimissioni, ma in questo progressivo processo di identificazione empatica e di scambio comunicativo, nella presa in carico collettiva da parte

dei vari membri dell'équipe integrata, si favorisce quella continuità che va al di là della singola persona e fornisce allo psicotico la sicurezza di base.

Il paziente schizofrenico, scisso per definizione, ma anche i portatori di gravi disturbi della personalità, facenti parte dei cluster A e B del DSM IV T-R, che usano meccanismi di difesa di tipo scissionale, proiettano le loro parti frazionate sui singoli operatori, che elaborandole insieme restituiscono al paziente un'immagine integrata e pertanto a sua volta integrante e terapeutica.

Ciò comporta, ovviamente, che ciascun membro dell'équipe psichiatrica non si trincerò dietro la convinzione della bontà e unicità delle proprie percezioni, ma collabori, nel rispetto delle singole professionalità, al buon andamento del progetto terapeutico.

Molto spesso, invece, quando si instaurano i primi contatti con un paziente psicotico, per l'iniziale clima di incertezza e diffidenza, si viene a creare una sorta di contrapposizione, in cui si scontrano i principi fondamentali per entrambi i partecipanti alla relazione terapeutica e fondanti l'individuale sicurezza di base: per il paziente, come si è detto, il diritto a mantenere, attraverso le proprie resistenze al cambiamento, le difese acquisite come le migliori possibili nel preciso momento dell'incipiente scoppio, contro le angosce di frammentazione, per il terapeuta o i terapeuti, membri di un'équipe, il diritto a curare, ovvero a mantenere l'immagine di terapeuta capace, fondante la sicurezza professionale.

Se in passato, dal punto di vista del terapeuta la meta di un trattamento veniva considerata, in modo unilateralmente riduttivo, l'autonomia e la guarigione del paziente, intesa come uno stato ideale, attualmente, in modo più pragmatico, il risultato da raggiungere viene considerato il benessere del paziente, nel rispetto delle norme, il che non è connotato da rassegnazione, da una sorta di frustrante accontentarsi, dovuta al ridurre le proprie attese di terapeuta onnipotente a favore della regressione del paziente, ma, accantonando le attese velleitarie, moralistiche e di giudizio, si elimina un concetto di valore.

È dunque solo saturando i bisogni della parte psicotica, nel rispetto delle difese, a cui il paziente è così accanitamente attaccato, e assicurandolo che il nostro compito è di aiutarlo a rinforzarle, che si liberano le energie e il paziente può far ricorso all'io residuale non psicotico, ovvero alla parte sana e applicarsi, pertanto, a colmare i suoi deficit, per divenire più autonomo e non per questo più solo.

La maggior parte degli interventi, invece, sono mirati a far leva, in prima battuta, sull'io residuale non psicotico, sia perché fa paura mettersi in contatto con la parte psicotica, sia perché la logica schizofrenica ci è poco usuale e pertanto facciamo fatica a comprenderla, la trattiamo quindi come qualcosa di negativo da smantellare e tentiamo perciò di rimuoverla.

Questo diverso modo di porsi, invece, permette di tenere conto del dilemma insito nel binomio bisogno-paura presente nello schizofrenico: il bisogno di star meglio nella misura in cui i sintomi sono diventati una sorta di gabbia non più protettiva, poiché pur essendo ancora la migliore soluzione possibile in quel preciso momento, non lo sono più in assoluto e la paura di perdere le difese e il seppur precario equilibrio, senza nel contempo averne ancora trovate di più funzionali.

È quindi opportuno, come si è detto, soprattutto all'inizio della relazione terapeutica, porsi nella posizione relazionale dell'‘oggetto inanimato’, cioè con una modalità non intrusiva, lasciandosi testare, avvicinare e allontanare a seconda del bisogno del paziente o anche invadere dalla sua impotenza proiettata. Oppure all'interno dell'équipe, può fungere da ‘intermediario’ tra il paziente e la realtà il così detto ‘oggetto meno qualificato’, cioè l'operatore, infermiere o educatore vissuto come meno pericoloso, in quanto non prescrive i temuti farmaci e non può avviare le procedure per il ricovero.

Individuate dunque quali sono le prime fasi nell'approccio con lo schizofrenico, possiamo ora a parlare dei bisogni.

Ovviamente la persona affetta da psicosi presenta alcuni bisogni simili a quelli di tutti gli esseri umani, che sono quelli che potremmo genericamente chiamare i bisogni primari, il cui soddisfacimento è legato alla sopravvivenza, che però spesso il paziente non è in grado di realizzare in modo autonomo per gli aspetti deficitari che lo contraddistinguono oppure perché i bisogni specifici della condizione di psicosi glielo impediscono.

Per fare un esempio chiarificante, il bisogno primario aspecifico di nutrirsi non può essere soddisfatto in presenza di un delirio di beneficio, che rientra nello specifico ‘bisogno/diritto a delirare’. In questo caso, nella sua funzione di ‘intermediario’, l'operatore deve aiutare il paziente a rendere più funzionale la difesa, facendo simbolicamente da “scalco”, cioè riducendo gli aspetti di persecuzione di modo che il paziente possa creare la fiducia e infine nutrirsi.

Sembra importante a questo punto individuare quali sono i bisogni specifici della condizione di malattia, la cui corretta lettura permette di costruire l'empatia e successivamente l'alleanza terapeutica. Inoltre, come vedremo, il necessario rilevamento dei bisogni ci porta a dirimere le richieste impossibili da quelle più realistiche e da quelle più profonde di presa in carico da parte del paziente, entrambe connesse a istanze dello psicotico, che di volta in volta si prospettano come tendenti all'emancipazione oppure alla simbiosi.

Partendo dal primitivo ‘bisogno di non aver bisogni’, che nasce dal timore della dipendenza e che rende di fatto il paziente dipendente in tutto, in quanto, limitato dalla sua onnipotenza, non diventa autosufficiente nel soddisfacimento dei bisogni della quotidianità, lo psicotico dovrebbe scontrarsi, tentando di ridurla e confrontandosi con la realtà, con il venir meno della megalomania. Questi tipi di pazienti, molto invasi da deliri totalizzanti a carattere mistico o salvifico, non possono in nessun modo venire a patti con la realtà, a prezzo di un profondo disgregamento e frammentazione dell'Io con alto rischio suicidario per l'emergere dei sottostanti sentimenti di impotenza. È allora assolutamente necessario comprendere e sostenere il ‘bisogno/diritto a delirare’, come unica possibile difesa per mantenere il filo illusorio, che permette al paziente di vivere.

Da una posizione così assoluta e disperante, si giunge a situazioni meno drammatiche e totalizzanti, in cui vi è posto per una situazione simbiotica ambivalente, allora, di volta in volta il terapeuta deve porsi come e soddisfare il bisogno del paziente di entrare in relazione con un ‘oggetto parziale, inanimato, onnipotente, simbiotico o meno qualificato’.

I vari aspetti dell'oggetto sono determinati dalla proiezione di parti frammentate della persona, nelle quali il terapeuta deve identificarsi di volta in volta, oppure, in modo integrato, possono farlo i vari membri dell'équipe psichiatrica.

Dunque l'oggetto inanimato si identifica con la posizione di ascolto, già descritta precedentemente, l'oggetto onnipotente è investito totalmente dei vissuti megalomaniaci dello psicotico e deve pertanto essere in grado di far fronte alla legge del "tutto e subito", spesso veicolata sotto la veste di richieste impossibili da soddisfare, in parte formulate unicamente per mettere alla prova l'operatore, in parte per mantenere l'idea illusoria di poter ottenere tutto e pertanto non avere limiti.

A volte si è scelti come 'oggetto di simbiosi' non solo dallo schizofrenico, ma anche dai suoi genitori, che individuano nei membri dell'équipe gli 'esecutori testamentari', cioè coloro che, alla loro morte, saranno in grado di perpetuare la simbiosi e di prendersi cura del figlio malato.

In questi casi, in cui il peso della relazione è greve, l'équipe deve funzionare nella condivisione della situazione, come quando del resto il paziente, impaurito dall'autorità o dalla medicalizzazione di certe figure professionali, sceglie altri operatori, gerarchicamente subordinati e, pertanto, vissuti come meno pericolosi oppure che, facenti parte dell'area sociale, non lo connotano come malato, per iniziare il rapporto e quindi per un possibile aggancio.

In queste situazioni, è necessario quindi da parte degli operatori più qualificati tollerare la frustrazione che altri siano stati scelti e aiutarli a sostenere la relazione con lo psicotico, a cui professionalmente sono meno attrezzati.

Un altro dei bisogni specifici dello schizofrenico, che spesso è difficile da comprendere, perché in contrasto con le nostre tendenze più sane, volte al raggiungimento del piacere, è il 'bisogno della costanza del dolore', tipico di certi pazienti algofili.

La propensione di alcuni operatori, condotti alla scelta professionale da sottostanti motivazioni salvifiche, a gratificare il paziente, non tiene conto che lo psicotico, per la sua componente algofila ha bisogno di quello che Zapparoli chiama "*l'ambiente medio*", ovvero di un insieme di frustrazioni, che bilancino la dimensione del piacere, che, nella misura in cui può indurre dipendenza e possibile perdita di controllo, è vissuto come molto più pericoloso del dolore.

Altri bisogni specifici sono il bisogno di avere una 'residenza emotiva' nella relazione con l'altro, potendo condividere il percorso con l'operatore, con la necessità di rapportarsi con un'équipe, la cui funzione di accudimento risulti eterna, a differenza della finitezza dei genitori in quanto esseri umani.

Questa ricerca non può certo esaurirsi con le voci descritte, che certamente contribuiscono alla conoscenza dell'universo complesso, ma comunque intellegibile dello schizofrenico, e non può che procedere con i suggerimenti che il paziente, nostro insegnante, continuerà a fornirci nel tempo.

Per fare una corretta diagnosi di come funzioni quel paziente è opportuno rilevare anche quali siano i 'deficit della relazione', come per esempio il deficit nella capacità di autoregolazione degli impulsi aggressivi, il deficit nella capacità di tollerare l'ansia, il deficit nella capacità di separazione-individuazione, rapportabile alle esigenze sim-

biotiche o ancora il deficit della capitalizzazione del giusto aiuto, ovvero della capacità di utilizzare positivamente le esperienze potenzialmente evolutive, ma anche l'adattamento a quelle negative, ovvero la resilienza con la valorizzazione delle risorse residue e infine il deficit della capacità di accettare il limite.

Oltre alla 'diagnosi di funzionalità' è opportuno effettuare quella di 'fusalionalità', individuando le caratteristiche della simbiosi, quali sono gli oggetti di simbiosi e perché non possono essere più utilizzati, individuare degli oggetti sostitutivi di quelli simbiotici, individuare la mappa dei poteri all'interno della famiglia. Spesso è necessario cooptare la madre del paziente come co-terapeuta, al fine di evitare il sabotaggio dell'intervento nel timore che il figlio le venga sottratto.

Il comportamento prudente fin qui descritto è funzionale dunque allo stabilirsi della 'credenza', quel senso di fiducia ed empatia, che permette al paziente di avvicinarsi stabilmente e instaurare l'alleanza terapeutica. Il termine 'credenza' è mutuato dal mobile, su cui nel medioevo gli scalchi, dopo aver assaggiato il cibo del principe a verifica che non fosse avvelenato, ponevano i piatti alla vista di tutti; così l'operatore psichiatrico e l'équipe in senso più lato, novello scalco, deve dare la prova della "credenza", ovvero superare il senso di persecuzione per avere la fiducia del paziente.

L'empatia e la fiducia si instaurano quindi tra équipe e paziente in un insieme di relazioni duali e sommatorie, che privilegiano, a momenti, operatori con professionalità differenti, ma non in competizione.

È opportuno, inoltre, nel rapporto con la persona affetta da psicosi, essere consapevoli che si possono attraversare fasi di illusione e delusione, legate proprio alla proiezione di momenti vissuti dal paziente, che deve continuamente aggiustare la distanza relazionale, per cui ci si può sentire molto vicini, il che suscita l'idea di poter proseguire più proficuamente nel lavoro, ma questo può spaventare lo psicotico, che quindi si allontana, creando in noi la delusione e la convinzione depressiva che non ci sia più nulla da fare e che sia pertanto un paziente incurabile. Se si impara però a riconoscere queste fasi come una caratteristica tipica del continuo investire e disinvestire l'oggetto da parte dello schizofrenico, si riesce di conseguenza a ridurre l'intensità di questi sentimenti, senza perdere di vista la continuità del progetto terapeutico.

Tutto questo avviene anche perché nel paziente è presente il dilemma tra il bisogno di entrare in rapporto e la paura della dipendenza di tipo simbiotico e nell'operatore, a un livello più sano, il bisogno di avvicinarsi, ma il timore di essere troppo coinvolti.

Quando infatti il paziente ci fa l'onore di inglobarci nel suo delirio e nella misura in cui per lui la relazione è diventata più significativa, ci fa entrare nel suo mondo, ovvero ci fa diventare da spettatori ad attori del delirio stesso, questo nuovo ruolo richiede ovviamente maggiore professionalità e padronanza delle proprie emozioni, per sapersi opportunamente identificare e disidentificare a seconda della necessità.

Nell'approccio con questi tipi di pazienti bisogna, come si è accennato, saper far fronte alle 'richieste impossibili', che non possono essere banalmente accantonate come troppo poco realistiche, perché ciò equivarrebbe a respingere anche il

paziente insieme alla sua richiesta. Prendendola per buona, è opportuno assecondarlo, seguire il paziente se ci farà l'onore di farci entrare nel suo mondo delirante e verificare così come spesso la paradossale domanda, nella misura in cui è illusoria, si smonterà da sola, spontaneamente come un castello di carte, che serve a far sognare lo psicotico bambino e che noi dobbiamo far di tutto per non far crollare.

Spesso d'altronde la richiesta impossibile lascia il posto a una domanda di presa in carico così infinita e totalizzante da spaventare l'operatore.

Quindi, sia che siano formulate per metterci alla prova e ancora una volta verificare la nostra disponibilità, sia che, sottese a un pensiero delirante, siano così poco aderenti alla realtà, sono pur sempre una comunicazione del paziente, una parte dei suoi vissuti e pertanto vanno accolte e decifrate. Anche in questo caso, un vano richiamo alla realtà, alla stregua di quanto con un sano pragmatismo spesso fanno i familiari, sarebbe di nuovo il solito tentativo di porsi in relazione con la parte residuale non psicotica, senza entrare in sintonia con la parte psicotica, che in quel momento vuole mettersi in comunicazione con noi.

Uno degli aspetti critici è il passaggio dal vissuto a volte gratificante, ma a volte anche troppo greve e comunque riduttivo, del: 'È un mio paziente' a quello più corretto e comprensivo del: 'È un paziente dell'équipe'.

Proprio quando si seguono pazienti gravi, in fasi cariche di emotività della malattia, si rende necessario lavorare in équipe, nella pari dignità delle funzioni e nel rispetto dei ruoli professionali, per dividerne il peso e avere la possibilità di confrontarsi, diventando così un'équipe integrata e pertanto, a sua volta, integrante e terapeutica.

L'OSSERVAZIONE DELL'AMBIENTE COMUNITARIO: LA RILEVANZA DELLE RETI SOCIALI

Nel procedimento di *case management*, il contesto comunitario che consideriamo rilevante si caratterizza per una trama di relazioni, connotate dalla prossimità fisica e affettiva che chiamiamo reti sociali.

Tali reti si caratterizzano e si distinguono secondo due grandi categorie (Brodeur C. et al, 1984): le reti primarie, dette anche informali e le reti secondarie dette anche formali (Figura 4.1).

Le definizioni operative

Le **reti primarie** sono formate dai legami di famiglia, parentela, vicinato, amicizia e lavoro; si costituiscono in forza della storia dei soggetti agenti, non possono essere create, prodotte, ma solo generate nel tempo, riconosciute, promosse e orientate. Hanno come principio di organizzazione il senso del debito sociale, attingono alla reci-

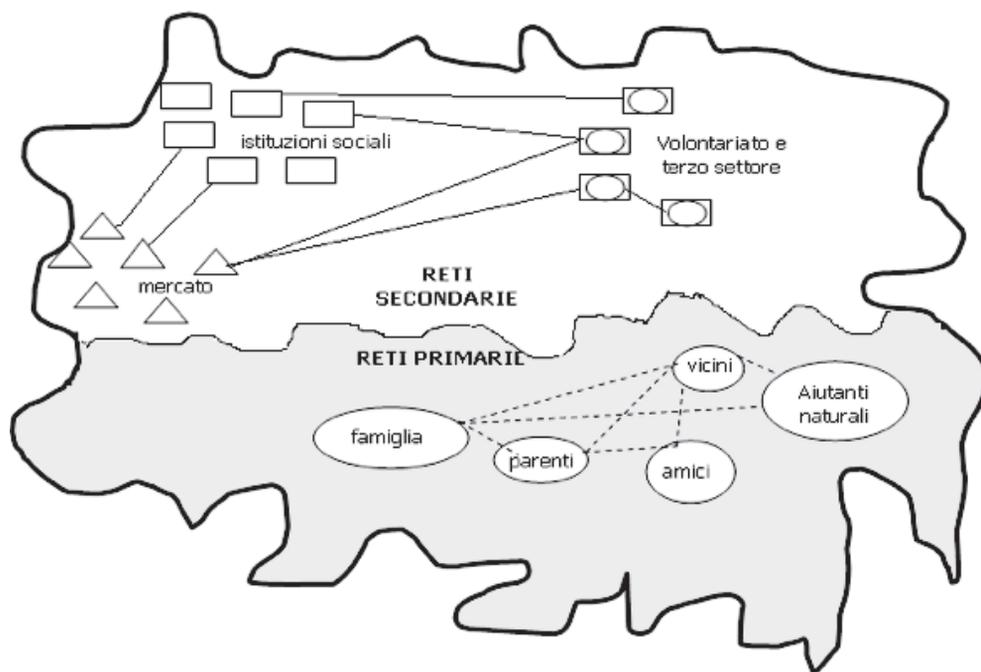


FIGURA 4.1 Il network delle reti sociali nella comunità (Rossi, 2001).

procià come metodo e al dono come mezzo. La relazione sociale che si stabilisce è caratterizzata dalla lealtà orizzontale e verticale tra le generazioni. Infatti, le reti primarie costituiscono l'ambito dove lo spirito del dono e la reciprocità, immediata o differita, si instaura e si sviluppa in modo privilegiato, dando forma al mondo affettivo e simbolico dei singoli e dei collettivi.

Le **reti secondarie** sono costituite da organizzazioni ufficiali e dalle istituzioni di servizi (scuole, ospedali, uffici statali, servizi sanitari e sociali territoriali ecc.). Si fondano sul principio dell'uguaglianza garantito dalla legge, si caratterizzano per gli scambi fondati sul diritto e utilizzano la redistribuzione come metodo. Esse erogano prestazioni o servizi e intervengono sulla base di una esigibilità da parte degli utenti.

Oltre alle reti dei servizi istituzionali, tra le reti secondarie sono rilevanti:

- le reti di terzo settore che si costituiscono come organizzazioni di servizi non-profit, utilizzando come medium non solo il diritto ma anche la solidarietà (cooperative sociali, associazioni di volontariato e di promozione sociale, fondazioni);
- le reti di mercato cioè quelle appartenenti alla sfera economica, che si fondano sul principio dell'equivalenza, utilizzano come metodo il mercato (che dà loro il nome) e come medium il denaro e il profitto (aziende, imprese, unità commerciali, negozi, attività libero-professionali ecc.). La relazione che si stabilisce si caratterizza per la possibilità di uscita (*exit*), poiché essa non crea vincolo se non in rapporto a ciò che si scambia.

L'esplorazione delle reti

Le reti sociali saranno oggetto di una osservazione diretta e puntuale e costituiranno un elemento significativo della valutazione globale del paziente nel PTI.

Il primo passo dell'osservazione del contesto comunitario, che chiamiamo "esplorazione delle reti sociali" (Sanicola L., 2005), avviene infatti fin dal primo contatto dell'operatore con il paziente, il quale raramente si presenta da solo, ma accompagnato – o segnalato – dai familiari, dai parenti, dai vicini o amici o compagni di lavoro, cioè da uno o più membri delle sue reti sociali primarie.

Il *case manager* valorizzerà fin dal primo momento queste presenze che costituiranno una porta di accesso alle reti, quando egli potrà e vorrà attuare un'esplorazione diretta e sistematica. Egli cercherà di far emergere i legami significativi che il paziente ha non solo a livello della famiglia, ma anche di tutte le reti primarie (parentela, amici, vicini, colleghi di lavoro) cercherà di comprendere per chi egli è importante, chi è legato a lui, chi gli offre supporto, su chi potrà contare, chi può essere disposto a collaborare, a agire insieme.

La migliore conoscenza è sempre quella diretta, ma non si esclude tuttavia che già in questa prima fase il *case manager* possa svolgere un'esplorazione sistematica, sia portandosi nel territorio delle reti sia ricostruendole attraverso un questionamento pertinente con i membri della rete.

L'esplorazione delle reti infatti consiste nel portarsi fuori dal proprio ambiente fisico e relazionale, per introdursi in un ambiente dato, ma non noto, per cercare di conoscerlo. Consiste inoltre nell'essere in grado di rappresentarlo e di descriverlo, prendendo in considerazione alcuni aspetti specifici, secondo precisi indicatori. Utilizza delle tecniche e degli strumenti appropriati alle peculiarità dell'ambiente da esplorare.

Quando l'operatore avvia l'esplorazione, introducendosi personalmente nelle reti, si pone due obiettivi:

1. la valutazione delle reti sociali al fini della messa a punto del PTI;
2. la produzione di ipotesi di rete, cioè di ipotesi di lavoro da spendere nell'intervento con le reti.

L'operatore porta il proprio sguardo e il proprio ascolto su quattro livelli diversi della realtà delle reti: la natura delle reti presenti, le reti primarie, le reti secondarie, il rapporto tra reti primarie e secondarie.

1. **L'identificazione della natura delle reti presenti:** reti primarie, reti secondarie e quali di esse sono implicate nella vita del paziente e a che titolo.
2. **L'esplorazione delle reti primarie.** L'operatore porta lo sguardo sui tipi di reti presenti: le reti familiari e di parentela, amicali, di vicinato, di scuola o di lavoro e si domanda quali siano centrali e quali dominanti. Egli esplora tre dimensioni delle reti primarie:
 - la **struttura** delle reti, prendendo in considerazione i legami esistenti e il modo in cui essi configurano la struttura delle reti, ben evidenziata attraverso le carte di rete;

- le **funzioni** svolte dai singoli membri e dalle singole reti, il supporto offerto e gli effetti del supporto sul paziente (stato di benessere generale, stima di sé, effetti normativi, motivazione) siano essi positivi o negativi;
 - le **relazioni**, che intercorrono tra i membri delle reti e la dinamica di rete che esse configurano, con particolare attenzione ai movimenti delle reti verso la condivisione e verso l'autonomia, come pure i passaggi nel tempo, nello spazio e nelle relazioni (Sanicola L., 1995).
3. **L'esplorazione delle reti secondarie.** Nella cultura dei servizi, si parla di reti per indicare sia le reti di operatori sia le reti di organizzazioni. Entrambe sono esplorabili secondo due modalità:
- la prima si sviluppa a partire dai singoli operatori. L'osservazione e lo studio delle carte di rete, permette di "ricostruire" le reti sviluppate e agire tra operatori e la loro sedimentazione "relazionale" nel tempo. In alcuni territori tali reti sono molto sviluppate perché gli operatori hanno costruito rapporti con i colleghi del proprio campo di lavoro o di altri settori, creando una filigrana relazionale che costituisce un capitale sociale prezioso sia per gli operatori stessi sia per il servizio;
 - la seconda attinge al metodo e agli strumenti del funzionamento organizzativo e tende a cogliere come si sviluppano strategie di rete a partire da un determinato servizio, sia attraverso accordi leggeri e flessibili quali progetti e protocolli sia attraverso accordi forti e stabili nel tempo come programmi e piani territoriali.
4. **Il rapporto tra reti primarie e reti secondarie.** L'operatore porterà lo sguardo su come le singole persone accedono alle reti secondarie e sulle loro esperienze di rapporto nei confronti di esse, che idea esse hanno degli operatori dei servizi, in che cosa e in che misura ne dipendono, se la dipendenza appare cronicizzata oppure può evolversi verso l'autonomia. Metterà in evidenza quale posto occupano nella vita dei pazienti gli operatori delle reti secondarie: le alleanze, i conflitti, le contraddizioni. Infine, osserverà come le culture delle reti primarie e delle reti secondarie attuano delle transazioni, come le informazioni circolano dalle reti primarie a quelle secondarie e viceversa. Osserverà se si verifica che la cultura delle reti primarie produca solidarietà a livello delle reti secondarie e che la cultura degli operatori produca controllo o emarginazione a livello delle reti primarie.

GLI STRUMENTI DELL'ESPLORAZIONE

Il *case manager* nella sua funzione di operatore di rete, per l'attuazione dell'esplorazione, dispone di una batteria di strumenti (Sanicola L., 2005): le carte di rete, il diario di bordo, la griglia di analisi del supporto sociale, la griglia di distribuzione del carico, la griglia per l'esplorazione morfologica e relazionale delle reti primarie.

Le **carte di rete** permettono di rappresentare graficamente le reti e di comunicare in modo sintetico sia con gli operatori sia con i pazienti. Esse non sono fotografie, né tanto meno possono essere utilizzate come un test; esse sono ritratti, perciò indicano come il *case manager* 'vede' la rete, rappresentano il suo sguardo, perciò possono avere

aspetti di soggettività che vengono corretti allorquando si lavora con gli altri. Può essere interessante farle realizzare dal paziente, per far emergere come egli “vede” la sua rete e come la rappresenta. Vi sono due forme di rappresentazione grafiche a delle reti: la carta di Todd e la carta di Rousseau. Nel Box “La carta di Rousseau” proponiamo

LA CARTA DI ROUSSEAU

Costituita da una serie di simboli con i quali vengono indicati la natura delle reti e i legami presenti, consente di determinare le relazioni reciproche tra le reti e di evidenziare bene il rapporto tra i diversi tipi di rete presenti (Figura 4.2). Essa aiuta l'operatore a decentrarsi dal problema e da colui che ha posto la richiesta per assumere uno “sguardo di rete” (Bes-son, 1994). Lo schema successivo (Figura 4.3) illustra una carta a bolle con i simboli da noi introdotti nella carta di Rousseau.

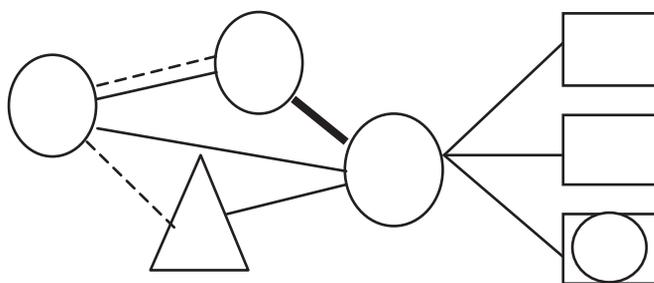


FIGURA 4.2 La carta di Rousseau.

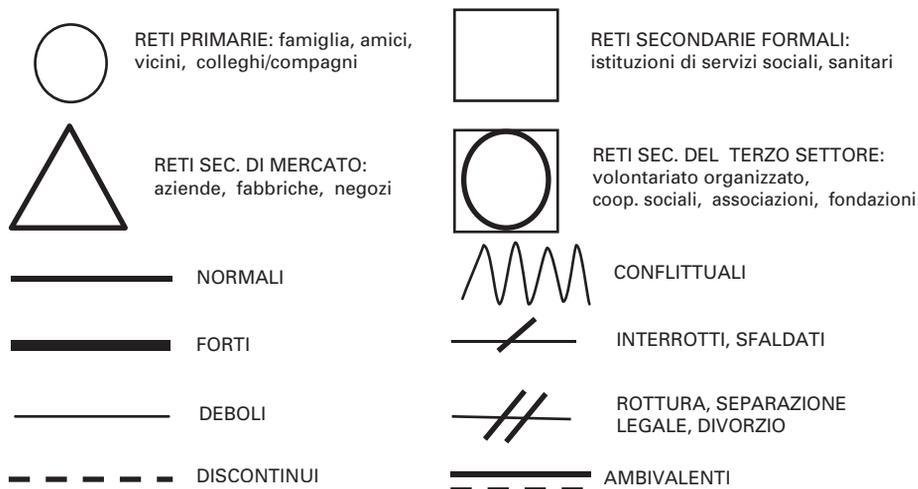


FIGURA 4.3 Simboli per la compilazione della carta di Rousseau.

TABELLA 4.1 Tavola del supporto											
	Famiglia	Parentela	Amici	Vicini	Lavoro	Tempo libero	CPS	Altro	Altro	Altro	Soddisfazione*
Aiuto quotidiano materiale/domestico: • cose • denaro • servizi											
Aiuto nell'emergenza											
Supporto emotivo-affettivo											
Supporto normativo											
Consiglio, informazione											
Ospitalità											
Socializzazione, svago											
Altro											
Multidimensionalità**											
Reciprocità											
* Utilizzare le seguenti voci: insoddisfatto/poco soddisfatto/soddisfatto/molto soddisfatto. ** Inserire le iniziali delle persone che svolgono più funzioni e con cui c'è reciprocità.											

lo strumento sperimentato nell'ambito del percorso formativo cui tale pubblicazione fa riferimento.

La **tavola del supporto** riportata nella Tabella 4.1 permette di studiare la qualità del supporto ricevuto dal paziente da parte delle sue reti primarie e secondarie. Lo strumento permette di evidenziare chi presta cure e chi presta servizi, se le reti primarie prestano servizi specifici delle reti secondarie (per es., le prestazioni di cura sanitaria) e se queste ultime prestano cure specifiche delle reti primarie (per es., il sostegno affettivo e la compagnia nel quotidiano).

Grazie all'esplorazione effettuata dal *case manager* e all'utilizzo intelligente di questi due strumenti è possibile formulare una valutazione delle reti del paziente, mettendo in relazione dinamica gli indicatori concernenti la struttura, le funzioni e le relazioni e formulando una sintesi valutativa delle reti sociali nel loro insieme, sintesi che metterà in evidenza il nesso tra lo stato morfologico e relazionale della rete con la distribuzione del carico di cura e, infine, se le reti rispondono complessivamente alle esigenze essenziali e alle aspettative sia del paziente sia dell'operatore.

Poggiando su questa sintesi valutativa il *case manager* formulerà delle ipotesi di reti da inserire nel PTI e che potranno essere:

- centrate sulla complementarità tra reti primarie e reti secondarie;
- centrate sul rinforzo della struttura delle reti e/o sull'attivazione/riattivazione delle funzioni, con una conseguente redistribuzione del carico di cura;
- centrate sulla dinamica relazionale, perciò su un ripristino di una dinamica più positiva e un re-orientamento degli scambi relazionali;
- altre ipotesi.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu D. (1987) *L'Io - pelle*, Borla, Roma.
- Barnes J.A. (1972) *Social Networkes*, Addison-Wesley, Reading.
- Besson C. (1994) *Gli strumenti a servizio dell'operatore di rete*, in Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Brodeur C. (1994) *Storia dell'intervento di rete*, in Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Brodeur C., Rousseau R. (a cura di) (1984) *L'intervention de réseaux. Une pratique nouvelle*, E. France-Amerique, Montréal.
- Cerati G. (2010) *Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi*, in Rabboni M. (a cura di), *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress.
- Chiari P., Santullo A. (2001) *L'infermiere case manager*, McGraw-Hill, Milano.
- Cohen N.L. (1998) *Psichiatry takes to the streets: outreach and crisis intervention for the mentally ill*, Guildford Press, New York.
- Di Nicola P. (1986), *L'uomo non è un'isola*, Franco Angeli, Milano.
- Di Nicola P., Stanzani S., Tronca L. (2008) *Reti di prossimità e capitale sociale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Donati P. (2009) *Teoria relazionale della società: i concetti di base*, Franco Angeli, Milano.
- Ferrario F. (1992) *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Nis, Roma.
- Folgheraier F. (1991) *Operatori sociali e lavoro di rete*, Erickson, Trento.
- Folgheraier F., Donati P. (a cura di) (1991) *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Erickson, Trento.
- Folgheraier F. (1998) *Teoria e metodologia del servizio sociale, la prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano.
- Gabbard Glen O. (1993) *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gabbard Horwits (1998) *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gislon M.C. (2009) *La specificità dei bisogni come strumento di valutazione diagnostica*, I quaderni di Musaikòn, Dialogos, Milano.
- Godbout J.T. (1993) *Lo spirito del dono*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Godbout J.T. (1998) *L'esperienza del dono nella famiglia e con gli estranei*, Liguori, Napoli.
- Godbout J.T. (2008) *Quello che circola tra noi*, Vita e Pensiero, Milano.

- Guay J. (1984) *L'intervenante professionnel face à l'aide naturelle*, Morin, Boucherville.
- Guay J. (1992) *Thérapie bève et intervention de réseaux: une approche intégrée*, PUM, Montréal.
- Guay J. (1996) L'auto-aiuto, un rimedio all'affanno dei servizi pubblici, *Animazione sociale*, Torino, n. 4, 1995, pp. 15-26, n. 5.
- Guay J. (1998) Dal lavoro sul caso al lavoro sull'ambiente, *Animazione sociale*, Torino, n. 5, 1996, pp. 73-86.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Kernberg Otto F. (1993) *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kohut H. (1977) *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Intagliata J. (1982) Improving the quality of community care for the chronically mental disabled: the role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674.
- Mahler M.S. et al. (1975) *La nascita psicologica del bambino. La simbiosi focale*, in *Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*, Martinelli, Firenze.
- Laevit S.S. (1983) *Case management: a remedy for problems of community care*, in: Sanborn C.J. (a cura di), *Case management in mental health services*, Haworth Press, New York.
- Marsh P., Fisher M. (1992) *Good intention: developing partnership in social services*, Joseph Rowntree, York.
- Murphy E. (1991) Community Care for people with mental illness, in: *After Asylum*, Faber and Faber limited, London-Boston.
- Pao P.N. (1984) *Disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pecci E. (2011) *Il ruolo dell'infermiere case manger nella diagnosi funzionale della persona affetta da disturbi mentali gravi*; tesi di master 1° livello "Case management in psichiatria: le professioni sanitarie nella gestione di pazienti multiproblematici e multiculturali", Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Phil M. (1997) Notes of social work, *Sociological Review*, 27, 1.
- Rabboni M. (2010) *Il case Management: storia, e il tentativo di una sintesi in a c. di M. Rabboni, Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle sanitarie*, Update International Congress.
- Racamier P.C. (1993) *Il genio delle origini*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rossi G. (2001) *Lezioni di sociologia*, Carocci, Roma.
- Sanicola R. (1994) Gli atteggiamenti base dell'operatore di rete, *Animazione Sociale*, n. 5.
- Sanicola L. (a cura di) (1994) *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (a cura di) (1995) *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (1997) *L'intervento di rete: profilo*, in Sanicola L. (a cura di) *Salute mentale e servizio sociale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (2010) *Dinamiche di rete e lavoro sociale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola R., Bisagno R. (1995) *Il disagio psichiatrico tra medicalizzazione e socializzazione*, in Sanicola L. (a cura di), *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Searles H.F. (1974) *Scritti sulla schizofrenia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Sheperd G. (1993) *Case management*, in Watson e A. Grounds (a cura di) *The mentally disordered offender in an era of community care*, Cambridge University Press.
- Speck R.V., Attneave C.L. (1976) *La terapia di rete*, Astrolabio, Roma.

- Tacchini M.A. (2003) *Professione infermiere nel servizio psichiatrico*, Masson, Milano.
- Trevisi G. (2008) *La distribuzione del carico di cura. Un metodo per il lavoro sociale*, Liguori, Napoli.
- Whitaker J.K., Gasbarrino J. (1983) *Social Support Network*, Aldine Publ., New York, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1979) *La paura e la noia*, Il Saggiatore, Milano.
- Zapparoli G.C. (1987) *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1988) *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1992) *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (2002) *La follia e l'intermediario*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C. (2004) *La diagnosi*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C. (2008) *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C. (2009) Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave, in *I quaderni di Musaikòn*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C., Torregiani G. (a cura di) (1994) *La realtà psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.

La rete, gli attori, l'associazionismo, l'empowerment

Esperienze attuali e prospettive

Capitolo 5

Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini
Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni

RIASSUNTO

Questo capitolo raccoglie alcuni temi che hanno caratterizzato lo sviluppo della psichiatria di comunità in Lombardia in questi ultimi decenni. Dalle riflessioni e dal lavoro attorno alla rete (fare rete tra i servizi, connettersi tra fronti sanitari, sociali e assistenziali) si passa a esaminare l'importante passaggio al confronto con l'associazionismo di familiari, di volontari e infine all'associazionismo tra utenti che sta affermandosi in questo ultimo decennio. Le buone pratiche in psichiatria attraversano il confronto con queste realtà che chiamiamo il 'Fareassieme'.

Aspetti costitutivi di queste esperienze di confronto e dei percorsi di cura che hanno come obiettivo l'inclusione sociale del cittadino/utente sono diventati in questi anni l'*empowerment* e il lavoro sul *recovery*.

Come si stanno orientando le associazioni sui temi del *recovery*?

Come i servizi di salute mentale si stanno formando sui temi del *recovery*?

RETE SOCIALE

“L'approccio di rete non è un processo o una tecnica inventata or ora (...) ci appartiene fin dall'inizio della storia dell'umanità anche se solo recentemente si è iniziato a considerarlo come specifico oggetto di indagine...”

Lambert Maguire (1989)

Una rete sociale (*social network*) è un gruppo di individui connessi tra di loro attraverso diversi tipi di legami sociali, che possono essere i vincoli familiari, i rapporti di lavoro o anche una conoscenza di tipo superficiale. “La sociologia e l'antropologia

hanno indagato approfonditamente questa realtà, descrivendo le reti sociali come punti collegati da linee, intervallati da nodi e snodi. I punti rappresentano le persone e anche i gruppi e le linee indicano quali persone stanno interagendo con ogni altra” (Barnes J.A., 1972).

Gli elementi costitutivi della rete sociale sono:

- i soggetti (i punti) che appartengono alla rete e che potremmo definire le **unità**;
- i **nodi** che compongono e disegnano le maglie della rete, che potrebbero simboleggiare i singoli individui, o i gruppi, o le istituzioni;
- le **relazioni**, rappresentate dalle linee e dalle trame legano tra loro le unità e i nodi della rete sociale; le linee rappresentano gli andamenti monodirezionali, bidirezionali o multidirezionali. Queste linee vengono rappresentate nelle loro direzioni con frecce.

La rete sociale costituisce l'insieme delle persone che fanno parte della storia, della cultura di una persona, pur appartenendo a momenti e luoghi diversi.

Intervenire, favorire, promuovere la rete diviene il lavoro sociale che si sviluppa intorno alle situazioni di disagio; è un approccio complesso non solo per la sua articolata modalità di intervenire ma anche perché favorisce per sua natura degli sviluppi complessi. A fronte di una pianificazione organizzativa che può essere relativamente semplice, lavorare sulla rete significa mettere in moto degli input, intervenire sugli snodi, promuovere riferimenti multi-direzionali che si potranno sviluppare anche in parziale autonomia nell'evolvere lento degli incontri e delle esperienze.

Il lavoro di rete acquisisce una sua autonomia di sviluppo anche se va sempre monitorato, supportato e implementato.

Questo naturale sviluppo che possono avere le reti sociali è quello che spesso avviene attraverso le iniziative promosse con il terzo settore: la promozione di eventi di sensibilizzazione territoriale, le dinamiche mosse dai programmi innovativi, le risorse recuperate da progetti finanziati all'associazionismo di familiari e di volontari, sono in grado di generare un plusvalore e di offrire un incremento di reti attraverso lo sviluppo di creatività singole e di gruppo, attraverso l'esperienza dell'incontro tra persone, attraverso movimenti di solidarietà naturali.

La trama che nasce nell'incontro tra servizi e associazioni di familiari, favorisce l'ingresso nello scenario del territorio e il coinvolgimento di altre associazioni (tempo libero, sport, aggregazioni culturali) che stimolano e sollecitano l'interesse di Amministrazioni comunali. Il risultato, a volte, è quello di scoprire che la risposta a un bisogno incontra l'offerta di chi può rispondere a quel bisogno in un contesto di mutualità o di reciproco accordo.

È in questo magico incontro che si genera l'esperienza dell'**inclusione sociale**, termine che definisce una situazione di confine tra riabilitazione psichiatrica, inserimento lavorativo, diritto all'abitare per divenire possibilità per una cittadinanza attiva. Non più solo psichiatria ma possibilità per l'utente di tornare a essere cittadino tra cittadini.

La Regione Lombardia ha una comprovata storia di ricerca e di promozione del lavoro di rete attraverso i suoi Piani Regionali per la Salute Mentale (PRSM) nei quali

spinge a “promuovere la salute mentale del soggetto adulto attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale o imprenditoriale” con l'obiettivo di favorire i “percorsi territoriali per promuovere una psichiatria di comunità che operi in un territorio funzionale ampio integrando i diversi servizi e soggetti presenti”. In più occasioni ribadisce la necessità di costruire “modelli di collaborazione con soggetti non istituzionali (convenzioni con associazione di utenti e di familiari, volontariato, cooperative sociali, associazioni di *advocacy* e più in generale terzo settore) e con la rete informale” (PRSM, 2002-2004).

“La particolare attenzione posta dalla Lombardia al processo di integrazione lavorativa e sociale, accompagnata a una maggiore consapevolezza dei propri diritti, ha fatto emergere anche una puntuale richiesta di sostegno alla vita autonoma e indipendente, con conseguenti necessità di abitazioni adeguate e di ausili tecnologicamente avanzati, in grado di permettere una vera e reale inclusione sociale” (Piano Socio Sanitario, 2006-2008).

“Si rende, perciò, necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo di costruzione del proprio percorso di vita. È sempre più necessario, quindi, un approccio sinergico, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del ‘prendersi cura’” (PRSM, 2010-2014).

Cosa comporta per l'operatore lavorare per favorire l'approccio di rete e l'inclusione sociale?

Come mai non sempre si riesce a seguire questo percorso che ri-accompagna il nostro utente a percorrere direzioni nel proprio territorio di appartenenza?

Innanzitutto l'operatore deve aprirsi culturalmente per considerare le risorse che ha a disposizione e che non si esauriscono con le possibilità del Centro Psicossociale; deve iniziare a vedere oltre il confine del proprio ambulatorio e uscire per conoscere le risorse complessive del *welfare*.

Un difetto che, a volte, troviamo nei nostri ambiti specialistici è quello di essere auto-referenziati e di pretendere di avere il controllo generale della situazione clinica; non sempre riusciamo a vedere nell'utente un portatore di diritti oltre che di sofferenza; non sempre vediamo nel paziente le risorse di auto-cura rischiando di considerarlo un recipiente di aiuti e di terapie.

Dobbiamo vedere l'intervento di rete come una pratica altamente specifica che parte dalle risorse naturali (il vicinato), dalla condivisione con altri utenti (auto-mutuo-aiuto), dalle risorse familiari e parentali, per andare oltre e contaminare i territori del volontariato e del terzo settore, fino a incontrare le risorse di quel territorio.

Questo intervento deve contemplare atteggiamenti di particolare flessibilità perché andrà a conciliare risorse formali con risorse informali, snodi più professionali con approcci più solidali; si connota come un approccio che ha la sua complessità non tanto nella difficoltà a comprendere come fare ma quanto nel riuscire a integrare persone diverse e risorse diverse (pubbliche e private).

Potremmo definire questo approccio di apertura del servizio come 'pratica etica' perché non si ferma al necessario contributo specialistico ma va oltre perché accompagna idealmente il nostro utente a riappropriarsi del territorio e del diritto a vivere da cittadino.

Allo stesso tempo promuoviamo un intervento di prevenzione primaria, favorendo e coltivando "una più robusta e diffusa responsabilizzazione della comunità locale rispetto ai problemi umani al suo interno" (Folgheraiter F., 1994).

Operando in questa direzione, l'operatore e il servizio diventano degli agenti trasformatori in quanto trasformano delle domande di bisogno in progetti che si allargano al territorio (Brodeur C., 1986). La persona si emancipa nella propria dimensione individuale e collettiva ma anche la collettività riceve un contributo in termini di crescita e di consapevolezza in quanto riesce ad adattare la propria presenza al bisogno specifico del singolo cittadino che non è più un alienato proprio nel momento in cui la comunità locale è in grado di accoglierlo e integrarlo.

I servizi e gli operatori impegnati nel settore del disagio sono sempre più chiamati a promuovere questi "modelli della competenza" (Levati W., Saraò M., 1998) dove i contributi istituzionali si mischiano a quelli informali, alle imprese, al terzo settore. I Piani di Zona sono lo scenario dove la rete tra istituzionale (Comune, Distretto ASL, Azienda Ospedaliera) e non istituzionale viene confrontata, costruita e sperimentata con gli attori dell'associazionismo.

GLI ATTORI E L'ASSOCIAZIONISMO

Sociologi e antropologi ci presentano una società frammentata, incerta e conflittuale; oggi sembra che non ci sia più il tempo per pensare e meditare ma solo il tempo per pretendere, per evadere, per prevedere. Sembra che allo psichiatra venga chiesto di prevedere il comportamento del proprio paziente nell'intento di proteggere la società (posizione di garanzia) e al paziente sia concesso o di guarire e diventare produttivo o di non nuocere e passare la propria esistenza in comunità (i nuovi manicomi). L'agire dell'operatore e l'agire del paziente diventano più importanti del domandarsi: chi sono? come soffro? che senso dare?

Chi oggi ha il tempo, se non il coraggio, di ascoltare le parole del dolore e dell'angoscia?

Il dolore del malato e del familiare potrebbero trovare il luogo di espressione nello spazio del servizio al riparo dagli occhi sociali perché la società ha altri obiettivi: deve correre, deve essere fatta da uomini che funzionano sempre!

Come conciliare questa realtà visibile sotto i nostri occhi con l'approccio della rete sociale?

Come avere il coraggio di credere ancora in una responsabilità individuale; come un utente e un familiare possono accedere a percorsi di consapevolezza personale che restituiscano la dignità sufficiente a confrontarsi col mondo, con la società, anche solo per dire: "Ho un disagio psichico ma ho anche dei diritti!?"

Queste prassi di condivisione hanno preso vari nomi e varie forme nel territorio nazionale e regionale; il termine **Fareassieme**¹ ben simbolizza un particolare contenuto di questo 'fare'. Il Fareassieme tra **operatori, utenti, familiari e volontari** rappresenta un'altra modalità naturale ma complessa dell'agire per affrontare il disagio. In questa particolare esperienza il disagio stesso viene condiviso per promuovere un cambiamento verso una comune condivisione di ben-essere. Il disagio dell'utente spesso affianca il disagio del familiare davanti all'esperienza del dolore; anche l'operatore (se è onesto e non si nasconde dietro a eccessiva onnipotenza) è portatore di un proprio disagio, quello dell'insuccesso, quello dello sperimentare i limiti della cura che offre fino all'esperienza frustrante della cronicità. I protagonisti della scena psichica possono decidere di rimanere divisi nel proprio limite o possono favorire un confronto, un incontro per darsi occasioni di costruire percorsi 'altri'.

Il Fareassieme promuove innanzitutto reciproca conoscenza e quindi allontana dall'ignoranza: l'utente, il familiare, l'operatore e il volontario fanno la conoscenza dell'altro, del punto di vista 'altro'. Ognuno può esprimere il proprio punto di vista, un'opinione ma anche il proprio malessere per un approccio giudicato errato o una proposta migliorativa per favorire una crescita e un ben-essere condiviso. È proprio quando il momento di incontro del Fareassieme diviene laboratorio di idee e di proposte che il processo creativo trasforma il gruppo in qualche cosa che supera la somma dei fattori. Possono nascere e prendere forma:

- proposte di rinnovamento sia nel servizio sia nella collaborazione con la comunità locale;
- collaborazioni per promuovere percorsi di sensibilizzazione, di formazione, di prevenzione primaria a livello cittadino;
- coinvolgimento nel lavoro di promozione di salute interno dei servizi;
- condivisione nel promuovere *empowerment*², *recovery*³, *advocacy*⁴.

Questa concertazione del Fareassieme presente in ambiti sanitari internazionali e nazionali, diventa una condizione importante per sviluppare una politica di salute mentale di comunità che valorizzi gli utenti dei servizi come protagonisti, i familiari come co-protagonisti del disagio, gli operatori come possibili garanti del processo di cura,

¹ Il Fareassieme nasce a Trento nel 1999 come naturale applicazione dei principi della psichiatria di comunità che si articola su tre snodi principali:

- l'inclusione sociale che vede la cura del disagio psichico quanto più possibile nei luoghi dove la persona vive;
- l'integrazione di tutti gli interventi nel DSM che eroga le prestazioni di cura;
- la continuità della presa in carico attraverso la quale l'utente e i familiari sono accompagnati e divengono partecipi del percorso di cura.

² *Empowerment*: "competenza individuale in politica sanitaria", termine che descrive il percorso nel quale l'utente si riprende una propria autonomia e un potere relazionale nel percorso con i curanti.

³ *Recovery*: percorso di guarigione.

⁴ *Advocacy*: "parlare o scrivere in sostegno, in favore, di qualcuno o di qualcosa", funzioni di sostegno e di tutela dei diritti.

i cittadini (volontari e non professionisti) come vere risorse umane, diversi dall'operatore e dal suo rapporto clinico.

Questa sinergia deve necessariamente avere una precisa dinamica: i protagonisti e i co-protagonisti del disagio devono essere in movimento verso una direzione centrifuga, che a partire dal servizio di salute mentale va verso l'esterno, alla ricerca di opportunità evolutive e inclusive nel territorio dove abitano e vivono gli affetti di quella persona. In questa alta integrazione sociale e sanitaria, estremamente complessa, si situa la buona pratica del Fareassieme, che rende possibile l'incontro e lo scambio reciproco di competenze tra esperti clinici ed esperti "diretti" in un reciproco apprendimento tra le parti.

La nascita e l'incremento dell'associazionismo dei familiari, che ha caratterizzato lo scenario lombardo degli ultimi decenni, può rappresentare solo una prima tappa per lo sviluppo di queste buone pratiche. Un passo significativo deve essere fatto, in questi anni, con la promozione e il sostegno dell'associazionismo degli utenti, ancora poco strutturato e autonomo, anche se presente in tante realtà lombarde. In molti servizi di salute mentale stanno nascendo organizzazioni di utenti ma ancora è difficile vedere un coordinamento di queste iniziative su scala regionale.

Altro importante tassello per lo sviluppo delle esperienze del Fareassieme è rappresentato dalla **collaborazione con utenti esperti**, presenti nel nostro territorio con varie denominazioni: Tecnico Facilitatore Sociale (Goglio M., 2011 e 2012), *Peer Supporter*, Utente Familiare Esperto (dalla tradizione trentina). Sono utenti che, attraverso percorsi sulla consapevolezza del disagio, acquisiscono competenze da spendere nel rapporto con altri utenti meno esperti. Nelle attuali esperienze lombarde questi utenti sono impegnati in vari settori:

- promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- partecipazione a momenti di sensibilizzazione rivolta alla cittadinanza (prevenzione primaria);
- partecipazione attiva nella vita di associazioni di utenti, promozione di esperienze di cooperativismo;
- assistenza e accompagnamento in percorsi di inclusione sociale rivolti ad altri utenti (prevenzione terziaria);
- presenza in alcune attività strategiche presso i servizi di salute mentale: reception nei CPS, conduzione o co-conduzione di attività riabilitative e risocializzanti presso CPS o comunità residenziali;
- sensibilizzazione sulle tematiche dell'*empowerment* e del *recovery*.

L'EMPOWERMENT

Fin dalla loro nascita nei primi anni Cinquanta, i movimenti per la difesa dei diritti civili, destarono l'interesse dei sociologi per la loro particolare capacità di organizzarsi e auto-sostenersi.

Questi gruppi nati dall'aggregazione spontanea di persone che condividevano particolari ideali, trovavano al loro interno la forza, la fiducia e la speranza necessarie per portare avanti battaglie significative e spesso logoranti.

È per descrivere tale fenomeno che negli anni Sessanta, all'interno dei testi di psicologia di comunità, appare per la prima volta la parola *empowerment*.

Tale termine esprimeva una presa di coscienza della propria storia, delle proprie potenzialità e infine dei propri diritti. Tramite questo percorso, individui emarginati o più deboli, avevano la possibilità di ottenere quel riscatto sociale e quei riconoscimenti che dapprima parevano insperati.

Un processo di acquisizione di 'potere', quindi, che portava a esercitare un maggiore controllo sulla propria vita passando per lo sviluppo delle proprie potenzialità.

Inevitabili furono le influenze di esponenti della psicologia umanistica, sviluppatasi proprio in quegli anni. I quali posero come nuovo concetto di salute l'autorealizzazione dell'individuo considerando l'autostima come presupposto fondamentale dell'equilibrio personale.

Già negli anni Settanta la cultura dell'*empowerment* aveva contagiato svariate discipline come il *management*, la medicina e la pedagogia.

In ambito sanitario e, in particolare, nel campo della salute mentale, tutto ciò si tradusse nell'affermazione da parte del paziente del diritto di controllo dei servizi sanitari, in contrapposizione a una totale gestione del processo di cura da parte del clinico.

In Italia il termine *empowerment* appare con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale si afferma che:

“Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute.

Perché questo si realizzi occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari che lo coinvolgono.” (Piano Sanitario Nazionale, 2006-2008, p. 50)

Obiettivo principale è quello di andare oltre la tradizionale concezione autoritaria del rapporto tra clinico e paziente. Il curante non è più considerato l'unico depositario del sapere, ma ha il compito di rendere partecipe, di affrancare dalla passività e di rendere corresponsabile del processo di cura l'utente.

Elementi fondamentali di questo percorso sono il **passaggio delle competenze** e **la valorizzazione delle potenzialità** del paziente a dispetto della focalizzazione sui suoi deficit.

LA COMPLESSITÀ DELL'EMPOWERMENT

Si può considerare il principio dell'*empowerment* come diretta conseguenza di quel cambiamento dei modelli scientifici, iniziato per le scienze naturali dai primi del Novecento, e che lentamente ha influenzato anche le discipline umanistiche e mediche.

Quest'evoluzione ha portato a ripudiare il principio di semplificazione come modello conoscitivo del reale a favore dell'idea di una realtà complessa e non riducibile.

Lo stesso concetto di *empowerment*, in maniera del tutto originale e innovativa, riassume al suo interno significati dicotomici come forza e debolezza, benessere e disagio, risorse e lacune.

“È una cultura le cui logiche sono di tipo inclusivo e anti-autoritario, integrative e per questo non riduzioniste, che si propone quindi come aggiuntiva e non sostitutiva rispetto a preesistenti saperi e ai diversi modelli di intervento.” (Mencacci C., Straticò E., 2003)

In accordo a tale complessità Zimmerman (2000) sostiene che esistono tre livelli di *empowerment*, strettamente collegati (non riducibili) e ognuno è causa e al tempo stesso conseguenza dell'altro.

1. Psicologico:
 - convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita (componente intrapersonale);
 - capacità di comprendere il proprio ambiente socio-politico (componente interpersonale);
 - partecipazione ad attività collettive mirate a influenzare l'ambiente socio-politico (componente comportamentale).
2. Organizzativo: include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione dei membri e migliorano l'efficacia dell'organizzazione nel raggiungere i propri scopi. Un'organizzazione che dà l'opportunità ai propri membri di aumentare il controllo sulla propria esistenza è definita organizzazione *empowering*; un'organizzazione che si sviluppa con successo e che influenza le decisioni politiche è definita un'organizzazione *empowered*. Queste caratteristiche possono essere entrambi presenti un'organizzazione.
3. Di comunità: attiene all'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità.

VERSO UNA NUOVA SALUTE?

Nel corso della storia e secondo il senso comune, normalità e patologia sono concettualizzate in modo speculare: ciascuna come il negativo dell'altra. La normalità viene ancora definita come assenza di patologia e la patologia come un discostarsi, più o meno significativo, rispetto alla normalità.

In un'ottica più complessa, invece, l'abbandono di una visione puramente categoriale, ha reso possibile la nascita di un concetto di salute dimensionale:

“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.” (WHO, 1998)

Nella **Carta di Ottawa per la Promozione della salute** del 21 novembre 1986 si afferma che la salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere; è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche.

Tale condizione si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali).

Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda, bensì punti terminali di una comune continuità, di un percorso che nei paesi anglofoni viene chiamato *recovery*.

RECOVERY

Kurt Goldstein, neuropsichiatra, psicologo e filosofo, già nel 1939, nella sua opera principale “*The Organism*” sosteneva che la salute non andava più intesa come uno **status** ma come un **valore**:

“... il suo valore consiste nella capacità dell'individuo di attualizzare la propria natura, a un livello che sia, almeno per lui, essenziale.” (Goldstein K., 2007)

Essere malato diviene, quindi, una diminuzione valoriale: il valore dell'autorealizzazione, dell'esistenza.

Il termine guarigione, inteso come *restitutio a integrum* (totale ripristino di una condizione precedente), perde di significato a favore di una dinamica del cambiamento, verso posizioni adattive su livelli differenti. Il processo di cura diventa facilitare il cambiamento e porta l'individuo a un novo adattamento all'ambiente (percorso di *recovery*).

Recovery, come per altro empowerment, rimanda a una densità di significati che ne rende difficile la traduzione in italiano. I termini utilizzati solitamente ne colgono solo alcuni aspetti tralasciandone altri. Ristabilimento per esempio indica il ritorno a uno stato di validità che nel periodo di malattia era stata perduta o compromessa; al contempo però racchiude in sé anche il concetto di ‘stabilizzazione’. L'essere in *recovery*, al contrario, spesso esige il superamento di uno stato di equilibrio. Basti pensare che in psichiatria parole come ‘residualità e cronicità’ indicano proprio quello stato di passività legato a una limitata possibilità di autodeterminarsi. In letteratura a volte viene utilizzato il termine *illness engulfment* (Svettini A., 2007), per indicare una percezione di sé dell'individuo totalmente caratterizzato dalla malattia.

Più che a un esito, **recovery** si riferisce a un processo che dura nel tempo, a un percorso che può continuare tutta la vita anche se la malattia persiste, e senza implicare necessariamente che essa sia sconfitta.

Da alcuni anni il concetto di *recovery* si sta diffondendo sempre più nel linguaggio e nelle pratiche dei servizi, delle politiche socio-sanitarie e della ricerca in psichiatria di comunità, si spinge al di là della clinica, dando luogo a ciò che oggi è definito come *Recovery Movement*.

Lo stimolo iniziale di questo movimento si è avuto dalle evidenze sul decorso a lungo termine della schizofrenia, che hanno dimostrato tassi di guarigione o efficace miglioramento dell'ordine del 60-70%. A questo movimento ha contribuito anche la

crescente pressione da parte di organizzazioni di utenti che hanno rivendicato il diritto alla speranza e all'auto-determinazione; si è delineata una nuova visione della malattia mentale, del suo decorso e del suo esito. Questa visione è stata riconosciuta dalle politiche per la salute mentale promosse dai Governi di Gran Bretagna, USA, Australia, Nuova Zelanda, Canada.

L'OPERATORE IN RECOVERY

“I primi a non credere nel recupero del paziente sono gli operatori.”

(Facilitatore, tratto da Goglio M., 2011)

Nei percorsi di *recovery*, l'approccio del professionista è fondamentale: può essere lo stimolo a migliorare, ma può essere anche d'ostacolo.

Quando non si intravedono opportunità e risorse, sotto la pressione di atteggiamenti paternalistici gli operatori rischiano in qualche modo di colludere con la 'residualizzazione' dell'utente.

Gli interventi prodotti, in alcuni casi, mirano per lo più a stabilizzare la cronicità o a 'parcheggiare' l'utente in strutture residenziali; il rischio di questi atteggiamenti è quello di sospendere il paziente in un limbo e di deresponsabilizzarlo.

Operare in *recovery* e utilizzare il proprio *empowerment*, al contrario, è un processo che contiene e riduce l'impatto distruttivo della malattia: si cerca di definire le forze e gli interessi sui quali far leva in modo che l'individuo possa avere un'identità e una vita che non siano solo quelle del 'paziente psichiatrico'. Si tratta di andare oltre gli schemi fissi, di vedere al di là delle aspettative dell'operatore sull'utente: si tratta di condividere col paziente un progetto e non utilizzare schemi precostituiti.

Ogni persona in condizione di disagio deve essere chiamata a valutare la propria condizione dal proprio punto di vista.

In questo percorso di consapevolezza diventano utili strumenti di autovalutazione efficaci (*Recovery Star*) ma anche la necessità di creargli uno spazio di confronto, tra operatore e utente, in cui si valutano le reciproche visioni sulla malattia e sulla cura. È un percorso che richiede tempo ed energie da parte di tutti gli attori coinvolti e deve nascere dal confronto, anche contrattuale, in cui operatore e paziente discutono, si spiegano, programmano.

Se è vero che il fine ultimo della cura è un cambiamento, altrettanto vero è che la forma ultima di tale cambiamento non è prevedibile. Il tempo delle persone non è quello delle strutture in cui sono inserite e ciò che gli operatori vedono iniziare è un percorso che il più delle volte non potranno vedere concludersi.

Riuscire a difendere uno spazio intermedio abitato da incertezze, ricerca, timore di fallire, può favorire questo processo di cambiamento, ma soprattutto si aiuta quella persona con disagio a riappropriarsi di una propria partecipazione alla cura e alla fiducia di realizzare il percorso di cura. La visione di un futuro possibile o di un futuro riconquistato innesca possibilità nuove rispetto a una psichiatria difensiva e conservativa.

I CRITERI DEL *RECOVERY*

“Ogni tunnel, per quanto lungo, ha una fine così come ha un inizio”.

(Facilitatore, tratto da Goglio M., 2011)

Esistono criteri operativi (UCLA: University of California at Los Angeles) che stabiliscono che una persona è in uno stato di *recovery*, tra questi, la remissione dei sintomi è solo uno degli aspetti.

Lavorare, essere indipendente, relazionarsi in modo adeguato con parenti e amici, gestire il tempo libero, tutto questo per almeno due anni, sono fattori positivi per parlare di *recovery*.

Aspetti della persona che favoriscono il *recovery*:

- accesso ai servizi ai primi sintomi;
- buona risposta ai farmaci;
- pochi sintomi negativi;
- supporto familiare;
- non utilizzo di sostanze stupefacenti;
- esperienze positive nel percorso scolastico e lavorativo.

Competenze professionali che un operatore dovrebbe possedere per facilitare il *recovery*:

- capacità di indurre speranza;
- saper ascoltare, saper esprimere opinioni diverse in modo rispettoso;
- capacità psico-educative e di *counseling*: essere accompagnatore nel percorso.

L'assistenza orientata al *recovery* si deve focalizzare sull'identificare gli interessi e le abilità individuali, gettando le basi per “il lavoro di *recovery*” (Davidson L., Strauss J.S., 1992).

Le cose di cui una persona in *recovery* ha bisogno sono: informazioni sul problema che deve affrontare, possibilità che ha per affrontarlo o superarlo, sperimentare i propri punti di forza, avere aiuto per portare avanti il percorso. Nei processi di valutazione, trattamento e riabilitazione, gli operatori orientati al *recovery* cercano di dare valore alla storia personale dei pazienti e non solo ai sintomi, alla diagnosi e ai deficit.

Il ruolo dell'operatore e quello dell'utente si cancellano per ridefinirsi a vicenda: non più dispensatore di salute l'uno, paziente l'altro, ma compagni di strada in un processo che restituisce il mondo e la comunità alla storia delle persone.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Come questi percorsi di qualità possono diventare una realtà nelle nostre Unità Operative di Psichiatria?

Oramai sono molte le esperienze lombarde che si muovono in questa direzione, sollecitate dal movimento de "Le parole ritrovate", sostenute dalla sensibilità di tanti operatori, stimulate dalla costanza e dalla presenza di molte associazioni di familiari.

A Milano e hinterland, come a Varese, a Como, a Legnano-Magenta-Garbagnate, a Brescia, a Mantova, in Valtellina abbiamo assistito a interessanti esperienze di utenti che si organizzano e si promuovono come 'esperti in supporto tra pari', seguendo i contenuti del *recovery* e dell'*empowerment*.

In questi anni ogni occasione di seminario o di convegno che ha proposto una riflessione su questi temi ha sempre avuto un grande successo di pubblico e di gradimento. L'esperienza di Saronno-Busto-Tradate non è, quindi, la sola in questo ambito, anzi è sempre stato un desiderio di coloro che l'hanno promossa crescere assieme ad altri compagni di viaggio con cui confrontarsi e condividere percorsi comuni. Nessuno inventa niente da solo, anzi, le più interessanti innovazioni arrivano da un percorso condiviso da più attori e da più scambi. Parlare dell'esperienza saronnese non nasce da velleità egemoniche o dall'aver un brevetto particolare ma dal desiderio di presentare un percorso, simile al percorso di altri compagni di viaggio.

L'esperienza nasce da un'esigenza di utenti e operatori di una struttura residenziale alla fine degli anni Novanta e in particolare da un convegno promosso nel 1997 dal dr. Maranesi, Primario a Saronno, dal titolo "Voglio andare a casa, la casa dov'è?". Proprio in quel convegno un gruppo di utenti aveva portato alcune considerazioni sull'abitare, sull'autonomia necessaria nel vivere da soli, sul desiderio di una partecipazione ritrovata ai vari momenti sociali che il vivere quotidiano può offrire. Pazienti e operatori hanno proseguito a discutere sui temi dell'abitare, del tempo libero, dell'autonomia a cui ogni persona ambisce ma anche il bisogno di alcuni utenti di capire: perché un paziente va incontro a un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)? ... perché assumere i farmaci? ... perché il malato viene emarginato?

Un nuovo convegno a Bologna nel 1998, sempre sul tema dell'abitare, dove alcuni pazienti sono intervenuti con una relazione, e l'esperienza di un viaggio a Trieste nel 1999, l'incontro con la realtà dell'auto-mutuo-aiuto accanto alla storica esperienza basagliana, hanno spinto verso nuove mete. Al rientro dal viaggio di Trieste un paziente così commentava: "Mi ha colpito la riforma di Basaglia, la struttura manicomiale prima che venisse liberata e l'emarginazione di quei poveretti, sono rimasto impressionato dal cambiamento che praticamente si è tradotto nella riconquista dei diritti civili".

Nasceva la necessità di scrivere e di far leggere i pensieri che si maturavano ed è così che è nato uno dei tanti giornali presenti in tante residenzialità o DSM. Il bollettino si chiamava 'Il punto del centro' ma presto si è trasformato in 'Il Clan/Destino fuori dal centro'.

Perché clan/destino? Perché fuori dal centro?

L'Associazione di familiari e volontari AsVAP4 aveva colto fin da subito l'importanza di sostenere un gruppo di utenti e per questo motivo ha ottenuto una sede dal Comune, per garantire un ritrovo esterno alla comunità residenziale, e i fondi per ristrutturare i locali. Il nome Clan/Destino viene dal fatto di trovarsi nel gruppo (clan) e riceverne energia e coraggio, uniti da un 'destino' comune di disagio; la 'barra' di

divisione vuole rappresentare la volontà di non essere clandestini ma al contrario testimoniare alla gente comune che pur venendo da un disagio psichico è possibile godere dei normali diritti di ogni cittadino.

Il nuovo giornale sottolinea come la realtà della vita si giochi 'fuori dal centro', a indicare come obiettivo finale della cura l'inclusione sociale.

Il nuovo giornale ha l'ambizione di trattare tutti i temi che interessano ai soci; da un numero del 2000, preparatorio alla costituzione ufficiale dell'associazione che avviene nel 2001, si legge che il giornale si occuperà di varie rubriche:

- Ecologia, Filosofia, Politica.
- Arte, Cinema, Teatro.
- Sessualità, Pornografia.
- Diritti estorti.
- Cento storie per una biblioteca.
- Lettere alla redazione.

In questi anni l'associazione viaggia molto sia per partecipare a convegni con contributi discussi nel gruppo (in particolare i molti Congressi WAPR non ultimo quello di Atene del 2006; o quelli del circuito "Le parole ritrovate") sia per conoscere altre realtà italiane: Trento, Savona, Altare, Pisa, Bolzano, Torino, Chiavenna, Como, Varese, Cittiglio, Mantova, Massa Carrara.

È proprio da questi viaggi e in particolare dall'incontro con gli amici di Massa (Maria Grazia Bertelloni) che è nata la spinta a sperimentare la figura dell'utente come facilitatore sociale. La sperimentazione di utenti esperti nasce nel 2005 ed è sostenuta dai programmi innovativi della Regione Lombardia. In questi anni sono stati promossi tre corsi che hanno abilitato una sessantina di facilitatori sociali; di questi sono attualmente operative una quarantina di persone che svolgono un servizio di affiancamento ad altri utenti e sono gestiti dalla Cooperativa "Sun chi", nata nel 2009, che nel suo logo ha come simbolo il sole e vuole significare "son qui" a sostenerti, a starti vicino, ad aiutarti nel tuo percorso di guarigione.

Il facilitatore o, come vorremmo chiamarlo in un modo più uniforme in tutta la Lombardia, 'Esperto in supporto tra pari' modera gruppi di auto-mutuo-aiuto, gestisce momenti di aggregazione presso l'associazione di utenti o presso le Strutture Residenziali, offre assistenza al domicilio o affianca un altro utente per sostenerlo nei percorsi di autonomia mirati, offre una presenza alla reception del CPS. L'obiettivo in tutti questi interventi è offrire ad altri utenti un approccio alla pari, da parte di un paziente che ha intrapreso il proprio percorso di *recovery* e vuole diventare uno stimolo e un testimone per altri percorsi di *recovery*.

La funzione del supporto tra pari non è sempre accettata e condivisa; tante sono le obiezioni che incontriamo presso i servizi.

1. Come tutelare la privacy?
2. Come fidarsi di un utente che può ancora avere dei sintomi?
3. E se sbaglia? Se fa interventi dannosi su di un altro paziente?

A volte è inutile tranquillizzare i dubbiosi sostenendo che anche l'Esperto in supporto tra pari è vincolato alla privacy (come operatori, volontari e tirocinanti), o che il percorso di consapevolezza e la presenza del tutor serve come supervisione e garanzia per altri utenti, o che non si può pretendere la perfezione e l'infallibilità dell'utente visto come siamo clementi con gli errori di noi operatori. Se un operatore è il primo a stigmatizzare e a non credere nella guarigione non guarirà neanche lui dalla cronicità che si porta dentro; a nulla servono persuasione, letture di esperienze di utenti, statistiche, studi scientifici internazionali, forse l'unico modo per modificare il parere contrario è provare, vedere, assistere alle trasformazioni e alle potenzialità che un gruppo di supporto alla pari può innescare.

Una ulteriore possibilità offerte dalle associazioni di utenti e di familiari/volontari è la sperimentazione dell'utilità del procedere col **Fareassieme**. Il Fareassieme è sicuramente un approccio non semplice: richiede il continuo confronto tra Istituzione Ospedale e associazioni, contempla la critica, la richiesta di spiegazioni, il controllo sull'operato del servizio. Proprio questi aspetti che possono apparire come una perdita di tempo non rappresentano invece un fattore di qualità?

Nell'esperienza di Saronno gli incontri col gruppo del Fareassieme hanno rappresentato una possibilità ulteriore nell'affrontare questioni e promuovere iniziative:

- possibilità di **rispondere a domande**, dubbi e critiche senza lasciare che queste sedimentino e creino ulteriore disagio;
- possibilità di **ricevere segnalazioni** di malfunzionamenti del servizio e quindi contemplare la possibilità di una sollecitazione al miglioramento continuo;
- occasione di un **aggiornamento** costante tra le varie parti in gioco sia a livello informativo (eventi) ma anche per condividere le risorse offerte dal territorio;
- occasione di **formazione** reciproca;
- ampliamento delle **capacità organizzative** per eventi di sensibilizzazione rivolti alla città;
- maggiore possibilità di **prevenzione** primaria e secondaria;
- ampliamento delle possibilità di **inclusione sociale** per la penetrazione nel tessuto sociale che hanno le associazioni;
- miglioramento dei **contatti** e del confronto con altre Istituzioni quali le Amministrazioni comunali, le agenzie (di lavoro, di tempo libero, di formazione) e altre Associazioni presenti sul territorio.

L'aspetto più qualificante e interessante nell'esperienza del Fareassieme può essere individuato nella condivisione. Noi operatori siamo portatori di un sapere scientifico ma il nostro lavoro non si limita alla scienza, la contempla ma va oltre, va nella direzione della relazione. Se vado da un medico per un disagio voglio che sia competente ma anche che sappia instaurare un rapporto di fiducia e che sappia infondermi coraggio. La malattia psichica, a fronte di tante guarigioni e miglioramenti, ci mette di fronte anche a situazioni dolorose: di cronicità, di deterioramento. Il confronto

costante con utenti e familiari offre all'operatore una possibilità in più sia per curare l'altro sia per curare se stesso e soprattutto per saper ascoltare frasi che sentiamo spesso nei nostri ambulatori:

“La diagnosi che mi hanno fatto è stata per me una condanna! Mi hanno detto che sono cronico, posso migliorare ma non guarirò mai. La condanna è: lo sarai per sempre!”

“Mi è stata attribuita la diagnosi di schizofrenia... che mi ha impedito la conclusione del mio itinerario scolastico.”

“Le mie voci vengono all'improvviso, a volte riesco a controllarle, annullarle e non confonderle con quelle reali, così escono dal mio cervello.”

“Le sento... a volte chiare e singole, a volte in gruppi, all'interno dell'orecchio, frasi persecutorie di male e di odio ripetute più volte.”

(Facilitatori, tratto da Goglio, 2011)

PROSPETTIVE DEL SUPPORTO TRA PARI NELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE A COMO E IN LOMBARDIA

Oltre all'esperienza di Saronno (Goglio M. et al., 2011), negli ultimi anni in Lombardia e in particolare nell'area di Como (Mastroeni A. et al., 2012), si sono sviluppate altre esperienze di supporto tra pari. Verranno di seguito elencate le principali tipologie di attività riportando anche la denominazione assunta dalle medesime nella letteratura scientifica prevalentemente anglosassone.

Servizi che si avvalgono della *partnership di pari* (“*peer partnership*”)

Si tratta di servizi dove la responsabilità delle attività non ricade sui pari ma sostanzialmente sul DSM. La gestione, tuttavia, e la *governance* sono mutualmente condivise da pari e non pari, e il controllo è in termini fiduciari lasciato tendenzialmente ai pari (SAMHSA, 1998; Solomon P., Draine J., 2001). Sono riconducibili a due tipologie.

1. Collaborazione ai servizi territoriali (supporto alle attività di *front office* nei Centri Psico-Sociali) e ospedalieri (supporto alle attività dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).
2. Inserimento nelle associazioni miste operatori/utenti (per esempio Nèp, Clan/Destino, Global Sport Lario). Queste associazioni hanno dimostrato la loro validità sia come modelli di riabilitazione psichiatrica e psicosociale alternativi a quelli tradizionali sia come supporto organizzativo e culturale allo sviluppo del movimento degli utenti.

Le associazioni utenti operatori, sorte parallelamente alle associazioni di “fare assieme” ispirate all'esperienza trentina e diffuse a livello nazionale, devono essere favorite

e sviluppate monitorando e promuovendo il più possibile il trasferimento al loro interno sia della gestione sia della governance agli utenti.

Gruppi di auto-mutuo-aiuto autonomi e ibridi (“*autonomous and hybrid self-help groups*”)

I gruppi di auto-mutuo-aiuto autonomi sono costituiti esclusivamente da pari mentre i gruppi ibridi sono gestiti da operatori (Powell J., 1985).

Entrambi i tipi di gruppi sono efficaci laddove i conduttori abbiano ricevuto un'adeguata formazione. I gruppi gestiti da operatori possono essere utili in fase iniziale anche per la formazione di pari in grado di condurre gruppi di auto-mutuo-aiuto autonomi.

Gruppi offerti o gestiti da pari (“*peer operated*” o “*peer run services*”)

Possono essere offerti da pari nel contesto di strutture o servizi istituzionali o gestiti autonomamente da pari che svolgono attività sociali, culturali, sportive, ricreative (De Stefani R., 2011; Solomon P., Draine T., 2001; Mastroeni A. et al. 2012). Possono prendere le mosse da gruppi di auto-mutuo-aiuto o formarsi sulla base di comuni interessi. Possono avvalersi della affiliazione alle citate associazioni miste utenti/operatori anche per usufruire di opportunità logistiche e assicurative.

I suddetti gruppi devono essere assolutamente promossi in quanto sviluppano relazioni trasversali dirette tra pari di grande valore affettivo ed emotivo, favoriscono i percorsi di *recovery* e costruiscono nuove relazioni nella comunità (attività di “*community building*”).

Supporto via internet (“*internet support*”)

Queste esperienze sono riconducibili all'utilizzo di *social network* come Facebook che ha praticamente assorbito la frequentazione dei siti internet dedicati e le iniziali esperienze dei forum.

La creazione di rapporti tramite i *social network* sono del tutto positive per la riduzione delle distanze e lo sviluppo di rapporti diretti tra utenti e tra utenti e operatori, e per la grande facilitazione delle comunicazioni di qualsiasi genere.

Attività di comunicazione

La comunicazione può essere rivolta sia all'interno delle reti formali e informali per la salute mentale sia alla comunità in generale. Sulla scia di altre iniziative nazionali quali quelle lanciate negli ultimi anni dal DSM di Trento (“parole ritrovate”, traversata atlantica in barca a vela, treno per Pechino, politica “del sorriso”, proposte di legge di iniziativa popolare come la “legge 181”) anche in Lombardia ci sono state iniziative più modeste dello stesso valore.

Il supporto tra pari non si affermerà in virtù di una decisione amministrativa ma si svilupperà solo in armonia con la crescita del movimento degli utenti che richiede unità d'azione con le associazioni dei familiari e, in generale, con l'insieme degli enti e delle associazioni che costituiscono la rete per la salute mentale. Il movimento – a sua volta – deve avere una strategia di comunicazione adeguata sia all'interno delle Aziende sia nella comunità.

Rete Utenti Regionale

Di recente è stata costituita una rete utenti regionale che tendenzialmente può diventare punto di identificazione e fulcro di un movimento autonomo degli utenti. La rete utenti assume un valore strategico perché può consentire l'emergere di un nuovo soggetto giuridico e sociale in grado di divenire interlocutore autorevole dei servizi di salute mentale come è avvenuto negli Stati Uniti e in altri paesi di lingua e cultura inglese. Ovviamente, l'emergenza dell'associazionismo degli utenti richiede grande attenzione da parte dei professionisti e non può essere limitata al necessario impegno degli utenti in prima persona, ma comporta processi di maturazione ed emergenza di *leadership* consapevoli. In effetti la semplice titolarità di diritti, come afferma Amartya Sen, premio Nobel per l'economia, deve essere sostenuta da misure effettive per rendere le persone capaci di sostenere politicamente i diritti medesimi (vedi Nussbaum M.C., 2003)

Per queste ragioni i professionisti della salute mentale possono essere facilitatori della Rete Utenti collaborando dall'esterno allo sviluppo delle attività della rete pur senza assumere in alcun caso ruoli direttivi (presidenza, segreteria, esecutivo ecc.) né incarichi organizzativi all'interno della rete e delle associazioni emergenti.

Con le premesse di cui sopra, la creazione di una rete utenti regionale, in quanto promotrice di un'associazione utenti legalmente costituita, dovrebbe essere sostenuta dai dipartimenti di salute mentale. Si ritiene che la Regione stessa debba favorire lo sviluppo di questa rete come avviene per altre organizzazioni di consumatori o di utenti di servizi pubblici. In questa direzione andrebbe il riconoscimento giuridico ed economico della figura dell'esperto in supporto tra pari già auspicato da gruppi di professionisti.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE SUPPORTO TRA PARI: DALLA SPERIMENTAZIONE ALLA REGOLAMENTAZIONE

Parole chiave per la salute mentale

Quanto di meglio e di nuovo è emerso in questi ultimi anni in materia di organizzazione dei servizi psichiatrici può essere riassunto in due parole chiave, nessuna delle quali facilmente traducibile in italiano. Le parole sono: *empowerment* che si riferisce alla necessità di dare potere agli utenti, e *recovery* che pur evocando la guarigione ri-

manda alla necessità di attenzione all'intera vita delle persone, in particolare, di quelli che non guariscono.

Utenti come co-produttori responsabili di salute e di benessere

Il nostro paese ha conosciuto una riforma radicale dell'assistenza psichiatrica, sia pure con effetti non omogenei sul territorio nazionale, ma questa riforma non può essere compiuta se gli utenti non sono considerati persone responsabili e co-produttori del loro benessere con i professionisti della salute mentale. Il movimento del *recovery* si è diffuso a partire dai paesi anglosassoni perché ha messo in luce la ricchezza del contributo degli utenti evidenziando, nello stesso tempo, la necessità e la difficoltà della riorganizzazione dei servizi.

Supporto tra pari: esperienza professionale ed esperienza di vita

Un fattore di cambiamento sicuramente efficace è il supporto tra pari che non è solo una forma di auto-mutuo-aiuto ma rappresenta anche il riconoscimento del valore dell'esperienza di vita accanto all'esperienza professionale potenzialmente trasformando alla radice il funzionamento dei servizi psichiatrici. Esistono evidenze scientifiche emergenti da studi controllati randomizzati sull'efficacia del supporto tra pari allorché esperienza di vita, consapevolezza e motivazione all'aiuto si coniughino con la capacità di trasmettere ai propri pari la competenza acquisita.

Utenti attivi per un *welfare* sostenibile

Il coinvolgimento degli utenti non ha solo motivazioni etiche e non riguarda solo i diritti civili ma consente di liberare risorse umane e talenti degli individui. Le nuove forme di *welfare* attivo, come il lavoro supportato (*supported employment*) e la collaborazione tra pari retribuita, non rappresentano solo il superamento di forme di assistenza rese anacronistiche anche dai successi della psichiatria, ma costituiscono l'unico *welfare* sostenibile.

Regolamentare e retribuire esperti in supporto tra pari certificati

Anche nella nostra Regione sono sorte forme di supporto tra pari che hanno assunto varie denominazioni (facilitatori sociali, *peer supporters*) e sono state certificate da diversi enti accreditati dalla Regione stessa per la formazione. Grazie a programmi innovativi è stato possibile finora garantire la prosecuzione di queste esperienze in genere attraverso borse lavoro e tirocini lavorativi. È necessario ora effettuare un salto di qualità: uscendo dalla fase sperimentale, l'attività degli esperti in supporto tra pari richiede ora una regolamentazione e una definizione comune a livello regionale.

BIBLIOGRAFIA

- Barnes J.A. (1972) *Social Networks*, Module in Anthropology No. 26, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Brodeur C. (1986) *Sociétés d'hier et d'aujourd'hui: essai d'exégèse philosophique et psychanalytique*, LaSalle, Quebec.
- Davidson L., Strauss J.S. (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65: 131-145.
- Folgheraiter F. (1994) *Interventi di rete e comunità locali*, Erickson, Trento.
- De Stefani R., Stanchina D. (2011) *Utenti e Familiari esperti*, Erickson, Trento.
- Goglio M. (a cura di) (2011) *Dottore non sono di psichiatria! Consapevolezza di utenti con disagio psichico*, Erickson LIVE, Trento (Testo scaricabile gratuitamente dal sito: www.ericksonlive.it).
- Goglio M. (a cura di) (2012) *Quando 1 + 1 fa 3. La psichiatria nella logica del fare assieme raccontata da operatori, utenti, familiari e volontari*, Erickson LIVE, Trento. (Testo scaricabile gratuitamente dal sito: www.ericksonlive.it).
- Goldstein K. (2007) *Il concetto di salute e altri scritti*, Calamari E., Pini M. (a cura di), ETS, Pisa.
- Levati W., Saraò M. (1998) *Il modello delle competenze*, Franco Angeli, Milano.
- Maguire L. (1989) *Il lavoro sociale di rete. L'operatore sociale come mobilizzatore e coordinatore delle risorse informali della comunità*, Erickson, Trento.
- Mastroeni A., Cardani I., Cetti C. et al. (2012) Supporto tra Pari in salute mentale nel panorama internazionale e nell'esperienza comasca, *Link, Rivista scientifica di Psicologia*, Vol. 1: 43-48.
- Mencacci C., Straticò E. (2003) *L'utente e la famiglia: l'empowerment, il contratto di cura, la libera scelta, l'advocacy*, in Bassi M. et al. (a cura di) *Politiche Sanitarie in Psichiatria*, Parte II, Cap. 6: 74-87, Masson Italia.
- Nussbaum M.C. (2003) Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social Justice, *Feminist Economics*, 9(2-3).
- Powell J. (1985) Improving the effectiveness of self-help, *Social Policy*, 16
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1998), Catalog of Federal Domestic Assistance No. 93 230.
- Solomon P., Draine J. (2001) The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25.
- Svettini A. (2007) *Interventi psicoterapici e psicosociali-riabilitativi nelle psicosi agli esordi* (Documento on line) disponibile all'indirizzo: www.mitoerealta.org/documentazione.html.
- WHO (1998) *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, Geneva, World Health Organization.
- Zimmerman M.A. (2000) *Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis*, in Rappaport J., Seidman E. (a cura di) *Handbook of community psychology*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

I programmi innovativi per la salute mentale

Bisogni emergenti, nuove progettualità, impatto sui servizi

Capitolo

6

Mauro Percudani – Giorgio Cerati – Antonio Vita – Lorenzo Petrovich

RIASSUNTO

Negli ultimi anni, in molte regioni italiane, gli indirizzi di politica sanitaria e la programmazione in tema di salute mentale hanno mostrato sviluppi significativi. L'ambito più rilevante rispetto al quale si è orientata l'innovazione nei servizi di salute mentale riguarda la revisione dei percorsi di cura. In tale area si sono avviate le più importanti azioni di riorganizzazione: la differenziazione dei percorsi di cura territoriali, la riqualificazione della residenzialità, l'avvio di iniziative progettuali su tematiche quali l'accoglienza e l'intervento precoce dei disturbi gravi, la riabilitazione psicosociale, la depressione e i disturbi emergenti.

In diverse realtà regionali, sono stati finanziati programmi innovativi su tematiche considerate strategiche. Tali azioni hanno permesso di sviluppare nei servizi il metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale. L'esperienza lombarda rappresenta in questo ambito un esempio fattuale di particolare rilevanza. In Lombardia, successivamente all'approvazione del Piano Regionale per la Salute Mentale nel 2004, è stato avviato un ampio programma di azioni innovative per la salute mentale che nel corso degli anni ha evidenziato un esito positivo per il sistema, in termini qualitativi e quantitativi e sta raggiungendo l'obiettivo di una stabilizzazione delle azioni innovative nell'ambito del sistema sanitario regionale per la salute mentale.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, in molte Regioni italiane, gli indirizzi di politica sanitaria e la programmazione in tema di salute mentale hanno mostrato sviluppi significativi. Tali sviluppi sono avvenuti principalmente in due aree. In primo luogo nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, rispetto alla quale, di fronte a una pluralità di soggetti e di attori con diversi compiti nell'ambito della tutela della salute mentale, il Dipartimento di Salute Mentale

è diventato protagonista di sinergie e promotore di integrazione culturale oltre che fornitore dei livelli di cura e assistenza. Un altro ambito, forse ancora più significativo, riguarda la revisione dei percorsi di cura. In tale area si sono avviate le più importanti azioni di riorganizzazione: la differenziazione dei percorsi di cura territoriali, la riqualificazione della residenzialità, l'avvio di iniziative progettuali su tematiche quali l'accoglienza e l'intervento precoce dei disturbi gravi, la depressione e i disturbi emergenti.

Riguardo all'integrazione socio-sanitaria, la complessità dell'assetto gestionale e organizzativo dei diversi soggetti che operano nel campo della tutela della salute mentale ha posto l'esigenza di un governo del sistema che considerasse il ruolo, le funzioni e le competenze di diversi soggetti istituzionali e non istituzionali: Aziende Sanitarie Locali (ASL), Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), soggetti erogatori privati accreditati, Enti locali, agenzie del privato sociale e della 'rete naturale', associazioni, mondo del lavoro e della cooperazione. Per questo motivo, diverse programmazioni regionali hanno considerato prioritaria la nascita di 'Organismi di coordinamento per la salute mentale (OCSM)' istituiti d'intesa tra le ASL e i DSM, che coinvolgessero i diversi soggetti sopra citati, diventando il fulcro delle azioni di programmazione in tema di salute mentale e sviluppando progetti di prevenzione e di intervento attraverso l'integrazione delle risorse di un dato territorio e il coinvolgimento della società civile.

Accanto ai cambiamenti di scenario istituzionale, il cambiamento di utenza in atto, documentato dai tassi di incidenza e di prevalenza trattate nei DSM, ha reso necessario avviare una revisione dei percorsi clinici, garantendo agli utenti percorsi di cura specifici e identificando modelli clinico-organizzativi differenziati per governare il processo assistenziale. Dal punto di vista metodologico, l'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio. Tuttavia, vi è un'ampia condivisione che sia necessario operare per una differenziazione dei percorsi clinici all'interno dei servizi psichiatrici. In Lombardia sono stati identificati e strutturati tre percorsi territoriali per riorganizzare l'attività dei Centri di Salute Mentale:

1. la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche;
2. l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali;
3. la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni 'complessi'.

Nel percorso clinico della 'presa in carico', è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e l'istituzione della figura del *case manager*.

Al fine di promuovere obiettivi di sviluppo relativamente a tematiche proprie dell'assistenza territoriale, in diverse realtà regionali, sono stati finanziati programmi innovativi su tematiche considerate strategiche. Tali azioni hanno permesso di sviluppare nei servizi il metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale. Particolare rilevanza hanno assunto in questa logica tematiche quali: l'inter-

vento precoce nelle psicosi, l'inserimento lavorativo nei disturbi psichici gravi, il lavoro di rete, la collaborazione con i MMG, i progetti di trattamento per disturbi emergenti.

Le azioni innovative hanno riguardato anche il tema della formazione. La formazione rappresenta uno strumento indispensabile per le diverse professionalità che necessitano di adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con i nuovi modelli organizzativi e le azioni innovative. È in larga misura dalla 'qualità' delle risorse umane che dipende la 'qualità' dei servizi psichiatrici. Riguardo agli obiettivi e contenuti formativi, sono state individuate alcune aree prioritarie. Tra queste, la formazione rivolta all'acquisizione di competenze innovative per tutti gli operatori dei servizi psichiatrici (in primo luogo al ruolo di *case manager*) e la formazione sui temi della qualità dell'assistenza.

I PROGRAMMI INNOVATIVI PER LA SALUTE MENTALE

L'esperienza lombarda rappresenta in questo ambito un esempio di particolare rilevanza. In Lombardia, successivamente all'approvazione del Piano Regionale per la Salute Mentale nel 2004 (PRSM), è stato avviato un ampio programma di azioni innovative per la salute mentale che ha evidenziato un esito positivo per il sistema, in termini qualitativi e quantitativi (Tabella 6.1), tanto da orientare stabilmente le azioni regionali verso uno sviluppo dell'innovazione fondato sul metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale (Cerati G. et al., 2005)

Sulla base della valutazione dell'andamento dei programmi innovativi svolti nell'area territoriale nel corso del triennio 2006-2008, per il triennio 2009-2011 sono state previste ulteriori risorse destinate specificamente all'area dell'innovazione territoriale e della qualità della formazione, per un importo complessivo pari a 10 milioni di euro per anno. La maggior parte di tali risorse è stata destinata alla realizzazioni di programmi territoriali relativi a specifiche tematiche strategiche in aggiunta ai finanziamenti annuali previsti per i DSM su base storica. Una parte meno rilevante, pari a 1,5 milioni di euro, a programmi di valenza regionale sui temi della formazione, della qualità dell'assistenza e alla valutazione e monitoraggio delle attività erogate.

TABELLA 6.1	
Programmi innovativi per la salute mentale nel triennio 2006-2008	
n° programmi innovativi di area territoriale attivati (compreso residenzialità leggera)	42
n° di territori ASL coinvolti	13
n° di soggetti erogatori coinvolti	37
Finanziamento erogato nel triennio 2006-2008 (euro)	13 077 368
Finanziamento erogato nell'anno 2008 (euro)	5 988 856

Le tematiche strategiche per il finanziamento di programmi innovativi sono state identificate come segue:

- **Area territoriale:**
 - intervento precoce nelle psicosi;
 - inserimento lavorativo;
 - modelli di intervento integrato nei disturbi psichici gravi;
 - lavoro di rete (per es., facilitatori/aiutanti naturali, rapporto con i MMG);
 - disturbi emergenti: disturbi psichici comuni (ansia e depressione nell'adulto e nell'anziano); disturbi dell'alimentazione e della personalità; quadri complessi con rilievo comportamentale e sociale (abusi, migrazione, devianza ecc.).
- **Area Qualità e Formazione:**
 - formazione al ruolo di case manager e all'acquisizione di strumenti di intervento e valutazione (PTI e PTR);
 - sistemi di qualità e accreditamento professionale;
 - programmi di area educativo-informativa in salute mentale;
 - progetti di valutazione e ricerca.

La metodologia per lo sviluppo dell'innovazione in salute mentale su tali tematiche strategiche si basa sulle macroaree territoriali delle ASL, anche nella dimensione inter-ASL, valorizzando la funzione propria degli OCSM. La modalità attuativa ha previsto l'assegnazione del finanziamento alle ASL con specifica destinazione per l'innovazione nell'attività dei DSM/erogatori e con invito all'OCSM di farsi garante del mantenimento e dello sviluppo di azioni innovative coerenti con le tematiche strategiche individuate e la sottoscrizione di contratto integrativo specifico tra le ASL e le Aziende Ospedaliere/erogatori per l'implementazione dei programmi innovativi attraverso un fondo vincolato per l'innovazione in salute mentale.

L'assegnazione alle ASL del fondo per l'innovazione per i programmi territoriali è avvenuto con il criterio del riparto per popolazione secondo quanto risulta nella Tabella 6.2.

Nel triennio 2009-2011 sono stati attivati complessivamente 79 programmi innovativi ripartiti nelle aree strategiche pre-definite secondo quanto riportato nella Tabella 6.3.

L'IMPATTO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI NELL'ATTIVITÀ DEI SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI

L'effetto positivo che i programmi innovativi per la salute mentale hanno determinato sul sistema regionale dei servizi per la salute mentale è stato recentemente documentato da una serie di dati che hanno confrontato le attività territoriali di psichiatria tra il 2005 e il 2010.

Nel corso del quinquennio è stato registrato un progressivo incremento dei pazienti in contatto con le strutture territoriali di psichiatria, particolarmente per quanto ri-

TABELLA 6.2			
Fondo annuale ASL per programmi innovativi territoriali			
ASL	Popolazione >14 anni	% popolazione	Fondo assegnato (euro)
Bergamo	886 781	10,8	9 15 763
Brescia	933 157	11,3	9 63 655
Como	492 556	6,0	5 08 654
Cremona	305 449	3,7	3 15 432
Lecco	280 808	3,4	2 89 985
Lodi	192 215	2,3	1 98 497
Mantova	346 010	4,2	3 57 318
Milano	1 379 018	16,8	1 424 088
Milano 1	782 309	9,5	8 07 877
Milano 2	515 873	6,3	5 32 733
Monza e Brianza	678 497	8,2	7 00 672
Pavia	458 697	5,6	4 73 688
Sondrio	155 067	1,9	1 60 135
Varese	738 849	9,0	7 62 996
Vallecambonica	85 706	1,0	88 507

TABELLA 6.3		
Programmi innovativi di area territoriale nel triennio 2009-2011		
Tematica strategica	Numero progetti	Finanziamento (euro)
Intervento precoce nelle psicosi	17	2 400 000
Inserimento lavorativo	8	900 000
Intervento integrato disturbi psichici gravi	11	1 350 000
Lavoro di rete	26	2 100 000
Disturbi emergenti	17	1 400 000

guarda la fascia di età giovanile compresa tra i 18 e i 24 anni. Più in dettaglio, l'incremento medio annuo di pazienti in contatto con i Centri di Salute Mentale è stato del 3% nel periodo 2005-2008 e del 9% nel periodo 2009-2010 (Figura 6.1).

L'incremento medio annuo di pazienti in contatto con i servizi psichiatrici territoriali nella fascia di età 18-24 anni, nel periodo 2009-2010, è stato del 17% (Figura 6.2). Tali dati evidenziano un significativo miglioramento dell'accessibilità ai servizi psichiatrici particolarmente in aree di intervento sostenute dai programmi innovativi. Nello stesso periodo è stato registrato anche un significativo incremento medio annuo

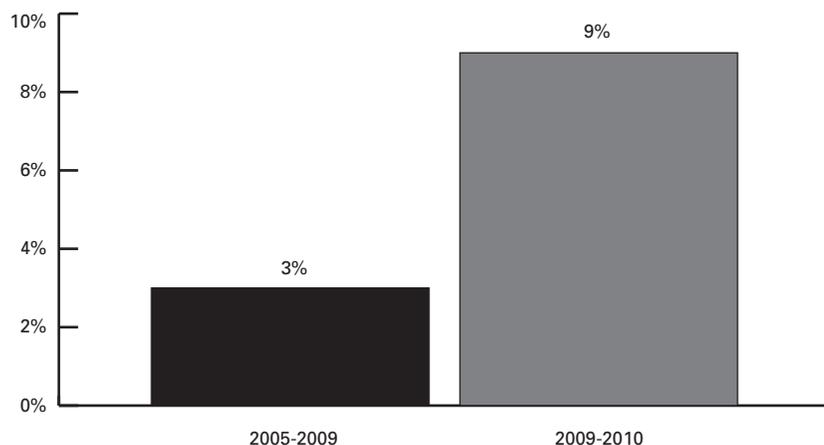


FIGURA 6.1 Incremento medio annuo dei pazienti in contatto con i servizi psichiatrici a livello territoriale (periodo 2005-2010).

dell'insieme degli interventi erogati a livello territoriale dai servizi di psichiatria (+ 8% tra il 2009 e il 2010) e un incremento di interventi psicosociali specifici quali gli interventi rivolti ai famigliari (+ 3% nel periodo 2005-2008 e + 6% nel periodo 2009-2010) e le attività di tipo psicologico (+ 5% nel periodo 2005-2008 e + 7% nel periodo 2009-2010) (Figura 6.3).

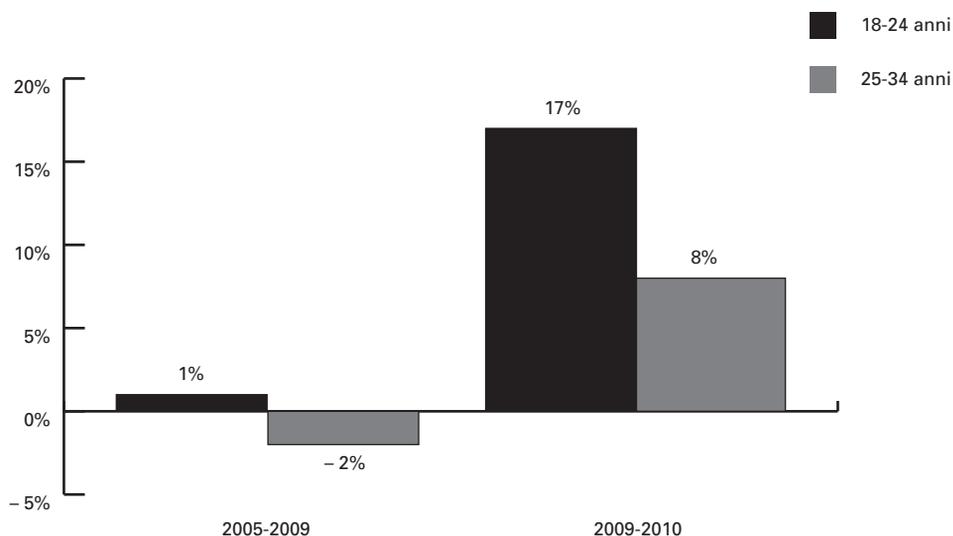


FIGURA 6.2 Incremento medio annuo dei pazienti giovani (18-34 anni) in contatto con i Centri Psicosociali (periodo 2005-2010).

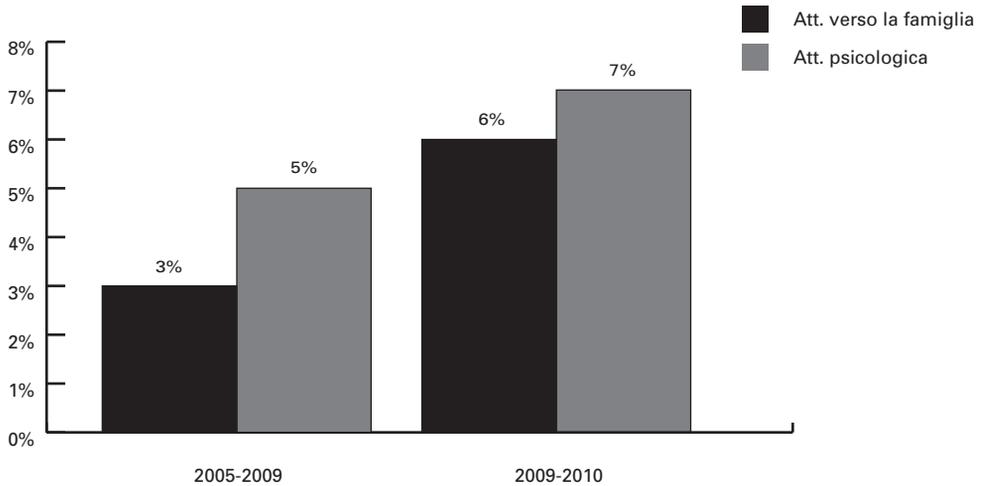


FIGURA 6.3 Incremento medio annuo degli interventi psicosociali nei servizi psichiatrici territoriali (periodo 2005-2010).

PROSPETTIVE FUTURE PER L'AREA DELL'INNOVAZIONE IN SALUTE MENTALE

I programmi innovativi di salute mentale sono entrati stabilmente a far parte dell'offerta dei DSM e hanno avuto un ruolo di particolare rilevanza nel favorire progettualità in linea con i nuovi bisogni documentati dall'epidemiologia psichiatrica. Riguardo alle prospettive future, il mantenimento e lo sviluppo dell'area dell'innovazione necessita certamente di ulteriori azioni migliorative.

Tali azioni di prospettiva, già individuate nella recente circolare attuativa delle Regole per il Sistema Socio-sanitario per l'anno 2013, possono essere riassunte come segue:

- La stabilizzazione funzionale nell'ambito delle programmazione ordinaria dell'attività dei DSM.
- La revisione delle tematiche strategiche per aree di salute rilevanti, con le proprie sottoaree di intervento.
 - 1) Intervento precoce/area giovani.
 - 2) Disturbi emotivi comuni/emergenti:
 - a) collegamento MMG, depressione, psicogeriatría;
 - b) disturbi perinatali, Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), disturbi di personalità.
 - 3) Presa in carico e lavoro di rete:
 - a) inserimento lavorativo;
 - b) inclusione sociale;
 - c) riabilitazione psicosociale;
 - d) utenti, famiglie, associazioni (Tabella 6.4).

TABELLA 6.4 Tematiche strategiche e sottoaree di intervento previste per i programmi innovativi in salute mentale per l'annualità 2013				
Tematica strategica	Sottoarea	Sottoarea	Sottoarea	Sottoarea
1. Intervento precoce/area giovani				
2. Disturbi emotivi comuni/emergenti	2A – Collegamento MMG, depressione, psicogeriatría	2B – Disturbi perinatali, DCA, disturbi di personalità		
3. Presa in carico e lavoro di rete	3A – Inserimento lavorativo	3B – Inclusione sociale	3C – Riabilitazione psicosociale	3D – Utenti, famiglie, associazioni

- Il completamento del lavoro regionale sugli indicatori di valutazione già avviato nel 2012 e attraverso cui viene identificato un set di indicatori per ogni tematica strategica (e relative sottoaree) da utilizzarsi da parte di ogni progetto per un costante monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei progetti.
- Il pieno e organico inserimento dei programmi nell'attività dei Centri Psicosociali (CPS), con attenzione a riservare spazi fisico-organizzativi dedicati.

Un ulteriore aspetto di particolare importanza per l'area dell'innovazione in salute mentale riguarda il tema dell'integrazione fra discipline con particolare attenzione al rapporto tra psichiatria e neuropsichiatria infantile (NPIA) sul tema della prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile.

A partire dal 2009, anche l'area della NPIA è stata coinvolta nella realizzazione di progetti regionali specifici. Tale azione è avvenuta con il finanziamento di progetti richiesti dalle ASL nell'ambito di aree di intervento considerate carenti e ha trovato una stabilizzazione con l'anno 2012. La DGR 2633/2011 relativa alle "Regole per la gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'anno 2012" ha previsto, accanto alla riconferma dei programmi innovati per la salute mentale, risorse aggiuntive per un finanziamento *ad hoc* di 10 milioni di euro indirizzato alle ASL, per attivare, a fronte di esigenze cliniche documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche, progetti specifici di NPIA volti al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi oltre che a percorsi diagnostico terapeutici mirati alle aree di particolare criticità.

Tra le aree considerate strategiche nell'ambito di tale finanziamento vi è stata la tematica della "acuzie psichiatrica in adolescenza". Nel 2012 sono stati attivati 14 progetti regionali in diverse ASL relativi ai "disturbi psichici in età giovanile" con un finanziamento complessivo di oltre 3,5 milioni di euro. Sempre nell'ambito della DGR 2633/2011 relativa alle "Regole per la gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'anno 2012" veniva sottolineato come tema di grande rilievo lo sviluppo di processi integrativi tra NPIA e psichiatria nell'area dell'adolescenza non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento

e il trattamento dei disturbi psichici gravi nella fascia 16-18 anni. Riguardo alla programmazione delle attività per la salute mentale, la stessa delibera dava indicazioni per correlare operativamente i progetti di NPIA sull'emergenza urgenza psichiatrica in adolescenza con l'ambito dei programmi innovativi specifici per l'intervento precoce nelle psicosi al fine di realizzare équipe funzionali integrate a livello territoriale in grado di intercettare i bisogni dei 16-18enni affetti da gravi disturbi psichici.

Più specificamente, il documento regionale prodotto dal Gruppo di Approfondimento Tecnico sul tema "identificazione di linee operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile" ha individuato alcune modalità operative ritenute appropriate per avviare i processi di integrazione tra psichiatria, NPIA e psicologia clinica a livello territoriale sul tema della prevenzione e trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile. Tali indicazioni operative, attualmente in corso di sperimentazione, sono descritte nell'Appendice 1.

CONCLUSIONI

A distanza di oltre trent'anni dalla riforma psichiatrica, la rete dei servizi psichiatrici rappresenta una realtà consolidata nella gran parte dei territori regionali. Vi è ora la necessità di una spinta innovativa per ridefinire i programmi di intervento, particolarmente in quelle aree dove vi è carenza di progettualità nei servizi (Angelozzi A. et al., 2012).

In molte Regioni italiane, sono state avviate azioni innovative per realizzare obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale psichiatrica quali l'identificazione di percorsi territoriali coerenti con i diversi bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici (differenziazione dei percorsi di cura, intervento precoce nelle psicosi, intervento sui giovani, trattamento dei disturbi emotivi comuni) e l'offerta di un maggiore supporto alla persona nel percorso di cura (inserimento lavorativo, reti sociali naturali, inclusione sociale) anche attraverso il coinvolgimento dei familiari e delle loro associazioni. Inoltre, sul versante istituzionale è diffusa la costituzione di tavoli/organismi di coordinamento per la salute mentale per valorizzare tutte le risorse, formali e informali, della comunità.

La valorizzazione del metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale, incomincia a fornire risultati positivi, specialmente per lo sviluppo di azioni territoriali riconducibili a criticità e carenza di offerta riguardo a bisogni specifici.

La verifica della effettiva implementazione nel sistema di tali servizi innovativi e la valutazione della loro efficacia rappresenta ancora una sfida per gli anni futuri.

BIBLIOGRAFIA

- Angelozzi A., Biffi G., Cappellari L. et al. (a cura di) (2012) Conferenze Nazionali delle Sezioni Regionali della Società Italiana di Psichiatria, *Quaderni Italiani di Psichiatria (QUIP)*, vol. XXXI, Supplemento n. 3.

- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan), *Journal of Medicine and the Person*, 3(2): 71-73.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Percudani M. (2010) *Sperimentare l'integrazione sul campo: modelli innovativi alla prova*, Atti del Convegno: Il Fattore Umano: l'incontro tra paziente e operatore, la speranza, i modelli psico-sociali di cura, Peschiera del Garda (VR), pp. 125-131.
- Percudani M., Cerati G., Angelozzi A., Gruppo di lavoro SIP (2012) I modelli regionali nelle politiche di salute mentale, *Sistema Salute*, 56(2): 192-204.

APPENDICE I

MODALITÀ OPERATIVE PER ATTIVARE LE “ÉQUIPE FUNZIONALI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATE” PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI GRAVI IN ETÀ GIOVANILE

Sulla base dell'esperienza maturata nei diversi progetti innovativi in corso (programmi innovativi per la salute mentale e progetti regionali NPIA), sono state individuate alcune modalità operative ritenute appropriate per avviare i processi di integrazione tra psichiatria, NPIA e psicologia clinica a livello territoriale sul tema della prevenzione e trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile.

Sede

Sede appropriata al di fuori delle strutture classiche della psichiatria (CPS) e dei Poli Territoriali UONPIA e in contesti appropriati ad accogliere un'utenza di età giovanile.

Destinatari

Servizio rivolto ad adolescenti e giovani di età compresa fra i 14 e i 24 anni, che presentano problemi collegati a sofferenza psicopatologica, con particolare attenzione alle aree:

- disturbi psicotici;
- disturbi d'ansia (attacchi di panico, ansia generalizzata, fobie sociali, disturbi ossessivo-compulsivi) e disturbi dell'adattamento;
- disturbi affettivi (disturbi bipolari, depressione maggiore, depressioni lievi e moderate, depressioni ansiose, depressioni reattive);
- disturbi di personalità.

Criteri di inclusione

- Soggetti con età compresa tra 14 e 24 anni.
- Presenza di disturbi psicopatologici nell'ambito delle diagnosi sopra citate.
- Esordio dei sintomi da meno di un anno.

Criteri di esclusione

- Urgenze.
- Ritardo mentale medio e grave.
- Disturbi pervasivi dello sviluppo.
- Disturbi specifici dell'apprendimento.
- Disturbi da uso di sostanze (ICD10 F1) come diagnosi principale.
- Esordio dei disturbi antecedente di un anno dal contatto.
- Soggetti già in carico presso le UOP e le UONPIA.

Personale

Équipe funzionale multidisciplinare composta da medici (psichiatri e neuropsichiatri infantili), psicologi, infermieri, educatori e assistenti sociali di provenienza dall'area della psichiatria, dalla NPIA e dalla psicologia, con l'apporto specifico delle risorse messe a disposizione dai programmi innovativi per la salute mentale e dai progetti regionali per la NPIA.

La presenza degli operatori è organizzata in modo da garantire la presenza delle diverse professionalità coerentemente con i bisogni dell'utenza in contatto.

L'équipe funzionale si caratterizza per il fatto che gli operatori che la compongono mantengono l'afferenza dalle Unità Operative di provenienza e operano, secondo tempi e modalità definite e concordate, in una équipe integrata che si costituisce come soggetto stabile che promuove attività clinica, di formazione, di supervisione ecc.

L'Azienda Ospedaliera individua un coordinatore/referente dell'équipe. È necessario programmare azioni formative specifiche rivolte all'équipe funzionale multidisciplinare.

Accesso

Il primo colloquio avviene di norma entro 7/14 gg dal contatto. La tempestività dell'intervento è un elemento indispensabile e qualificante dei progetti su questa tematica strategica.

Per favorire l'accessibilità degli utenti il progetto è pubblicizzato presso le varie agenzie del territorio interessate all'area giovanile e adolescenziale attraverso vari

strumenti: volantini e locandine, incontro con i dirigenti scolastici, comunicazioni dettagliate ai MMG e Pediatri di famiglia.

Un aspetto di particolare rilevanza riguarda il rapporto con gli invianti. A livello dei singoli territori, e considerando le realtà specifiche territoriali, è necessario governare l'invio attraverso un rapporto stabile di collaborazione con i diversi soggetti sanitari e non sanitari. Particolare rilevanza assume in questo ambito la collaborazione con i consultori, i distretti socio-sanitari, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia e anche con i soggetti non sanitari che compongono la rete sociale, in primo luogo la scuola.

Attività

Le attività delle équipes funzionali multidisciplinari integrate prevedono:

1. interventi di inquadramento diagnostico multidimensionale e progettazione del percorso di cura che includa pazienti e genitori al fine di permettere sia ai ragazzi sia ai famigliari una maggiore libertà di espressione e un'attenzione specifica ai bisogni e alla tutela della riservatezza in modo coerente con le diverse età;
2. la fase della valutazione si conclude entro tre mesi dal primo contatto. Al termine della valutazione il paziente può essere:
 - dimesso nel caso non vi siano bisogni specifici di trattamento;
 - preso in cura dal servizio (assunzione in cura) per un trattamento della durata massima di 12 mesi nel caso della presenza di bisogni che richiedono un trattamento specifico;
 - inviato direttamente ai servizi competenti (CPS, Poli territoriali UONPIA, Ser.T, Ambulatorio per il trattamento dei DCA ecc.) nei casi con bisogni complessi che richiedano una presa in carico. In tali casi, la fase di passaggio sarà curata con attenzione al fine di contenere al massimo i drop out.

Di particolare importanza è l'utilizzo routinario nei progetti di strumenti di valutazione validati sia per la definizione diagnostica e clinica, sia per la valutazione degli esiti e dell'efficacia.

I progetti per l'integrazione lavorativa nelle pratiche riabilitative dei servizi per la salute mentale

Rete e inserimento lavorativo per soggetti con disturbi psichici

Capitolo

7

*Camillo Caputo – Elisabetta Franciosi – Teodoro Maranesi
Mauro Percudani – Andrea Quarenghi*

RIASSUNTO

L'integrazione lavorativa in salute mentale è senz'altro una navigazione complessa, a volte complicata. Questo capitolo tratta in particolare due temi, che riprendono due linee strategiche fondanti del Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) del 2004 sull'inserimento lavorativo. Lo faremo attraverso l'esplorazione di due progetti che hanno coinvolto molti dipartimenti lombardi.

Il primo tema è la costituzione e lo sviluppo di équipe funzionali, specializzate nell'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici. Questo è stato uno degli aspetti centrali del progetto 'Lavoro & Psiche' di Fondazione Cariplo, che ha coinvolto il territorio regionale corrispondente a quattro ASL lombarde ovvero Bergamo, Como, Milano 1, Sondrio.

Il secondo tema è ciò che nel PRSM viene definito come la "promozione di una rete permanente per l'integrazione lavorativa dei pazienti psichiatrici", che nel Programma Innovativo dell'ospedale Sacco è più preciso definire come una modalità innovativa di sostenere, riorganizzare e ottimizzare la rete per l'integrazione lavorativa dell'ASL di Milano.

INTRODUZIONE

Nel giugno del 2004 Regione Lombardia ha emanato il nuovo Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) al fine di promuovere un circuito fiduciario territoriale, sviluppando – attraverso un Organismo di Coordinamento della Salute Mentale sostenuto dall'ASL – “una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, con programmi di cura improntati a modelli di efficacia e valutabili, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati, non-profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile” (Deliberazione giunta regionale del 17 maggio 2004, n. 7/17513 BURL, 2004a).

Il nuovo PRSM ha permesso quindi la progettazione e l'attivazione di programmi innovativi regionali, che mirassero alla promozione di percorsi territoriali, alla realizzazione di modelli di intervento per rispondere a bisogni con rilevanza sociale, alla riorganizzazione della residenzialità e alla costruzione di équipe funzionali e specializzate.

Tramite le Linee di indirizzo triennali: "Sviluppo e innovazione in psichiatria" (Deliberazione giunta regionale del 16 dicembre 2008, allegato 11), è stato dato un indirizzo all'operatività dei Dipartimenti sul tema della riabilitazione finalizzata all'occupazione, modificandone alcuni aspetti. Inoltre, sono stati sviluppati nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) lombardi alcuni programmi innovativi focalizzati sul tema del lavoro che hanno costruito delle metodiche e delle prassi organizzative locali specifiche. Una progettazione sociale corposa sul tema, infine, è stata 'Lavoro & Psiche' di Fondazione Cariplo, di recente conclusione, che ha affiancato all'intervento operativo uno studio randomizzato di valutazione dei risultati.

Di conseguenza, nella psichiatria regionale le esperienze si sono moltiplicate in questi nove anni e si può dire a buon diritto che si sono sviluppate azioni considerevoli per "far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare [...] sia per i soggetti già occupati". Più precisamente, data la vastità e la località delle esperienze, è più corretto parlare della crescita di uno spettro di più prassi e culture dell'inserimento lavorativo.

Se si vuole avere una visione non solo sanitaria dei percorsi territoriali atti a sostenere l'integrazione lavorativa, a partire da quanto osservato nel contesto cittadino milanese si rileva una difficoltà di comunicazione fra il mondo della salute mentale e quello del lavoro produttivo, in una circolarità di non cooperazione. Da una parte le aziende muovono diffidenza verso la malattia mentale e sfiducia verso i servizi di cura; dall'altra i servizi, e spesso il mondo del terzo settore, concepiscono l'esperienza lavorativa come sostitutiva di cura e le aziende come produttrici di stigma sociale verso le minoranze.

Questa difficoltà di comunicazione, unita alla particolare congiuntura economica, ha richiesto a Milano un quadro d'intervento ancora più complesso, che mirasse a rafforzare il sistema della rete, caratterizzato dai seguenti punti di criticità:

- proliferazione confusa di opportunità, in una rete cittadina non attraversata da autentico spirito collaborativo;
- dispersione e frammentazione di risorse non equamente accessibili ai pazienti;
- competenze professionali non ottimizzate e poste al servizio della rete;
- carenza di un metodo di cura che garantisca ai candidati programmi di selezione, formazione, accompagnamento e mantenimento del posto di lavoro nel rispetto della salute del lavoratore e delle richieste delle imprese;
- confusione fra lavoro e occupazione.

A questo quadro complesso si aggiungono i cambiamenti di carattere legislativo, amministrativo e organizzativo che molto influenzano le prassi degli operatori dei dipar-

timenti, e di conseguenza le caratteristiche complessive dei servizi che la psichiatria lombarda offre ai pazienti sul tema della riabilitazione finalizzata al lavoro.

Nell'ultimo ventennio si è assistito a nuovi scenari di politica del lavoro a livello europeo, che hanno avuto una consistente ricaduta in Italia sia sulla normativa vigente¹ sia sulla riorganizzazione dei servizi pubblici per l'impiego (Provincia di Milano, 2011). In particolare, la legge 68/1999 ha cambiato in maniera significativa le logiche con cui veniva gestito il servizio di collocamento dei disabili: al concetto di 'collocamento obbligatorio' è stato affiancato quello di 'collocamento mirato', inteso come insieme di servizi per favorire l'incontro tra le esigenze dei datori di lavoro e le caratteristiche individuali delle persone disabili o appartenenti ad altre categorie protette. A questa hanno fatto poi seguito normative nazionali che hanno riorganizzato l'assetto istituzionale riguardante i servizi sociali e le politiche del lavoro, responsabilizzando Regioni, Province e Comuni nella programmazione e nel coordinamento delle politiche sociali integrate (Provincia di Milano, 2011). In Regione Lombardia si è assistito all'introduzione dello strumento della Dote nelle sue varie forme (Dote Formazione, Lavoro ecc.), in particolare pensando all'impatto organizzativo sugli enti erogatori (l'accreditamento, il clic-day) o a eventuali modifiche che può aver apportato alla strutturazione degli interventi, nel provare a favorire una scelta più aperta da parte dell'utenza. Ulteriore novità in campo legislativo è stata la graduale crescita dell'applicazione nelle Province dell'art. 14 del Dlgs. 276/2003. Questa legge prevede la possibilità di uno spostamento di parte della quota d'obbligo assuntivo delle aziende profit alle cooperative sociali di tipo B, nel tentativo di favorire un circolo virtuoso d'introduzione dei disabili nel mercato del lavoro.

Altri cambiamenti ancora saranno alle porte nel prossimo futuro, per esempio l'eventuale accorpamento di alcune Province o la riorganizzazione dei servizi per il collocamento e gli adempimenti alla legge 68/1999.

In buona sostanza, si ritiene di poter dire che a livello culturale si sta assistendo a un felice mutamento nella concezione del lavoro in salute mentale: non più come sostitutivo di cura, ma come sostegno alla realizzazione della persona per un'autentica recovery e inclusione sociale.

¹ L'art. 4 del Decreto Legislativo 23 dicembre 1997, n. 469 "Conferimento alle regioni e agli enti locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell'art. 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59" attribuisce alle province le funzioni e i compiti relativi alla gestione dei servizi per l'impiego, da realizzarsi tramite strutture denominate centri per l'impiego e distribuite sulla base di bacini provinciali con utenza non inferiore a 100 000 abitanti. In particolare, individua il collocamento mirato fra i servizi di competenza delle Province (art. 2) e ne affida alle Regioni l'organizzazione amministrativa. L'art. 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" dispone che gli organismi individuati dalle regioni ai sensi dell'art. 4 del Dlgs. 469/1997 provvedano, in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento lavorativo dei cittadini disabili e appartenenti alle categorie protette.

La legge regionale 4 agosto 2003, n. 13 "Promozione all'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate" individua nelle province gli uffici competenti di cui all'art. 6 della legge 68/1999 e istituisce il Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili previsto dall'art. 14 della legge 68/1999.

In questo capitolo si cercherà di orientare il lettore trattando in particolare due temi che riprendono due linee strategiche fondanti del Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 sull'inserimento lavorativo. Lo faremo attraverso l'esplorazione di due progetti che hanno coinvolto molti dipartimenti lombardi: il primo, 'Lavoro & Psiche', tratta il tema della costituzione e dello sviluppo delle équipes funzionali specializzate nell'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici; il secondo, "Programma Innovativo Regionale Ospedale Sacco", definisce e applica un modello organizzativo che ottimizza le risorse in rete.

IL PROGETTO 'LAVORO & PSICHE'

'Lavoro & Psiche' è un progetto ideato, finanziato e gestito direttamente da Fondazione Cariplo. Nel contesto dell'aperto dibattito sul ruolo delle fondazioni bancarie in Italia, la Fondazione ha voluto sperimentarsi in una nuova funzione: non più finanziatore di iniziative filantropiche condotte da terzi, ma conduttore *tout-court* di un progetto di produzione ed erogazione di una politica pubblica da comparare rispetto all'esistente. In caso di esito positivo, l'intenzione dell'ente filantropico è quella di promuovere le caratteristiche dell'intervento verso il decisore pubblico. La metodologia di ricerca adottata a questo scopo è stata lo 'studio randomizzato'; il settore individuato è stato l'inserimento al lavoro di persone con grave patologia psichica.

'Lavoro & Psiche' era composto da più elementi:

- il disegno di ricerca randomizzato, gestito dagli specialisti dell'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche (ASVAPP), che ha definito la cornice e l'impianto del progetto;
- i Tavoli tecnici territoriali, appositamente costituiti, a cui sono state date competenze di gestione e progettazione nella rete locale;
- i "coach per l'integrazione lavorativa", formati e co-gestiti da ALA-Sacco, che avevano la responsabilità operativa di gestione dei percorsi di integrazione lavorativa.

Nel corso del 2008 sono state selezionate le quattro ASL dove localizzare la sperimentazione: Bergamo, Como, Milano 1, Sondrio. È stato costituito il Comitato di Indirizzo del progetto, che ha previsto una partecipazione allargata di varie componenti sociali. I Tavoli tecnici locali hanno divulgato il progetto, approvato nei comitati etici locali il disegno di ricerca, costruito e sviluppato Progetti Locali con la facilitazione metodologica di specialisti nel project management (PMLab). L'obiettivo dei progetti locali era ampio: sensibilizzare e facilitare l'integrazione lavorativa per questa fascia di popolazione nei territori coinvolti.

Sul versante operativo, terminata la fase di selezione e di formazione iniziale a cura di ALA-Sacco, nei primi mesi del 2009 è avvenuto l'insediamento dei quattro gruppi coach nelle sedi territoriali. È stata fatta una mappatura dei servizi, degli enti e delle risorse locali (sanitarie, istituzionali, formative, lavorative, ecc.) e si sono avviate le attività di presentazione e di richiesta di collaborazione. Le prime segnalazioni

di candidati e l'avvio alla costituzione dei due gruppi – detti *gruppo di controllo* e *gruppo sperimentale* – è avvenuta nel maggio 2009.

'Lavoro & Psiche' è stato quindi un progetto vasto e complesso. Ha convogliato operatori e saperi appartenenti a più settori: la valutazione scientifica, la sanità, la formazione, l'educazione, le politiche del lavoro, la progettazione sociale, il mondo aziendale e cooperativo, le istituzioni, i rappresentanti dei famigliari. La sperimentazione si è conclusa a dicembre 2012, e nella primavera 2013 Fondazione Cariplo comunicherà pubblicamente i risultati della sperimentazione.

In questo capitolo ci focalizzeremo su alcuni elementi che i *coach* e ALA-Sacco hanno osservato operando all'interno delle reti socio-sanitarie e lavorative territoriali, e su come i gruppi *coach* si sono relazionati a questi temi nel corso di 'Lavoro & Psiche'. Per ciò che attiene il mandato progettuale dei *coach* e le caratteristiche della metodica di intervento, rimandiamo il lettore alle Linee Guida del progetto e al Quadro Logico d'intervento.²

Le reti locali sono molto diverse l'una dall'altra

Nei quattro territori, le reti fra psichiatria e lavoro hanno caratteristiche molto differenti. Se può essere intuitivo che Bormio differisca radicalmente da Corsico, forse non lo è altrettanto che ciò accada fra aree geograficamente e culturalmente prossime. Può risultare più comprensibile dettagliando maggiormente alcuni parametri di variabilità:

- il **terzo settore**: ci sono zone in cui la fruibilità di cooperative di tipo B per percorsi propedeutici, formativi e assuntivi è molto alta; zone in cui questa risorsa non è presente, o ha disponibilità ricettive parziali; la competenza specifica sulla gestione del lavoratore con disagio psichico grave non è inoltre appannaggio di tutte le cooperative;
- il **mercato del lavoro profit**, di cui varia molto lo "stato di salute" zona per zona; quanto esso è accessibile agli utenti con disagio psichico; come si relaziona ai servizi e al tessuto istituzionale;
- le **modalità operative dei servizi istituzionali** (provinciali, comunali, zionali ecc.) per l'occupazione delle fasce deboli; quanto i servizi sono: presenti e legati al tessuto sanitario, sociale e produttivo; se sono esternalizzati o consorziati; se riescono a essere efficienti e costanti nei propri obiettivi; se offrono tempi e metodologie adatte all'utenza psichica;
- la **psichiatria locale**: la qualità complessiva delle cure e la diffusione delle pratiche riabilitative e di inserimento lavorativo al suo interno.

² Il materiale è reperibile rispettivamente sul sito di Fondazione Cariplo e nella sezione 'progetti' di <http://ala.hsacco.it>.

L'ampia variabilità di ognuno di questi fattori si combina con gli altri, moltiplicandone le combinazioni e dando vita a geografie peculiari. Ne risultano zone che rispondono in modo più che buono al bisogno della popolazione con disagio psichico grave, altre zone sono più in difficoltà, ma ognuna ha caratteristiche proprie e particolari.

Nel progetto 'Lavoro & Psiche', i quattro gruppi *coach* hanno ricercato nelle reti locali opportunità formative e lavorative, sia protette che integrate; si sono connessi col comparto sanitario e riabilitativo, modulando ciclicamente in ogni percorso occupazionale obiettivi di apprendimento compatibili con il benessere individuale; hanno provato a instaurare rapporti di collaborazione con i servizi per il lavoro e le istituzioni locali.

Per adattarsi alle specificità locali, l'organizzazione interna dei quattro gruppi *coach* si è differenziata l'una dall'altra: nei territori più ricchi e complessi, i coordinatori hanno riorientato il proprio lavoro per dedicarsi in via predominante al rapporto con gli enti, i servizi e con il tavolo tecnico locale; dove il terzo settore non era accessibile per ricevere e formare le professionalità dei pazienti, si è cercato di costruire step di percorso più modulati e progressivi col comparto aziendale e con le associazioni; dove vi erano carenze di postazioni finalizzate, si è intensificata l'attività di *scouting* aziendale diretto.

In sintesi, in ogni territorio i gruppi hanno provato a introdursi nelle reti e a sostenere, in modo specifico e per quanto a loro possibile, la 'filiera' operativa dei processi di professionalizzazione dei candidati. Si sono rapportati alle particolarità locali differenziando la propria attività e la propria organizzazione, mantenendo però unitarietà d'intenti: cercare di rintracciare e modulare, attraverso il lavoro di rete, opportunità di percorso fruibili e adeguate ai bisogni complessi del gruppo dei pazienti inclusi nel gruppo sperimentale.

Alla fine del triennio di progetto, ci pare di poter dire che anche per operatori appositamente formati e supportati, la navigazione fra i comparti coinvolti nell'integrazione lavorativa di persone con grave disagio psichico sia un'attività complessa e difficoltosa, che pur riservando alcune soddisfazioni pare simile a una 'corsa a ostacoli'.

Innestare un servizio in reti sviluppate e competitive durante la crisi economica

Nei periodi di crisi si possono avere due movimenti possibili tra gli elementi all'interno di un sistema sociale: un effetto aggregativo (convergere al fine di ottimizzare e unire le competenze), oppure disgregativo (aumentare la competitività per le diminuite risorse a disposizione). Nel settore dell'integrazione lavorativa si possono senz'altro avere esempi di entrambe le tendenze; forse è meno facile trovare descritti alcuni modi concreti nei quali si esprime la crescita della competizione in questo settore e alcune problematiche a essa connesse.

L'aspetto più immediato è la moltiplicazione delle forme con cui si cercano di aumentare rimborsi, remunerazioni o finanziamenti, per esempio da parte del terzo settore. In alcuni casi, abbiamo osservato che questo porta alcune cooperative a offrire

ai dipendenti disabili contratti di lavoro temporalmente limitati al periodo di contribuzione con fondi pubblici. Pur comprendendo le ragioni di una tale strategia in tempo di crisi, ci pare che possa offrire più di un profilo di criticità, particolarmente nel lungo termine. Un secondo aspetto è l'agguerrita competizione per le poche postazioni lavorative rimaste da parte dei servizi, che favorisce i gruppi di lavoro più abili nel reperimento, ma che nella necessità di trovare una finalizzazione al proprio operato può mettere in secondo piano un buon *matching* fra le caratteristiche della postazione e quelle del lavoratore. Un fenomeno analogo è la tendenza all'appropriazione di alcune relazioni di rete, come per restringere l'accesso ad altri servizi alle poche connessioni favorevoli; al di là della legittimità o meno di una simile operazione, anche in questo caso si favoriscono logiche di privilegio che sono legate alle istituzioni, e non direttamente al vantaggio dei clienti (pazienti, aziende ecc.). Sono fenomeni che mostrano complessivamente come anche in questo settore, almeno nei territori più ricchi e complessi, siano arrivati aspetti di rivalità, a volte di ostilità, fra *competitor* vecchi e nuovi.

Uno degli effetti d'impatto rilevati in 'Lavoro & Psiche' è che occasionalmente i gruppi *coach* sono stati inquadrati come *competitor* da parte di alcuni *stakeholder*. Il mandato operativo dato ai gruppi, invece, era orientato al costruire sinergie: non sovrapporsi a funzioni altrui, fare accordi per cercare di ottimizzare le reciproche competenze e potenzialità, condividere successi e insuccessi.

Sono state avanzate alcune ipotesi. È apparso che alcuni servizi abbiano interpretato in senso molto marcato la comparazione fra 'trattamento sperimentale' e 'trattamento di controllo' previsto nel disegno di ricerca, come un potenziale attacco al proprio lavoro, alla propria competenza o al proprio futuro (in caso di successo della sperimentazione). In alcuni casi si è verificato un malinteso sul concetto di *coaching*: certi operatori si aspettavano una operatività autonoma e indipendente, senza il coinvolgimento dei nodi delle reti socio-lavorative locali. E ancora, un investimento così consistente di Fondazione Cariplo può aver sollevato aspettative eccessive di potenziamento delle reti, di innesto di risorse economiche a favore dei servizi o dei cittadini, di avere un maggiore e rinnovato coinvolgimento del comparto aziendale, che forse sono state deluse. Oppure, all'opposto, il progetto non è forse riuscito a sollevare aspettative e interessi maggiori da parte di alcuni 'interlocutori chiave' nei territori e a favorire appieno quella corallità d'intenti che 'Lavoro & Psiche' aveva all'interno delle proprie linee guida.

Per questi motivi o per altri, di fatto alcuni comparti nei territori hanno mostrato grande disponibilità, altri invece ritrosie e difficoltà. Col tempo, grazie al lavoro dei gruppi *coach*, di ALA-Sacco, di Fondazione Cariplo e dei Tavoli Tecnici, parte di queste difficoltà si è risolta e trasformata, altre purtroppo no e alcuni settori dei territori sono stati poco percorribili per tutta la durata del progetto. Di certo alcune criticità nelle reti possono essere attribuite a un effetto di 'rimbalzo' che un progetto così innovativo può sollevare, o fors'anche, in modo più specifico, ad alcune caratteristiche di 'Lavoro & Psiche', alle sue modalità di inserimento, divulgazione o gestione nei territori. Eppure, il tema centrale del costruire intese istituzionali che consentano accessibilità,

fluidità ed efficacia nell'operare all'interno delle reti locali è parso pre-esistente a 'Lavoro & Psiche', con grandi potenzialità di sviluppo e particolarmente necessario in tempo di crisi.

Le modalità differenziate di fare inserimento lavorativo nella psichiatria dei territori

Il progetto 'Lavoro & Psiche' ha avuto delle caratteristiche proprie di trattare la relazione tra gli operatori deputati al tema lavoro e il comparto della cura. Allo stesso tempo, interfacciandosi frequentemente con la psichiatria locale si è avuto contatto diretto con le modalità operative pre-esistenti, sedimentate nelle prassi e nella cultura dei servizi.

Queste modalità pratiche/operative sono molto eterogenee. Alcuni servizi hanno prassi consolidate, a volte derivate da eredità culturali di progetti specifici sul tema lavoro effettuati in passato. Spesso i pazienti sono inviati dai Centri Psico-Sociali (CPS) ai servizi comunali o provinciali per il lavoro; altrettanto frequentemente la psichiatria ha diretto accesso al terzo settore o al mondo associativo/formativo, più di rado ciò accade verso il comparto aziendale profit.

LO SNODO TRA I COMPARTI DELLA CURA E DEL LAVORO

Il tema 'lavoro' nelle équipes psichiatriche dei territori coinvolti è per lo più appannaggio degli assistenti sociali. A volte viene gestito da altri operatori, quali tecnici della riabilitazione psichiatrica (TERP), educatori, psichiatri, psicologi. Nella maggior parte dei casi la struttura erogatrice è il CPS, altre volte il Centro Diurno; non di rado si incontrano operatori di Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA), comunità ad alta o media protezione, in casi sporadici anche Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

In 'Lavoro & Psiche', i gruppi *coach* erano nel ruolo di un interlocutore esterno al CPS, che però aveva competenze nel parlare il linguaggio specifico della psichiatria. Ci pare di essere stati spesso inquadrati come una sorta di Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) un po' particolare, a volte più vicino per cultura, altre più lontano poiché meno familiare o conosciuto, almeno all'inizio.

Mantenere un contatto pronto, attivo, centrato tra i due comparti durante i percorsi non è stato semplice e ci pare che questa valutazione si possa allargare a quanto mediamente accade nei territori. Alle variabili sopra citate (competenze e professionalità plurime, strutture di riferimento differenti) si aggiunge l'elevata incidenza delle differenze individuali, tra operatori e tra gruppi.

Contano molto le caratteristiche del singolo operatore che si occupa di lavoro all'interno dell'équipe, perché si trova in una posizione particolare e rilevante. Attraverso la tematica del percorso lavorativo del paziente, egli rappresenta verso l'esterno sia il progetto di cura del servizio sul paziente, sia i prodotti che l'équipe ha sviluppato sul caso (interventi, idee cliniche, valutazioni diagnostiche e funzio-

nali, relazioni di cura, risultati). È quindi più in evidenza il suo approccio specifico verso l'inserimento lavorativo (tecnico, assistenziale, economico, ideologico ecc.), la sua reperibilità e disponibilità, le modalità di rapporto con i suoi colleghi. Trovandosi in una posizione di 'snodo' tra l'esterno del CPS e l'équipe di cura, il rapporto con i colleghi incide sulla possibilità di far circolare in modo veloce informazioni tra accadimenti della cura e accadimenti del lavoro, sull'attivare rapidamente valutazioni competenti, sull'approntare interventi *ad hoc* centrati sui bisogni emergenti del paziente. Sono elementi che richiedono compatibilità e sincronia fra le tempistiche del mondo del lavoro e quelle della psichiatria. È quindi una sfida particolarmente ambiziosa, ma che ha ricadute considerevoli sulla tenuta dei pazienti nei percorsi d'integrazione.

Sono rilevanti anche le differenze legate ai gruppi curanti e al lavoro d'équipe. In 'Lavoro & Psiche', il contatto con le équipe è mutato nel corso del triennio, descrivendo traiettorie differenti fra un territorio e l'altro. La maggior parte delle intese sono progredite nel tempo, altre si sono stabilizzate e alcune sono calate, particolarmente verso la fine del progetto. All'interno delle assunzioni in cura e delle prese in carico, quanto nei diversi stili e modalità con cui operano i *case manager* e le équipe multiprofessionali, i percorsi di integrazione lavorativa per i pazienti assumono sfumature di orizzonte e di significato diversificate. Nel prossimo futuro, potrebbe essere utile che questi approcci plurimi, stratificati nelle prassi, convergano su una strutturazione metodologica e organizzativa più omogenea.

QUANDO E COME IL LAVORO? TEMI EMERGENTI

In un mondo del lavoro in cui persone e imprese per stare nel mercato devono essere sempre più competitive, gli spazi per individui meno produttivi o fragili rischiano di ridursi. Inoltre, può aumentare la distanza tra lo *status* di 'persona che beneficia di assistenza sociale' e quello di 'persona che contribuisce a mantenere le politiche sociali', cioè quello *status* di lavoratore che paga le tasse. In questa cornice, fare integrazione lavorativa per persone con gravi disturbi psichici diventa una sfida ancora più complessa, ma anche intrigante. Più che soffermarsi sulle prevedibili criticità, sollecitati dall'esperienza di 'Lavoro & Psiche' si vuole provare qui a ipotizzare alcuni aspetti di cambiamento che il contesto attuale può comportare per la psichiatria lombarda sul tema dell'integrazione lavorativa.

Il primo elemento da considerare è che si stanno riducendo sempre più gli spazi per quegli invii di pazienti al comparto lavorativo non conformi a criteri di effettiva sostenibilità del percorso e di soddisfazione degli interlocutori (particolarmente il comparto produttivo/formativo). Di conseguenza, si ridurrà ulteriormente lo spazio per gli invii lavorativi precoci di candidati che non hanno sufficientemente consolidato le funzioni riabilitative di base; oppure quelli di pazienti che non hanno costituito una buona alleanza verso la cura; oppure di persone sofferenti che sono state indirizzate verso il lavoro sulla base di motivazioni più di tipo economico o di investimento affettivo senza la controparte di un'adeguata valutazione clinica e funzionale.

Una seconda opportunità per rendere i percorsi più sostenibili consiste nel rinforzare il comparto riabilitativo verso il lavoro, rendendolo adeguato a uno spettro più ampio di pazienti cronici e alle patologie emergenti. Si potrebbero appaiare attività più mirate ed evolute a quelle di base e favorire in generale una diffusione e una fruibilità più allargata delle pratiche riabilitative nei dipartimenti. Si è del parere che la riabilitazione sia necessaria e che non vada confusa – particolarmente quella di base – con le pratiche d'inserimento lavorativo: sono due processi che si devono rinforzare a vicenda.

Ulteriore opportunità che l'esperienza di 'Lavoro & Psiche' mette in luce è fare maggiore chiarezza sulla funzione dei tirocini e borse lavoro. Esistono due declinazioni pratiche di utilizzo degli stessi.

Nella prima, sono luoghi di apprendimento, di riabilitazione avanzata, di formazione e consolidamento dell'identità professionale; hanno in sé, quindi, una dimensione centrale di transizione o di crescita. Nella seconda, invece, sono considerati un punto di arrivo, perché non viene valutato possibile che il paziente possa sostenere un vero contratto di lavoro, ma nel contempo si ritiene utile che il tirocinio continui per assolvere altre funzioni (stabilità clinica, remunerazione economica, identità sociale). Nei territori coinvolti sono state rilevate nomenclature specifiche (tirocini riabilitativi risocializzanti, tirocini socio-occupazionali) che tendenzialmente distinguono i secondi dai primi, con alcune naturali aree di sovrapposizione. Eppure, dal punto di vista amministrativo, e particolarmente in tempi di *spending review*, entrambi condividono una durata temporale limitata e hanno sempre più difficoltà (se non veri e propri impedimenti) di rinnovo alla scadenza, e difficilmente questi aspetti si modificheranno in senso opposto. In generale, si ritiene sia sempre opportuno fare chiarezza e cercare coerenza tra le funzioni di uno strumento, l'utilizzo che se ne fa e le prassi amministrative che lo governano.

Concludiamo con una suggestione. Come detto in precedenza, nel PRSM 2004 si parla di "far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia per gli utenti già occupati". Quest'ultimo è un aspetto innovativo e fortemente attuale, perché il mantenimento al lavoro degli utenti è un tema sempre più centrale, come si può intuire. Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi, dovrebbe essere considerato fisiologico in tempi di crisi del mercato del lavoro e di una precarizzazione dei contratti che va a toccare anche la fascia dello svantaggio e della disabilità.

Nel PRSM manca però la trattazione, per così dire, di un tema che riguarda un 'flusso in ingresso' anomalo. Una delle prevedibili conseguenze della crisi è che essa contribuisca all'emersione di patologie, anche gravi, in persone che sono sì occupate, ma che non sono ancora utenti dei servizi psichiatrici. Alcune aziende coinvolte in 'Lavoro & Psiche' hanno chiesto consigli e indicazioni ai *coach* su come regolarsi con situazioni simili. La necessità di ulteriori studi, la sperimentazione di metodologie d'intervento apposite, una rinforzata connessione col tessuto istituzionale e imprenditoriale nei territori e la specializzazione di équipe funzionali su psichiatria e lavoro ne escono ulteriormente rafforzate.

IL PROGRAMMA INNOVATIVO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA L. SACCO: “MESSA IN CAMPO E DIFFUSIONE NEL TERRITORIO DELL’ASL MILANO DI MODELLI OPERATIVI PER L’INSERIMENTO LAVORATIVO DI SOGGETTI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI”

La scelta culturale di ALA-Sacco³ è da sempre quella di orientarsi a un territorio allargato coinvolgendo diversi DSM; in particolare gli ultimi due programmi innovativi si sono concentrati sullo studio di un sistema d’organizzazione in rete che potesse tentare di rispondere ad alcune imprescindibili necessità per il paziente avviato a un percorso di integrazione al lavoro, ai suoi familiari, nonché alle richieste delle aziende.

Si è così intrapresa una strada non facile, ma a nostro avviso unica, per un Programma Innovativo autenticamente sostenibile: mettere mano alla fruibilità della rete dei servizi di Milano.

La prima scelta è stata quella di coinvolgere tutti i DSM della città di Milano, che sono diventati così partner effettivi del progetto, sia nella condivisione di intenti, sia nella equa fruizione di risorse e strumenti.

Gli obiettivi cardine sono stati (e tuttora permangono):⁴

- contribuire a mantenere una rete di servizi coordinata fra servizi sanitari e imprese, che risponda ai criteri di accessibilità a tutte le opportunità del territorio da parte della persona con disagio psichico, che è al contempo cittadino, paziente e lavoratore;
- promuovere risposte efficienti ed efficaci in grado di coniugare supporto individualizzato e visione d’insieme coordinata, traducibili in risultati valutabili;
- affrontare e co-costruire *problem solving* ai nodi della rete che impediscono la fruizione delle risorse.

Il modello organizzativo si è quindi concretizzato nella costruzione di prodotti operativi in grado di rispondere alle differenti esigenze emergenti sui percorsi d’integrazione al lavoro, comprendendo dispositivi di valutazione e di monitoraggio e accordi sostenibili tra differenti enti. Tali accordi hanno visto la firma di tutti i direttori di dipartimento, dando vita a nuove e monitorate procedure fra enti.

Si esporrà il metodo clinico e organizzativo attualmente operante nella rete dei servizi di Milano, rete sostenuta da una particolare figura professionale: il *coach*

³ ALA-Sacco è un Servizio Specialistico di secondo livello, afferente al Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco”, che valuta, progetta ed eroga percorsi sostenibili verso l’integrazione lavorativa per gli utenti dei servizi psichiatrici. La metodologia di intervento considera fondativa la valenza terapeutica dei percorsi stessi e la gestione integrata con i referenti della cura (sanità) e del lavoro (azienda). Inoltre tale organizzazione idea e sviluppa progetti sul tema dell’integrazione lavorativa di persone con grave sofferenza psichica attraverso la ricerca, la formazione e l’intervento – sia organizzativo sia clinico – nelle reti territoriali di servizi, istituzioni e imprese. Cfr. <http://ala.hsacco.it>.

⁴ È possibile leggere il programma innovativo regionale 2012-2014 al seguente indirizzo: <https://www.dropbox.com/s/rkyvu8e712loyin/Programma%202012-2014.pdf>.

multi-appartenenza. Si tratta di un professionista formato per realizzare la connessione fra esigenze del singolo candidato al lavoro e la rete delle opportunità del territorio, che collabora attivamente nell'apportare sviluppo ai sistemi di rete, nella continua innovazione che i contesti sanitario e sociale richiedono. Nella cura del bene comune il *coach* ha il compito di rendere snodi percorribili i nodi della rete, a beneficio dei candidati e quindi nell'attenzione ai desideri, alle potenzialità e i limiti degli stessi.

La complessità di tale intervento richiede che il *coach* sia sostenuto, nella percorribilità di rete con il candidato al lavoro, da una *équipe* funzionale sovrazionale, che ha il compito di essere garante degli accordi inter-istituzionali nonché del valore clinico dell'intervento. Il focus è quindi centrato non sulla coppia coach-utente, bensì sulla regia di competenze di rete che *coach* e utente insieme attraversano e alimentano. Se fosse centrato sulla coppia *coach*-utente avremmo un'ottimizzazione della qualità della relazione, ma un dispendio di energie poiché l'operatore dovrebbe costruire e ricostruire una rete ritenuta idonea per il candidato. Inoltre questo sistema non promuove un'equità nella fruibilità ai Servizi da parte dei candidati, perché troppo legata alle competenze soggettive del singolo. L'istituzione di un'*équipe* di *coach* sovrazionale ha promosso invece un'ottimizzazione delle risorse e un accrescimento della cultura dato dal costante scambio, senza limitare la possibilità di svolgere funzione di accompagnamento diretto del candidato, ma anzi di sostenerla mediante il monitoraggio costante di una rete condivisa e co-costruita.

Nell'esperienza milanese, il gruppo svolge funzioni di analisi del bisogno, pianificazione, progettazione e costruzione di strumenti procedurali *ad hoc*, nella collaborazione tra figure manageriali garanti del processo e *coach* di rete.

Il sistema organizzativo a oggi permette inoltre la raccolta ordinata di dati consentendo l'applicazione di sistemi di valutazioni coerenti con il ventaglio di indicatori concordati con Regione e ASL.

Si metterà a fuoco il modello organizzativo e i criteri che lo guidano, nonché si descriveranno le procedure concordate con enti e servizi, gli accordi con aziende e il sostegno di progetti delle associazioni dei familiari nello spirito d'*advocacy*.

Una nuova organizzazione in psichiatria per favorire l'integrazione lavorativa

Per operare efficaci interventi orientati all'integrazione dei malati psichiatrici è necessario disporre di servizi fra loro integrati sia culturalmente sia operativamente. C'è accordo nel concepire la rete come "un insieme specifico di legami che si stabiliscono tra un insieme specifico di persone" e che per questo motivo permette "di dar senso e comprendere i comportamenti sociali delle persone che vi sono coinvolte" (Folgheraiter F., 2002).

Si è incontrato viceversa un territorio cittadino composto da DSM quali isole territoriali spesso in competizione e con una particolare frammentazione degli interventi per l'integrazione lavorativa, frammentazione che mal si sposa a criteri di fruibilità dei servizi ed efficienza degli interventi.

Gli sforzi si sono quindi rivolti allo studio di un sistema organizzativo in questo comparto che potesse maggiormente rispondere alle esigenze dei nostri assistiti.

Il percorso al lavoro promuove l'attivazione del desiderio nel delicato intreccio fra capacità e limiti, bisogni e aspirazioni, in un processo che attiva la possibilità di percepirsi utili e autonomi: stati del sé che la condizione di malattia impedisce. Le risorse del candidato devono quindi trovare modo nel percorso formativo di avvicinamento al mondo del lavoro di concretizzarsi in competenze sperimentabili e verificabili.

Il Programma Innovativo Regionale promosso da ALA-Sacco ha per questi motivi innanzitutto favorito una gestione centralizzata, sostenuta dal principio di sussidiarietà, che si è espressa nell'apertura di un tavolo tecnico con tutti i soggetti coinvolti nell'ASL di Milano del comparto dell'integrazione lavorativa; il Tavolo è stato sostenuto e valorizzato dall'ASL Milano. Tre sono stati i macro obiettivi del Tavolo:

1. intervenire sui modelli di relazioni esistenti;
2. costruire consenso e cooperazione;
3. risolvere i problemi in maniera condivisa (Tosco L., 1998).

Di seguito sono sintetizzate le aree su cui il Tavolo Tecnico si è confrontato e i risultati che successivamente verranno ripresi.

Aree di confronto	Prodotti
Individuazione e sperimentazione in tutti i DSM dei criteri diagnostici in assetto di équipe integrata.	Messa in rete di schede di valutazione sperimentali. Sistema Informativo ALA-Sacco (SIAL).
Valutazione dei percorsi riabilitativi e formativi utili per sostenere i processi d'integrazione lavorativa.	Interventi di formazione al lavoro utili per l'integrazione lavorativa.
Messa in campo di percorsi di formazione e tirocinio con il sostegno del terzo settore.	Prassi e procedure in percorsi di tirocinio.
Analisi delle esigenze delle aziende per un'efficace integrazione del lavoratore disabile.	Accordi e criteri di collocabilità.
Individuazione delle azioni utili con enti preposti e patti d'intesa programmatici (Provincia – Comune – ASL).	Validazione del Progetto Sperimentale e procedure di ottimizzazione delle azioni tra enti.
Confronto con le Associazioni dei famigliari.	Sostegno e stimolo alla realizzazione di tre progetti territoriali.
Analisi dei bisogni e risorse complessive per percorsi d'integrazione al lavoro: qualità e quantità dell'offerta dei servizi.	Linee guida concordate: requisiti, indicatori e protocollo. Realizzazione di un cd-rom con il processo di lavoro, gli accordi istituiti, le procedure attuate e gli strumenti di lavoro.

Modello organizzativo e metodo di lavoro

Al fine di giungere a una costruzione partecipata della rete atta a favorire i candidati al lavoro con disagio psichico, si sono adottati i seguenti strumenti innovativi di tipo organizzativo.

- L'applicazione di un modello (Figura 7.1), ispirato a quello di Mills (1993), definito a grappolo o a *cluster*, che è una struttura organizzativa che consente la

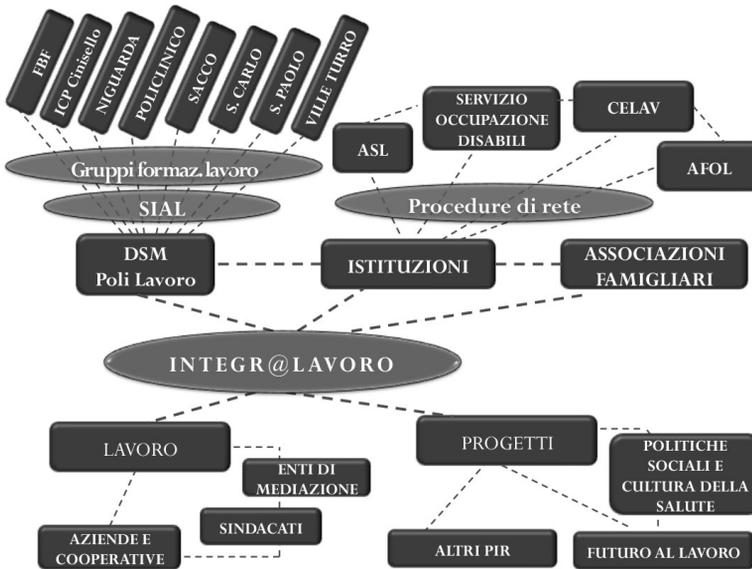


FIGURA 7.1 Organizzazione a grappolo tra i comparti sanitario, istituzionale sul lavoro, aziendale e cooperativistico.

messa in rete, su obiettivi e azioni concordate, tra i servizi, finalizzata a opportunità mirate per i candidati al lavoro, sostenuta da uno staff di operatori specializzati nella mediazione fra differenti linguaggi del comparto sociale e lavorativo (*coach* multi-appartenenza). Tale organizzazione ha permesso il sostegno dei Poli Lavoro⁵ e la costituzione degli stessi nei DSM in cui non erano ancora presenti.

- L'attuazione di un metodo per costruire accordi, attraverso patti fiduciari, tra DSM e Istituzioni, ispirandoci al metodo ORGI (Schein E.H., 2001), modello di ciclo risolutivo di problemi nell'organizzazione, che prevede incontri volti all'espressione dei bisogni, formulazione di domande, costruzione di ipotesi di intervento, distribuzione delle azioni tra enti, verifica dell'intervento.
- Dispositivi di rete. Abbiamo individuato tre tipologie di dispositivi di rete che si caratterizzano e differenziano per: livello di coinvolgimento dei soggetti di rete, grado di strutturazione di processi di lavoro, spendibilità di lungo periodo (tavolo tecnico, piattaforme e procedure).
- Consulenze di processo al fine di promuovere e mantenere lo sviluppo organizzativo.

⁵ Si tratta di un'agenzia interna al Dipartimento di Salute Mentale specializzata per la valutazione, la presa in carico e il mantenimento dei pazienti afferenti ai Centri Psicosociali territoriali in un percorso di integrazione lavorativa.

I prodotti realizzati: piattaforme di rete e procedure operative

Le piattaforme di rete sono dispositivi che coinvolgono differenti enti e servizi attorno a un ambito specifico che può comprendere anche più processi di lavoro; hanno raggiunto un buon grado di strutturazione, con accordi di tipo sia operativo sia istituzionale. Possono essere sostenute anche da strumenti di tipo informatico in rete. Il Programma ha attivato le seguenti piattaforme: Sistema Informativo di ALA-Sacco (SIAL), Gruppi di Formazione al Lavoro e Integr@lavoro. Il SIAL è uno strumento di valutazione del candidato che raccoglie e correla dati anagrafici, informazioni cliniche e di funzionamento della persona⁶, il progresso lavorativo, nonché il tracciamento delle fasi progettuali del percorso lavorativo della persona assistita. Si tratta di una piattaforma *web-based*, accessibile da tutti gli operatori dei Poli Lavoro della città di Milano, costruita sulla base dell'esperienza pregressa dei DSM sul tema dell'integrazione lavorativa. Il SIAL è stato pensato per uniformare lo sguardo di *assessment* sul paziente inviato dalle équipes curanti per un percorso di avvicinamento al mondo del lavoro, al fine di individuare criteri di collocabilità omogenei e confrontabili, a oggi condivisi e partecipati, che garantissero sia il ben-essere del candidato sia la congruità dello stesso con le esigenze del contesto produttivo. Oltre a tale obiettivo, il sistema è realizzato al fine di effettuare analisi di dati, che permettano un'osservazione epidemiologica del fenomeno, nonché una valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del nostro intervento sui candidati. In particolare, la costruzione della scheda TFP (Tracciamento delle Fasi Progettuali) ci permette di analizzare i tempi di attesa dei nostri assistiti durante il loro percorso d'integrazione lavorativa, la frequenza dei drop out in specifiche fasi, gli esiti dei percorsi in funzione di dati anamnestici e di funzionamento.

Connessa strettamente a questa piattaforma è l'Integr@lavoro, dispositivo costituito dai referenti di tutti i Poli Lavoro dei DSM dell'ASL Milano al quale afferiscono domanda e offerta di carattere formativo e occupazionale per i nostri assistiti e per il mondo produttivo. Negli anni è avvenuto un progressivo allargamento e consolidamento delle reti di imprese contattate e contattabili in ambito psichiatrico. Tali connessioni erano carenti però a livello di cabina di regia, ossia rispetto alle opportunità di condivisione operativa e procedurale di risorse, necessario al fine di evitare fenomeni di sovrapposizione e competizione non proficue per i candidati al lavoro. La piattaforma Integr@lavoro si è proposta pertanto la finalità prima di mettere in comune esperienze, buone prassi, professionalità afferenti da tutti i DSM di Milano. Anche in questo caso, la scelta è stata di utilizzare una piattaforma digitale⁷, facilitando una comunicazione fluida tra operatori di differenti DSM e permettendo la condivisione sovrazonale delle postazioni disponibili. A tale piattaforma inoltre afferiscono le risorse

⁶ La scheda di valutazione del funzionamento del candidato in relazione al lavoro è stata costruita dallo staff del Programma Regionale in collaborazione con lo Staff del progetto 'Lavoro & Psiche'.

⁷ Cfr. www.integralavoro.net.

ottenute dagli accordi programmatici e le procedure⁸ messe in rete con gli enti che a diverso titolo si occupano di inserimento lavorativo di fasce svantaggiate:

- le postazioni art. 14 in connessione con il Servizio Occupazione Disabili;
- le opportunità di tirocinio e di formazione in accordo con gli enti accreditati da Regione Lombardia (in progress dati i recenti cambiamenti a livello provinciale);
- le risorse attivate dal Centro di Mediazione al Lavoro del Comune di Milano.

Integr@lavoro è diventato quindi il cuore del Programma Innovativo, che nel tempo ha assunto le funzioni di raccordo, di monitoraggio e quindi di valutazione del funzionamento delle prassi operative concordate con gli attori in rete. Tale *governance*, al contempo centrale e partecipata, permette infatti di raccogliere e diffondere informazioni sull'andamento delle opportunità in rete e di costruire strategie di volta in volta innovative in relazione a mutamenti registrati sul territorio.

Un'ultima piattaforma realizzata è quella dei Gruppi di Formazione al Lavoro, progettati per offrire ai pazienti candidati al lavoro opportunità finalizzate all'acquisizione di competenze specifiche per poter rendere praticabile l'avvio o il mantenimento dei percorsi di integrazione lavorativa. I gruppi di formazione al lavoro sono interventi sovrazonali, co-costruiti in collaborazione con i DSM della città di Milano a partire da esperienze già in essere nei singoli Dipartimenti. Per ciascuno dei gruppi sono stati definiti criteri di entrata e di valutazione, sulla base dei criteri di collocabilità condivisi. La maggior parte dei gruppi ha intenzionalmente svolto l'attività in una sede al di fuori del luogo di cura, permettendo agli utenti di sperimentarsi in nuovi contesti.

Tra le azioni di rete attivate all'interno del Programma Innovativo Regionale è stato particolarmente importante quella con le Associazioni dei Familiari, in un contesto, come quello metropolitano, che non facilita la rete informale e soprattutto la connessione tra reti primarie, secondarie e terziarie. L'équipe si è quindi posta l'obiettivo di sostenere e promuovere progetti che venissero direttamente realizzati dalle Associazioni a favore degli utenti in carico ai servizi psichiatrici, in una funzione ponte con le Istituzioni.

I DATI

In un approccio metodologico organizzativo come quello proposto, anche la raccolta dei dati – e quindi la loro analisi – deve prevedere un processo di assimilazione e accomodamento delle prassi in rete, poiché le informazioni relativi ai candidati, nonché ai loro percorsi d'integrazione lavorativa, giungano in modo concordato, omogeneo e corretto. Per tale motivo il primo programma innovativo avviato si è orientato alla

⁸ Le procedure sono formalizzazioni di singoli processi di lavoro per i quali il progetto è intervenuto individuando i problemi nei nodi della rete e realizzando accordi, soprattutto di tipo operativo, che migliorassero e rendessero più efficaci i processi di lavoro. Il progetto ha attivato le procedure: Afol Centro, CELAV e Servizio Occupazione Disabili e Commissione di Invalidità.

formazione, mentre il successivo alla costruzione di patti d'intesa e di procedura, su cui, negli ultimi due anni, si sono potute sviluppare le piattaforme su base informatica. Se da una parte quindi l'impiego di tempo e risorse è stato in prima battuta massiccio al fine di giungere a una definizione di indicatori di processo e di esito, dall'altra si ritiene che questa sia stata l'unica strada da percorrere al fine di registrare dati affidabili e autenticamente condivisi.

Si vuole in questa sede soffermarsi su quei dati valutati primari in relazione all'intervento intrapreso in questi anni.

Il primo si riferisce al numero dei pazienti che hanno potuto accedere e usufruire delle azioni di *coaching* e di rete del programma innovativo. L'accessibilità dei pazienti è notevolmente aumentata nell'ultimo anno (329 pazienti) rispetto al triennio precedente, esemplificativo dello snellimento degli interventi a favore dei candidati a fronte di un'organizzazione della rete maggiormente concordata e formalizzata.

I candidati "arruolati" presentano patologie abbastanza differenziate, con una percentuale consistente di disagio psichico grave, come schizofrenia, disturbi della personalità e disturbo affettivo bipolare (Figura 7.2).

Questo dato dimostra come i percorsi d'integrazione lavorativa non siano accessibili ai pazienti afferenti ai servizi psichiatrici per patologia: la diagnosi non è un criterio di selezione dei candidati al lavoro. Piuttosto abbiamo cercato di definire criteri di collocabilità che esplicitassero il funzionamento psico-sociale della persona, la sua motivazione al lavoro e la compliance con il sistema curante, elementi valutati mediante le schede del SIAL.

Un rilevante indicatore di esito che abbiamo valutato è stata la percentuale di attivazione per i nostri assistiti di esperienze lavorative, mediante tirocini e ingressi nel mercato del lavoro con regolare contratto, dati che si riferiscono all'anno 2012 (Figura 7.3).

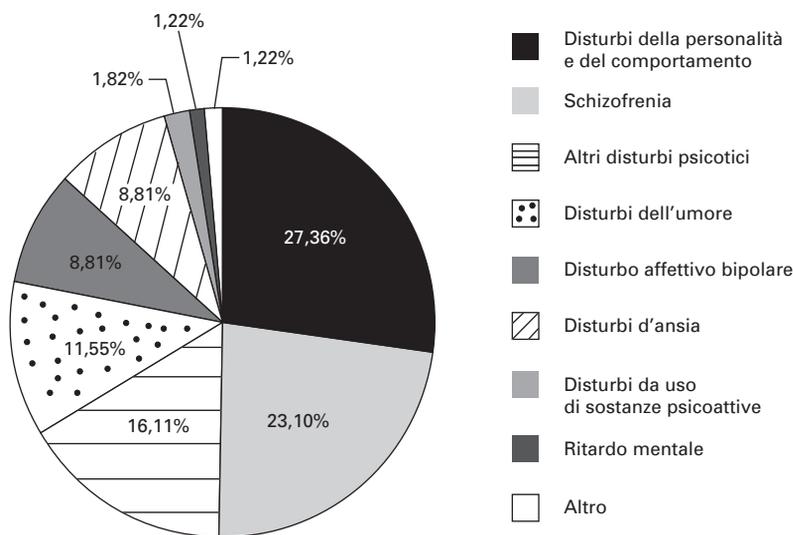


FIGURA 7.2 Diagnosi.

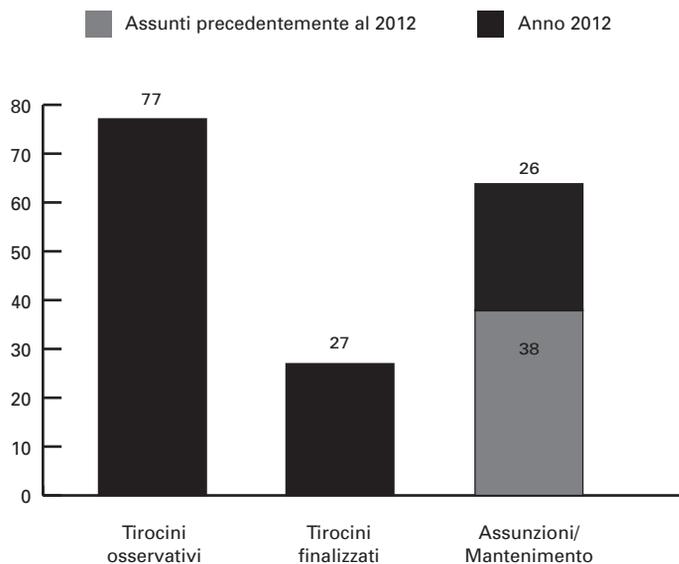


FIGURA 7.3 Tirocini e assunzioni.

Escludendo i candidati in fase di mantenimento fin dall'inizio del 2012, poiché inseriti al lavoro precedentemente, il 36% dei pazienti in carico ha usufruito di almeno un tirocinio (il 28% di questi pazienti ha effettuato due tirocini della durata media di 6 mesi); mentre i candidati che hanno trovato lavoro nell'anno 2012 corrispondono al 9% dei pazienti arruolati. I contratti con cui questi candidati sono stati inseriti nel mondo del lavoro sono nella maggior parte dei casi a tempo determinato, in media della durata di un anno, rinnovabili; mentre il 23% ha trovato un impiego a tempo indeterminato. Per quanto riguarda l'impegno orario, il 92% dei candidati lavora part-time, mentre solo l'8% sostiene un impiego full-time.

Oltre a queste risorse, 34 candidati hanno potuto usufruire di percorsi di formazioni, individuati *ad hoc* per l'apprendimento di mansioni professionali che rispondessero alle reali capacità della persona, nonché ai loro desideri.

Riteniamo che un ulteriore dato significativo rispetto alla capacità di istaurare alleanza con i candidati al lavoro sia la percentuale di drop out dal programma (12 pazienti su 329), distinguendolo dalle dimissioni, con cui intendiamo la chiusura del progetto lavorativo concordata con il paziente e con l'équipe curante. In ultimo, rispetto al ben-essere del candidato, riportiamo la percentuale di ricoveri avvenuti nel 2012 durante l'attivazione del percorso di integrazione lavorativo, che corrisponde al 2% dei pazienti in carico, indice a nostro avviso dell'importanza che l'avviamento al lavoro di persone con disagio psichico sia integrata con la dimensione sanitaria e di cura.

Si passa ora ai dati che si riferiscono agli indicatori di processo, ossia ai risultati in termini di partecipazione alle piattaforme messe in rete dal programma innovativo, nonché di efficacia dei servizi messi in campo per la città di Milano (Figure 7.4 e 7.5).

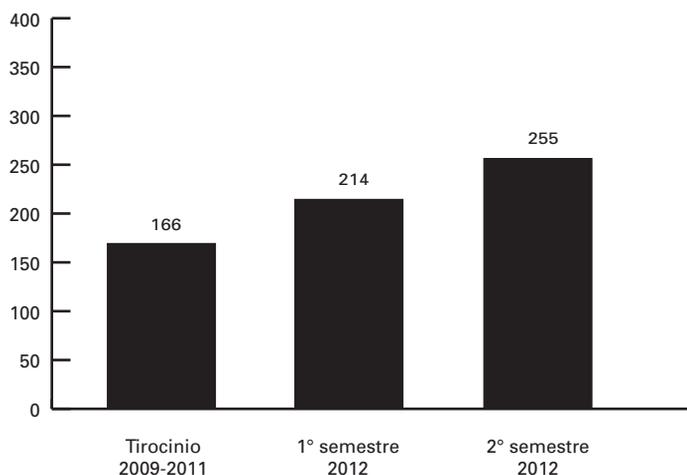


FIGURA 7.4 Numero dei pazienti inseriti nel SIAL.

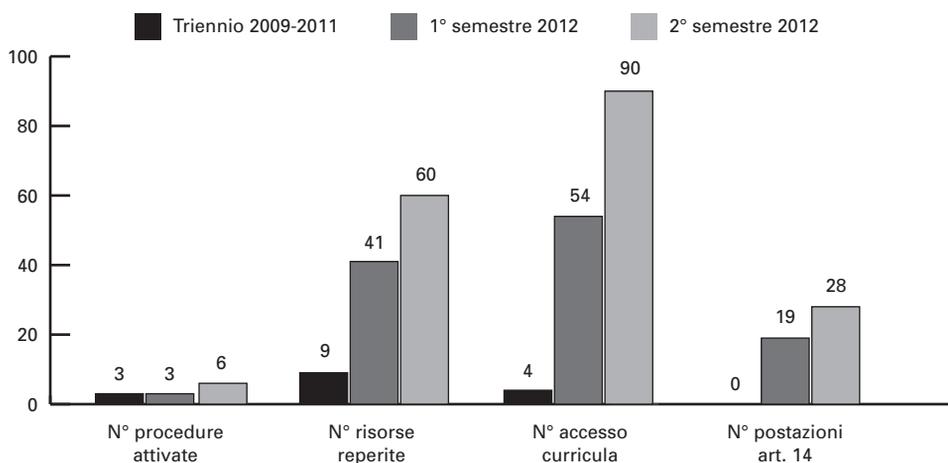


FIGURA 7.5 Integr@lavoro.

Soffermandosi in particolare sui dati di Integr@lavoro, è possibile notare l'incremento considerevole delle risorse e dei servizi nel giro di un solo anno, esito dello sviluppo organizzativo della piattaforma, che è stata ufficialmente istituita a fine 2010.

CONCLUSIONE E PROSPETTIVE FUTURE

I programmi innovativi regionali sono stati una felice occasione che hanno dato la possibilità di ripensare a sistemi organizzativi di rete, consentendo un autentico cambiamento operativo.

Le azioni intraprese, sia formative sia di co-costruzione sui tavoli tecnici, hanno avuto lo scopo di rendere dinamiche le differenze fra le diverse culture e competenze dei DSM coinvolti, di definire gruppi di lavoro multidisciplinari e capaci di trovare strategie operative innovative e comuni a tutti i DSM.

Ci preme in questa sede sottolineare quanto sia difficoltoso lavorare per cambiamenti metodologici e culturali con gruppi di lavoro abituati a sistemi metodologici autoreferenziali e quanto sia profondamente arricchente alla fine poter viceversa disporre di agenti di cambiamento definiti dal contributo dei differenti attori. Il cambiamento culturale che quest'ottica richiede è arduo: un patto fiduciario fra DSM e mondo del lavoro. Si ritiene però che la fiducia, nel mettere in comune risorse e ottimizzare competenze, prima di essere richiesta al mondo dell'impresa deve trovare spazio all'interno dei servizi pubblici.

La relazione fra mondo dell'impresa e mondo della psichiatria di comunità può trovare autentica e reciproca integrazione valorizzando il governo e la garanzia dei servizi sanitari pubblici e promuovendo un costante dialogo tra politiche sanitarie, sociali e del lavoro.

Il sistema rete, come è stato pensato, può essere duttilmente applicato per affrontare stati di mal-essere diffusi nel mondo del lavoro ed essere così di supporto alle aziende e ai lavoratori, anche in connessione con i sistemi di ammortizzatori sociali.

Dove c'è "traccia di comunità c'è anche capitale sociale", capitale sociale come risorsa utilmente intercettabile in azioni di network finalizzate al ben-essere collettivo (Bagnasco A., 1999).

BIBLIOGRAFIA

- Bagnasco A. (1999) *Tracce di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- Folgheraiter F. (2002) *Teoria e Metodologia del Servizio Sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Mills Q. (1993) *La rinascita dell'impresa. Come lavorare con successo nelle organizzazioni del futuro*, Franco Angeli, Milano.
- Provincia di Milano (2011) *Cambiare passo. L'inserimento delle persone diversamente abili tra innovazione delle politiche e cambiamenti istituzionali*, Franco Angeli, Milano.
- Schein E.H. (2001) *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni d'aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Tosco L. (1998) *Costruire modelli teorico-operativi*, *Animazione Sociale*, A. 28, 2. ser., n. 121. www.integralavoro.net, ala.hsacco.it, www.fondazionecriplo.it.

Il ruolo del SPDC nel trattamento dell'acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica

Capitolo

8

Dai modelli organizzativi alla prevenzione
degli episodi di contenzione

*Antonio Vita – Giorgio Cerati – Mauro Percudani – Vanna Poli
Cesare Moro – Silvana Radici – Claudio Mencacci*

RIASSUNTO

Sulla base delle indicazioni del Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM), la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia ha istituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) con l'obiettivo di aggiornare le tematiche prioritarie sul tema del ruolo dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica, tenendo conto dei cambiamenti avvenuti relativamente ai modelli organizzativi (per es. organizzazione di attività per intensità di cura), all'aggiornamento della pratica clinica e delle evidenze scientifiche, ed alle recenti indicazioni regionali e nazionali in tema di trattamenti senza consenso e contenzione fisica. Il lavoro del gruppo ha tratto ispirazione sia dall'esigenza di sviluppare una riflessione in termini aggiornati sulla funzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sia dagli stimoli offerti dal Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione". Una parte del lavoro, pertanto, è stata dedicata alla ricognizione dei modelli organizzativi attuati e proposti nella gestione delle urgenze in psichiatria rispetto alle attuali criticità e ai nuovi bisogni, anche a livello territoriale. Un'altra parte è stata rivolta alla individuazione degli elementi clinici e organizzativi generali, in relazione ai comportamenti aggressivi o violenti ed ai loro fattori di rischio, e delle raccomandazioni gestionali e di prevenzione utili specie a livello ospedaliero. Infine, come aspetto specifico, è stato considerato il tema della contenzione fisica, coinvolgendo i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) regionali, non solo attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati dell'ultimo triennio, ma anche tramite la proposizione e il monitoraggio di indicazioni operative sulla prevenzione, gestione e limitazione della contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Il testo del capitolo ripercorre e include parti del documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico su "Il ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale nel trattamento dell'acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica" composto da Francesco Barale, Valerio Canzian, Giorgio Cerati, Graziella Civalenti, Don Virgilio Colmegna, Ida Fortino, Antonio Lora, Piero Antonio Magnani, Umberto Maz-

za, Claudio Mencacci, Cesare Moro, Leo Nahon, Mauro Percudani, Lorenzo Petrovich, Dolores Pisapia, Vanna Poli, Silvana Radici e Antonio Vita (coordinatore scientifico).

MODELLI ORGANIZZATIVI NELLA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA

Situazione attuale, criticità e nuovi bisogni per l'urgenza in psichiatria

A oltre 30 anni dall'approvazione della legge 833 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dall'approvazione della legge 180 di riforma psichiatrica, in seguito alle quali si è avviato il processo di apertura dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno degli Ospedali Generali, il ruolo della psichiatria nell'ospedale si è progressivamente arricchito di funzioni e di operatività per dare risposte a bisogni differenziati.

In generale, la psichiatria nell'Ospedale Generale è diventata non solo luogo contenitivo della crisi, ma anche momento di approfondimento diagnostico e di impostazione di progetti di trattamento a medio-lungo termine, occasione di collaborazione con le altre discipline specialistiche (psichiatria di consultazione) e strumento di promozione e di informazione per gli utenti e i familiari.

Seppure vi sia un ampio riconoscimento sul ruolo che i reparti di psichiatria svolgono all'interno degli ospedali e a favore dei percorsi di cura degli utenti dei servizi psichiatrici, è opinione condivisa che la problematica dell'emergenza e urgenza in psichiatria richiede una prospettiva che consideri il rapporto ospedale-territorio. Infatti, la prevenzione delle urgenze avviene principalmente attraverso l'appropriatezza e la flessibilità dell'intervento territoriale. A livello territoriale devono essere considerati e potenziati tutti gli ambiti di intervento (in primo luogo la capacità di intervento dei Centri Psicossociali [CPS]) e deve essere sviluppato il collegamento con i soggetti istituzionali per la gestione delle urgenze, a partire dal rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i medici di continuità assistenziale, coinvolgendo i servizi per l'emergenza-urgenza (118), la polizia municipale e le altre forze dell'ordine (procedure per Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori [ASO, TSO]). Una sede rilevante e critica per la gestione dell'emergenza-urgenza in psichiatria è il Pronto Soccorso, ove dovrebbe essere sempre disponibile un ambiente specifico per la gestione dei casi psichiatrici acuti prestando la massima attenzione agli aspetti strutturali e organizzativi.

L'utenza dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si caratterizza per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. Nell'ultimo periodo è stato posto al centro dell'attenzione il tema dell'appropriatezza riguardo alla tipologia degli utenti ricoverati così come dell'appropriatezza e completezza dei programmi di trattamento. Riguardo all'appropriatezza dei ricoveri, va per esempio ricordato che frequentemente il ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura avviene per problematiche di tipo sociale/assistenziale o per problematiche comportamentali non riconducibili primariamente a quadri psicopatologici. Il ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dovrebbe invece essere prioritariamente utilizzato per valutazioni di tipo clinico-diagnostico e/o di trattamento per soggetti con disturbi psicopatologici specifici. Vi è inoltre da considerare che,

a causa dello stigma, avviene ancora frequentemente che vengano inviati nei reparti di psichiatria soggetti con problematiche primariamente medico-internistiche per il solo motivo di avere una storia pregressa di trattamenti nei servizi psichiatrici.

L'utilizzo dei posti attualmente previsti in Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) per post-acute attiva circuiti virtuosi nelle diverse fasi della malattia e un più congruo utilizzo delle altre strutture residenziali e semi-residenziali, ma risulta a oggi insufficiente a rispondere a tali esigenze.

Una particolare attenzione dovrebbe essere posta al momento delle dimissioni per i casi ad alta complessità, cercando sempre di garantire una continuità delle cure attraverso varie articolazioni, al fine di favorire la presa in carico da parte del servizio psichiatrico territoriale (attraverso il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e la funzione di case manager) e l'attivazione delle risorse familiari e di altre agenzie di supporto clinico e sociale (Comunità Terapeutiche, Istituti, RSA ecc.), comprese le strutture ospedaliere non psichiatriche a medio-basso livello di assistenza.

In tema di emergenza-urgenza psichiatrica, vi sono problematiche specifiche sempre più presenti: doppia diagnosi, dipendenze patologiche, problemi comportamentali da un lato, e dall'altro bisogno di ricovero per patologie specifiche quali depressione, disturbi dell'alimentazione ecc. L'abuso di sostanze psicoattive è sempre più diffuso e va a inquinare e modificare i quadri di presentazione clinica a cui gli psichiatri sono abituati. L'incremento di interventi per l'acuzie di soggetti con quadri psicopatologici legati ad abuso di sostanze, spesso in co-diagnosi con disturbi sia di asse I che di asse II del DSM-IVTR, rappresentano una delle principali criticità attuali. A questo riguardo devono essere specificatamente considerate le problematiche delle realtà metropolitane (affollamento, urgenze psicopatologiche che si associano a urgenze sociali, uso di sostanze, flussi migratori ecc.) per le quali è necessaria una pianificazione – su base strettamente epidemiologica – di risorse dedicate e/o di possibili interventi di rimodellamento dei modelli operativi tradizionalmente applicati.

Un'altra criticità emergente riguarda la problematica del rapporto con la NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e la pediatria per gli interventi sull'urgenza nei soggetti minori e particolarmente nella fascia dell'adolescenza. La sempre maggiore frequenza di ricoveri di soggetti minori nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura comporta complicazioni nella gestione del reparto, oltre a essere inappropriata di per sé. È necessario, sotto questo aspetto, avviare progetti di integrazione psichiatria-NPIA con il coinvolgimento della pediatria per il trattamento ospedaliero delle urgenze in età giovanile-adolescenziale.

In diverse realtà ospedaliere lombarde sono in fase di sperimentazione e di avvio nuovi modelli organizzativi per affrontare il tema della gestione delle urgenze in psichiatria. Il presente capitolo intende affrontare la tematica principalmente sotto due aspetti:

1. la prevenzione e la gestione dell'urgenza a livello territoriale;
2. i nuovi modelli organizzativi per l'emergenza e urgenza psichiatrica a livello ospedaliero.

Infine vengono proposte alcune specifiche raccomandazioni.

Prevenzione e gestione dell'urgenza a livello territoriale

L'urgenza in psichiatria si configura come una situazione clinica che può avere origini e cause estremamente differenziate. Ai classici quadri psicopatologici acuti, si aggiungono frequentemente quelle situazioni di pressione elevata in cui le reazioni emotive sono ampliate e accelerate, e in cui il medico ha il compito di dare risposte *sane e risananti*. Non sempre infatti in psichiatria i tre fattori (acuzie, gravità e necessità di trattamento immediato) che caratterizzano un'urgenza medica coesistono. L'urgenza in questo campo è spesso definita come una situazione di rottura di un equilibrio fino ad allora relativamente stabile. L'emergenza comprende anche quei casi in cui, pur non sussistendo un peggioramento del paziente, è presente la rottura di un equilibrio con l'ambiente.

Il modello operativo lombardo ha proposto percorsi di cura differenziati utili a governare il processo assistenziale partendo dall'analisi dei bisogni del paziente, per giungere a modalità operative in cui il ruolo dell'équipe costituisce il nucleo centrale dell'operare sul territorio. La presa in carico del paziente portatore di bisogni complessi e la gestione dello stesso attraverso il *case management* comunitario ha permesso di migliorare la qualità e la gestione dell'assistenza psichiatrica, consentendo agli operatori di ridurre gli interventi sull'urgenza e al tempo stesso di pianificare i percorsi di cura. Se a tale prassi operativa integriamo il lavoro di rete, inteso come coinvolgimento e integrazione di agenzie presenti sul territorio finalizzate a favorire il percorso terapeutico-riabilitativo, comprese le segnalazioni delle situazioni di crisi, ben si comprende come tali strumenti possano contribuire a rivedere gli interventi di urgenza sul territorio in un'ottica di prevenzione degli stessi.

Secondo quanto previsto dal Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) vigente, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, indicato come la struttura centrale nella gestione dell'emergenza-urgenza, opera nell'ambito dei programmi di cura offerti dalle Unità Operative di Psichiatria (UOP) e dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e in collegamento con le strutture territoriali, garantendo unitarietà e continuità del percorso assistenziale. Vi è tuttavia da considerare che una percentuale significativa dei pazienti ricoverati è rappresentata da utenti al primo contatto con i servizi psichiatrici e pertanto non noti alla UOP.

Alla luce delle considerazioni sopra enunciate si ritiene opportuno avanzare alcune indicazioni che possano considerare anche gli interventi di prevenzione dell'emergenza-urgenza sul territorio come prassi operative che da un lato riducano il ricorso ai ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e dall'altro rinforzino il lavoro dell'équipe inteso come migliore gestione del paziente in un'ottica di lavoro integrato e condiviso.

RUOLO DELL'ÉQUIPE DEL CPS INTESA COME ÉQUIPE MULTI-PROFESSIONALE FORTEMENTE INTEGRATA SUL TERRITORIO

- Centralità del modello della 'presa in carico' del paziente portatore di bisogni complessi, attraverso il consolidamento di modelli operativi a partire dalle 'buone pratiche esistenti' e con particolare riferimento al modello del case manager comunitario e al PTI.

- Sviluppo dei progetti volti al riconoscimento precoce e al trattamento degli esordi psicotici costituendo équipes territoriali dedicate e predisponendo linee guida specifiche comprensive dell'intervento territoriale per la gestione degli esordi in età adolescenziale (protocolli operativi tra NPJA e DSM).

SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE TRA SOGGETTI ISTITUZIONALI E NON ISTITUZIONALI CHE CONCORRONO ALLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

- Partecipazione e sostegno ai tavoli che favoriscono l'integrazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali che concorrono alla tutela della salute mentale, con particolare riferimento al ruolo centrale dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) nella definizione delle linee di indirizzo, nella ridefinizione e differenziazione dei percorsi di cura territoriali, anche attraverso una maggior flessibilità dei modelli organizzativi per favorire l'alleanza con soggetti non istituzionali e la rete sociale.
- Definizione di protocolli operativi nel DSM per fronteggiare le segnalazioni delle urgenze sul territorio.
- Definizione di protocolli di intervento tra 118 e DSM: in particolare procedure per gli ASO e i TSO specificando responsabilità e titolarità dell'intervento, anche alla luce delle recenti indicazioni sul merito derivanti dal "Documento della Conferenza Stato Regioni e delle Province Autonome" (Roma, 29 luglio 2010).
- Definizione e applicazione di protocolli tra DSM/UOP e MMG: ruolo e competenze di fronte a situazioni di crisi; collaborazione nella segnalazione di situazioni critiche e di disagio familiare; collaborazione nella segnalazione ed esecuzione di ASO e TSO.

POTENZIAMENTO DEL RUOLO DEL CPS ATTRAVERSO IL COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DEL TERZO SETTORE E CON LA RETE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

- Attivazione di sportelli d'ascolto gestiti da associazioni di volontariato e/o familiari, all'interno delle strutture del DSM o in luoghi dedicati nell'ambito territoriale, al fine di migliorare il livello di informazione per gli altri familiari e i pazienti, per ridurre i vissuti di stigmatizzazione/vergogna e al tempo stesso accogliere segnalazioni di disagio-crisi che necessitino di interventi mirati.
- Migliore valorizzazione degli interventi presso i Centri Diurni per la gestione di casi subacuti con personale formato e dedicato al fine di evitare ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.
- Ruolo delle CRA non solo nella presa in carico integrata con il CPS dei pazienti dimessi dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (subacuti), ma come struttura da utilizzare per la gestione di situazioni particolari.

RUOLO DELLA FORMAZIONE

- Formazione centrata sulla gestione della crisi e sul ruolo dell'équipe come elemento di coordinamento, anche attraverso una rivisitazione di modelli operativi che hanno caratterizzato in questi anni la gestione del paziente acuto.
- Corsi di formazione tra personale del DSM, 118 e Forze dell'ordine finalizzati a:
 1. concordare strategie applicative degli ASO e dei TSO;

2. favorire la collaborazione e l'integrazione degli interventi sul territorio di fronte a situazioni complesse a elevata criticità al fine di evitare i ricoveri e favorire il percorso di presa in carico da parte dell'équipe.

Nuovi modelli organizzativi per l'emergenza-urgenza in psichiatria

Riguardo alla gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica, negli ultimi anni in diversi DSM regionali si sono avviate riflessioni e sono in fase di definizione progetti specifici di riorganizzazione delle attività, sia rispetto alla gestione dei posti letto ospedalieri, sia relativamente all'intervento nelle situazioni di crisi. Infine, a livello ospedaliero, nel corso degli anni si sono consolidate le attività di psichiatria di consultazione e di collegamento con altri reparti specialistici

L'approfondimento e la riflessione sui nuovi modelli di intervento della psichiatria in ospedale avviene da un lato su aspetti generali, dall'altro con la progettazione di nuovi modelli operativi.

ASPETTI GENERALI

Nella progettazione dei luoghi deputati all'emergenza-urgenza in psichiatria, possiamo distinguere due differenti aspetti che influenzano i modelli organizzativi:

1. un aspetto squisitamente spaziale, ovvero l'organizzazione dello spazio per pazienti e operatori, parenti e conoscenti;
2. l'organizzazione umana, relazionale e professionale, ovvero il sistema di relazioni che regolano il funzionamento della cura e gestione del paziente in quello spazio.

È intuitivo quanto i due aspetti possano influenzarsi a vicenda: un luogo troppo piccolo, senza privacy, molto affollato, per di più necessariamente chiuso o comunque con apertura regolamentata e sorvegliata, tenderà a coartare, a obbligare in un sistema di relazioni più rigide rispetto a quanto accade per i fruitori di uno spazio aperto o semi-regolamentato.

È da sottolineare l'importanza della funzione di accoglienza che svolge il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, sia con utenti al primo contatto con i servizi, sia con utenti già in contatto ma in situazione di riacutizzazione sintomatologica. In questa prospettiva, la dimensione strutturale, la gradevolezza del luogo, la presenza di spazi per attività psico-socio-educative rappresentano elementi determinanti per garantire un trattamento efficace e un clima di reparto favorente la riduzione dell'aggressività e degli agiti violenti. A tal fine si raccomanda la dotazione di personale per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura coerente con i requisiti di accreditamento previsti nella DGR 38133/1998 (nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura operano almeno 3 medici di I livello fino a 10 posti letto con incremento di 1 unità ogni 5 posti letto successivi; 240 minuti di assistenza infermieristica per posto letto e comunque presenza in servizio di almeno 3 unità per turno di cui almeno 2 unità infermieristiche).

La necessità di ospitare pazienti in TSO, o comunque pazienti da limitare nella tendenza a sottrarsi alle cure, rende necessaria in linea di massima la chiusura come modalità più esteriorizzata (ma non necessariamente più efficace e sicura) del conteni-

mento psichico necessario nei reparti di psichiatria. Ma è vero anche che gli operatori sanno bene che la quota di pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e che necessitano di un reparto chiuso non sono quasi mai più del 20-40% del totale. Le diverse esperienze di reparti aperti o semi-aperti (con una persona dedicata al controllo della porta) o aperti in giorni della settimana o momenti della giornata in cui il tipo di afflusso lo consente, dimostrano da un lato la natura sovradimensionata della chiusura (e del clima che essa comporta e ispira) per la maggior parte di pazienti ricoverati, dall'altro il prevalere tendenziale di un'inerzia istituzionale per cui di fatto il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è chiuso e l'apertura è un momento sporadico e sperimentale, spesso destinato a non permanere nell'organizzazione.

La coabitazione in regime di ricovero di diverse patologie può diventare una criticità, prevalentemente in relazione al livello di gravità dell'espressione sintomatologica delle (pur diverse) patologie.

MODELLI OPERATIVI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI POSTI LETTO DI PSICHIATRIA IN OSPEDALE

Per questa e altre ragioni, nei DSM che possono prevedere più di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, appare altamente raccomandabile valutare la possibilità di pensare a un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura organizzato per pazienti a bassa-media intensità di cura il cui connotato differenziante rispetto agli altri Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sia quello di essere aperto (o quasi sempre aperto) e, di conseguenza, ospitare patologie differenti o in fase critica differente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a porte chiuse. Appare dunque sensato pensare a una possibile differenziazione dei reparti ospedalieri di psichiatria in base ai livelli di intensità di cura (medica) e di assistenza (infermieristica) – ovvero di sintomatologia rilevabile (e attesa!) – con particolare attenzione al fatto che alta intensità non significa necessariamente solo alta sorveglianza; il rischio infatti di costituire reparti “blindati” con enfasi sulle misure di contenimento e contenzione (tipo *seclusion room* o stanze a vista con letti di contenzione raggruppati) emerge con grande facilità dalla discussione di questi modelli. Laddove il contesto organizzativo non consenta la differenziazione dei reparti ospedalieri, appare comunque appropriato differenziare aree a diversa intensità assistenziale nei singoli reparti.

È opportuno dare specifica enfasi invece alla possibilità che, in presenza di diversi reparti ospedalieri in un singolo DSM, uno di questi venga pensato come reparto a bassa-media intensità con affluenza mista rispetto ai territori in cui è suddiviso il DSM, in cui i principi clinici ispiratori siano quelli della possibilità di far sperimentare al paziente il ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura come legato non necessariamente e non solo ai momenti più drammatici della propria malattia, e ciò anche al fine di “fidelizzare” l'utente, nell'eventualità di ricoveri successivi, a un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura visto come presidio accogliente, confortevole, inclusivo e aperto. Accanto a questa risorsa relativamente nuova come profilo di utilizzo, è ovvio che si continuerà a dotarsi di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che prevedano al loro interno anche aree a più alta intensità di osservazione e cura.

Per le situazioni di acuzie gravi e che connotano il quadro clinico come situazione di grave urgenza (sempre più frequentemente oggi riconducibili a situazioni di doppia

diagnosi, abuso di sostanze, gravi problematiche comportamentali) appare opportuno progettare aree di intervento in collegamento con le strutture ospedaliere dell'emergenza - urgenza, ove la collaborazione fra psichiatria e servizi medici possa attuarsi secondo modelli innovativi. La presenza di 'aree ad alta intensità' per la psichiatria collocate nel Pronto Soccorso rappresenta un possibile modello da sperimentare.

Infine, è necessario riaffermare il principio che il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è una risorsa, a disposizione di tutta l'Unità Operativa, che viene proposta alla comunità e alla comunità degli operatori non solo come luogo capace di accogliere il paziente quando le altre articolazioni della UOP non siano più in grado di farlo, ma anche dove il/la paziente possa sperimentare modalità di accoglienza e cura adeguate ai momenti più critici della propria vicenda personale.

ELEMENTI CLINICI E ORGANIZZATIVI GENERALI IN RELAZIONE ALLE CASISTICHE TRATTATE E AI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI O VIOLENTI

Stime condotte nel nostro Paese riferiscono una prevalenza di episodi di aggressività variabile tra il 3% e l'8% dei soggetti ricoverati (Cornaggia C.M. et al., 2011).

Fattori associati a tali comportamenti sono in parte aspecifici, simili a quelli che risultano associati all'aggressività e alla violenza nella popolazione generale, in parte specifici per la popolazione psichiatrica (Amore M. et al., 2008; Bowers L. et al., 2011; Cornaggia C.M. et al., 2011).

Tra i primi si ricordano il sesso, l'età e l'abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o alcol, ma soprattutto una storia personale di pregressi comportamenti impulsivi/ostili, la lunghezza del ricovero ospedaliero e la condizione di obbligatorietà del ricovero stesso.

Tra i secondi, soprattutto nei disturbi psicotici, risultano significativi la presenza di sintomi psicotici acuti - in particolare sintomi paranoidei e disorganizzazione del pensiero - in atto o precedenti il ricovero. Alcuni disturbi di personalità, anche indipendentemente dalla presenza di patologie in comorbidità, presentano poi un intrinseco accresciuto rischio di comportamenti auto/eteroaggressivi: si tratta in particolare del disturbo *borderline* e del disturbo antisociale di personalità.

In ogni caso, variabili "di contesto", legate all'organizzazione, alle regole e alla routine di reparto, appaiono ancora più rilevanti. Fattori come: l'affollamento di pazienti e operatori nel reparto; la condizione ambientale, in particolare le caratteristiche del reparto favorenti o meno il comfort "abitativo"; la chiarezza, univocità ed empatia della comunicazione con i pazienti da parte dello staff; risultano particolarmente significativi. Anche le attività svolte all'interno del reparto, la limitazione dei tempi vuoti e della noia degli utenti, consentendo agli ospiti un adeguato livello di stimolazione, giocano un ruolo non secondario nella prevenzione di comportamenti di agitazione, aggressività e violenza.

È stata anche delineata una correlazione 'a cascata' tra tipo e intensità della leadership di reparto, caratteristiche strutturali e procedure organizzative, qualità del lavoro di équipe, livello di *burn-out* degli operatori, percezione di difficoltà nella gestione dei casi e probabilità di ricorso alla contenzione fisica (Bowers L. et al., 2011).

A fronte di queste evidenze, dovrebbero essere dunque sistematicamente valutati, monitorati e affrontati secondo le migliori pratiche i fattori di rischio per l'emergenza di fenomeni di ostilità/aggressività nei pazienti ricoverati.

Dovrebbero a tal proposito essere adottati sistematicamente protocolli di valutazione del rischio di aggressività e violenza e di trattamento e gestione dell'agitazione e dell'aggressività nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Dovrebbe essere inoltre posta attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con particolare riguardo a:

- aspetti strutturali;
- aspetti organizzativi e funzionali;
- ricoveri inappropriati;
- formazione del personale.

Tra i *fattori strutturali e organizzativo/funzionali*, oltre al rispetto puntuale dei criteri di accreditamento previsti per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, andrà posta attenzione al comfort abitativo, alla sicurezza ambientale, a evitare il sovraffollamento dei reparti.

Risulta particolarmente indicato approntare e regolarmente aggiornare un regolamento di reparto, conosciuto e approvato dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di afferenza, comprendente anche specifiche regole di comportamento per pazienti e operatori. Alcune problematiche da tenere in considerazione nell'ambito dei regolamenti di reparto sono:

- fumo;
- uscite dal reparto;
- utilizzo di materiale elettronico;
- telefonate e comunicazioni con l'esterno;
- oggetti non permessi all'interno del reparto;
- modalità di accoglienza (ispezione del paziente e dei suoi bagagli);
- introduzione in reparto di alcolici e di sostanze di abuso.

La chiarezza delle regole di reparto, della loro comunicazione e la consistenza di applicazione da parte dei membri dello staff sono elementi di sicura utilità (Alexander J., Bowers L., 2004), mentre l'eccessiva strutturazione/rigidità delle regole, seppure necessaria per alcuni disturbi e in alcune fasi della malattia psicotica, non sembra utile nella gran parte dei casi. Dannose risultano poi le regole applicate in modo solo sanzionatorio.

Si fa anche strada l'indicazione, derivante da esperienze ben documentate, di diversificare tali regole organizzative in funzione della gravità e della fase del disturbo – per esempio 'modulo della crisi', 'del trattamento' e 'della dimissione' – con livelli crescenti di autonomia decisionale e gestionale concessa al paziente (Steinert T. et al., 2008), e con la possibilità di individualizzare e negoziare con il singolo degente regole chiare, comunicate anche in forma scritta (Alexander J., Bowers L., 2004).

Un posto di rilievo in tutte le revisioni sul tema lo ha il clima relazionale nel reparto, al quale va posta pertanto attenzione costante e progettualità correttiva specifica.

Nel primo contatto, in un contesto caratterizzato da una condizione di emergenza-urgenza, è importante che il colloquio si svolga in uno spazio fisico che non sia angusto, cercando di caratterizzare la relazione con una collaborazione diretta e reciproca, e in presenza di altro personale sanitario, della cui identità e ruolo il paziente deve essere correttamente informato. È necessaria un'adeguata valutazione delle condizioni del paziente e delle sue problematiche senza allarmarlo, provocarlo o agitarlo, attraverso un'intervista semplice ed essenziale, comunque adeguata alle sue capacità cognitive. Diviene, quindi, fondamentale curare la comunicazione sia verbale sia non verbale: avvicinare il paziente agitato con calma, lentamente, senza causare ulteriore allarme o sorpresa; parlare in maniera chiara e comunicare attenzione e interesse ma non minaccia; guardare apertamente senza fissare, per evitare la molesta sensazione di un'intrusione nei pensieri da parte dell'interlocutore; cercare di mettere a proprio agio, senza insistenze che potrebbero essere vissute come tentativi di coercizione; decidere la priorità delle informazioni da richiedere, per la difficoltà da parte di un paziente con scarsa attenzione, confuso e irrequieto a sostenere un colloquio prolungato. La sedazione, finalizzata alla riduzione dei sintomi del comportamento violento, laddove non sono risultate efficaci misure di contenimento sul piano psicologico e relazionale, se da un lato deve rispondere a criteri d'efficacia, rapidità d'azione e ridotti effetti collaterali, senza perdere di vista il disturbo di base sottostante, dall'altro deve essere la premessa per un sollecito riadattamento del paziente.

Tra gli *aspetti organizzativo/funzionali* è sicuramente da collocare il tema delle attività da svolgere in reparto al fine di rendere il periodo del ricovero un momento significativo non solo per il superamento dell'acuzie, ma anche per l'avvio o la verifica del progetto di presa in cura/carico del paziente in collaborazione con il CPS di competenza, e per lo svolgimento di appropriate attività psicoeducative e/o risocializzanti senza escludere l'eventuale coinvolgimento delle famiglie. Interventi con programmi e percorsi adeguatamente strutturati, con tempi costanti, con modalità interattive e non esclusivamente 'direttive', con il coinvolgimento partecipe sia dei degenti sia degli operatori dei diversi servizi (ospedaliero e territoriali), migliorano la comunicazione e le informazioni, aumentano la consapevolezza di malattia e la conseguente adesione al trattamento. Possono essere considerati:

- interventi di risocializzazione, svolti all'interno o all'esterno della struttura, finalizzati al miglioramento della capacità di socializzazione del paziente, mediante attività sia individuali sia di gruppo (lettura, visione di film, ascolto di musica e discussione, incontri su argomenti specifici ecc.);
- interventi psicoeducativi di gruppo svolti all'interno della struttura. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nell'SPDC ha come obiettivo generale quello di ottenere la partecipazione attiva e informata del paziente alle cure. Gli obiettivi del gruppo possono essere il riconoscimento dei segni precoci di crisi, l'individuazione di reazioni avverse alle situazioni e agli eventi stressanti a partire dal modello stress-vulnerabilità, l'informazione sugli psicofarmaci e l'aderenza al trattamento, una maggiore capacità di gestione del percorso di cura dopo la dimissione. I gruppi favoriscono il clima emotivo

del reparto, migliorando il livello di collaborazione tra pazienti e operatori. Tale approccio permette anche di offrire un maggiore coinvolgimento e gratificazione professionale agli operatori infermieristici dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, facilita la rilevazione di informazioni sullo stato mentale dei pazienti e sull'efficacia della terapia mediante l'osservazione dei loro comportamenti durante gli incontri. Infine, promuove la collaborazione tra le risorse del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e quelle dei pazienti, in un'ottica di co-gestione della malattia anche in fase acuta;

- interventi psicologici di carattere terapeutico di gruppo, svolti all'interno della struttura, finalizzati al miglioramento delle condizioni cliniche (acute e sub-acute), dove l'omogeneità viene definita dalla condizione di degenza e in cui viene facilitata l'espressione, il confronto, la condivisione e l'elaborazione dei vissuti emotivi e relazionali.

Ricoveri inappropriati sono quelli di pazienti affetti primariamente da patologie correlate all'abuso/dipendenza/astinenza da alcol o droghe, ma anche di pazienti con ritardo mentale, di soggetti portatori di richieste/bisogni di tipo sociale o assistenziale, o attori di comportamenti antisociali in assenza di una psicopatologia maggiore riconoscibile e trattabile. In questi ultimi casi, inoltre, è noto come i ricoveri tendano a protrarsi nel tempo, aggiungendo cioè ai fattori di inappropriata diagnostica crescenti rischi di violazione delle regole e di conflitto con l'équipe.

Per quanto detto sopra, le degenze prolungate vanno comunque considerate inappropriate per i reparti di degenza ospedaliera.

Inappropriati risultano i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di soggetti con demenze, di Alzheimer o di altro tipo. Sebbene i dati disponibili siano scarsi ed eterogenei, risulta infatti che la demenza costituisca una condizione caratterizzata da elevata incidenza di eventi impulsivo-aggressivi, anche se spesso di basso impatto sugli operatori e sul contesto, e che tali comportamenti siano favoriti dalla degenza in ambiente ospedaliero. Gli interventi e i comportamenti atti a ridurre tale rischio richiedono una imponente azione sul contesto, il che rende il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura un luogo del tutto inadeguato ad accogliere tali pazienti, nei cui confronti non può inoltre esercitare funzioni terapeutiche specifiche e/o sostitutive rispetto ad altre soluzioni di assistenza e cura.

Inappropriati risultano anche ricoveri di adolescenti con disturbi del comportamento non correlati a un disturbo psicotico, specie se senza differenziazione dei luoghi e delle modalità di trattamento rispetto alla normale routine terapeutica dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

È necessario pertanto che i DSM completino e aggiornino i protocolli di intesa e collaborazione rispettivamente con i Servizi per le Dipendenze, i Servizi Disabilità e il Servizio Sociale delle ASL, le UONPIA delle Aziende Ospedaliere (AO), per la messa a punto di percorsi di cura per i pazienti con patologie di confine e comorbidità e che comprendano l'evenienza e la fase del ricovero ospedaliero.

È necessario anche prevedere la messa a punto di un protocollo condiviso con i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione della propria AO per la gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche o delle richieste di valutazione psichiatrica in situazioni di

emergenze medico-chirurgiche, nonché di un protocollo che preveda i casi di possibile ricorso all'intervento da parte delle forze dell'ordine (condiviso con le stesse).

La *formazione del personale* riveste certamente un ruolo significativo nella prevenzione e nella migliore gestione di episodi di violenza/aggressività e nella riduzione degli episodi di contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Le esperienze svolte in diversi contesti ospedalieri di vari Paesi ne ribadiscono l'importanza ma anche i limiti. Sembrano preferibili programmi di formazione rivolti all'intera équipe a quelli destinati a singoli operatori nonché le formazioni interne, 'sul campo', rispetto a quelle esterne. Appare opportuno poi identificare i bisogni formativi specifici degli operatori coinvolti e programmare l'intervento formativo con fasi sia teoriche sia pratiche e addestrative.

Tuttavia, la sola formazione non ha un impatto decisivo sulla riduzione degli episodi di aggressività e/o di contenzione, mentre è necessario che essa si inserisca in progetti di miglioramento di qualità che contemplino anche interventi a livello organizzativo-funzionale e clinico (Bowers L. et al., 2006).

Devono essere pertanto contestualmente affrontati anche i problemi relativi alla stabilità del personale operante nel reparto, alla relazione tra gli stessi operatori, così come va anche posta attenzione al punto di vista degli utenti e agli input degli utilizzatori del Servizio.

In ogni caso, progetti di formazione specifici, con le caratteristiche sopra citate, andrebbero costantemente programmati e realizzati, e successivamente ripetuti in occasione di cambi significativi di composizione dell'équipe.

Una forma specifica di formazione teorico-pratica andrebbe riservata alle patologie e ai comportamenti emergenti associati al maggior rischio di aggressività/violenza.

Annualmente, almeno un programma di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) del DSM dovrebbe riguardare uno dei temi trattati, includendo gli opportuni interventi di formazione. Tra questi è opportuno prevedere la messa a punto di un protocollo oggetto di formazione sulla gestione del comportamento aggressivo.

I progetti di miglioramento e di formazione relativi ai protocolli di minimizzazione e gestione delle contenzioni sono trattati nel paragrafo successivo.

RACCOMANDAZIONI SUL TEMA DEI MODELLI ORGANIZZATIVI E DI GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA, E DELLA PREVENZIONE E GESTIONE DEI FENOMENI DI AGGRESSIVITÀ NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

1. La prevenzione delle urgenze psichiatriche avviene principalmente attraverso l'appropriatezza, l'efficacia, la continuità e la flessibilità dell'intervento territoriale. È necessario garantire una équipe territoriale forte e multi-professionale, integrata sul territorio, capace di operare secondo il modello della 'presa in carico' e capace di fornire risposte appropriate anche ai bisogni emergenti (gravi problematiche comportamentali, doppia diagnosi, disturbi psichici in ambito carcerario ecc.).

2. La risposta alle situazioni di urgenza psichiatrica necessita di interventi coordinati che coinvolgano diversi soggetti, sanitari e non sanitari. È necessaria la definizione di protocolli operativi nel DSM per fronteggiare la segnalazione di urgenze sul territorio, la definizione di protocolli con la rete dell'emergenza-urgenza (118), con le forze dell'ordine, con i MMG e di continuità assistenziale, oltre alla strutturazione di luoghi appropriati di intervento in Pronto Soccorso. È necessario inoltre prevedere la messa a punto di un protocollo condiviso con i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione della propria AO per la gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche o delle richieste di valutazione psichiatrica in situazioni di emergenze medico-chirurgiche, nonché di un protocollo che preveda i casi di possibile ricorso all'intervento da parte delle forze dell'ordine (condiviso con le stesse). In particolare, per le situazioni di acuzie grave e che connotano il quadro clinico come situazione di grave urgenza appare opportuno progettare aree di intervento in collegamento con le strutture ospedaliere dell'emergenza-urgenza e della medicina interna, ove la collaborazione fra psichiatria e servizi medici possa attuarsi secondo modelli innovativi.
3. Il *triage* è uno strumento organizzativo volto a selezionare e ordinare gli accessi nei servizi per acuti. L'applicazione del modello anche nell'ambito della gestione dell'urgenza psichiatrica nei servizi territoriali ha rappresentato, ove è stato sperimentato, una modalità organizzativa utile per ottenere una valutazione della gravità della situazione e consentire una rapida definizione delle priorità assistenziali e terapeutiche.
4. L'utenza dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si caratterizza per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto riguardo ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. Appare appropriato pensare a una possibile differenziazione dei reparti ospedalieri di psichiatria in base ai livelli di intensità di cura (medica) e di assistenza (infermieristica), o comunque differenziare aree a diversa intensità assistenziale nei singoli reparti.
5. Nei DSM che possono prevedere più di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura appare altamente raccomandabile valutare la possibilità di pensare a un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura organizzato per pazienti a bassa-media intensità di cura il cui connotato differenziante rispetto agli altri SPDC sia quello di essere aperto (o quasi sempre aperto) e, di conseguenza, possa ospitare patologie differenti o in fase critica differente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a porte chiuse.
6. L'Ospedale Generale è una delle sedi più importanti per il riconoscimento dei disturbi psichici. L'integrazione della psichiatria nell'Ospedale Generale ha determinato, negli ultimi anni, una maggiore capacità di riconoscimento dei disturbi psichici da parte degli altri specialisti, un incremento delle richieste di visite nei reparti ospedalieri e un aumento della richiesta di programmi di cura per specifiche popolazioni di utenti affetti da patologie primariamente medico-chirurgiche. Pertanto si ritiene necessario individuare, in ambito ospedaliero, una funzione organizzata per la psichiatria di consultazione
7. Le problematiche derivanti dal crescente impiego di sostanze stupefacenti nella popolazione (in particolare quella giovanile), dal progressivo incremento dei flussi mi-

gratori (che comportano complesse implicazioni di ordine socio-culturale e di accessibilità ai servizi) e, non raramente, l'embricarsi di tali fenomeni, inducono alla progressiva acquisizione di competenze sul tema, a una più generalizzata fruibilità di strumenti diagnostici specifici, nonché di modelli terapeutico-riabilitativi in grado di offrire valide risposte a tali sottogruppi di utenza. Tali fenomeni sono di particolare rilevanza nelle aree metropolitane. I servizi di salute mentale sono richiesti, pertanto, di prendere atto della prevalenza delle patologie psichiatriche comorbili e la specificità dei bisogni di salute mentale, spesso associati a ingenti bisogni sociali, dei migranti.

8. Fattori associati a comportamenti aggressivi o violenti nei reparti di degenza sono in parte aspecifici e in parte specifici per la popolazione psichiatrica. Variabili 'di contesto', legate all'organizzazione, alle regole e alla routine di reparto come l'affollamento di pazienti e operatori nel reparto, la condizione ambientale, in particolare il comfort abitativo, la chiarezza ed empatia della comunicazione con i pazienti da parte dello staff, le attività svolte all'interno del reparto e la limitazione dei tempi vuoti, appaiono particolarmente rilevanti per la prevenzione di episodi di aggressività. Nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dovrebbero perciò essere adottati sistematicamente protocolli di valutazione del rischio di aggressività e violenza e di trattamento e gestione dell'agitazione e dell'aggressività. Dovrebbe inoltre essere posta attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con particolare riguardo ad aspetti strutturali e organizzativo-funzionali, ricoveri inappropriati, formazione del personale.
9. Tra i fattori strutturali e organizzativo/funzionali, oltre al rispetto puntuale dei criteri di accreditamento previsti per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, va posta attenzione al comfort abitativo, alla sicurezza ambientale, a evitare il sovraffollamento dei reparti. Risulta particolarmente indicato approntare e regolarmente aggiornare un regolamento di reparto, conosciuto e approvato dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di afferenza, comprendente anche specifiche regole di comportamento per pazienti e operatori. Tra gli aspetti organizzativo/funzionali è da collocare il tema delle attività da svolgere in reparto al fine di rendere il periodo del ricovero un momento significativo non solo per il superamento dell'acuzie, ma anche per l'avvio o la verifica del progetto di presa in cura/carico del paziente in collaborazione con il CPS di competenza, e per lo svolgimento di appropriate attività psicoeducative e/o risocializzanti.
10. Ricoveri inappropriati sono quelli di pazienti affetti primariamente da patologie correlate all'abuso/dipendenza/astinenza da alcool o droghe senza disturbi psichiatrici in comorbidità, ma anche di pazienti con ritardo mentale, di pazienti con demenza senile, di soggetti portatori di richieste/bisogni di tipo sociale o assistenziale, o attori di comportamenti antisociali in assenza di una psicopatologia maggiore riconoscibile e trattabile. Le degenze prolungate vanno comunque considerate inappropriate per i reparti di degenza ospedaliera. Numerosi problemi risultano connessi al trattamento e all'ospedalizzazione di pazienti con disturbi di personalità, per i quali vale la raccomandazione di ridurre la frequenza e la durata dei ricoveri, che di norma sono da considerarsi inappropriati per il disturbo antisociale di personalità.

11. La formazione del personale riveste un ruolo importante nella prevenzione e nella migliore gestione di episodi di violenza/aggressività e nella riduzione degli episodi di contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Interventi formativi con fasi sia teoriche sia pratiche e addestrative andrebbero costantemente programmati e realizzati, e successivamente ripetuti in occasione di cambi significativi di composizione dell'équipe. Nei DSM è necessario promuovere azioni formative centrate sulla gestione della crisi e sul ruolo dell'équipe come elemento di coordinamento, anche attraverso una rivisitazione di modelli operativi che hanno caratterizzato in questi anni la gestione del paziente acuto e la formazione specifica su bisogni clinici emergenti (doppia diagnosi, disturbi di personalità, trattamenti in adolescenza). Inoltre, sono necessari interventi di formazione in collaborazione con il personale del 118 e con le forze dell'ordine finalizzati a concordare strategie applicative di ASO e TSO e di integrazione degli interventi sul territorio di fronte a situazioni complesse a elevata criticità. Annualmente, almeno un programma di MCQ del DSM dovrebbe riguardare uno dei temi trattati, includendo gli opportuni interventi di formazione. Tra questi è opportuno prevedere la messa a punto di un protocollo oggetto di formazione sulla gestione del comportamento aggressivo.
12. È necessario che i DSM completino e aggiornino protocolli di intesa e collaborazione rispettivamente con i Servizi per le Dipendenze, i Servizi Disabilità e il Servizio Sociale delle ASL, le UONPIA delle AO, per la messa a punto di percorsi di cura per i pazienti con patologie di confine e comorbidità, che comprendano l'evenienza e la fase del ricovero ospedaliero.
13. In particolare il protocollo operativo fra i Dipartimenti per le Dipendenze delle ASL e i DSM dovrebbe definire: i percorsi diagnostici sia territoriali sia ospedalieri; i tempi e le modalità di definizione e di gestione dei percorsi di cura (clinici e riabilitativi, ambulatoriali, degenziali e residenziali); le prassi di gestione dell'urgenza, compresa l'eventuale degenza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e, più in generale, ospedaliera; le modalità di gestione delle consulenze, pertinenti alla specifica area di intervento, finalizzate anche al mantenimento della continuità terapeutica.
14. Per la gestione delle urgenze in adolescenza, è opportuno valutare l'eventuale attivazione di spazi di ricovero dedicati contigui al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con particolare attenzione alle caratteristiche dell'utenza giovanile e alle diverse necessità strutturali e organizzative cui ottemperare. Può essere inoltre opportuna la creazione di équipe dedicate all'interno dei DSM con figure professionali con specifiche conoscenze e competenze nell'area dei disturbi psichiatrici dell'adolescenza e della prima età adulta, al fine di garantire la qualità degli interventi. Vi è la necessità che i progetti di collaborazione tra psichiatria e NPIA si sviluppino anche a livello territoriale, al fine di avviare azioni di prevenzione e di intercettare i disturbi psichici in età giovanile e adolescenziale, creando le necessarie integrazioni con i progetti già avviati in ambito psichiatrico sul tema dell'intervento precoce nei disturbi psichici gravi. Nell'evenienza di un ricovero di adolescenti nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, il ricovero non dovrebbe essere prolungato (eccetto situazioni psicopatologiche complesse che lo richiedano necessariamente),

per ridurre il contatto con pazienti adulti gravi e il rischio di acquisizione di comportamenti e modalità cronicizzanti; i giovani pazienti andrebbero coinvolti in attività cliniche, di supporto cognitivo e intrattenimento; dovrebbero essere favoriti rapporti frequenti a scopo informativo e psicoeducativo con i familiari; dovrebbero essere favoriti i rapporti con insegnanti/scuola/compagni di classe/amici facilitando, in tal senso, un sistema di permessi di uscita.

CONTENZIONE

Contenere la contenzione

L'attenzione a utilizzare la contenzione solo come fatto straordinario dovrebbe indurre a una riflessione su quanto invece accade nella pratica assistenziale quotidiana.

Il ricorso alla contenzione, inoltre, in passato come oggi, interroga gli operatori sanitari su quali siano i loro valori in quanto persone, cittadini e professionisti.

Infatti, per quanto motivata e giustificata possa essere la contenzione di un paziente, si avverte la sensazione di aver ferito la persona assistita negandole temporaneamente o limitando in modo significativo un diritto umano fondamentale: il diritto alla libertà.

Le raccomandazioni contenute nel documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" emanato dalla Conferenza delle Regioni (Roma, 29 luglio 2010), sollecitano le diverse realtà organizzative a realizzare strumenti che regolino la pratica della contenzione, viste le grandi disomogeneità presenti sul territorio nazionale.

La riduzione e la tensione verso l'eliminazione della contenzione nella pratica psichiatrica è realizzabile solo passando dalla riduzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura: lo strumento è dato dall'adozione e/o il potenziamento di buone pratiche cliniche in luoghi di cura sicuri e confortevoli

La condivisione di valori all'interno del gruppo curante e di una filosofia clinico-assistenziale che pone al centro l'assistito, richiede all'operatore sanitario un'attenta valutazione del paziente e il vaglio di tutte le possibili soluzioni alternative affinché sia possibile prevenire la contenzione o questa possa trovare una sua legittimità etica e giuridica nella pratica clinica come scelta motivata ed estrema.

INDICAZIONI OPERATIVE SULLA PREVENZIONE, GESTIONE E LIMITAZIONE DELLA CONTENZIONE NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

Regione Lombardia ha fatto propri i principi generali contenuti nelle raccomandazioni sulla prevenzione della contenzione fisica emanate dalla Conferenza delle Regioni, ma – coerentemente con gli obiettivi proposti ai Direttori delle AO e delle ASL per il 2011 e con le finalità del GAT stesso – intende andare oltre. Pertanto, il lavoro del

GAT, tuttora in corso, risponde allo scopo di individuare e fornire linee, strumenti e metodi che i DSM regionali possano utilizzare per “contenere la contenzione” in modo responsabile ed efficace, offrendo indicazioni operative in ordine sia alle metodologie per prevenire il ricorso alla contenzione sia agli strumenti per gestirla correttamente quando essa risulti indispensabile.

L'obiettivo di ridurre la contenzione deve essere perseguito mettendo in atto azioni migliorative e responsabilizzando i diversi livelli coinvolti. Si fa riferimento agli aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, alla formazione del personale dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, ma anche alle attività territoriali dei DSM e ai loro rapporti con gli altri Soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti, e al contesto in generale. A questo riguardo devono essere specificatamente considerate le problematiche delle realtà metropolitane per le quali è necessario un rimodellamento dei modelli operativi tradizionalmente sperimentati.

Si ribadisce quindi il suggerimento pratico di utilizzare tanto le precedenti raccomandazioni quanto le seguenti “Indicazioni operative sulla prevenzione, gestione e riduzione della contenzione in SPDC”, per sviluppare un processo di miglioramento finalizzato all'analisi e al cambiamento delle pratiche, oltre che per la revisione dei protocolli e delle procedure operative in uso.

In particolari stati clinici occorre considerare la necessità di contenere il paziente: se ciò comporta l'applicazione della contenzione fisica è indispensabile disciplinare tale scelta con l'adozione di strumenti operativi quali protocolli e procedure.

Si possono riconoscere due momenti decisionali multidisciplinari nell'ambito della strategia di contenimento/contenzione, che precedono la costruzione del protocollo operativo.

Decisione della necessità di attuare un contenimento e scelta di possibili strategie alternative alla contenzione

- Individuazione delle strategie di buona pratica clinica finalizzate alla sua limitazione.
- Addestramento alla relazione, all'individuazione dei sintomi/segnali predittivi di comportamenti aggressivi o violenti.
- Capacità di individuare e adottare approcci e soluzioni utili alla riduzione del livello di aggressività del paziente e/o strategie di convogliamento dell'aggressività in canali alternativi.
- Rispetto degli standard di personale al fine di garantire la presenza di un numero congruo di operatori sanitari in presenza di pazienti complessi (temporaneo potenziamento delle risorse).
- Riduzione dei ricoveri impropri (problema della gestione dell'abuso di sostanze in assenza di franco disturbo psichiatrico; di alcuni disturbi di personalità; pazienti portatori di bisogni sociali; problema della lunghezza dei ricoveri).
- Personalizzazione del rapporto terapeutico.
- Evitare l'isolamento e migliorare il comfort ambientale.

- Favorire adeguati livelli di comunicazione nell'équipe curante e un buon clima di lavoro.
- Garantire interventi territoriali precoci e integrati di presa in carico per ridurre il ricorso al ricovero.

Decisione sulle tecniche operative

Quando si configura uno stato di necessità (art. 54 del Codice Penale: “*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*”) e in particolari condizioni cliniche o circostanze nelle quali trova indicazione l'intervento di contenzione, il personale coinvolto deve uniformare i comportamenti: ciò è possibile ricorrendo a strumenti di standardizzazione quali protocolli, procedure, linee guida e percorsi clinico assistenziali atti a garantire la qualità delle cure e a ridurre il rischio clinico. Gli strumenti/documenti operativi che regolamentano la contenzione devono necessariamente essere condivisi tra medici e infermieri, esplicitare in modo chiaro la definizione degli ambiti di responsabilità e competenza degli operatori sanitari e il contesto di utilizzo e contenere indicazioni prescrittive e di applicazione che limitino il livello di discrezionalità operativa, come riportato nelle indicazioni suggerite a seguire.

Indicazioni per la costruzione di un protocollo aziendale sulla contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Quanto declinato nel documento del GAT sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nel trattamento dell'acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica, rappresentano un insieme di indicazioni rispondenti al livello minimo necessario in termini di contenuti previsti per un protocollo sulla contenzione.

Le indicazioni derivano sia dal lavoro sistematico di analisi degli elaborati già presenti nelle diverse realtà di DSM pervenuti in Regione Lombardia (in seguito alla richiesta del 19/4/2011), sia dall'analisi della letteratura scientifica a disposizione in materia. La proposta di protocollo sulla contenzione deve essere necessariamente ricondotta, in via esclusiva, alla gestione della contenzione del paziente con manifestazioni di disturbo psichico, o derivanti da altra diagnosi, che danno origine a discontrollo comportamentale con rischio di lesione a sé e agli altri.

La realizzazione di protocolli e procedure deve essere il frutto di un gruppo di lavoro multi-professionale che condivida tutti gli aspetti da affrontare.

Pur riconoscendo la straordinarietà del ricorso alla contenzione ma allo stesso tempo consapevoli della numerosità del fenomeno in generale, è oltremodo auspicabile che ogni Azienda Ospedaliera si doti di un analogo documento per la gestione della contenzione anche in ambito non psichiatrico. Nelle diverse realtà organizzative (Medicina, Chirurgia, Neurologia ecc.), sono innumerevoli le condizioni cliniche che determinano il ricorso a manovre limitanti, parzialmente o totalmente, la libertà di movimento della persona a scopi cautelativi, terapeutici.

Nello specifico il protocollo sulla contenzione deve, in maniera irrinunciabile, essere preceduto da indicazioni o procedure relative alla identificazione e gestione del paziente a rischio di atti violenti o con manifesti segni di discontrollo del comportamento. Deve inoltre esplicitare in modo chiaro la definizione degli ambiti di responsabilità e competenza degli operatori sanitari, identificare il contesto di utilizzo e le indicazioni prescrittive e di applicazione della contenzione.

Per operare in sicurezza è fondamentale attivare e sostenere programmi di formazione del personale orientati in via prioritaria alla conoscenza e gestione del paziente a rischio di comportamenti aggressivi o violenti e, contestualmente, all'applicazione e gestione appropriata della contenzione, nonché al monitoraggio dell'andamento del fenomeno. Nel governo del rischio clinico è necessario adempiere a una corretta valutazione, osservazione e controllo del paziente, nei tempi indicati, e orientarsi a una corretta scelta e utilizzo delle attrezzature.

Di fondamentale importanza è l'addestramento al lavoro di gruppo e la definizione dei ruoli anche attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie di lavoro specifici (audit, riunioni, role-playing ecc.). Tutto ciò, oltre a rappresentare un bagaglio personale irrinunciabile per chi opera in ambito psichiatrico, costituisce le base necessaria per costruire modalità gestionali che garantiscano il sostegno e la condivisione del carico emotivo e operativo che grava sugli operatori.

Azioni ulteriori finalizzate alla riduzione della contenzione

A supporto delle azioni volte alla riduzione del rischio di contenzione è necessario inoltre:

1. la predisposizione, l'applicazione e il regolare aggiornamento di un documento di valutazione sul tema del rischio di agiti aggressivi (auto-aggressivi ed etero-aggressivi) nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;
2. la verifica almeno semestrale della corretta applicazione del protocollo delle contenzioni nell'ambito del lavoro di gruppo con gli operatori;
3. il monitoraggio degli episodi di contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che si avvalga di idonei strumenti informativi e di registrazione;
4. la gestione degli eventi di contenzione, al pari degli 'eventi sentinella', quale oggetto di attenzione e specifico approfondimento da parte delle équipe;
5. la valutazione dell'impatto delle azioni formative e di miglioramento poste in atto.

GLI SVILUPPI DEL LAVORO SULLA GESTIONE DELL'EMERGENZA-URGENZA NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA: IL CONTRIBUTO DEGLI INFERMIERI

Gli infermieri che hanno partecipato al GAT hanno orientato l'attenzione su diversi fronti alcuni dei quali già rappresentati nella parte precedente del capitolo.

Di seguito trovano spazio due approfondimenti analitici relativi rispettivamente ai contenuti del documento della Conferenza delle Regioni e ai contenuti dei Protocolli elaborati dai DSM lombardi e recepiti dalla Regione.

Analisi del documento “contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione” – (conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Roma, 29 luglio 2010)

Ciascuna delle raccomandazioni contenute nel documento emanato dalla Conferenza delle Regioni induce riflessioni che dovrebbero tradursi in strategie operative e modifiche organizzative da implementare per migliorare l'approccio all'evento contenzione.

I suggerimenti che accompagnano le raccomandazioni vogliono rappresentare un aiuto per le Unità Operative allo scopo di valutare il livello di realizzazione degli obiettivi che tali raccomandazioni si prefiggono.

MONITORAGGIO E RACCOLTA SISTEMATICA DI INFORMAZIONI SUL FENOMENO DELLA CONTENZIONE

Nella pratica operativa pare utile la realizzazione e implementazione di un registro delle contenzioni informatizzato. Il processo di raccolta delle informazioni deve prevedere l'invio sistematico e periodico del dato da parte delle AO/DSM verso un collettore centrale (Regione Lombardia in questo caso) per consentire l'analisi del fenomeno.

Il registro dovrà prevedere la raccolta di informazioni utili a monitorare gli indicatori minimi per l'analisi degli eventi 'contenzione': durata della contenzione, contenzioni notturne, numerosità degli episodi di contenzione, numerosità dei pazienti contenuti, diagnosi associate alla contenzione ecc.

La costituzione di un sistema informativo e di un flusso di dati, costantemente governato e analizzato a livello centrale attraverso indicatori specifici, può rappresentare uno strumento di osservazione della contenzione come evento sentinella.

MONITORAGGIO, A LIVELLO LOCALE E REGIONALE, DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI

Questa raccomandazione è perseguibile attraverso la realizzazione e implementazione di un registro degli agiti aggressivi e violenti.

Le informazioni raccolte dal registro e la revisione della letteratura consentono di evidenziare un *case-mix* utile alla predittività degli eventuali comportamenti violenti.

PROMUOVERE LA FORMAZIONE PER FAVORIRE PRATICHE APPROPRIATE

Le UOP devono progressivamente sistematizzare interventi formativi di addestramento all'approccio corretto in situazioni critiche nonché alle tecniche di *de-escalation* e alle alternative alla contenzione.

Analogamente a quanto avviene nelle discipline di urgenza-emergenza, è necessario garantire con sistematica periodicità (addestramento e *re-training*) l'aggiornamento su temi caratterizzanti la specificità dell'agire nei contesti critici-acuti.

La formazione alla buona pratica clinica in sinergia con efficienti sistemi organizzativi (organizzazione delle risorse) è finalizzata alla potenziale riduzione degli atti violenti e della contenzione fisica. La formazione degli operatori deve oltremodo promuovere una cultura di gruppo che favorisca coesione dell'équipe, condivisione dei valori di riferimento, sviluppo di competenze professionali trasversali che mettano l'operatore in grado di agire sempre in base a decisioni cliniche piuttosto che a regole predeterminate.

Vanno favoriti i momenti di condivisione e supporto all'équipe per la gestione dei momenti critici.

DEFINIRE E GARANTIRE STANDARD DI STRUTTURA E DI PROCESSO PER LA GESTIONE DEGLI ATTI VIOLENTI

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono identificabili a tutti gli effetti come servizi ad alta specializzazione; le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti, l'alta complessità assistenziale, il rischio di stress da lavoro, il livello di competenza necessario a sostenere il processo terapeutico-assistenziale e relazionale con i pazienti acuti, nonché la gestione di pratiche specifiche e delicate quali la contenzione, implicano un elevato livello di attenzione all'organizzazione dei servizi. È necessario dotarsi di indicazioni per la gestione degli atti violenti; rilevazione degli aspetti predittivi e adozione di strategie preventive; gestione dell'agito in termini strutturali/ambientali.

Vanno garantiti standard ottimali anche in termini di impiego delle risorse nelle diverse condizioni critiche:

- congrua presenza del medico in termini attivi e operativi sia nella fase di gestione degli atti violenti sia durante l'eventuale contenzione (dalla prescrizione ai controlli in itinere alla presenza al momento del termine della contenzione);
- presenza di personale infermieristico sufficiente per la gestione dei momenti critici e per garantire un livello elevato di assistenza durante la contenzione (sulle 24 ore).

VALUTARE L'IMPATTO DI INFORMAZIONE, FORMAZIONE E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELLA CURA

Monitorare il modificarsi (in termini quantitativi e qualitativi) dei fenomeni di atti violenti e del ricorso alla contenzione in correlazione al modificarsi degli assetti organizzativi, valutando:

- le ricadute della formazione continua in materia;
- l'adozione di pratiche operative orientate all'individuazione precoce degli agiti e alla messa in pratica di tecniche di *de-escalation*;
- l'introduzione di momenti di confronto e di supporto tra gli operatori sanitari;
- gli esiti di azioni migliorative introdotte nell'agire professionale.

PROMUOVERE AZIONI SISTEMATICHE DI VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ RELATIVAMENTE ALLA GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI CRISI, RICORSO ALLA CONTENZIONE ECC. Prevedere incontri di analisi, restituzione e condivisione dei dati raccolti dai registri di monitoraggio degli atti aggressivi o violenti e della contenzione promuovendo azioni

di miglioramento. Favorire momenti di confronto dell'agire il proprio ruolo professionale e di condivisione delle criticità rilevate e/o percepite dal personale nella gestione degli eventi acuti e della contenzione. La realizzazione di un clima di reparto basato sul rispetto del singolo, sull'ascolto e l'accoglienza è senza dubbio il primo passo per detendere l'aggressività.

Una forte leadership, capace di valorizzare i singoli operatori nel rispetto delle specifiche professionalità, rappresenta la garanzia dell'unitarietà e del mandato del processo terapeutico.

FAVORIRE LA TRASPARENZA DELLE STRUTTURE DI CURA AL FINE DI MIGLIORARE L'ACCESSIBILITÀ, VIVIBILITÀ, ACCOGLIENZA DEL SERVIZIO E FACILITARE LA COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO
L'evoluzione dei contesti di cura implica la possibilità/necessità di compartecipazione al processo assistenziale da parte del paziente e dei familiari. In risposta ai bisogni di educazione sanitaria è necessario prevedere il trasferimento di contenuti informativi che garantiscano la trasparenza dell'agire professionale e che, al tempo stesso, inducano un atteggiamento collaborativo da parte del paziente, dei famigliari o altri *care giver*. L'apertura dei servizi verso l'esterno pone l'operatore sanitario nella irrinunciabile posizione di agire all'insegna della buona pratica. La capacità di rapportarsi con l'esterno riduce il livello di autoreferenzialità dei servizi.

Analisi dei protocolli elaborati dai DSM lombardi

Sulla base dei contenuti minimi auspicabili per un protocollo di gestione della contenzione (documento GAT "Il trattamento delle acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica"; settembre 2011) condivisi nel gruppo di lavoro, è stata elaborata una checklist dedicata (Tabella 8.1). Il lavoro di analisi e verifica dei Protocolli/Procedure presenti nei diversi DSM e UOP della Regione Lombardia è stato condotto attraverso il suo impiego. Tale strumento ha una duplice valenza: rappresenta sia una traccia per la corretta elaborazione del protocollo sulla gestione della contenzione che uno strumento di controllo per la verifica dei contenuti di protocolli già elaborati.

RISULTATI E SUGGERIMENTI

L'attività di verifica dei protocolli presenti nei DSM della Regione Lombardia ha dato un esito nell'insieme positivo; l'evidenza è che i protocolli presenti nelle AO nell'insieme hanno una buona aderenza ai contenuti del documento del GAT.

La quasi totalità dei protocolli è stata formalizzata a livello aziendale in percorsi di qualità (93%).

Tutti i protocolli riportano in modo esaustivo i principi che sottendono l'atto della contenzione a conferma che è universalmente condiviso quanto la contenzione non possa essere in nessun modo atto repressivo o punitivo né essere adottata per sopperire a carenze strutturali, organizzative o gestionali e che trova applicazione quando sussista un rischio imminente di danni alle persona o a terzi con dimostrata inefficacia e/o comprovato fallimento di altri strumenti di gestione del discontrollo comporta-

TABELLA 8.1					
Check-list di verifica e controllo elaborata dal GAT – ottobre 2012					
GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO – RUOLO DEI SPDC NEL TRATTAMENTO DELLE ACUZIE E DELL'EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA			CHECK-LIST VERIFICA PROTOCOLLO/ PROCEDURA “CONTENZIONE”		
Numero di verifica: _____		Data: _____			
DSM di: _____		Unità Operativa _____			
N°	Domanda	Riscontro			Note
		SI	NO	N/A	
1	Il protocollo/la procedura è stato formalizzato a livello aziendale (procedura di qualità, acquisita dalla direzione ecc.)				
2	È chiaramente declinato lo scopo del protocollo/procedura				
3	Si evincono o sono indicati i principi che sottendono all'atto della contenzione (rispetto della persona, utilizzo della contenzione quale atto estremo dopo fallimento o impossibilità di utilizzo altri metodi, riduzione della discrezionalità dell'atto, informazione al paziente ecc.)				
4	Il documento indica la possibilità di utilizzo della contenzione anche per i minori				
5	Sono indicate le complicanze possibili della contenzione				
6	Sono definiti gli ambiti di applicazione del protocollo/procedura (presidi, servizi ecc.)				
7	Sono definiti gli ambiti di responsabilità dei professionisti				
8	Sono indicate le risorse materiali utilizzabili durante la contenzione				
9	Viene indicato nel protocollo/procedura dove sono conservati i dispositivi utilizzabili per la contenzione				
10	Viene specificato se la contenzione deve essere applicata in stanze/spazi/letti dedicati				
11	Viene data indicazione sulle modalità di impiego delle risorse umane che intervengono nell'atto della contenzione				
12	Vengono indicate le competenze di ciascun operatore (figura professionale)				
13	Sono declinate indicazioni per l'attivazione di eventuale personale di supporto o delle forze dell'ordine				
14	Vengono indicate le fasi che fanno parte del procedimento di contenzione (prescrizione, organizzazione della manovra, contenzione, controlli, fine contenzione ecc.)				
15	Sono indicate le azioni da attuare nelle diverse fasi del procedimento contenzione				

(Segue)

TABELLA 8.1 (Continua)

Check-list di verifica e controllo elaborata dal GAT – ottobre 2012

GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO – RUOLO DEI SPDC NEL TRATTAMENTO DELLE ACUZIE E DELL'EMERGENZA-URGENZA PSICHIATRICA		CHECK-LIST VERIFICA PROTOCOLLO/ PROCEDURA “CONTENZIONE”			
Numero di verifica: _____		Data: _____			
DSM di: _____		Unità Operativa _____			
N°	Domanda	Riscontro			Note
		SI	NO	N/A	
16	È prevista la possibilità di prescrivere la contenzione da parte dell'infermiere (per stato di necessità)				
17	Se NO all'item 16, è prevista altra forma di indicazione operativa per l'infermiere in assenza del personale medico				
18	È presente l'indicazione della modalità di prescrizione della contenzione (modulo, diario)				
19	La prescrizione (documento prescrittivo, diario, altro) è conforme nei contenuti				
20	Nel protocollo/procedura vi è indicazione dei controlli da effettuare durante la contenzione (modulo o registrazione in cartella)				
21	È presente la scheda di monitoraggio dei parametri rilevati durante la contenzione conforme ai contenuti minimi				
22	Nel protocollo/procedura, vi è indicazione di compilazione del Registro della contenzione				
23	Negli allegati è presente il registro della contenzione (cartaceo, informatizzato)				
24	Il registro prevede i contenuti minimi (data, identificativo paziente, ora inizio, ora fine, ...)				
25	È indicato il tempo di riverifica del documento				

Nota: la coerenza ed esaustività dei contenuti degli item della check-list sono da ricondursi a quanto indicato dalle raccomandazioni del documento GAT, ritenendo i suggerimenti in esso riportati il livello minimo auspicabile in termini di qualità e quantità delle informazioni che devono essere presenti nel protocollo/procedura sulla contenzione.

mentale; può essere effettuata inoltre qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità (stato di necessità art. 54 del Codice Penale) e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave e non altrimenti evitabile (art. 32; art. 49 del Codice di Deontologia Medica).

Nei documenti analizzati sono ben esplicitati gli ambiti di applicazione del protocollo/procedura nel contesto dell'AO e delle UO/Strutture del DSM e i livelli di responsabilità dei professionisti coinvolti nell'attuazione della contenzione formalizzati per ambito di competenza (item 7). La lettura degli item relativi all'impiego delle risorse umane in

base al proprio livello di responsabilità nel processo della contenzione (item 10, 11) rimanda a una discreta chiarezza nelle descrizioni con una necessità però di declinare in modo più approfondito 'chi fa cosa'. Si evidenzia come in alcuni protocolli il medico non venga contemplato come risorsa partecipe alla manovra di contenzione, se non nei termini prescrittivi e per i controlli di competenza: 'chi fa cosa'; 'chi deve/può fare cosa' (la manovra è pratica esclusiva degli infermieri o del personale di supporto?).

Nonostante siano indicate le risorse materiali utilizzabili durante la contenzione, risulta poco chiara, o in alcuni documenti assente, la collocazione del materiale utilizzato per la contenzione (item 8). Tale aspetto può sembrare marginale se si pensa all'esperienza e alla conoscenza del proprio luogo di lavoro da parte degli operatori, ma diviene importante per l'acquisizione delle informazioni corrette da parte di personale neo-assunto o neo-inserito.

L'attenzione verso il paziente contenuto e verso gli altri pazienti, in termini di comfort, privacy e sicurezza deve suggerire l'individuazione di spazi/letti/stanze dedicati (item 9), per tutta la durata della contenzione, aspetto non chiaro nella metà dei protocolli.

Le indicazioni per l'attivazione di personale di supporto da altri reparti o delle forze dell'ordine è presente ma in modo non sufficientemente esplicativo (item 12). Essendo il protocollo una guida per l'utilizzatore, vi si deve trovare esplicitato chi chiamare (reparti specifici, vigilanza interna, forze dell'ordine ecc.), come (numeri di telefono), quando (indicazioni di massima) ecc.

La possibilità da parte dell'infermiere di prescrivere la contenzione è prevista in soli 8 protocolli (26,7%). Il 60% dei protocolli che non lo prevedono forniscono comunque indicazioni operative che il personale infermieristico deve attuare in assenza del medico nel caso si verifichi la necessità contingente di contenzione. Il restante 13,3% non prevede prescrizione e non fornisce indicazioni alternative (item 15, 16).

Buona parte dei protocolli contiene al proprio interno un riferimento al registro della contenzione (86,7%). A tale proposito è opportuno puntualizzare come, in talune realtà, sia divenuta consuetudine utilizzare come registro della contenzione (o come contenuti utili al registro) i moduli prescrittivi della contenzione in quanto completi delle voci minime utili a monitorare il fenomeno (item 21, 22, 23). Non vi è dubbio che sia necessario uniformare il formato e i contenuti del registro delle contenzioni. Molti dei protocolli valutati pur facendo riferimento alla contenzione si compongono anche, in modo piuttosto esteso, di indicazioni per la gestione del paziente agitato, aggressivo o violento. In virtù del fatto che la contenzione è una procedura estrema da attuare solo quando altre strategie non hanno avuto efficacia, il protocollo che la regola deve essere esclusivamente orientato a tale manovra. Va da sé che tale protocollo, così come il ricorso alla contenzione, in ordine di adozione, è subordinato a quello della 'gestione degli agiti' che prevederà la contenzione quale ultima scelta terapeutica da adottare. Ne deriva pertanto la necessità di elaborare due differenti documenti.

Il Gruppo di approfondimento ha inoltre evidenziato la necessità di integrare i protocolli/procedure sulla contenzione con indicazioni e/o riferimenti che ricomprendano l'eventuale attuazione di tale pratica a casi di minori (item 4). Risulta utile a tal pro-

posito ricordare la consultazione del documento elaborato dal GAT sul trattamento dell'Acuzia e Psichiatrica in Adolescenza (trasmesso alle AO il 13/02/2012).

LA CONTENZIONE E L'INFERMIERE: RIFLESSIONI

Nel corso degli incontri con il gruppo di lavoro del GAT si è aperta una riflessione sul ruolo dell'infermiere presente nei momenti di acuzie del paziente. Emerge come spesso sia l'infermiere in prima istanza a rilevare la presenza di manifestazioni predittive di un agito auto- o etero-aggressivo, così come è frequente che la manifestazione psicopatologica del paziente in forma acuta si manifesti in assenza del medico (turno notturno, medico reperibile ecc.).

In Italia non è presente una normativa specifica che regoli la contenzione fisica: pertanto si fa riferimento necessariamente a quegli aspetti normativi sovranazionali, nazionali e di categoria professionale che affrontano la tutela dei diritti umani e la garanzia della dignità della persona assistita. Infatti il Codice di Deontologia Medica e il Codice Deontologico dell'Infermiere tracciano in modo vincolante l'operato del medico e dell'infermiere anche in tale ambito.

Nel Codice Deontologico dell'Infermiere (deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009), la contenzione è stata affrontata in uno degli articoli (art. 30) proprio perché il ricorso a questo mezzo persiste ancora oggi e poiché esso è attuato dagli infermieri. Ciò pone gli stessi in discussione sul piano dei valori sia come cittadini sia come professionisti. Affinché la contenzione sia evento straordinario ed eccezionale diviene vincolante rivedere il modo di fare assistenza, che deve essere centrato sulla persona, e una rivalutazione della routine organizzativa. È comunque sempre opportuno interrogarsi a quali esigenze risponda l'utilizzo della contenzione, se ai bisogni dell'organizzazione o agli effettivi bisogni dei pazienti.

Gli infermieri hanno aperto a questo punto una riflessione sull'obbligo deontologico di eseguire una prestazione che potrebbe essere in contrasto con i principi etici del professionista; il professionista potrebbe invocare la 'clausola di coscienza' così come enunciato dal parere del Comitato Nazionale di Bioetica. Ancora: come si pone il professionista davanti alle eventuali responsabilità derivanti dalla decisione di non procedere?

Si ritiene che tali argomentazioni possano essere approfondite al fine di dare un'interpretazione giuridica chiarificatrice in merito.

È importante sottolineare come il documento del GAT abbia comunque contemplato un'area 'discrezionale' nella quale l'infermiere, nell'esercizio del proprio lavoro in virtù di norme professionali ed etico/deontologiche, in seguito a formalizzate valutazioni assistenziali e/o in presenza di riconosciuto stato di necessità, possa 'prescrivere' e di conseguenza attuare la contenzione in assenza contestuale del medico prescrittore (che successivamente ratificherà la decisione).

Riprendendo quanto sopra enunciato sull'importanza della presenza di un documento dedicato alla gestione della contenzione, è necessario che la possibilità prescrittiva o comunque la messa in pratica della contenzione in assenza contestuale del medico debba essere sostenuta e procedurata da specifiche indicazioni contenute nel protocollo per la contenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander J., Bowers L. (2004) Psychiatric ward rules: a literature review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 623-631.
- Amore M., Menchetti M., Tonti C. et al. (2008) Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: *Clinical study, Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 247-255.
- Ariatti R., Neri G. (1998) *Il giudizio di pericolosità*, Nòos, 2:143-149.
- Best Practice (2002) *Evidence Based Practice Information Sheet for Health Professionals*, 6(3), ISSN 1329-1874.
- Bowers L., Nijman H., Allan T., et al. (2006) Prevention and Management of Aggression Training and Violent Incidents on U.K. Acute Psychiatric Wards, *Psychiatric Services*, 57:1022-1026.
- Bowers L., Nijman H., Simpson A., et al. (2011) The relationship between leadership, team-working, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards, *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 46:143-148.
- Collegio IPASVI Como (2009) *La contenzione nell'istituzione aspetti clinici, questioni etiche, sviluppi possibili*.
- Collegio IPASVI di Vicenza (2004), anno V, numero 2.
- Contenzone Fisica in Psichiatria: una strategia possibile di prevenzione – Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 10/081/CR07/C7, 29 luglio 2010, Roma.
- Cornaggia C.M., Beghi M., Pavone., et al. (2011) Aggression in psychiatry ward: A systematic review, *Psychiatry Research*, 189(1): 10-20.
- Documento GAT “Il trattamento delle acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica”; settembre 2011; www.sanita.regione.lombardia.it; “normativa e documenti”; “linee guida/manuale”.
- Documento Gruppo Approfondimento Tecnico regionale *Il trattamento delle acuzie e dell'emergenza-urgenza psichiatrica* (reperibile su: www.sanita.regione.lombardia.it_normativa e documenti_catalogazione: salute mentale)
- Gulizia D., Lugo F. (2008) *La contenzione fisica in ospedale, evidence based guideline*, A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda.
- Il Codice Deontologico dell'Infermiere; Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.
- Maier G.J., Van Rybroek G.J. (1995) *Managing countertransference reactions to aggressive patients*, in Eichelman B.S., Hartwig A.C. (a cura di) *Patient's Violence and the Clinician*, American Psychiatric Press Inc, Washington DC, pp. 73-104.
- Steinert T., Eisele F., Goeser U. et al. (2008) Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4: 27.
- Tardiff K. (1998) *Malattia mentale e violenza*, Nòos, 2: 93-103.
- Vanni A., Biancosino B. (2004) Psychobiological concomitants of aggressive behaviour among psychiatric inpatients: a control study, *Rivista di psichiatria*, 39: 1.

Nuovi modelli e nuove prospettive per la residenzialità psichiatrica

Capitolo

9

La centralità del percorso riabilitativo
nello sviluppo del sistema per la salute mentale

*Giorgio Cerati – Mauro Percudani – Antonio Vita – Giovanni Sironi
Dagmar Merckling – Giovanna Valvassori Bolgé*

RIASSUNTO

La logica di un nuovo assetto per la residenzialità psichiatrica è pienamente comprensibile solo uscendo dall'impostazione tradizionale che risponde all'esigenza di 'collocare il paziente in una struttura' e aderendo alla prospettiva del progetto di trattamento personalizzato per i pazienti con disturbi gravi e persistenti. Essi sono 'presi in carico' da un'équipe territoriale che elabora un programma terapeutico-riabilitativo adeguato ai bisogni del soggetto, che comporterà il reperimento di risorse e strumenti idonei: in tale ambito si situa un possibile programma residenziale, inteso come funzione prima che struttura, e che per sua natura richiede la più ampia flessibilità di risorse da impiegare. Il progetto terapeutico riabilitativo da attuarsi in una Struttura Residenziale (SR) deve essere coerente rispetto al progetto di presa in carico complessivo dell'utente e quindi concordato con l'inviante.

Viene presentato il complesso percorso che ha portato alla revisione globale del sistema della residenzialità regionale e gli esiti di una recente ricerca sulle forme innovative introdotte.

PREMESSA

Dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, la residenzialità ha rappresentato l'area dell'assistenza psichiatrica in cui vi è stato il maggiore sviluppo e ove vi sono stati i maggiori cambiamenti. Dal 1997 i posti letto nelle Strutture Residenziali (SR) psichiatriche lombarde sono più che raddoppiati e anche negli ultimi anni tale crescita non si è rallentata. Nel 2000, lo studio PROGRES censiva in Lombardia 180 SR e 2076 posti letto. I dati relativi all'accreditamento di SR nel giugno 2003 in Lombardia indicavano la presenza di 243 strutture residenziali accreditate e 2771 posti letto.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 ha identificato la residenzialità psichiatrica come una 'funzione a cui si deve rispondere con una pluralità di risorse nell'ambito di strutture differenziate in base al livello di intervento terapeutico riabi-

litativo e al grado d'intensità assistenziale offerto'. Il PSSR 2002-2004 indicava come azioni prioritarie:

- ripensare la classificazione delle SR previste dalla normativa vigente in materia di accreditamento e definire tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto;
- promuovere percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa;
- definire per le strutture a prevalenza riabilitativa i tempi massimi di durata del trattamento, per evitare che strutture sanitarie diventino sostitutive di risorse socio-assistenziali, le quali devono essere reperite sul territorio con il concorso dei soggetti presenti;
- prevedere, soprattutto per i pazienti con limitate necessità psichiatriche, un attivo coinvolgimento di ASL, Comuni e altri soggetti per realizzare idonei progetti sociali.

Criticità della situazione

Nell'ambito dei gruppi di lavoro preparatori alla elaborazione del Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) la domanda era: in che misura le SR rispondono alle finalità per le quali sono istituite, cioè di costituire dei servizi per la riabilitazione dei pazienti affetti da patologie gravi e persistenti, con le caratteristiche:

1. di essere inseriti nel percorso di cura complessivo del paziente;
2. di avere un funzionamento adeguato in senso clinico-assistenziale e verificabile in termini di efficacia e appropriatezza?

Lo scenario del tempo si caratterizza per la presenza di varie strutture accreditate, pubbliche o private o non-profit, che offrono programmi residenziali specifici, una situazione inserita in un contesto ove solo i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende Ospedaliere sono in grado di garantire un completo percorso di cura centrato sulla presa in carico territoriale.

Riguardo all'offerta di residenzialità psichiatrica, circa i due terzi dei posti letto accreditati (73,6%) erano in strutture a elevato livello di protezione (Centri di Terapie Psichiatriche e Riabilitazione [CRT] e Comunità Protette [CP] ad alta protezione) e solo il 18,3% e l'8% rispettivamente in CP a media protezione e bassa protezione. Inoltre, i dati indicavano una forte disomogeneità nella disponibilità di posti letto nei territori delle diverse ASL lombarde, variando da un tasso di 0,3 posti letto ogni 10 000 abitanti a un tasso di 10,9 posti letto per 10 000 abitanti. Gli studi condotti per valutare i programmi di assistenza erogati nelle SR, tanto a livello nazionale (PROGRES) che a livello lombardo (RESPIL), evidenziavano come nelle SR psichiatriche vi fosse un progressivo allungamento dei tempi di degenza, con un sempre più ridotto turn-over dei pazienti.

La residenzialità psichiatrica assumeva sovente la funzione di soluzione abitativa piuttosto che essere funzionale al progetto terapeutico-riabilitativo, generando il pericolo di utilizzare le SR per forme di nuova istituzionalizzazione, invece che come momenti di un percorso clinico interno al lavoro di psichiatria di comunità.

In senso generale, vi erano alcuni aspetti problematici da considerare per leggere la situazione e per programmare lo sviluppo futuro:

- se l'offerta di risposte residenziali ai bisogni di determinati pazienti con disturbi gravi era adeguata qualitativamente e quantitativamente;
- se i necessari collegamenti dell'intervento sanitario con quello sociale erano presenti ed efficaci;
- se vi era una effettiva responsabilizzazione dell'operatore o dell'Unità Operativa curante del paziente rispetto alla gestione del progetto terapeutico-riabilitativo nelle sue diverse articolazioni.

Nella fase di passaggio tra l'assetto di allora e gli obiettivi finali del PSSR 2002-2004, era possibile delineare alcuni nodi critici, riguardanti in particolare: il ruolo della ASL come garante della salute dei cittadini e come soggetto acquirente-regolatore dell'offerta di prestazioni, il ruolo del DSM e il problema del governo clinico sull'intero percorso di cura nei pazienti con disturbi psichici gravi. Inoltre, già si valutava la necessità di riqualificare le SR per porre l'enfasi sui programmi di cura più che sulle caratteristiche delle strutture stesse, e tale riordino del sistema della residenzialità psichiatrica doveva essere accompagnato da una conseguente revisione dei requisiti di accreditamento delle strutture e del sistema di finanziamento.

Governo clinico del percorso di cura per utenti con disturbi psichici gravi

La legislazione lombarda prevede la parità tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e promuove il diritto del cittadino alla libera scelta: impostazione che viene confermata e sviluppata dal PSSR 2002-2004, identificando macroaree territoriali come riferimenti funzionali e di buona accessibilità ai servizi, in quanto, per il trattamento dei casi più gravi, il criterio di prossimità ai servizi favorisce l'instaurarsi di relazioni di collaborazione con il paziente e con la sua famiglia e le integrazioni socio-sanitarie necessarie nei percorsi di cura complessi e articolati.

Ma la competenza territoriale non può essere considerata un vincolo burocratico e deve essere supportata da regole di buona pratica clinica, con la chiara definizione della titolarità del percorso di cura e dei protocolli clinici e organizzativi per fissare le diverse reciproche responsabilità.

La prassi clinica della presa in carico deve essere accompagnata dalla responsabilizzazione circa la gestione del percorso terapeutico complessivo del paziente rispetto ai bisogni molteplici che spesso lo caratterizzano sia sul piano clinico sia su quello della disabilità personale e socio-relazionale.

La definizione di un progetto individualizzato di trattamento permette un utilizzo coerente di strutture e risorse così da favorire l'offerta di interventi sanitari appropriati e insieme realizzare una effettiva integrazione dei diversi soggetti coinvolti. Al contrario, la delega della presa in carico, o una presa in carico debole, portano di fatto

a ‘scaricare’ il paziente (punto questo, tra l’altro, particolarmente sentito dalle famiglie e fortemente criticato dalle associazioni di tutela degli utenti).

Nel caso di un inserimento in SR psichiatrica, il progetto terapeutico-riabilitativo predisposto dalla SR deve essere coerente e funzionale al progetto individualizzato di presa in carico complessiva. In tale contesto il sistema delle strutture residenziali psichiatriche necessita la definizione di linee guida e indicatori di attività, per la verifica del loro funzionamento, predisponendo specifici protocolli di accoglimento, trattamento e dimissione. Questo sia nella logica di offrire garanzie agli utenti sia di introdurre criteri ed elementi obiettivi per facilitare il governo del sistema.

La riqualificazione delle Strutture Residenziali psichiatriche

La funzione residenzialità integra esigenze di tipo riabilitativo ed esigenze di tipo socio-assistenziale. Appare utile differenziare questi due aspetti, pur considerandoli entrambi importanti. Tra i fattori cruciali per il funzionamento del sistema residenzialità in psichiatria vi sono:

- la centralità del progetto individuale di trattamento basato sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente;
- la disponibilità di forme diversificate e flessibili di residenzialità in ambito sanitario e non sanitario, anche con risorse diverse dalle SR predefinite.

La risposta ai bisogni di accoglimento in ambiente comunitario dovrebbe essere trovata all’interno di un’ampia articolazione di soluzioni che consideri il concorso attivo di diversi interlocutori istituzionali e non (Comuni e ASL, privato sociale e famiglie, rete di risorse e agenzie, formali e informali, presenti nel territorio), con cui condividere sin dall’inizio tale progetto personalizzato.

Oltre alla varietà di strutture, la distinzione in aree funzionali dell’offerta di residenzialità è la chiave per adeguare i programmi ai bisogni diversificati di ciascun utente e di sperimentare la possibilità di una maggiore flessibilità di utilizzo delle risorse residenziali rispetto alla situazione attuale.

La situazione necessitava di una profonda revisione della residenzialità psichiatrica, nell’ottica di spostare l’accento dalle strutture, con i loro aspetti di rigidità, ai programmi di cura appropriati.

LE NOVITÀ INTRODOTTE DAL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE (2004)

In sintesi, come abbiamo rilevato, tra le criticità di partenza si era osservata una disomogeneità di presenza delle Strutture Residenziali nel territorio regionale lombardo e una prevalenza di posti letto di alta assistenza che, sommate a una tendenza all’utilizzo locale

dei posti disponibili e alla scarsa differenziazione tra bisogni clinici e bisogni assistenziali, favorivano condizioni di sistema disfunzionali, rigide e inefficienti. A completare la staticità del quadro d'insieme si univa il rilievo della carenza di integrazione tra il momento residenziale di trattamento e il progetto territoriale, fattore di per sé 'cronicizzante'.

Il PRSM ha pertanto formulato indirizzi in tema di percorsi residenziali:

- L'istituzione dell'Organismo di coordinamento per la salute mentale a livello di ASL, con i DSM e tutti i soggetti che concorrono alla salute mentale, compresi i comuni e il terzo settore, allo scopo di rilevare le esigenze del territorio e di programmare l'utilizzo delle risorse disponibili in modo coordinato.
- La centralità del *Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR)* è basata sui bisogni e le caratteristiche specifiche del paziente e coerente con il Piano di Trattamento Individuale (PTI) elaborato a livello territoriale.
- La necessità di forme diversificate e flessibili di residenzialità in ambito sanitario e non; la distinzione fra funzioni riabilitative e assistenziali (di qui le diverse tipologie di SR).
- L'applicazione di criteri di ammissione per le SR e di protocolli operativi relativi ad 'ammissione, trattamento, dimissione'.

La scelta strategica di attivare una funzione integrativa nelle macro-aree territoriali che coinvolga i soggetti che operano per la salute mentale, attraverso gli Organismi di coordinamento, si abbina alla proposta del PRSM di riorganizzare i modelli di assistenza, ridefinendo i percorsi di cura territoriali e residenziali e promuovendo programmi innovativi, nell'ottica di una psichiatria di comunità improntata alle dimensioni dell'alleanza con i soggetti pubblici e privati della rete sociale e dell'integrazione ai vari livelli.

Il PRSM si è dato due grandi obiettivi per cambiare il volto delle strutture residenziali:

- La revisione del sistema 'residenzialità' per spostare l'accento dalle strutture ai *programmi di cura* (durata, criteri, tipologie attività).
- L'identificazione di *tre principali aree funzionali* a cui ricondurre i programmi individuali di cura (PTR) che necessitano di trattamento residenziale: l'Area Riabilitativa, l'Area Assistenziale, l'Area Sociale o Residenzialità Leggera. Tali programmi devono essere funzionali al progetto individualizzato complessivo e pertanto coerenti con il PTI.
 - **Area Riabilitativa** – Comprende i programmi residenziali di carattere specificamente riabilitativo, che rientrano tra i progetti individuali di trattamento terapeutico-riabilitativo a termine e sono quindi di esclusiva competenza sanitaria.
 - **Area Assistenziale** – Comprende i programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo e specifico e che invece richiedono gradi diversi di misure assistenziali secondo progetti individuali (di competenza sanitaria prevalente, non esclusiva).
 - **Area Sociale** – Comprende i programmi individuali di trattamento che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito reperita nell'ambito della rete territoriale.

PERCORSI APPROPRIATI PER LA RESIDENZIALITÀ: LA NORMATIVA ULTERIORE

Si può affermare che il traguardo degli obiettivi strategici posti dal PRSM sia stato raggiunto con la normativa regionale introdotta nella DGR 4221/2007 'Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione del PRSM'. Essa stabilisce indirizzi, norme e indicazioni operative su:

- i criteri di riclassificazione delle SR;
- le tipologie dei programmi riabilitativi e loro durata;
- le aree funzionali delle SR e la residenzialità leggera;
- i requisiti di accreditamento.

Il complesso iter del nuovo sistema è entrato in vigore dall'1-1-2008 ed è stata inoltre avviata la revisione tariffaria differenziata per programmi. Il riordino della residenzialità, centrato essenzialmente sul passaggio dalle strutture ai programmi di cura e sfociato nella citata deliberazione, attua i principi guida della personalizzazione e continuità del trattamento (formulazione del PTR, coerente con il PTI), della differenziazione funzionale delle SR (livello di intervento terapeutico-riabilitativo e grado di intensità assistenziale offerto), della definizione della durata e intensità riabilitativa dei programmi (alta, media, bassa intensità), dell'identificazione dell'area della residenzialità leggera.

L'offerta risultante dalla normativa della riclassificazione delle SR è di 1150 posti in Comunità riabilitative (CRA, CRM) e di 2517 posti in Comunità di area assistenziale (CPA, CPM) sul territorio regionale, mentre si avviano programmi di residenzialità leggera e le CPB appaiono residuali (Figura 9.1).

I programmi riabilitativi prevedono dei criteri-base:

1. la numerosità e l'intensità degli interventi erogati;
2. il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede ecc.);
3. la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano i rapporti di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Circa i limiti temporali dei programmi, per la post-acuzie la durata massima della degenza è di 3 mesi, per i programmi ad alta intensità riabilitativa di 18 mesi e di 36 mesi per quelli a media, mentre la bassa intensità riabilitativa ha durata non prestabilita.

Il percorso territoriale di un paziente grave, con difficoltà di funzionamento psico-sociale, con bisogni complessi e con necessità di interventi multi-professionali, che sia inserito in un percorso clinico di presa in carico, o trattamento integrato, e che abbia un Piano di Trattamento Individuale (PTI), può dunque prevedere l'invio e il

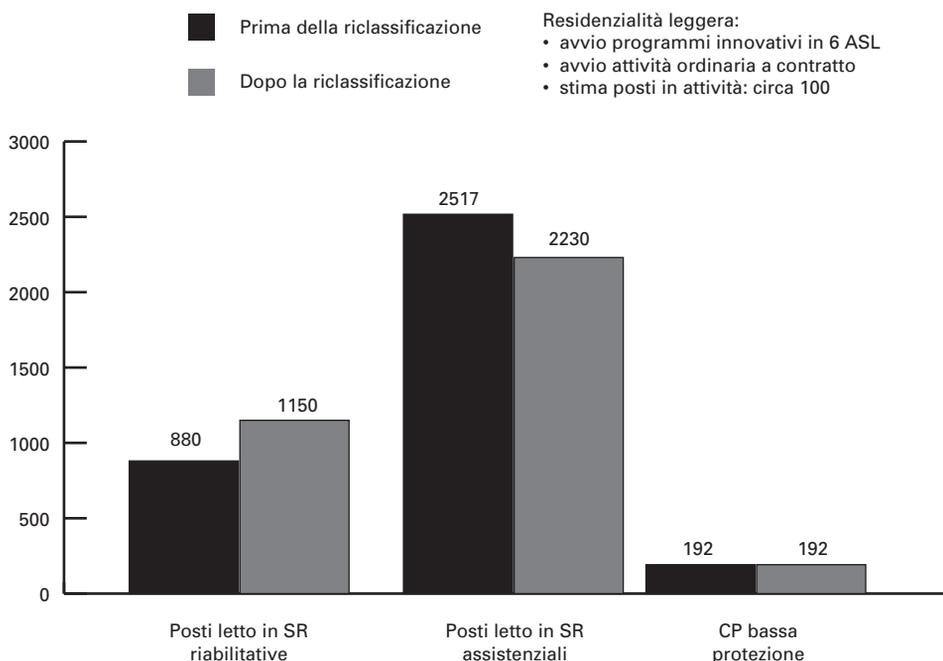


FIGURA 9.1 Posti letto accreditati di residenzialità psichiatrica in Regione Lombardia (2008).

temporaneo inserimento in una struttura psichiatrica residenziale per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile (PTR).

I criteri di appropriatezza dei progetti individuali devono considerare: la gravità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento del paziente o il suo grado di disabilità in senso psicosociale e relazionale (da stabilire sulla base di scale di valutazione standardizzate), le risorse o potenzialità riabilitative e le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Essi sono alcuni degli elementi che possono, da un lato, rendere più indicato un trattamento riabilitativo intensivo o estensivo e che, dall'altro lato, condizionano le necessità di ordine assistenziale (o di 'protezione') da prevedere. Pertanto si tratta di individuare una risposta appropriata ai bisogni del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- livello di intervento terapeutico-riabilitativo richiesto: **intensità riabilitativa**;
- grado di offerta assistenziale necessaria: **intensità assistenziale**.

L'inserimento in SR riabilitative (ad alta intensità riabilitativa) viene in genere proposto a pazienti con: situazioni nelle quali il disturbo psicotico si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psico-sociali territoriali, o nelle quali la vita socio-lavorativa e/o famigliare è di scarso aiuto o addirittura genera stress atti a favorire la compensazione; presenza di compromissioni

considerate trattabili nelle aree della cura del sé/ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; situazioni di porta girevole con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, dove talvolta ‘cambiare aria’ può servire all’interruzione del circolo vizioso; livelli di autonomia scarsi, ma disponibili a un percorso di cura e riabilitazione, in quanto per esempio preoccupati del ‘dopo’ (quando i genitori non ci saranno più); bisogni di osservazione e accudimento per un aggancio relazionale prima di poter proporre percorsi riabilitativi.

L’inserimento in SR assistenziali (intensità riabilitativa media o trattamento estensivo) deve tener conto dei seguenti aspetti: anzitutto che la persistenza di disabilità con impossibilità o incapacità del paziente di recuperare (per non collaborazione, continua acuzie psicotica, necessità di tempi lunghi o altro) una minima autonomia nelle aree di disabilità più oltre descritte e valutate nei PTR. Inoltre un ruolo fondamentale sembra avere tutto quello che riguarda la vita di relazione, poiché necessitano di minore assistenza, per esempio i pazienti che soddisfano aspetti quali: reggere alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori (almeno alcuni) e accettazione di limiti o di regole proposte; buona capacità di prestare attenzione anche alle esigenze altrui, cosa che favorisce la convivenza con altri; soddisfare criteri minimi delle abilità quotidiane, come il ritmo giorno-notte o l’igiene personale e dei propri spazi.

IL PTR, I PROGRAMMI E LE STRUTTURE

Abbiamo visto come la residenzialità riformata dal PRSM e dalla normativa successiva con la DGR 4221/2007 si fondi su:

1. Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) personalizzato, elaborato in coerenza con il PTI;
2. definizione di programmi di alta, media, bassa intensità riabilitativa e della loro durata;
3. tipologia delle strutture distinta per:
 - livello di intervento terapeutico-riabilitativo;
 - grado di intensità assistenziale offerto.

Essa comprende inoltre la revisione dei Requisiti specifici di accreditamento e del Sistema di finanziamento.

I requisiti per l’accreditamento delle strutture residenziali sono stati rivisti e modulati in stretta coerenza con i principi che abbiamo descritto sopra, riguardanti tanto i due assi di intensità riabilitativa e assistenziale, con gli standard di personale occorrente per ciascuna tipologia di SR (rilevante, per es., nelle nuove CRM la prevalenza di personale educativo-riabilitativo su quello infermieristico) dei protocolli previsti, quanto l’applicazione degli interventi qualificanti dei diversi programmi riabilitativi.

Il PSSR 2002-2004, indicando nel sistema di finanziamento un aspetto problematico di tutte le aree della salute mentale e identificandolo come una leva di responsabilizzazione della dirigenza, per orientare l'operatività e l'utilizzo delle risorse, propone la necessità di rivedere modalità e quote di remunerazione delle attività riformulando le tariffe delle attività residenziali (oltre a ipotizzare la sperimentazione di forme di finanziamento centrate sul percorso di cura). Con il riordino della residenzialità si rimodula il sistema di remunerazione, secondo il criterio di identificare una tariffa per ogni struttura che attui il programma appropriato, che deriva dalla ponderazione del costo per tipologia di struttura in base all'offerta assistenziale (requisiti di personale) sommato all'impegno di risorse richiesto dal progetto di trattamento stabilito per l'utente con l'applicazione dei programmi riabilitativi differenziati a seconda del grado di intensità 'alta', 'media', 'bassa' e del relativo 'pacchetto di prestazioni' (vedi oltre il paragrafo 'Programmi riabilitativi').

PTR – progetto terapeutico-riabilitativo

Il PTR è sintetizzato in una scheda funzionale a esigenze di uniformità.

La Scheda di PTR di norma contiene:

- dati anagrafici e diagnosi;
- motivo dell'invio dal CPS: Piano di Trattamento Individuale (PTI territoriale);
- osservazione delle problematiche relative a:
 - area della cura del sé/ambiente;
 - area della competenza relazionale;
 - area della gestione economica;
 - area delle abilità sociali;
- obiettivi dell'intervento:
- aree di intervento (descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti);
- verifica: data – aggiornamento relativo a (...).

Programmi riabilitativi

Le tipologie di attività dei programmi riguardano *aree di intervento* differenti, per esempio:

- abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di intrattenimento, interventi di sostegno ai programmi personalizzati, interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, partecipazione ad attività di gruppo;
- coinvolgimento in attività riabilitative in sede e fuori sede (anche in collaborazione con il volontariato);
- attività specifiche di gruppo psicoterapico, colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia, specifici interventi di riabilitazione psicosociale;

- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale ecc.

Esse si attuano nella misura richiesta da ciascun tipo di programma di bassa, media, alta intensità riabilitativa e in coerenza con il PTR.

Altri interventi 'di base' sono comuni a tutti i programmi: valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali, somministrazione di farmaci, interventi coi famigliari, riunioni di coordinamento ecc.

Come esempi delle prestazioni caratterizzanti i programmi si evidenziano i seguenti:

- **Programmi a bassa intensità riabilitativa** che possono prevedere:
 - interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l'igiene personale e domestica;
 - coinvolgimento in minime mansioni della vita quotidiana di comunità: riordino di spazi di comunità, turnazioni nelle attività di colazione, pranzo, cena;
 - interventi di intrattenimento: attività ludiche interne alla comunità;
 - interventi di risocializzazione: attività di gruppo in sede o fuori sede (gestiti dalla SR);
 - coinvolgimento del volontariato per sostegno di programmi personalizzati.
- **Programmi a media intensità riabilitativa** che possono prevedere:
 - i precedenti punti della bassa intensità;
 - partecipazione alla programmazione delle attività comunitarie;
 - partecipazione ad attività di gruppo strutturate di tipo riabilitativo: espressive, psicomotorie, occupazionali, musicali, gruppi discussione ecc.;
 - partecipazione del volontariato alle attività risocializzanti in sede e fuori sede.
- **Programmi ad alta intensità riabilitativa** che possono prevedere:
 - i precedenti punti della bassa e della media intensità;
 - gruppi psico e socio-terapici: psicodramma, musicoterapica ecc.;
 - psicoterapia e/o colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia;
 - coinvolgimento responsabile dell'utente nella gestione della vita comunitaria;
 - interventi di riabilitazione psicosociale strutturati;
 - partecipazione ad attività pre-lavorative e/o inserimento in progetti di avviamento al lavoro;
 - partecipazione ad attività di rete sociale promosse sul territorio e finalizzate alla corresponsabilità nella cura (incontri con associazioni locali, partecipazione e promozione di attività esterne alla comunità, autonome ecc.) e/o partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto.
- **Programmi per la post-acuzie** che rientrano tra i programmi ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti: alla stabilizzazione del quadro clinico dopo un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine. Sono tipologie specifiche di attività

per tali programmi gli interventi per la valutazione clinico-diagnostica e il piano di trattamento; gli interventi di risocializzazione (attività individuali e di gruppo in sede); gli interventi sulle abilità di base interpersonali e sociali.

- **Programmi di residenzialità leggera** che richiedono:
 - coinvolgimento nelle attività domestiche e della vita quotidiana: interventi individuali sulle abilità di base, supporto alle attività quotidiane;
 - partecipazione alla programmazione delle attività comunitarie;
 - gruppi di risocializzazione e/o interventi riabilitativi di gruppo;
 - interventi riabilitativi individuali finalizzati al mantenimento delle capacità sociali;
 - coinvolgimento del volontariato per sostegno a programmi personalizzati;
 - tutte le altre attività ‘di rete sociale’;
 - riunioni di coordinamento: interne e con altri enti/associazioni;
 - colloqui con il paziente e interventi con i famigliari.

Le tipologie di strutture riabilitative in Lombardia

AREA RIABILITATIVA

Nell’ambito di tale area devono essere erogati i programmi residenziali di tipo riabilitativo intensivi. I programmi residenziali intensivi di area riabilitativa prevedono una durata massima di degenza di 3 mesi per i programmi per la post-acuzie (erogabili solo nelle CRA) e di 18 mesi per i programmi di alta intensità riabilitativa. Questi ultimi non sono rinnovabili di norma prima della scadenza di 5 anni nella stessa tipologia di struttura. Le SR ove tali programmi possono aver luogo sono le seguenti (ciascuna con i propri requisiti o standard di accreditamento):

- *Comunità Riabilitativa Alta assistenza (CRA);*
- *Comunità Riabilitativa Media assistenza (CRM) sperimentale.*

AREA ASSISTENZIALE

Nell’ambito di tale area vengono erogati programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo e specifico e che invece richiedono gradi diversi di interventi assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. La durata di tali programmi viene stabilita in 36 mesi. Le SR ove tali programmi possono aver luogo sono le seguenti (ciascuna con i propri requisiti o standard di accreditamento):

- *Comunità Protetta Alta assistenza (CPA);*
- *Comunità Protetta Media assistenza (CPM).*

AREA DELLA RESIDENZIALITÀ LEGGERA

L’introduzione nella normativa dei programmi di ‘residenzialità leggera’ rappresenta una novità, peraltro sperimentata in vari programmi innovativi e attualmente attivabile

nell'ambito della contrattazione ordinaria. Essa si richiama all' 'Area sociale' dei percorsi residenziali individuati dal PRSM, caratterizzata da programmi che non hanno il loro fulcro nella SR ma che per essere attuati necessitano di una situazione abitativa adeguata in abitazioni di tipologia diversa, da una durata dei programmi variabile e dall'indicazione per soggetti clinicamente stabilizzati con una situazione sociale precaria.

I PROGRAMMI DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA

Il Programma di Residenzialità Leggera (RL) rappresenta una risposta al bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con un grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti. Pazienti cioè con bisogni differenti e divenuti, pur in grado diverso, più idonei all'autoconservazione, ma non del tutto emancipati: l'area che ha goduto i frutti della riabilitazione, agendo sulla parte sana, convive con un Io ancora invaso da angosce e difese psicotiche o da bisogni di ritiro relazionale. Si tratta quindi di valorizzare o conservare le spinte evolutive e insieme di non abbandonare le persone, anzi di accompagnarle proteggendo le parti più deficitarie e bisognose di sostegno.

La Residenzialità Leggera costituisce un modello di abitare comunitario intermedio tra territorialità e residenzialità, ove, a differenza dalle esperienze di housing sociale, oltre alle risposte sociali (diritto di cittadinanza) si realizza una continuità di intervento sanitario (riabilitativo). Principio importante: trattasi di attività sanitaria ma sostenibile solo con idoneo apporto di ordine sociale nel rispetto dei diritti del cittadino. I programmi sono di diversa origine e storia, con un ampio spettro di attività possibili, come gli interventi di rete sociale nelle loro varie forme, e vengono stabiliti sulla base dei bisogni individuali, allo scopo di sostenere l'autonomia acquisita dall'utente. I programmi di RL, in quanto prestazioni sanitarie *sensu strictu*, possono essere attuati solo da parte di soggetti accreditati per attività di psichiatria sulla base di requisiti definiti: i requisiti di accreditamento sono stati recentemente introdotti con la DGR VIII/7861 del 30-7-2008 'Determinazioni in ordine alla Residenzialità Leggera in psichiatria'. Tuttavia rientrano anche nell'area dell'integrazione sociale e sanitaria, che ha una particolare complessità a livello normativo, in quanto, se il finanziamento dei programmi sanitari è a carico del SSR tramite le ASL, tuttavia le spese di tipo alberghiero (costi abitativi, vitto ecc.) sono competenze non-sanitarie.

Essi sono riconducibili alla definizione dei LEA di 'Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito dei programmi riabilitativi a favore dei malati psichici' che prevede per la bassa assistenza una partecipazione sociale alla spesa fino a 60%; e, se considerati 'Attività sanitarie a rilevanza sociale', richiederebbero la compartecipazione dei costi da parte degli enti locali e del reddito individuale.

In coerenza con questo, la modalità di attivazione dei programmi RL va organizzata con:

1. proposta di un progetto da parte di una AO o Ente gestore alla ASL, previa valutazione espressa dall'OCSM;

2. stipula del contratto con la ASL per la 'quota sanitaria';
3. forme di corresponsione della 'quota sociale' da concordare con gli Enti locali;
4. individuazione di appartamenti con requisiti idonei;
5. personale per l'attuazione del programma individuale previsto e le eventuali convenzioni;
6. procedure di inserimento e di monitoraggio dei programmi con l'UOP titolare del PTI.

Tale complessità istituzionale non implica, comunque, un'attività meramente burocratica, bensì un lavoro che valorizza realmente l'integrazione con Comuni, Piani di Zona e il privato sociale (gli attori dell'OCSM) e che comporta un forte impegno operativo in favore di pazienti bisognosi di soluzione abitativa extra-famigliare e di inserimento nel contesto sociale, in quanto, pur dotati di un sufficiente grado di autonomia, richiedono il mantenimento di un programma sanitario e/o assistenziale anche dopo la conclusione di un percorso terapeutico-riabilitativo specifico.

Nel Box a pagina seguente si riportano esempi di modalità realizzative dei programmi di residenzialità leggera.

LA SITUAZIONE ATTUALE E LA COMPLESSITÀ DEI BISOGNI

La Tabella 9.1 mostra il dato attuale dei posti nelle SR accreditate in Regione Lombardia. Il monitoraggio delle attività residenziali (e territoriali), nei DSM e delle strutture private accreditate a contratto (circolare 46 SAN) viene costantemente aggiornato. Insieme le ASL sono tenute a svolgere il monitoraggio circa l'utilizzo sia delle strutture accreditate non a contratto, sia delle strutture extra-regionali (circolare 43 SAN). Si tratta infatti di valutare la loro idoneità ad accogliere pazienti con diagnosi specifiche, come per esempio i DCA, o molto complesse, ad alto rischio comportamentale e/o con pro-

TABELLA 9.1			
Posti letto accreditati al 15-04-2013			
Strutture	Posti letto		
	Pubblici	Privati	Totali
CRA	732	202	934
CRM	179	114	293
CPA	362	1162	1524
CPM	283	544	827
CPB	89	61	150
Totale	1645	2083	3728
Programmi di Residenzialità Leggera: n. 566 in atto al 31-12-2012.			

ESEMPI DI PROGRAMMI DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA

Già dal giugno 2007 nel convegno promosso dalla SIPL 'La residenzialità leggera nel territorio: una nuova sfida per la psichiatria di comunità', svoltosi a Rho, si presentava ricca la panoramica di modelli sperimentali e programmi innovativi di residenzialità leggera in atto nella nostra Regione, stimolando riflessioni sia sulla dimensione clinica di un efficace lavoro riabilitativo sia sul tema dell'integrazione e della collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali e non istituzionali per attivare e sostenere, nell'ambito dei diversi compiti e ruoli, nuovi programmi di RL con i necessari finanziamenti. Ora che questa è una realtà introdotta dalla normativa nell'attività ordinaria si intende qui offrire alla pratica un contributo di riflessione e di esperienza condotta sul campo a partire da situazioni specificamente caratterizzate.

L'esperienza di Residenzialità Leggera nei territori non di rado nasce per offrire sbocco ai pazienti che hanno concluso il loro percorso terapeutico-riabilitativo in una SR (per es., ad alta intensità riabilitativa, come una CRM, nel caso della UOP di Magenta) e sono pronti a rientrare nel territorio di appartenenza, a partire da programmi innovativi regionali avviati sin dal 2005-2006 con l'apertura dei primi appartamenti.

Dopo gli anni iniziali di esperienza è stato possibile identificare delle fasi nel lavoro con i pazienti che esemplificativamente passano da una CRM alla Residenzialità Leggera: il percorso di inserimento negli appartamenti comprende fondamentalmente tre fasi.

Una prima fase di trasferimento che prevede un dettagliato passaggio di consegne tra l'équipe di CRM e quella di RL sui casi in dimissione e un periodo di conoscenza tra pazienti e 'nuovi' operatori nelle ultime settimane di degenza in comunità durante le quali il paziente prende già contatto con la nuova realtà abitativa.

Segue quindi una fase di inserimento che comprende il 'trasloco' e un accompagnamento del paziente nella nuova abitazione da parte degli operatori di entrambe le équipe. In questa fase l'équipe della Residenzialità Leggera stabilisce un contratto con ogni singolo paziente per chiarire:

- il senso di questa esperienza per la persona;
- il ruolo dell'équipe;
- le regole di convivenza;
- gli aspetti organizzativi.

In questa fase gli operatori favoriscono l'ambientamento del paziente sia nell'abitazione (personalizzazione delle stanze ecc.) sia nell'ambito della comunità locale (negozi, fermata dell'autobus ecc.). Un altro nodo cruciale della fase di inserimento è il rodaggio della convivenza (o della solitudine, per chi vive in un monocale). Trovare l'equilibrio tra la dimensione personale e quella collettiva (nei ritmi, nelle attività di gestione dell'appartamento, nell'affiancare gli impegni personali con quelli legati alla convivenza), verificare quanto si va d'accordo, trovare modalità per gestire costruttivamente il disaccordo, sono aspetti che richiedono tempo. E che non trovano una risposta definitiva, ma a un certo punto l'esplorazione iniziale raggiunge un equilibrio.

La fase di consolidamento subentra, infine, quando le dimensioni caratteristiche della fase di inserimento non registrano più cambiamenti costanti e significativi, ma si assestano

su un equilibrio che si modifica con minore frequenza. La durata della fase di inserimento è variabile e dipende da diversi fattori: conoscenza pregressa tra i conviventi, conoscenza del territorio, grado di autonomia e competenze relazionali delle persone. Ci sembra di poter dire che la fase di consolidamento inizia dopo circa un anno solare di permanenza nell'appartamento, tempo in cui si trascorrono nel nuovo ambiente tutte le stagioni, con i cambiamenti di ritmi e orari dettati dal loro alternarsi. Questa fase non esclude l'insorgere di eventuali difficoltà, legate a contingenze stressanti esterne o all'evolversi della condizione di sofferenza individuale.

La traiettoria della Residenzialità Leggera

Appaiono opportune alcune riflessioni. L'apertura delle CRM o di altre SR innovative ha rappresentato il punto di svolta nel modo di intendere la riabilitazione, spingendo gli operatori a ripensare a percorsi evolutivi dei pazienti, riformulando obiettivi e modalità di attuazione e tenendo conto del fattore 'tempo' fino ad allora scotomizzato: il PRSM, fornendo parametri precisi rispetto alla durata dei ricoveri riabilitativi, ha indotto gli addetti ai lavori a modificare, talora in modo sostanziale, la modalità di operare e di utilizzare in modo appropriato la funzione delle diverse SR. Il costante confronto tra équipe e l'esperienza di integrazione tra pubblico-privato rappresentano un fattore di complessità e insieme un elemento di qualità importante, per esempio, nel lavoro di rete.

I programmi di Residenzialità Leggera (RL), anche laddove esorditi come progetto innovativo e ora entrati nell'agire ordinario, completano il percorso riabilitativo 'chiudendo il cerchio' tra territorio e residenzialità. Il paziente, inviato in riabilitazione dal territorio, vi rientra a tutti gli effetti al termine del suo percorso in SR e il CPS, che comunque rimane titolare del progetto del paziente anche durante la permanenza nelle strutture riabilitative, lo riprende in carico appieno. Il paziente in RL acquisisce il diritto alla casa e torna così a fare realmente parte del tessuto sociale, con il supporto degli operatori che, tra le altre, hanno la funzione di lavorare su e con la rete.

L'esperienza di RL consente inoltre di mantenere le strutture riabilitative in un costante dinamismo, rappresentando per molti l'evoluzione naturale, anche se la RL non è divenuta la soluzione per tutti e non rappresenta necessariamente una soluzione definitiva. Con i diversi appartamenti si possono, per esempio, strutturare soluzioni abitative più omogenee per i bisogni e le caratteristiche dei pazienti, con particolare attenzione a quelli evoluti con maggiore grado di autonomia per i quali l'housing sociale e i Centri Diurni siano di soddisfare bisogni assistenziali e di socializzazione.

In alcuni contesti sono state perseguite finalità di carattere tecnico, sociale, culturale, per esempio puntando a deconicizzare le strutture e a rivedere il sistema residenzialità del DSM attuando programmi riabilitativi individuali trasversali alle UOP, oppure a finalizzare il metodo dell'integrazione e l'obiettivo della riabilitazione nelle nuove strutture a una risposta reale: quella della casa. Così si riattualizzano i principi di continuità della cura e della presa in carico territoriale, accettando la sfida del lavoro di rete per la persona che sa sfruttare anche doni imprevisi come la disponibilità di case. Innovazione e integrazione vanno di pari passo con la Residenzialità Leggera nelle storie di mobilitazione delle reti: il tessuto sociale locale a fianco delle istituzioni nella tutela della salute mentale, con i Comuni e con la ASL, le realtà cooperative e l'associazionismo come partner nei programmi per la casa o per il recupero delle persone nella comunità (lavoro e socializzazione).

La RL nasce da un percorso che sin dall'inizio accompagna la persona non solo nella riabilitazione alla vita domestica e sociale, ma nel lavoro di rete che crea le condizioni della casa per il 'dopo' (la dimissione dalla comunità): la costruzione del progetto individuale, il reperimento dell'alloggio e l'aiuto ai pazienti a vivere nella 'loro' casa, in una costanza di relazione con gli operatori, e abitare nel contesto del territorio come comunità 'partecipata'.

Occorre perciò integrare in senso non-burocratico le funzioni amministrativa e socio-sanitaria tra istituzioni: la quota sanitaria, a carico dell'ASL, serve a sostenere l'assistenza e il mantenimento della abilità, oltre al lavoro di rete, con la presenza di operatori in alcuni momenti della giornata; la quota sociale sostiene le spese di vitto e alloggio, di cui si fanno carico il paziente stesso, considerato cittadino portatore di diritti, e il Comune di residenza, in collaborazione con l'Ufficio di piano e il Distretto, nell'ambito della preziosa funzione integrativa dell'OCSM.

Riassumendo, va evidenziato il valore di questa opportunità per le persone, la Residenzialità Leggera, che risponde a esigenze universali: un percorso di riabilitazione o recupero che va oltre l'istituzione e fa scoprire il senso del territorio, dell'appartenenza, delle reti sociali, ritrovando casa, ambiente e cittadinanza, con una riassunzione di responsabilità personale in un progetto di vita. E insieme è un'occasione per gli operatori di lavoro innovativo, per esempio, nell'accompagnare le persone e nella cura del contesto (una comunità nella comunità), in un contrasto apparente tra residenza 'leggera' e progetto clinico 'forte' o tra flessibilità di interventi e intensità del lavoro personale. Il tutto nell'ambito di una informale normalità che favorisce le sperimentazioni più varie articolandosi tra istituzioni e risorse. Oggi la Residenzialità Leggera, inserita come attività ordinaria nel contratto con le ASL – che insieme ai DSM, ai Comuni e Piani di Zona, al privato sociale, danno vita agli Organismi di coordinamento – costituisce un significativo fattore di cultura per l'accoglienza nell'ambito della comunità civile a favore della salute mentale.

blemi di comorbidità (per es., neuro-cognitive), pazienti con importanti problematiche socio-sanitarie, pazienti con provvedimenti giudiziari e in particolare pazienti lombardi dimessi dagli OPG, secondo quanto previsto dall'accordo sancito tra Governo e Regioni in coerenza con il DPCM 1-4-2008. Tale processo di dimissione presuppone modalità di attuazione organiche e programmate a livello regionale oggi in corso.

L'interesse per la residenzialità psichiatrica, anche per il rilievo quantitativo ed economico del settore, sollecita a individuare modelli e prospettive nei confronti delle attuali strutture residenziali con programmi sia a valenza primariamente riabilitativa, sia prevalentemente assistenziali, e soprattutto dell'incremento dei programmi di residenzialità leggera e di housing sociale.

L'obiettivo rimane il miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dal sistema di offerta residenziale e il contenimento del ricorso a strutture non a contratto con il Servizio Sanitario Regionale, nonché lo sviluppo complessivo dell'integrazione tra sanitario e socio-sanitario, accanto a ipotesi di revisione delle forme di finanziamento, remunerazione e contribuzione alla spesa. In tale prospettiva, la ricerca di seguito presentata offre utili elementi di valutazione.

LA RICERCA VALUTATIVA

Nel Piano Regionale per la Salute Mentale (2004) Regione Lombardia ha introdotto, come abbiamo visto, due servizi residenziali innovativi, le Comunità Riabilitative a Media assistenza (CRM) e i programmi sanitari di Residenzialità Leggera (RL), confermati in seguito dalla circolare 49 SAN e dalla delibera n. VIII/4221 del 28 febbraio 2007. Per la RL si sono inoltre succedute una sentenza del TAR e un'ulteriore delibera, la DGR 7681 del 30 luglio 2008. Da quel momento, con le linee d'indirizzo triennali del 2008 per il periodo 2009/2011 si sono avviati i programmi innovativi sperimentali, verificati i quali CRM e residenzialità leggera sono entrate in regime ordinario.

Nel corso dell'anno 2011/2012 il Comitato tecnico per l'innovazione in salute mentale presso la Direzione Generale Salute della Regione Lombardia con – Éupolis Lombardia ha promosso la prima valutazione qualitativa e quantitativa dei progetti avviati, assegnando a Fondazione Gaetano Bertini Malgarini Onlus il compito di condurre la ricerca. Ha così preso forma RRA, Ricerca sulla Risposta Abitativa, avviata con la supervisione del Prof. Germano Rossi e del Dott. Giuseppe Trevisi. La ricerca ha coinvolto responsabili, operatori, utenti e famigliari, raggiungendo un tasso di risposta superiore all'ottanta per cento del totale della popolazione.

La valutazione dei percorsi è stata effettuata tramite cinque tipi di questionari. Si sono così raccolte le risposte di 80 responsabili, 398 case manager, 39 referenti territoriali, 380 utenti e 205 famigliari. Alla somministrazione dei questionari hanno fatto seguito 25 focus group dedicati agli operatori. I cinque questionari e le due schede sono andati a comporre un'unica matrice a 330 variabili. Da questa matrice sono state estratte, tramite analisi multivariata dei dati, 29 variabili di riferimento per ogni CRM/appartamento RL. Sono stati quindi elaborati 6 indicatori, utilizzati per stimare una sintesi e collocare le abitazioni in 9 cluster (raggruppamento di somiglianza) di comportamento. Tutti questi risultati, riuniti in un rapporto di oltre 250 pagine, sono stati presentati al 46° Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria e sono disponibili su richiesta.

I dati

In Lombardia si trovano 22 CRM e 173 appartamenti di RL che fanno capo a 60 progetti, per un totale di 275 utenti in carico a 311 operatori nelle CRM e 399 utenti per 325 operatori nelle RL (i dati si riferiscono alla fotografia della situazione effettuata nel corso della ricerca a gennaio 2012). Per entrambe le tipologie di servizio la soddisfazione riportata da case manager, utenti e famigliari ha un valore medio di 8 punti su una scala da 1 a 10 (si può notare che il dato non è viziato da medie generalmente alte, dal momento che più di una variabile ha media molto bassa). Altro segnale di successo è il bassissimo tasso di ricoveri in SPDC: sui 571 utenti residenti in comunità e appartamenti per cui è stata compilata la scheda personale completa, 463 non sono mai stati ricoverati e per i restanti 92 il tasso medio di ricoveri al mese è stato inferiore allo 0,3%.

Come per ogni percorso innovativo, anche per le CRM e le RL i servizi hanno impiegato del tempo a conoscere i limiti e le potenzialità dei due modelli. Fa parte di questo iter di miglioramento anche l'adeguatezza degli invii, ovvero l'assegnazione alla giusta soluzione abitativa e terapeutica di ogni persona. Le soluzioni adottate per superare le difficoltà emerse in un primo momento spaziano dalla stesura di un protocollo condiviso tra pubblico e privato per la selezione degli utenti, alle costanti riunioni di verifica con gli operatori, oltre all'adozione di principi guida da parte di CPS e cooperative. Gli aspetti valutati più di frequente, specialmente per il passaggio da una comunità riabilitativa alla RL, sono: il quadro clinico stabile; la compliance al trattamento; la capacità di cura di sé e dell'ambiente; la capacità di relazionarsi con gli altri; l'impossibilità di essere accolti dalla famiglia d'origine; l'auto-somministrazione del farmaco; la presenza di impegni lavorativi.

Per quanto riguarda l'esito dei percorsi, dalle CRM la prospettiva di una vita in autonomia (in una casa popolare, in affitto, o in un appartamento di proprietà) è reale solo per il 12% degli utenti; dalle RL lo è invece per il 58%, oltre la metà. Dopo l'esperienza in una CRM, infatti, la prospettiva futura per un utente su tre è ancora una comunità, mentre il passaggio a un percorso in RL diventerà la soluzione abitativa del 28% degli ospiti. Dopo la dimissione da un percorso in RL, invece, gli alloggi popolari costituiscono il principale ambito d'inserimento, considerando che vi è destinato più di un utente su tre, a fronte del 17% per cui è prevista la possibilità di sostenere un'abitazione in affitto e del 9% che diventerà proprietario di casa. L'11% dei residenti in RL intervistati (personalmente e attraverso case manager e operatori) prevede infine di tornare in comunità, e ben il 13% degli ospiti è destinato al ricovero in RSA.

L'invio a residenze per anziani non deve stupire. La popolazione inserita in RL, infatti, è molto distribuita nelle diverse fasce di età ed è mediamente anziana (il 25% dei residenti ha più di 50 anni), con un picco registrato in un appartamento che accoglie quattro utenti con età media pari a 72 anni. Nel 50% delle CRM, invece, gli ospiti hanno un'età compresa tra i 35 e i 40 anni e in nessuna comunità gli utenti hanno un'età media superiore ai 50. In entrambe le tipologie di struttura risultano poco presenti i giovani: le persone con meno di 35 anni sono solo il 7% del totale degli ospiti nelle CRM e il 14% nelle RL.

Considerato, infine, che uno dei tratti caratteristici dei servizi per la salute mentale in Lombardia è la forte collaborazione fra pubblico e privato sociale, anche per quanto riguarda le comunità riabilitative e i percorsi di RL l'apporto del terzo settore è fondamentale: tra le 22 CRM, 15 sono a gestione pubblica e sette privata, mentre dei 125 nuclei abitativi per la RL attivi a gennaio 2012 (si raggruppano qui gli appartamenti indicati allo stesso indirizzo), 72 sono a gestione pubblica e 53 fanno capo al terzo settore. Statisticamente, il confronto fra progetti a gestione pubblica e privata ha dato risultati uguali per quanto riguarda la soddisfazione di utenti e familiari, l'autonomia raggiunta dagli utenti, l'integrazione e la collaborazione fra il gruppo di residenti e l'appropriatezza nella localizzazione delle strutture. Sono generalmente più elevati i valori attribuiti alle strutture gestite dal terzo settore invece quando si valutano la qualità interna e l'integrazione degli utenti con l'esterno.

Da ultimo è interessante segnalare, sul fronte della localizzazione, che le CRM che registrano risultati migliori per la soddisfazione di case manager, famigliari e utenti, oltre che per la qualità interna, sono quelle collocate nei comuni medio piccoli, ovvero con una popolazione compresa fra i 1000 e i 30 000 abitanti. Le comunità che si trovano in paesi con meno di 5000 abitanti registrano anche un picco per l'integrazione degli utenti con l'esterno. La dinamica comuni piccoli/grandi si capovolge se si considerano le RL: in questo caso le abitazioni che si trovano in paesi di dimensioni medio/grandi (tra i 30 000 e i 500 000 abitanti) fanno registrare le performance migliori in termini di soddisfazione e di autonomia.

Entriamo ora nel dettaglio, descrivendo brevemente le caratteristiche principali di entrambe le tipologie di servizio.

Le CRM

Le CRM sono strutture ideate per programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa e a media assistenza sanitaria. L'offerta assistenziale è garantita sulle 24 ore, con la presenza prevista di un solo ausiliario di notte. Le comunità possono ospitare fino a 20 persone alla volta, i cui programmi hanno una durata massima di 18 mesi, rinnovabili per ulteriori sei mesi. Nel rinnovo dell'accreditamento, le strutture hanno potuto proseguire alcuni programmi oltre la soglia prevista, fino a 36 mesi. Le attività erogate vengono remunerate con una tariffa forfettaria di 140 euro giornalieri per paziente.

La media delle presenze rilevate nel gennaio scorso era di 12 utenti per comunità (11 nel pubblico, 15 nel privato). Su 22 comunità, 16 ospitano sia uomini sia donne, una soltanto è unicamente maschile e cinque non hanno dato quest'informazione. Mediamente ogni struttura dispone di 18 locali (17 nel pubblico, 19 nel privato).

Per 210 utenti, su un totale di 275, che vivono in CRM, è stata compilata una scheda personale (anonima) completa. Il campione risulta composto da 70 donne e 140 uomini, con un'età media di 40,8 anni. Altri dati: nove persone in passato sono state in ospedali psichiatrico-giudiziari, otto sono di nazionalità straniera e la quasi totalità degli utenti (193 su 210) ha famigliari ancora in vita.

Da quanto emerso dai questionari e dai *focus group* organizzati nel corso di RRA, la permanenza in CRM è spesso associata a un ruolo di 'allenamento' e 'training' dello sviluppo da parte dell'utente di una nuova autonomia abitativa. Questa convinzione, in alcuni casi, ha portato all'ideazione di vere e proprie simulazioni delle attività necessarie per la gestione indipendente della casa: preparazione del pranzo, pulizia e ordine della stanza, organizzazione dell'abitazione. Le CRM sono inoltre vissute dagli operatori come un luogo da cui partire per migliorare l'integrazione dell'utente con la sua rete naturale, alleviando il carico delle famiglie e iniziando a osservare l'integrazione degli utenti nel territorio. Il coinvolgimento dei famigliari, quando è possibile, è alto, e la sua efficacia incide positivamente sulla valutazione delle comunità, molto più di quanto non accada nei percorsi di RL. Proprio per questo sono stati spesso evidenziati come problemi e punti di debolezza la mancanza d'integrazione col vicinato, l'indifferenza dei Comuni e degli Enti locali nei confronti degli utenti,

l'assenza di supporto da parte del volontariato. L'attività d'integrazione e accompagnamento all'esterno è, infatti, considerata già nelle CRM molto importante dagli operatori, che dedicano settimanalmente 43 ore di lavoro a ogni utente.

Le Residenzialità Leggere

L'area della RL è stata creata per l'erogazione di programmi sanitari che 'non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto' come recita la delibera n. VIII/4221. La RL è stata, infatti, individuata come risposta flessibile alle esigenze abitative di utenti clinicamente stabilizzati, allo scopo di permettere il completamento del loro percorso riabilitativo. Gli appartamenti possono ospitare un massimo di 5 persone e non vi sono limiti di tempo alla loro permanenza.

I percorsi di RL sono rivolti al sostegno dell'autonomia e allo sviluppo della rete sociale della persona. Elemento cardine del modello è il sostegno sociale da parte di cittadini e comuni "tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza". Le prestazioni sanitarie erogate per le attività vengono remunerate con una tariffa forfettaria di 45 euro giornalieri per paziente, cui va aggiunta una 'quota sociale' che copre le spese di vitto e alloggio e che è a carico dell'utente, dei familiari o del Comune. Il valore della quota sociale varia quindi in relazione al contesto abitativo e alle scelte del DSM. Al momento della rilevazione (gennaio 2012) la cifra variava tra i 10 e i 27 euro al giorno per persona.

Nel corso della ricerca sono stati individuati 125 nuclei abitativi, per un totale di 399 utenti, di cui 216 ospitati in progetti a titolarità pubblica e 183 in residenze gestite dal terzo settore. La media registrata a gennaio 2012 era di 3,2 utenti per abitazione (3 nel pubblico, 3,5 nel privato) e di 4,5 locali per appartamento (3,9 nel pubblico, 5,3 nel privato). 51 abitazioni hanno un'utenza solo maschile, 35 solo femminile e 25 mista. Per 14 abitazioni non è stato fornito alcun dato a riguardo. Di 360 utenti su 399 è stata compilata la scheda anonima completa.

Il campione risulta composto da 134 donne e 226 uomini, con un'età media di 44,6 anni. Altri dati: 26 persone sono state in passato accolte in ospedali psichiatrico-giudiziari, 18 sono di nazionalità straniera e 324 utenti hanno familiari ancora in vita.

Per la maggior parte degli operatori intervistati, i percorsi di RL rappresentano una soluzione dinamica, costruttiva e adeguata alle esigenze di molti utenti, oltre a diventare un percorso innovativo anche per gli operatori. Un responsabile di progetto, per esempio, ha sottolineato come la RL sia una forma di residenzialità molto inserita nel contesto 'umano', che potrebbe favorire rapporti di vicinato e d'interazione tra le persone inserite e il contesto urbano. Diversi operatori hanno evidenziato come, rispetto alle Comunità, nelle RL sia importante la dimensione poco 'sanitaria', l'aspetto più 'familiare' e 'quotidiano' del progetto. In alcuni casi, inoltre, la permanenza in RL degli utenti ha consentito di migliorare la stabilità dei rapporti con la famiglia e con la rete di provenienza, rafforzando delle competenze che già esistevano, anche nell'area della socialità. Secondo diversi operatori, infine, i progetti di RL possono

contribuire all'abbattimento dello stigma nei confronti della malattia mentale poiché aiutano gli utenti a integrarsi nel quartiere in cui vivono.

Gli aspetti positivi sottolineati più di frequente sono quindi quelli dell'autonomia, della libertà, della familiarità nell'ambiente e nel rapporto con gli operatori. Elementi che si trovano anche nelle risposte aperte date dagli utenti, nelle quali le parole 'autonomia', 'libertà' e 'condivisione' sono particolarmente ricorrenti. Le opinioni positive espresse dagli utenti sono spesso condivise dai loro famigliari, che nelle risposte aperte ripetono più volte la parola 'casa'.

A differenza delle comunità, dove la prestazione di servizio è regolata per ogni professionalità, nelle RL la composizione dell'équipe di lavoro dipende dalle scelte del DSM o dell'Unità Operativa. Stando ai dati raccolti nel corso di RRA, l'équipe che corrisponde ai valori più alti di soddisfazione per utenti, famigliari e case manager e per l'autonomia raggiunta dagli ospiti, è quella composta prevalentemente da OSS/infermieri ed educatori. Anche l'équipe indicata con 'NP' (ovvero quella più eterogenea, dove non c'è una netta prevalenza di una qualifica professionale rispetto alle altre) ha per tutti gli indicatori di successo valori molto alti. Quando invece in un'équipe una qualifica unica è presente in misura superiore al 65 per cento, si hanno risultati di soddisfazione inferiori a quelli di NP.

Per quanto riguarda infine la localizzazione, le cinque abitazioni per la RL che si trovano all'interno di una cascina hanno ricevuto i giudizi più alti sia per quanto riguarda la soddisfazione di utenti, famigliari e case manager che per l'integrazione interna. I punteggi inferiori di soddisfazione si riscontrano invece nelle tre villette a schiera e nelle nove villette singole presenti, per le quali anche i valori di autonomia e l'integrazione sono tra i più bassi. Le 31 abitazioni che si trovano all'interno di palazzine con più di 12 appartamenti hanno infine punteggi molto alti per tutti gli indicatori. La percezione positiva della vicinanza è verificabile anche all'interno degli stessi appartamenti. I valori mediamente più alti di soddisfazione si registrano, infatti, nelle abitazioni con 1-1,8 locali per utente; rispetto a queste la flessione negativa è registrata non dalle abitazioni con meno di un locale a testa, bensì, sorprendentemente, da quelle con più di due locali a testa.

La principale criticità emersa rispetto al riferimento normativo della RL riguarda il tempo. Responsabili e operatori hanno voluto spesso sottolineare come le ore previste dalla quota sanitaria siano insufficienti per garantire la buona qualità del servizio. Per questo è emerso quanto sia importante organizzare al meglio la comunicazione interna (tramite mail circolari da inviare a fine servizio, per esempio), per alleggerire il carico di lavoro sugli operatori. L'altro problema è quello della quota sociale. Se da una parte è stata vista, e applicata, come un tentativo di restituire ai pazienti psichiatrici quei 'diritti di cittadinanza' di cui spesso si vedono privati, dall'altra in un periodo di *spending review* reperire i fondi necessari dagli Enti locali è spesso un calvario per i responsabili di progetto. Nel caso di presenza, collaborativa, del Comune di riferimento, la quota sociale è solitamente inquadrata come rimborso assistenziale stabilito in base alla dichiarazione ISEE dell'utente oppure come intervento economico *ad hoc* fondato su accordi quadro con i servizi di salute mentale (come avviene, per es., a

Milano). Quando invece gli enti locali dimostrano di non avere intenzione di collaborare, la quota è corrisposta direttamente dall'utente o dalla sua famiglia oppure recuperata attraverso fondi e accordi intercomunali.

CONCLUSIONI

I dati raccolti e le considerazioni formulate hanno portato all'individuazione di alcune buone prassi. Queste condotte, che si sono finora rilevate efficaci in specifiche situazioni, potrebbero in futuro trasformarsi in regole condivise.

La prima buona prassi riguarda la flessibilità dei servizi e il rafforzamento della comunicazione fra centri, strutture e responsabili. L'offerta nell'ambito della residenzialità psichiatrica è oggi infatti particolarmente ricca e variegata, sicuramente più di quanto accadesse in passato. L'esigenza che emerge è quella di non disperdere queste potenzialità cercando di inquadrare le diverse forme di residenzialità in compartimenti stagni. Altrettanto importante è non gestire la RL come se fosse una realtà a sé stante nel percorso vissuto dal paziente: i progetti di RL hanno più possibilità di successo se sono elaborati e attuati di concerto con gli altri percorsi riabilitativi.

Altra buona prassi emersa è quella relativa alla contrattazione con il territorio. L'accreditamento di appartamenti come Residenzialità Leggera si è infatti spesso tramutato in un'opportunità di miglioramento per i Dipartimenti di Salute Mentale, sotto diversi punti di vista: miglioramento dell'abitazione, del rapporto con il quartiere, della relazione con le istituzioni. In molti DSM, inoltre, la ricerca di appartamenti adatti è diventata l'occasione per avviare un nuovo rapporto con gli Enti locali, Comuni in particolare, e con le agenzie come l'ALER per l'assegnamento di case sfitte o da ristrutturare.

Dai *focus group* è infine emersa la vitalità delle proposte da parte di operatori e responsabili per quanto riguarda l'apertura al territorio e il coinvolgimento di volontari nei percorsi riabilitativi degli utenti, un ambito in cui si riscontrano ancora grosse difficoltà ma che continua a dare ottimi risultati, soprattutto quando i volontari coinvolti sono ragazzi giovani.

Mutuando la formulazione di un maestro, possiamo affermare che in nessun punto della ricerca è emerso un servizio ideale, ma questo non ha impedito di individuare molteplici servizi sufficientemente buoni. Un servizio che sia in grado, per esempio, di utilizzare il proprio budget per sistemare la casa di un utente, in cambio dell'ingresso di altri utenti nell'abitazione, tramutando una situazione di emarginazione, degrado e isolamento in un piccolo gruppo sperimentale, potrà avere situazioni più o meno difficili, ma ha saputo contrattare con il territorio e innescare dinamiche evolutive. Viceversa, se un servizio deve, con il medesimo budget per utente, inviare un educatore a una sequenza di appartamenti monoutente lontani fra loro, avrà 'poche ore' a disposizione per lui. Ugualmente, abbiamo servizi che hanno affrontato in molti modi, anche creativi, il tema della quota sociale e del rapporto con i Comuni; viceversa, è presente il rischio di permettere la risoluzione del problema attraverso il semplice 'accreditamento' come RL di assistenze domiciliari a utenti che risiedano singolarmente in abitazione di proprietà.

Abbiamo servizi che conoscono le proprie situazioni, fanno calcoli, si chiedono cosa costa di più e cosa meno, si chiedono come si possa interpretare la normativa, individuano dei micro-modelli di sostenibilità, hanno le proprie idee su cosa possa essere l'housing sociale in psichiatria, conoscendo e valorizzando le possibilità dei propri territori; parlando con loro si ha il quadro di una situazione molteplice, differenziata, in cui si ha a che fare non con problemi generici, cronici e inaffrontabili, bensì con storie individuali, che là dove presentano problematiche presentano anche delle risorse, e con progetti collettivi, che fanno uso dei budget e diversificano le possibilità. Sarebbe produttivo, in questo senso, dotarsi degli strumenti in grado di ricostruire l'intervento dei servizi nei singoli rami interdipartimentali, di permettere analisi longitudinali, di comparare risolutamente differenti modelli d'intervento, affinché la condivisione di questa attitudine evolutiva diventi sistematica e transterritoriale.

BIBLIOGRAFIA

- Cerati G., Merckling D. (2005) Un'esperienza di residenzialità leggera in Quaderni dell'Arpa, Milano, Giornata di studio 17-12-2005.
- Cerati G., Percudani M., Biffi G. et al. (2003) Prospettive per la residenzialità psichiatrica in Lombardia, *Psichiatria Oggi*, XVI, 2, Milano.
- Cerati G., Percudani M., Merckling D. et al. (2008) Percorsi riabilitativi: i nuovi programmi e la residenzialità leggera, *Psichiatria Oggi*, anno XXI, n. 1-2: 32-39.
- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mentalhealth. The Lombardy Regional Mental Health Plan), *Journal of Medicine and the Person*, 3(2): 71-73, Milano.
- D'Avanzo B. (2003) *Convegno Residenzialità*, Ospedale di Niguarda, 3-10-2003.
- Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) regionale su *La definizione di linee guida per la verifica dell'attività delle Strutture Residenziali Psichiatriche* (reperibile su: www.sanita.regione.lombardia.it_normativa_e_documenti)_catalogazione: salute mentale)
- Fondazione Bertini (2012) *Rapporto di ricerca: 'Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia'*, Milano.
- Gruppo Nazionale PROGRES (2001) Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 4, 260-275.

Il DPCM del 2008 e i pazienti autori di reato

Capitolo
10

Il governo del processo di dimissione dei pazienti
ricoverati in OPG e la programmazione regionale
in materia di sanità penitenziaria

Giuseppe Biffi – Ettore Straticò – Antonino Calogero – Giorgio Cerati – Franco Milani

RIASSUNTO

Il presente capitolo rivisita gli accadimenti successivi all'approvazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1 aprile 2008, con particolare riferimento a quanto verificatosi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Castiglione delle Stiviere: dopo una sommaria illustrazione delle caratteristiche che rendono il nosocomio aloisiano del tutto differente rispetto agli altri cinque OPG penitenziari, si dà conto del processo di dimissione degli internati castiglionesi e degli atti di programmazione della Regione Lombardia che hanno contribuito positivamente al governo di quel processo.

Nel capitolo si riferisce anche dell'implementazione che il citato DPCM ha avuto in ambito regionale nel campo della Sanità Penitenziaria.

Si presenta la progettualità sviluppata dalla Regione Lombardia, con il supporto del Gruppo di Approfondimento Tecnico, per l'attuazione del processo di superamento dell'OPG, con i criteri della gradualità e sicurezza delle dimissioni, della presa in carico individuale, dei pazienti, della previsione di servizi idonei nel territorio e di crescita culturale nei DSM, in sintonia con le successive strategie applicative delle norme della legge 9/2012 di chiusura degli OPG.

INTRODUZIONE

Quanto sarà oggetto di questo capitolo, centrato principalmente sugli effetti che il DPCM del 01 aprile 2008 ha avuto sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e in particolare su quello di Castiglione e la sua popolazione, viene da lontano. La chiusura degli OPG voluta dalla legge 9/2012 (art. 3 ter) ha infatti un significativo antecedente nella chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) sancita dalla legge 180/1978: entrambe le leggi citate prendono le distanze dal modello concentrazionario che storicamente ha caratterizzato i manicomi spostando l'asse portante della cura dei pazienti da queste strutture centralizzate e totalizzanti al territorio. Si deve considerare che solo

un numero limitato di studi in questi anni ha fornito dati sulla realtà degli OPG in Italia (Russo G., 1994; Fioritti A. et al., 2001; Pagano A.M. et al., 2012).

La citata legge 9/2012 può riguardare in termini di continuità anche le importanti sentenze della Corte Costituzionale n. 253 del 18 luglio 2003 (parziale illegittimità dell'art. 222 CP e dell'art. 219 CP) che ha rotto l'automatismo dell'invio in OPG prevedendo la possibilità di applicare una Misura di Sicurezza (Mds) non detentiva in favore di soggetti già ritenuti in sentenza non imputabili e la sentenza 367 del 29 novembre 2004 (riguardante gli art. 206 CP e 312 CPP) che ha esteso la possibilità prevista dalla sentenza del 2003 alla fase della cognizione; in altri termini, le sentenze citate permettevano già da un decennio di inviare i pazienti autori di reato la cui pericolosità era attenuata in una struttura della psichiatria civile, in Mds alternativa all'OPG, dove internare solamente quelli la cui pericolosità sociale fosse considerata particolarmente elevata.

A nostro avviso, se le due specificate sentenze si possono considerare – in termini legislativi – come il vero inizio del superamento degli OPG in Italia, rispetto all'effettivo ridimensionamento di tali Istituzioni, il contributo dato non può che essere considerato modesto, dal momento che la loro scarsa applicazione, negli anni immediatamente successivi alla loro emanazione, non è certo servita a un consistente minor ricorso all'internamento in OPG e, negli ultimi anni, al loro svuotamento (come prevedevano e auspicavano quanti ritenevano possibile – prima della promulgazione della legge 9/2012 – la chiusura degli OPG a codice penale invariato). Per muovere verso il superamento prima e la chiusura poi degli OPG si rendevano quindi necessari ulteriori atti legislativi: il DPCM del 2008 a premessa del superamento e la recente legge del 2012 per la chiusura.

Prima di entrare nel merito di quanto avvenuto a seguito del DPCM del 2008, poiché questo capitolo è parte di un libro che vuole dar conto di un percorso decennale realizzatosi in Lombardia nell'ambito della tutela della salute mentale, per meglio comprendere anche la programmazione regionale successiva alla legge 9/2012, è opportuno descrivere brevemente l'OPG che in Lombardia, sin dalla sua attivazione, declinava il trattamento degli infermi di mente autori di reato esclusivamente con personale sanitario, non dipendente dal Ministero di Giustizia.

L'OPG DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

L'OPG di Castiglione delle Stiviere è un presidio dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova dedicato all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive riservate ad adulti autori di reato per infermità e riconosciuti in sentenza socialmente pericolosi. Quanto in essere nell'OPG di Castiglione si basava su una convenzione diretta fra Azienda Ospedaliera mantovana e Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) del Ministero della Giustizia risalente al 1939; convenzione rinnovata negli anni fino al recepimento regionale del DPCM 1 aprile 2008.

Uno sguardo obiettivo sulla realtà storica e odierna degli OPG italiani non può non rilevare che quello di Castiglione delle Stiviere costituisce e rappresenta una vistosa "anomalia": fra i sei OPG in attività, pur espletando per il Ministero di Giustizia le

stesse funzioni degli altri e come gli altri seguendo nella sostanza quanto previsto dal regolamento penitenziario, esso è infatti l'unico in Italia che, da più di settant'anni, declina la sua missione quale trasduttore sanitario tra il committente (la Magistratura) e il beneficiario finale (il reo folle e la società), di fatto realizzando in modo originale il combinato disposto degli art. 27 (comma 2) e 32 della Carta Costituzionale. Quanto sostenuto risulta incontrovertibilmente dal fatto che l'OPG di Castiglione è strutturato e organizzato secondo un modello integralmente sanitario (sovrapponibile ad altri istituti europei, del Regno Unito, dell'Olanda, della Svezia, che espletano analoghe funzioni), che si sostanzia in alcuni fondamentali aspetti:

- la funzione della cura e quella della custodia sono garantite solo ed esclusivamente da operatori sanitari (dipendenti dell'AO Carlo Poma di Mantova), mentre negli altri OPG la funzione *sicurezza* è garantita, anche economicamente, dall'Amministrazione Penitenziaria tramite personale della polizia penitenziaria;
- l'unità di accoglienza degli internati di ambo i sessi a Castiglione è, come in ogni altro ospedale, o come in ogni comunità terapeutica della psichiatria, la stanza di degenza (mentre negli altri OPG è la cella), con tutti i comfort e le obbligazioni che le sono propri (aria condizionata e bagni annessi alla camera; divieto di fumare, materassi ignifughi e sistema di allarme antincendio ecc.), che derivano appunto dalla normativa sanitaria di riferimento;
- in modo del tutto sovrapponibile alla realtà dei DSM nel territorio italiano, i percorsi di salute sono assicurati da gruppi di lavoro multi-professionali che includono tutte le figure necessarie a garantire una risposta esaustiva ai bisogni terapeutici, assistenziali e riabilitativi dei pazienti internati;
- una ricca offerta riabilitativa e risocializzante per entrambi i sessi che si articola in un polo espressivo (atelier di pittura), un polo psicopedagogico e culturale (scuola e biblioteca), un'area delle attività motorie, laboratori di informatica, falegnameria e restauro, legatoria, stampa e sartoria e un'area della formazione professionale per l'inserimento lavorativo, in convenzione con il centro di avviamento professionale ENAIP di Mantova.

Contribuisce a rendere l'OPG di Castiglione non assimilabile agli altri OPG anche:

- la presenza dell'unica sezione esistente in Italia per l'esecuzione in OPG delle Mds comminate a pazienti di sesso femminile.

IL DPCM DEL 2008 E LA SUA IMPLEMENTAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA

In forza dell'art. 5, comma 1, del DPCM del 2008, che ha previsto il trasferimento alle regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime, l'OPG di Castiglione è divenuto a tutti gli effetti presidio della Regione Lombardia. Quest'ultima, in quanto sede di OPG, a seguito degli accordi

assunti in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni (CU) del 26 novembre 2009, è divenuta regione capofila del macro-bacino di utenti di sesso maschile residenti in Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta, col compito di mantenere il coordinamento delle regioni afferenti al bacino stesso affinché provvedano al recupero nel territorio dei pazienti ricoverati in OPG residenti nelle loro regioni e dimissibili; il nosocomio lombardo ha continuato a essere l'unica sede di accoglienza per le donne d'Italia da internare in OPG dal momento che mai è stata attivata quella da approntare per le donne del bacino centro-sud, sebbene prevista e voluta in sede di CU.

L'assegnazione di un bacino di utenza particolarmente ampio (pari a 464 internati, di cui 374 uomini, al momento della sua iniziale definizione, corrispondente a più di un terzo del totale della popolazione internata al tempo nei 6 OPG italiani) in convergenza con fattori di politica generale di prevenzione criminale (che hanno comportato un frequentissimo ricorso dei magistrati alla disposizione di MdS provvisorie) ha generato un'acuta discrepanza tra logistica e portata dei reparti del presidio castiglione, attrezzato per accogliere decentemente non più di 220 persone, e numero di internati effettivamente presenti.

La Tabella 10.1 sottolinea che invece di diminuire la popolazione aumenta in modo considerevole, realizzando, per la prima volta nella storia dell'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) un notevole sovraffollamento. Diversamente da quanto previsto dal DPCM che doveva realizzare un notevole abbassamento al fine del superamento.

Si può inoltre notare che si è verificata anche una concentrazione della popolazione maschile del bacino (Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta), in linea con uno dei principi del DPCM. Quindi si è raggiunto l'obiettivo del previsto avvicinamento dei pazienti nel proprio territorio d'origine. La sezione femminile è rimasta (e lo è ancora) concentrata a Castiglione. Non è stata attuata la sezione presso l'OPG di Barcellona

TABELLA 10.1

Comparazione della popolazione OPG alla data del 31 dicembre 2008 dopo l'entrata in vigore del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1 aprile 2008

Data	Pazienti presenti per bacino					Popolazione totale presente alla data			
	Valle d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Extra-bacino	Totale bacino	Maschi	Femmine Centro-nord	Femmine Centro-sud	Totale maschi e femmine
28-02-2008	1	18	82	25	101	126	86		212
31-12-2010	2	33	119	23	154	177	59	31	267
24-07-2011	2	46	147	13	195	208	49	33	290
24-10-2011	2	52	165	12	219	231	54	27	312
15-02-2012	1	51	154	10	206	216	86		302

TABELLA 10.2

Dati riferiti all'OPG di Castiglione relativi al flusso degli internati dal 2008 al 2012

Flusso dei pazienti negli ultimi 5 anni OPG Castiglione delle Stiviere	Ammissioni			Dimissioni			
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	
2008	64	76	140	52	74	126	204
2009	73	78	151	57	78	135	206
2010	120	75	195	73	69	142	243
2011	154	63	217	94	69	163	288
2012	121	61	182	119	63	182	288

Pozzo di Gotto per accogliere le donne dal centro-sud (dal Lazio in giù) come era stata prevista dalla Conferenza Unificata del 26 novembre 2009.

A partire dall'estate del 2010 si è pertanto cominciato a registrare un progressivo sovraccollamento che ha avuto il suo picco alla fine del 2011 quando si sono contate nell'OPG di Castiglione ben 316 persone internate. Sovraccollamento che perdura a tutt'oggi (288 internati presenti al 31 dicembre 2012), pur a fronte di un numero di dimissioni particolarmente elevato nel triennio 2010-2013, come dimostrano i dati di flusso riportati nella Tabella 10.2.

Un tale *record* di dimissioni, concomitante alla drastica riduzione del tempo medio di permanenza in OPG (passato da 4,1 anni nel 2007 a 1,6 anni per i maschi e 2,3 anni per le donne nel 2012) non si sarebbe potuto conseguire in assenza della ricca rete di presidi per la tutela e la promozione della salute mentale presente nella Regione Lombardia e quindi dell'impegno dei DSM in cui detti presidi sono compresi. E soprattutto: il *record* non si sarebbe potuto realizzare se lo sforzo dei curanti castiglionesi non fosse stato sostenuto dalla Regione Lombardia, che ha dato un forte impulso al percorso di restituzione territoriale dei pazienti internati con atti di indirizzo e di governo, includenti formali circolari alle ASL, e quindi ai rispettivi DSM, finalizzati all'assunzione di diretta responsabilità rispetto alla presa in carico dei pazienti internati in OPG.

Più in dettaglio, Regione Lombardia, a fronte del dettato del DPCM, dei successivi impegni assunti in sede di CU e della situazione critica venutasi a creare nel Giudiziario di Castiglione ha:

- definito un proprio progetto (vedi “*Progetto OPG – Regione Lombardia*” del maggio 2010) per il conseguimento dell'obiettivo previsto delle dimissioni con le modalità, i tempi e le risorse necessarie;
- attivato, presso la Direzione Generale Salute (DGS), un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT-OPG) cui è stato affidato il compito di “considerare i programmi da realizzare per i pazienti lombardi dimissibili sia dall'OPG Castiglione delle Stiviere

sia da quello di Reggio Emilia e dagli altri OPG, nonché quelli relativi ai pazienti piemontesi, nel rispetto dell'informazione e condivisione dei progetti di trasferimento e inclusione nel tessuto assistenziale regionale delle persone affette da disturbi mentali e soggette a provvedimenti di giustizia, anche al fine di definirne priorità temporali ed eventuali criticità”;

- dato mandato all'OPG di Castiglione delle Stiviere di coordinare i programmi relativi ai pazienti ricoverati, valutati idonei alla dimissione, operando in collaborazione con il Gruppo di lavoro OPG della Direzione Generale Salute, di fungere da snodo per i progetti inerenti sia il rientro dei pazienti lombardi inseriti negli altri OPG italiani, sia la dimissibilità dei ricoverati con residenza lombarda, piemontese o valdostana dell'OPG di Castiglione, nonché di provvedere alla segnalazione dei nominativi dei pazienti alle regioni e alle ASL lombarde competenti territorialmente;
- previsto con *delibera di Giunta 937/2010* la possibilità, grazie a stanziamenti di fondi *ad hoc*, di stipulare contratti per l'inserimento dei pazienti lombardi dimessi dagli OPG nelle residenze ad alta intensità riabilitativa e assistenziale (CRA, CPA, CRM) in deroga al blocco disposto nel marzo del 2009;
- finanziato con l'Azienda Ospedaliera di Mantova l'attivazione della Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata (SLiEV), comunità sperimentale progettata dalla Direzione OPG posta a valle dell'Istituto aloisiano, che consta di due moduli (totale di 38 posti letto) dedicati a pazienti di ambo i sessi in regime di Licenza Finale Esperimento (LFE) o in regime di Libertà Vigilata (LV), ovvero a pazienti la cui pericolosità sociale risulta attenuata, ma non al punto da consentire un immediato inserimento nel territorio di provenienza;
- disposto che in ogni ASL della Lombardia venisse attivato un tavolo di monitoraggio dei propri pazienti ricoverati in OPG, avente anche il compito di dare impulso ai DSM a intensificare la collaborazione con l'OPG lombardo per la programmazione del loro reinserimento territoriale quando ravvisabile la loro dimissibilità;
- dato impulso (più recentemente) al GAT-OPG per licenziare un “protocollo di collaborazione tra l'OPG di Castiglione delle Stiviere dell'AO Carlo Poma di Mantova e le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lombardia per la presa in carico congiunta degli internati nell'OPG dall'ingresso alla dimissione”.

Rileva evidenziare che l'insieme delle azioni e delle sinergie messe in campo, ha consentito al gruppo di lavoro di Castiglione di continuare a favorire l'uscita dall'OPG degli internati, pur nella grave situazione di sovraffollamento, riscontrando quanto sostanzialmente il concetto di 'dimissione sicura': assicurata al paziente, gestibile dai DSM, tollerabile per la collettività. Per realizzare dimissioni sicure gli operatori castiglionesi si sono giovati anche di uno strumento di Risk Assessment messo a punto in OPG da Rivellini e Straticò, la “*Scala per la valutazione della dimissibilità (VOSPED)*”, concetto quest'ultimo di cui è stata resa una definizione poi fatta propria dal GAT regionale. Tale modo di operare, a nostro avviso, contribuisce a rendere ragione del fatto che, nel tempo considerato, non si siano mai registrate recidive dei reati più

gravi contro la persona (omicidio e tentato omicidio) da parte dei pazienti formalmente dimessi dall'OPG (la vera e propria *dimissione* dandosi solo quando i pazienti prima internati ottengono dal Magistrato il beneficio della LV, o la revoca della MdS, al cui conseguimento segue sia l'uscita di scena del gruppo di lavoro dell'OPG sia l'esclusiva competenza della presa in carico da parte dei Servizi territoriali).

Quanto riportato ha costituito lo sforzo degli operatori e degli Amministratori della Regione Lombardia teso in particolare all'implementazione dell'Allegato C del DPCM del 2008; ma il Decreto in questione, nella sua interezza, si caratterizza anche per l'attenzione al tema della sanità penitenziaria. Un tema che merita uno spazio dedicato: quello del prossimo paragrafo.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI SANITÀ PENITENZIARIA

Nella programmazione nazionale, si può affermare che le azioni tese ad assicurare alle persone detenute uguaglianza del diritto di accesso e fruizione di prestazioni sanitarie (prevenzione, diagnosi, cura delle malattie e riabilitazione) abbiano avuto inizio con il Decreto Legislativo n. 230 del 22 giugno 1999.

Il DPCM del 1 aprile 2008, in attuazione della legge 244/2007 (legge finanziaria 2008), ha disciplinato le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria, disponendo il passaggio di tutte le competenze relative alle prestazioni sanitarie offerte a persone sottoposte a procedimento penale dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni.

In Lombardia, le prime indicazioni attuative di quanto sancito in tema di sanità penitenziaria dal citato DPCM, sono state fornite con il DGR del 1 ottobre 2008, n. VIII/8120, che, nel recepire contenuti e indicazioni del decreto di rango nazionale, ha disposto il trasferimento alle aziende ospedaliere nei cui territori insistevano istituti penitenziari e centri di giustizia minorile delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali già in capo all'amministrazione penitenziaria.

Dopo questo primo atto, con il Decreto n. 1677 del Direttore Generale della Sanità, licenziato in data 20 febbraio 2009, è stato istituito l'**Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria** con la finalità di definire il modello organizzativo della sanità penitenziaria per assicurare la tutela della salute dei detenuti, dei minori sottoposti a procedimento penale e degli internati in OPG. Successivamente, con il Decreto del 23 giugno 2009 n. 6270 del Direttore Generale della Sanità, la Regione ha definito il proprio modello organizzativo per la sanità penitenziaria. Il 21 dicembre 2009 è stato poi approvato il Decreto della Direzione Generale Sanità n. 14 230 "Linee guida regionali per la sanità penitenziaria" con il quale sono state emanate le linee operative rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata a favore di persone

soggette a procedimento penale, in modo da garantire modalità omogenee di erogazione sul territorio regionale.

Con i decreti sopra specificati, e con nota del 24 maggio 2011 a firma congiunta fra DG Sanità e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), Regione Lombardia, per quanto attiene in particolare alla tutela della salute mentale ha:

- disposto la presenza di uno psichiatra per 20 ore mensili ogni 100 detenuti e di uno psicologo per 30 ore mensili ogni 100 detenuti;
- identificato, nell'istituto di pena San Vittore di Milano (dove, nel corso del 2012, sono stati effettuati 13 214 interventi in favore di 3295 detenuti risultati affetti da patologia psichiatrica), quale centro clinico regionale, uno specifico reparto, dotato attualmente di 8 posti letto elevabili fino a un massimo di 16, il Centro di Osservazione Neuropsichiatrica (CONP), presso cui sono transitati 154 detenuti nell'anno 2012 (di cui, fra l'altro, 26 inviati dal DAP e 25 inviati dal PRAP);¹
- conservato i cinque posti adibiti all'osservazione psichiatrica, già attivati a partire dall'anno 2005, nella casa circondariale di Monza.

Rileva evidenziare, in conclusione di questo paragrafo, che quanto programmato, disposto e attivato dalla Regione Lombardia in materia di tutela della salute mentale nelle carceri soddisfa lo spirito e il dettato del DPCM 1 aprile 2008 e riscontra inoltre le determinazioni successivamente assunte in sede di CU del 13 ottobre 2011 finalizzate all'implementazione del citato Decreto e in particolare al superamento degli OPG, poiché le strutture sopra specificate hanno consentito e continuano a consentire di allocare convenientemente negli istituti di pena regionali persone storicamente destinate agli OPG, come quelle di sesso maschile in osservazione psichiatrica (ex art. 112 dell'Ordinamento Penitenziario, legge n. 354/1975), e ad assistere, in modo certamente più appropriato che in passato, non poche persone con sopravvenuta infermità psichica nel corso della misura detentiva (ex art. 148 CP).

Verso il futuro: l'articolo 3 ter della legge 9/2012

Mentre l'obiettivo della prima fase del DPCM, lo snellimento degli OPG, previsto entro il 2009, era ancora lontano dal conseguimento, poiché nel 2010 la loro popolazione complessiva, pur a fronte delle tante dimissioni realizzate in tutti e sei gli OPG, risultava consistentemente aumentata rispetto al 2008, anno di promulgazione del DPCM; mentre quanto previsto dalla terza e ultima fase del DPCM, la regionalizzazione degli internati, ovvero che ogni regione si attrezzasse per accogliere tutti i suoi residenti internati in OPG nel proprio territorio, era ben lungi dall'essere realizzato, (mentre l'OPG di Castiglione contava 294 internati, di cui 86 donne); il 17

¹ Si ringrazia il Dr. Angelo Cospito (Direzione Sanità Penitenziaria Regione Lombardia) per i dati di attività riferiti all'istituto San Vittore e al CONP.

febbraio del 2012 veniva votato da una larga maggioranza di parlamentari la legge 9, che all'articolo 3 ter fissa:

- al 1° febbraio 2013 “il termine per il completamento degli interventi previsti dall'allegato C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 01 aprile 2008”;
- al 31 marzo 2013 la data in cui:
 - “gli istituti penitenziari già sede di ospedale psichiatrico giudiziario sono definitivamente chiusi o, in alternativa, riconvertiti ad altra funzione penitenziaria”;
 - le misure di sicurezza detentive sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie a 20 posti letto sostitutive degli OPG.

Sebbene mentre scriviamo nessuno possa sostenere che il superamento degli OPG, programmato nel DPCM entro il 2011 e poi dalla legge 9/2012 al 1 febbraio 2013, sia (almeno) vicino al compimento, riteniamo che quanto voluto sia, nel primo atto di governo, che la legge di chiusura degli ‘OPG penitenziari’ fissi dei punti di non ritorno, la cui rilevanza ha valore positivo non solo rispetto alle specifiche questioni affrontate, ma anche per i riverberi che può avere nel più esteso ambito civile e culturale del nostro paese; in ragione di ciò, al di là della discutibilissima implementazione del DPCM verificatasi e della irrealistica individuazione delle date previste per il superamento e la chiusura degli OPG dalla legge 9/2012, per parte nostra, nella circostanza, sentiamo di dover esprimere apprezzamento per lo slancio ideale e l'intento riformatore del Legislatore.

Abbiamo già dato conto, nelle pagine precedenti, di quanto è stato fatto a seguito del Decreto Ministeriale risalente ormai a cinque anni; di seguito riferiremo quanto *agli atti* rispetto all'implementazione della legge 9/2012.

Mentre ancora non era stato varato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero di Giustizia il decreto attuativo della legge 9 (previsto per il marzo 2012 e poi effettivamente licenziato nel dicembre di quell'anno), nel luglio 2012 una circolare del Ministero della Salute ordinava alle regioni di presentare la programmazione delle strutture alternative agli OPG entro il vicino 15 settembre. Poche regioni hanno dato seguito a quell'*ordine*; tra esse, Regione Lombardia, che ha presentato un articolato “Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere”. Tale programma:

- sulla scorta dei dati di flusso registrati nell'OPG di Castiglione nell'ultimo triennio e della popolazione lombarda ancora internata negli altri OPG d'Italia, fissa a 240 il numero di posti letto da destinare a pazienti di ambo i sessi sottoposti dalla Magistratura dopo la chiusura degli OPG a MdS detentiva;
- prevede pertanto la realizzazione in regione di 12 strutture da 20 posti ciascuna;
- individua per dette strutture ubicazioni diversificate che, passando per Milano, vanno dal nord al sud della regione, cioè da Como fino a Castiglione, poiché non si vuole disperdere il sapere e il saper fare accumulato da quanti hanno lavorato e lavorano nell'OPG, chiamato, per parte sua, a superare l'odierna strutturazione per reparti per rispondere puntualmente ai requisiti previsti nel citato Decreto Ministeriale attuativo dell'art. 3 ter della legge 9/2012;

- stabilisce che le strutture da approntare saranno sotto il coordinamento dei DSM, a prescindere dal soggetto pubblico o privato che sarà chiamato a gestirle;
- indica come obiettivo d'elezione del programma un adeguato accompagnamento delle persone accolte nelle strutture che consenta un percorso di effettivo recupero di salute e di diritti, ovvero di passare ad ambienti via via più consoni alla loro situazione di ritrovata capacità di relazione sociale e compenso psichico, fino all'auspicabile definitivo rientro nel territorio come liberi cittadini.

Il programma è stato rivisto nel maggio 2013 e inviato al Ministro della Salute nei tempi previsti dal Decreto legge n. 24 del 25 marzo 2013 di proroga della data di chiusura degli OPG all'1 aprile 2014.

Fino a qui, in questo capitolo, abbiamo riferito di atti licenziati e azioni compiute: è storia recente, ma comunque già storia. Quanto sarà degli OPG e delle strutture sanitarie sostitutive sarà cronaca dei prossimi mesi e dei prossimi anni. Ci preme tuttavia puntualizzare qui di seguito una sintesi del lavoro svolto a livello regionale e che tutt'oggi ci vede impegnati.

IL LAVORO DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA A LIVELLO REGIONALE PER FAVORIRE I PROCESSI DI DIMISSIONE DALL'OPG E IL SUO SUPERAMENTO – SINTESI

Si intende proporre una sintesi dei passaggi istituzionali principali che hanno sostenuto il principio guida del superamento dell'OPG, con i criteri della gradualità e sicurezza del processo di dimissione, della progettualità della presa in carico individuale, della previsione di servizi idonei nel territorio, di crescita culturale e di aggiornamento professionale nei DSM, in sintonia con le successive strategie applicative delle norme della legge 9/2012.

- Avvio di un primo gruppo di lavoro con l'elaborazione del documento “*Progetto OPG – Regione Lombardia*”, maggio 2010/rev. 15 giugno 2010, in applicazione del DPCM 1 aprile 2008 sul superamento degli OPG e dell'accordo in CU Governo-Regioni del 19 novembre 2009.
- DGR 1 dicembre 2010 n. IX/00937 che, in particolare, all'Allegato 10 definisce la metodologia del processo di dimissione dei pazienti lombardi internati negli OPG con il coinvolgimento delle ASL, dei DSM e dell'OPG di Castiglione.
- Istituzione del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) il 7 febbraio 2011, per favorire e coordinare le modalità di attuazione del processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati negli OPG, anche con individuazione di adeguati presidi residenziali.
- Attivazione del coordinamento di bacino con Piemonte e Valle d'Aosta.
- Elaborazione nel 2011 del documento “*Strumenti e modalità di attuazione del processo di dimissione degli utenti lombardi dagli OPG secondo quanto disposto nella DGR n. 937 del 1 dicembre 2010*”, ove è affrontato il tema dei requisiti di dimissibilità, documento poi condiviso a livello di bacino.
- Tavoli di monitoraggio dei progetti individuali di dimissione (ASL con DSM), tuttora attivi, dei pazienti lombardi, avviati nel corso del 2011: su indicazione regionale,

infatti, è stato attivato in ogni Azienda Sanitaria Locale un apposito Tavolo Tecnico per il monitoraggio del processo di dimissione dei pazienti lombardi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con l'obiettivo di coordinare e monitorare il lavoro dei singoli Dipartimenti di Salute Mentale, che in Lombardia afferiscono alle aziende ospedaliere, presenti sul territorio. Nel 2011 la rilevazione effettuata, cui hanno risposto tutte le ASL e i DSM, indica che:

- i pazienti residenti ricoverati in OPG per i quali i DSM e/o le ASL hanno ricevuto richiesta di valutazione e/o hanno in corso una progettualità ai fini della dimissione e/o inserimento in struttura residenziale nel 2011 erano 144;
- i pazienti residenti dimessi da un OPG a partire dal 1 gennaio 2011 su progetto del DSM e/o autorizzazione della ASL erano 169. Risulta quindi che oltre 300 pazienti lombardi sono stati dimessi o hanno in corso un progetto per esserlo dal sistema OPG italiano nel 2011 e sono stati accolti tramite il sistema sanitario e di salute mentale regionale.
- Continuità del processo dimissione nell'anno 2012, a opera dei DSM e ASL regionali, che ha riguardato 114 cittadini lombardi, come risulta dai dati del relativo monitoraggio, oltre agli altri soggetti con progetti individuali in corso di attuazione.
- Predisposizione e invio al Ministero della progettualità richiesta dalla legge 9/2012 entro il 15 settembre 2012 mediante il sopra citato 'Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere'.
- Aggiornamento del *GAT-OPG* in data 22 novembre 2012 con ricostituzione del gruppo, completato anche da rappresentanti dell'UEPE, del PRAP e delle ASL, e revisione degli obiettivi e delle strategie: da un lato garantire e monitorare la continuità del processo dimissione dei pazienti lombardi dall'OPG, avviato attraverso progetti di trattamento e riabilitativi individuali, e dall'altro pianificare la realizzazione delle strutture sanitarie alternative nell'ambito dei provvedimenti previsti dalla legge 9/2012. Diversi pertanto i campi di interesse: la rilevazione epidemiologica, il monitoraggio dei processi, l'individuazione del percorso clinico dei pazienti autori di reato, l'offerta di servizi nel territorio, la programmazione delle nuove strutture e i relativi requisiti, la loro diversificazione e la graduazione d'intensità di cura, il coordinamento, la previsione del programma di formazione per operatori dei DSM.
- Elaborazione e implementazione, svolte nell'ambito del GAT, di un *protocollo* per la presa in carico congiunta dei pazienti OPG-DSM lombardi.
- Offerta di strutture residenziali per dimessi nelle Regole 2013 e la previsione del rafforzamento dei servizi territoriali per l'assistenza ai pazienti autori di reato nei DSM.
- Adozione, infine, della *DGR n. X/122 del 14 maggio 2013* che aggiorna il 'Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3 ter e successive modificazioni'.

Da ultimo: il processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prosegue in modo organico con l'ausilio dei tavoli di monitoraggio istituiti presso tutte le ASL e con modalità stabilite dal protocollo di collabo-

razione fra OPG di Castiglione delle Stiviere e DSM lombardi. Nel 2013 si darà impulso ai processi organizzativi e formativi per meglio definire, seguendo le linee del complesso lavoro elaborato dal GAT regionale sul superamento degli OPG, sia il programma di realizzazione delle nuove strutture sanitarie extra-ospedaliere sia la funzione di presa in carico dei pazienti di competenza dei DSM, ponendo attenzione alle problematiche legali, in collaborazione con la Magistratura e gli uffici preposti di AO e ASL. Tali aspetti di riabilitazione e di inclusione sociale dei pazienti, di collegamento tra i vari enti e istituzioni e di formazione degli operatori, richiedono la necessità di prevedere risorse di personale dedicate nei Servizi territoriali, come priorità strategica, in coerenza con le norme attuative della legge 9/2012 di chiusura degli OPG e in continuità con i programmi individuali di trattamento residenziale dei pazienti previsti nel futuro modello operativo.

BIBLIOGRAFIA

- Fioritti A., Melega V. et al. (2001) Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals, *Journal of Forensic Psychiatry*, 122: 36-51.
- Pagano A.M., De Santis V. (2012) *Il superamento degli OPG tra Giustizia, Sanità e Welfare*, Fondazione CeRS, Nocera inferiore (SA).
- Russo G. (1994) Follow-up of 91 mentally ill criminals discharged from the maximum security hospital in Barcellona P.G., *International Journal of Law and Psychiatry*, 17: 279-301.

Familiari e volontari per la formazione e l'empowerment

Le iniziative delle associazioni nell'ambito
del progetto regionale

Capitolo

11

Valerio Canzian – Teresa De Grada – Elisa Buratti – Giorgio Cerati

RIASSUNTO

La rete sociale naturale, costituita dai familiari, svolge un ruolo fondamentale, oltre che nella vita del paziente, anche nel suo percorso clinico, tanto da risultare coinvolta negli interventi integrati promossi dai DSM. Nell'ambito delle linee di attuazione del PRSM e del successivo documento "Sviluppo e innovazione in Psichiatria: linee di sviluppo regionali per il 2009-2011", la Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, con il Comitato tecnico per l'innovazione in salute mentale, in collaborazione con la Scuola di Direzione in Sanità, prima con IReF e poi con Éupolis Lombardia, presentò, nel 2009, una proposta progettuale adatta a fornire un supporto metodologico e formativo al perseguimento degli indirizzi di psichiatria di comunità. In tale progetto, quattro furono le aree di intervento progettuale investite:

1. area formazione *case manager*;
2. area accreditamento professionale – sistemi di qualità;
3. area educativo-formativa;
4. area valutazione processi ed esito.

Nel presente capitolo vengono presentati gli obiettivi e la metodologia del sotto-progetto dedicato all'area educativo-formativa, e alcune esperienze realizzate, in tale sotto-area progettuale, da associazioni di utenti e familiari in ambito regionale.

INTRODUZIONE: FORMAZIONE PER LE ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI E DEI VOLONTARI

L'ambito della tutela della salute mentale vede coinvolti, accanto alle figure professionali che operano nei servizi psichiatrici, anche altri attori (utenti, familiari, cittadini, gruppi e organizzazioni). Tra tutti questi soggetti, portatori di conoscenze e competenze

diverse, vanno favorite più strette interrelazioni e integrazioni. La rete sociale naturale, costituita dai familiari, svolge un ruolo fondamentale, oltre che nella vita del paziente, anche nel suo percorso clinico, tanto da risultare coinvolta negli interventi integrati programmati: per questo motivo è importante che venga aiutata e supportata.

Le famiglie, peraltro, sono sovente organizzate in associazioni, a volte con i volontari. Inoltre vi sono cittadini impegnati in associazioni del territorio, che rappresentano una comunità consapevole, solidale e attiva e si configurano così come un fondamentale elemento a supporto della cura per le malattie mentali. Sostenere e valorizzare il volontariato e l'associazionismo quali importanti risorse della comunità (sia come elemento migliorativo della qualità dei servizi offerti sia come elemento di solidarietà) significa favorire una mobilitazione della rete sociale in appoggio alle persone con problemi psichici e ai loro familiari.

Perciò il percorso formativo che sarà descritto in questo capitolo si è posto l'obiettivo fondamentale di mettere in grado i partecipanti formati di costruire e implementare coerenti progetti di formazione per la fase locale in collaborazione con il *board* d'area e di divenire non solo formatori ma anche facilitatori che sappiano esplorare e mobilitare la rete. Motivo conduttore del corso è stato proprio il lavoro di rete, con l'*empowerment*, il mutuo-aiuto, l'educazione all'accoglienza e al lavorare insieme.

Il programma della fase centrale è stato articolato su interventi formativi che hanno previsto l'utilizzo di una metodologia di lavoro d'aula sia frontale (informativa) sia interattiva (formativa): quindi i docenti delle cinque giornate di formazione previste hanno svolto una parte teorica e una pratica, con l'ausilio di tutor, al fine di favorire un apprendimento capace di valorizzare le esperienze dei volontari e dei familiari e di sviluppare competenze in un'ottica di sussidiarietà attiva.

Il target cui l'intervento formativo si è rivolto sono volontari e familiari con un numero di 30 partecipanti. La fase di formazione centrale, svolta tra aprile e giugno 2010, è stata articolata in 3 edizioni, cui sono stati presenti 23 partecipanti.

A conclusione di tale fase le associazioni che vi hanno partecipato sono state chiamate a formulare e realizzare dei progetti locali finalizzati a diffondere nei diversi territori regionali di riferimento i contenuti e le esperienze acquisite.

La fase locale aveva l'obiettivo di promuovere la collaborazione tra associazioni e operatori dei DSM, come fattore favorente processi di riabilitazione, cercando così di abilitare i membri delle associazioni a concepirsi come *stakeholder* e a sviluppare capacità di contribuire a *progettare gli interventi*: a tale fine è stato richiesto ai partecipanti al corso di formazione di presentare dei progetti volti a formare, informare e sensibilizzare tutti gli attori coinvolti nell'assistenza dei pazienti psichiatrici sul territorio.

I progetti elaborati e validati secondo una metodologia definita, sono stati ammessi al finanziamento e quindi attuati in svariate sedi regionali con modalità diversificate e talora originali.

Di seguito vengono presentate esemplificazioni di alcuni progetti realizzati dalle associazioni di URASaM e uno dall'associazione Diversamente.

URASaM: ESEMPI DI REALIZZAZIONE DI PROGETTI

Il percorso formativo ha permesso a diverse associazioni che partecipano al progetto di poter realizzare attività importanti che in un momento di crisi economica come quello attuale non avrebbero potuto realizzare.

Nel merito dei contenuti d'ogni associazione, ciascuna seguendo il proprio stile ha proposto all'attenzione e sviluppato i temi più consoni alle proprie esperienze. L'opportunità dell'offerta di Regione Lombardia ha rappresentato altresì per ciascuna la possibilità di attivare energie e sinergie con altre associazioni, agenzie e partners per realizzare il progetto e per rafforzare contemporaneamente rapporti con la rete, sviluppando capacità di scrivere, presentare, organizzare e gestire un progetto, per quanto a volte con il supporto di Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale (URASaM), del Centro Servizi per il Volontariato (CSV) e di professionisti che collaborano con le associazioni. A ciò va aggiunto che è stata l'occasione per le associazioni di ravvivare i rapporti con la Regione, vista come una realtà più prossima, nonché con le ASL, con le UOP e i DSM, rafforzando la capacità d'interazione istituzionale e nello stesso tempo aumentando la propria capacità d'autonomia.

Dal punto di vista delle associazioni di familiari è un'esperienza da riprendere, sia per il valore promozionale per le associazioni, sia per il sostegno economico utile per mantenere in vita quelle attività formative che diversamente rischierebbero di scomparire, date le difficoltà che anche le associazioni di volontariato attraversano. Va detto che ciascuna associazione porta avanti le attività formative che più sono d'interesse e utilità per i soci e gli utenti, spesso utilizzando professionisti che loro stesse devono pagare spesso con fondi provenienti da bandi per progetti innovativi.

Di seguito sono riportati esiti e sintesi di contenuto di alcuni progetti esemplificativi anche della ricchezza, della creatività, dell'impegno profuso e del desiderio implicato da parte delle associazioni che hanno partecipato al progetto. Riguardano progetti portati avanti da associazioni nei territori del Vimercate e Trezzese, di Saronno e Varese.

ASL di Monza e Brianza e ASL di Milano 2 – Associazione Psiche e Società (già Psiche Lombardia) – Territori del Vimercate e del Trezzese

PROGETTO FAMIGLIA, SCUOLA E SALUTE MENTALE

Tre percorsi distinti:

- serale per adulti;
- durante l'orario scolastico per gli alunni di quarte e quinte, separatamente, dell'Istituto Floriani di Vimercate a indirizzo psico-sociale;
- un percorso fuori orario scolastico per gli insegnanti, a Vimercate, aperto a tutte le scuole.

Il percorso mirava a sensibilizzare il territorio e le istituzioni sul tema della salute mentale, sia per fornire elementi di conoscenza, sia per coinvolgere i cittadini, i giovani e la rete delle associazioni e agenzie al fine di creare un tessuto culturale ricettivo

nel riconoscere e nell'accogliere la sofferenza psichica. Informare aiuta a creare una sensibilità diffusa nei confronti di manifestazioni del disturbo mentale, svolgendo in tal senso una funzione di prevenzione nel riconoscimento e sostegno di situazioni anche gravi.

I tre percorsi sono stati svolti in collaborazione con il DSM di Vimercate, le UOP coinvolte di Vimercate e Vaprio con interventi degli psichiatri anche nel percorso scuola, oltre al coinvolgimento delle realtà associative del terzo settore del territorio, comprese le parrocchie e gli Enti Locali. Far fronte a un disturbo mentale richiede, infatti, l'intervento dei servizi preposti all'acuzie e a garantire la continuità di cura e di recupero e ciò interessa tutte le dimensioni dell'esistenza: sanitaria, sociale, d'assistenza, il lavoro, l'abitare, la vita di relazione. Significa perciò che un percorso di cura e di recupero coinvolge l'intera comunità.

Più che dare risposte preconfezionate si è cercato di aprire a domande, a interrogativi, a quel desiderio di sapere e di saper fare che rappresenta il solo motore per favorire e sollecitare l'interesse e la messa al lavoro di ciascuno, appunto per la costruzione di una comunità per la salute mentale.

Qui di seguito gli argomenti dei tre percorsi.

Insegnanti “Passaggi della crescita nel bambino e nell'adolescente e la funzione docente tra responsabilità e condivisione”

La scuola è un luogo istituzionale preposto ad accompagnare il ragazzo nella traversata dall'infanzia all'età adulta, per tappe evolutive che non sono tanto scandite dai ritmi della natura della crescita puberale, quanto marcate dai fatti emozionali, relazionali e sociali. In una società impoverita sul piano simbolico, come la nostra, la scuola è forse uno degli ultimi depositari di quella funzione assolta in altri tempi dai riti di passaggio, funzione così decisiva per lo sviluppo individuale.

L'importanza della scuola e del ruolo dell'insegnante cresce al cospetto di una progressiva diminuzione dell'autorevolezza delle figure genitoriali. La famiglia, prevaricata sul piano educativo dalla presa diretta che il sociale ha sui minori, sembra essere sempre meno un luogo di riferimento normativo. L'indebolimento dell'autorità genitoriale è l'effetto di una crescente infantilizzazione dell'adulto, il quale, identificato con il minore, non riesce ad assolvere la funzione di limite che costituisce una parte essenziale del suo compito educativo e lo induce a schierarsi dalla parte del minore, piuttosto che allearsi con le istituzioni deputate ad accompagnarlo nel sociale.

Percorso alunni “Nella scuola contro il pregiudizio” – Giovani e salute mentale

Gli incontri con gli alunni sono stati mirati a fornire elementi di conoscenza di base nel campo della salute mentale anche per il riconoscimento di situazioni di fragilità psichica, allo scopo di infrangere le barriere dello stigma nei confronti di chi è portatore di un disturbo mentale. Il percorso è stato ugualmente orientato a suscitare interesse, curiosità e desiderio di sapere a partire dalle situazioni di fragilità per sfatare il pregiudizio che rivolgersi allo psichiatra, allo psicologo, al servizio di salute mentale o

al servizio per le dipendenze sia sinonimo d'anormalità. Chiedere aiuto o una semplice consulenza ai primi segnali di un presunto disturbo è di fondamentale utilità, sia per ridurre la sofferenza in atto, sia per facilitare l'identificazione di un eventuale percorso di cura o sostegno.

Un questionario da compilare a casa, sui temi del riconoscimento delle proprie emozioni, ha fatto da corollario al percorso i cui esiti sono stati restituiti e discussi con gli alunni nell'ultimo incontro per temi distinti: ansia, paura, angoscia, sicurezza, vergogna, senso di colpa. Interesse, sensibilità, riferimenti alla propria vita e correlazioni con le proprie fragilità hanno aperto negli alunni uno spazio alla sorpresa, all'interrogazione e a una dimensione altra che sempre sfugge.

Percorso serale adulti “Famiglia, scuola e salute mentale”

Famiglia, scuola e salute mentale e le possibili correlazioni hanno caratterizzato i sei incontri, ciascuno d'approfondimento di temi specifici. Famiglia e scuola sono le istituzioni per la crescita. La scuola risulta ancora più importante in quanto si configura come palestra di vita e perché può fare da correttivo dove la famiglia non ha saputo arrivare.

Se i parametri fisici e biologici si prestano a essere misurati e valgono per tutti, al contrario quelli psichici sfuggono alla misura. Perciò, prevenire non significa fare entrare ciascuno nei parametri della cosiddetta normalità, significa piuttosto rispettare la singolarità. Ciò richiede all'educatore, alla madre, al padre un desiderio di osservare l'evoluzione del proprio figlio che è diversa per ciascuno.

Il bambino quando “piove” nella famiglia è uno sconosciuto e non è mai quello atteso, ha sempre degli aspetti d'estraneità, per i quali richiede poi di essere adottato dalla madre e dal padre; non tanto per arrivare ad accettare la sua diversità, ma perché arrivino ad apprezzarne, appunto, la sua singolarità. Da qui l'importanza dello sguardo dell'altro sul bambino, è nello sguardo non anonimo dell'altro che il bambino si trova a crescere e a costituirsi.

Per questo il compito dei genitori è difficile, non ci sono standard da utilizzare per l'educazione. Educare richiede disponibilità all'ascolto, capacità di osservazione, l'assunzione del rischio di mettere in gioco continuamente la propria creatività. I genitori non vanno lasciati soli. La madre va aiutata a separarsi via via dal proprio figlio, mentre il padre, al contrario, va aiutato ad avvicinarsi gradatamente fino a stabilire con il figlio una relazione.

Il tema della salute mentale è stato integrato nel percorso in una prospettiva orientata a identificare i diversi livelli di sofferenza che attraversa l'esistenza di una persona e che si esprimono secondo vie singolari. Ugualmente, attraverso vie singolari si esprime la sofferenza insopportabile di un disturbo mentale grave che può ripercuotersi su tutte le dimensioni dell'esistenza: il lavoro, l'abitare, la gestione della propria vita, le relazioni con il mondo attorno. In questi casi è opportuno far ricorso agli strumenti forniti dai servizi pubblici di salute mentale per i necessari percorsi di cura e di recupero delle potenzialità della persona.

Saronno – Progetto “Uno spazio per”

Progetto d'inclusione sociale mirante a coinvolgere associazioni e agenzie del terzo settore che si occupano di cultura, tempo libero, hobby, sport, arte ecc. per favorire l'inclusione di persone con disagio psichico, i cosiddetti fragili: sono state realizzate 2 edizioni in fasce orarie diverse con 30 persone per edizione. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con l'UOP e con la partecipazione come docenti dei professionisti della psichiatria.

L'iniziativa si è conclusa con una convention cittadina con 100 partecipanti, con la presenza delle autorità istituzionali e sanitarie locali e la partecipazione delle realtà associative del territorio dando voce a utenti, familiari, associazioni e operatori. Nell'ambito del convegno è stato inoltre presentato in anteprima il volume: *“Dottore, non sono di psichiatria!” Consapevolezza di utenti con disagio psichico*. Si tratta di un rivoluzionario testo sul disagio psichico, in quanto scritto direttamente dagli utenti, dai familiari e dai volontari; la realizzazione del testo nasce dalla convinzione che il portatore del disagio ne è un profondo conoscitore.

Alla fase di formazione ha fatto seguito il programma di inserimento delle persone in carico al CPS di Saronno, con una modalità di segnalazione e d'invio alle associazioni aderenti al progetto che si è andata via via affinando fino a delineare una vera e propria “procedura” condivisa con la responsabile del CPS. Uno o più referenti di “Uno spazio per” affiancano gli utenti all'ingresso nell'associazione, almeno per i primi incontri o, se necessario, più a lungo (se gruppo numeroso).

Ogni 1 o 2 mesi tutto il gruppo di lavoro di progetto si incontra con il referente del CPS per valutare gli inserimenti avvenuti, le criticità, i nuovi utenti che desiderano inserirsi in altre associazioni, piuttosto che nuove richieste e desideri non coperti dalle associazioni aderenti all'iniziativa.

Nel mese di febbraio è stata organizzata una serata di poesia e musica presso una delle sale comunali di Saronno con grande partecipazione della cittadinanza riscuotendo un notevole successo.

Varese – Gallarate, Luino, Tradate, Gavirate – “Per non girare la testa”

Progetto di formazione e di sensibilizzazione contro lo stigma e il pregiudizio nei confronti del disagio psichico, promosso dal CoPASaM (Coordinamento Provinciale delle Associazioni per la Salute Mentale) grazie alla collaborazione dell'Ufficio Scolastico Territoriale di Varese, in diverse scuole superiori del territorio provinciale, in continuità con le iniziative portate avanti dal GLP su questo fronte ininterrottamente dal 2004.

Il tema e lo scopo della manifestazione è l'“incontro”. Nell'evento conclusivo, per la prima volta fuori dal contesto psichiatrico e scolastico, in un ambiente pubblico, nell'Auditorium di Gavirate, si incontrano operatori, utenti provenienti da tutti i DSM della Provincia e gli studenti.

Erano presenti 400 persone tra utenti, studenti, cittadini e operatori, tutti al contempo spettatori e protagonisti di una “Maratona” d'interventi teatrali, canori, musicali, filmati, letture, testimonianze dal vivo, dimostrazioni di karatè, e molto altro ancora; ciò che ciascuno ha saputo e voluto produrre per incontrare l'altro sul palcoscenico, durante i corsi di formazione e durante le attività riabilitative.

I promotori dell'iniziativa sottolineano: “l'incontro è il mezzo più efficace di lotta allo stigma. La conoscenza reciproca fa cadere il pregiudizio, aiuta a superare la paura del diverso, la vergogna, la diffidenza. Non può esistere vera riabilitazione senza lotta allo stigma. Qualsiasi percorso riabilitativo per potersi compiere non può prescindere da un contesto esterno capace di accogliere. Senza un ambiente sociale comprensivo e tollerante nessun risultato conseguito nel contesto riabilitativo potrà esservi esportato e mantenuto. Con le nostre iniziative, rivolgendoci ai giovani e agli studenti, stiamo gettando le basi perché domani le persone, tutte le persone, possano esprimere nuove e più attente sensibilità, nell'ambito di una cultura del rispetto, della tolleranza e della comprensione partecipe”.

La manifestazione ha chiuso con l'inaugurazione di una mostra di lavori artistici degli utenti provenienti dalle strutture riabilitative e un rinfresco preparato dagli studenti dell'Istituto Alberghiero Falcone di Gallarate, coinvolti nel progetto formativo insieme con: Istituto Psicopedagogico Curie di Tradate, Liceo Sereni di Luino, Isis Stein (liceo e istituto professionale) di Gavirate.

ASSOCIAZIONE “DIVERSAMENTE” – LO SVILUPPO DELL'EMPOWERMENT NEL FAMILIARE DELLA PERSONA CON DISAGIO PSICHICO

I cambiamenti culturali, sociali e politico-assistenziali che negli ultimi anni hanno caratterizzato il mondo della salute mentale hanno portato a rivedere l'immagine e il ruolo del familiare all'interno del percorso di cura della persona sofferente. Lo spostamento dell'oggetto di interesse, dalla cura della malattia alla cura della persona, ha fatto sì che il malato non venga più considerato come un'insieme di sintomi da debellare, ma come un soggetto con dei bisogni propri, delle risorse e soprattutto inserito in un contesto sociale di cui bisogna tenere conto. La famiglia dunque viene oggi vista come un importante strumento all'interno della riabilitazione del paziente, ma per ottimizzare il suo supporto è necessario aumentare la competenza sia nei confronti della malattia sia relazionale dei singoli membri del nucleo.

Il contesto culturale che fa da cornice a un nuovo modello di gestione del disagio psichico, che coinvolge nel percorso di cura gli operatori sanitari, il malato, la sua famiglia e il terzo settore, è sempre di più incentrato sulla persona con disagio, partendo dai bisogni individuali e specifici del soggetto. All'interno della clinica si parla infatti con maggiore decisione, anche riferendosi al glossario della salute mentale, di *recovery*, *empowerment*, *resilienza*, ma anche *speranza* come fattore di cura, di Piano Terapeutico Individuale (PTI), di Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR) sempre indi-

viduale, dell'alleanza dei vari soggetti dentro il percorso di cura fino ad arrivare alla negoziazione.

Attraverso il progetto realizzato dalla Scuola di Direzione in Sanità, prima con IReF e poi con Éupolis Lombardia, è stato possibile presentare nella città di Milano una serie di azioni mirate ai familiari di persone con disagio psichico e ai pazienti stessi; il lavoro di rete tra Associazioni ha avuto come macro obiettivo quello di sviluppare l'empowerment del familiare, considerato oggi uno dei principali attori all'interno del percorso di cura.

Per fare questo è stato necessario ottimizzare l'integrazione e l'alleanza tra la struttura pubblica e il terzo settore, lavorando insieme, sulla base e nel rispetto delle competenze specifiche, per favorire il passaggio dalla presa in carico al prendersi cura della persona nella sua totalità.

Il raggiungimento di tale obiettivo si è reso possibile attraverso lo svolgimento di attività focalizzate a:

- favorire la consapevolezza del familiare sulla malattia e incrementare le competenze finalizzate alla gestione del disagio e della sofferenza che colpisce la persona malata e chi si occupa di lui, in particolare il *care-giver*;
- lavorare per acquisire un metodo collaborativo nella gestione della quotidianità e promuovere attività che favoriscano il percorso di inclusione sociale di persone altrimenti condannate all'isolamento;
- mantenere nel tempo queste iniziative aumentando la qualità degli interventi attraverso un continuo monitoraggio dell'efficacia dei risultati e analizzando le esperienze più significative. Tra i principali strumenti di valutazione troviamo le riunioni di équipe e la costruzione di strumenti adatti (questionari, interviste).

È importante inoltre osservare che il lavoro di supporto portato avanti dalle associazioni di volontariato ha permesso anche agli operatori un ripensamento e un rimodellamento del proprio ruolo. La richiesta sempre maggiore da parte dell'utenza e la scarsità del numero di personale dedicato, sono tra le principali determinanti del sovraccarico lavorativo ed emotivo dell'operatore e impediscono in molti casi la messa in atto di interventi efficaci a livello bio-psico-sociale.

Alla luce di quanto esposto è evidente che la collaborazione tra istituzioni e associazioni di volontariato è fondamentale per la costruzione di un modello innovativo di cura della persona con disagio psichico. Un modello di rete che, posta la persona sofferente e i suoi bisogni al centro dell'intervento, si occupi del versante sia psicopatologico sia di quello riabilitativo.

La formazione al familiare

LA PSICOEDUCAZIONE

L'intervento psicoeducativo nasce dalla constatazione di come di fatto i familiari siano i più diretti interessati nella cura del paziente in quanto sono quelli che passano in sua compagnia la maggior parte del tempo. Purtroppo però spesso sono logorati dalle

richieste e dalle esigenze del loro congiunto e tendono a mettere in atto modalità disfunzionali per la risoluzione della conflittualità aggravando una situazione già critica; questo porta inevitabilmente ad aumentare il carico di stress e sofferenza già pesantemente presenti.

Lo scopo principale della psicoeducazione è migliorare le capacità comunicative e di risoluzione dei problemi (*problem solving*) di tutti i componenti della famiglia al fine di abbassare il livello di Emotività Espressa (EE).

Il modello psicoeducativo utilizzato all'interno della nostra Associazione proprio per le prove di evidenza sulla sua efficacia, è quello di Ian Falloon (1985). L'intervento è strutturato in diverse sezioni: partendo dalla definizione e spiegazione della malattia mentale, si passa all'insegnamento teorico e pratico di strategie per la gestione delle criticità come le tecniche dell'ascolto attivo, della comunicazione efficace e del *problem solving*.

Il risultato finale atteso è rendere il familiare competente e in grado di affrontare le situazioni complesse che si creano all'interno della relazione con il congiunto malato.

Si è potuto osservare infatti che: un'adeguata conoscenza del disturbo e del suo trattamento aiuta il familiare a ridurre l'ansia e la preoccupazione legate alla mancanza di informazioni e facilita l'alleanza terapeutica con i curanti; una comunicazione efficace aiuta a far fronte ai problemi quotidiani e rende la famiglia in grado di avere discussioni costruttive per la risoluzione dei problemi individuali o collettivi; infine, l'ascolto attivo facilita l'accettazione dell'altro, riconoscendolo nella sua diversità di comportamenti e ragionamenti.

Tale tipo di percorso è molto importante in quanto legittima il familiare a prendere un ruolo attivo nella gestione della malattia, senza subirla, senza sentirsi travolto da questa.

È importante dunque sottolineare come anche il familiare sia dotato di una competenza specifica, di tipo 'emotivo', che accompagna, sostiene e arricchisce la competenza 'tecnica' dell'équipe curante.

Tale competenza però, per essere utilizzata nel percorso di riabilitazione in modo adeguato e produttivo, deve essere rinforzata, rinvigorita attraverso una formazione continua. Per questa ragione la psicoeducazione proposta da "Diversamente" non si pone limiti di tempo, ma assume le caratteristiche di un sostegno continuo.

I risultati di questo tipo d'intervento sono riportati in diversi studi internazionali; molte ricerche scientifiche evidenziano come la psicoeducazione rientri nelle *best practices* per la cura di giovani adulti affetti da schizofrenia e per le loro famiglie; per questa ragione già in molti stati dell'America viene offerta a tutti coloro che ne hanno la necessità.

È stato dimostrato, infatti, come questo tipo di trattamento, se ben integrato all'interno del percorso di cura, possa prevenire le ricadute, ridurre i tassi di ospedalizzazione, migliorare la funzionalità generale del soggetto e aiutarlo a rispettare il trattamento farmacologico, con un conseguente effetto positivo sia sullo stato emotivo del singolo e della famiglia sia sui costi sociali.

Una recente metanalisi (Lincoln T.M., 2007) sull'efficacia della psicoeducazione indica come gli interventi che includono la famiglia hanno un maggiore effetto nel

ridurre la sintomatologia alla fine del trattamento e nel prevenire le ricadute considerando 7-12 mesi di *follow-up*.

Da un altro punto di vista, per confermare ulteriormente questo dato, è importante ricordare che le persone affette da schizofrenia hanno una maggiore probabilità di recidiva se provengono da famiglie in cui si osservano atteggiamenti molto critici e ostili e un maggiore coinvolgimento emotivo.

In ultima analisi, esistono nella letteratura internazionale, diversi studi che riportano l'efficacia di questo modello nella gestione di altre patologie come il disturbo bipolare, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi alimentari e il disturbo borderline di personalità.

I FOCUS GROUP

I *focus group* si caratterizzano dall'essere dei gruppi ristretti di familiari (massimo 10 persone) finalizzati al lavoro sulla messa a fuoco della domanda attraverso l'analisi del bisogno specifico, pertinente e di fase.

I partecipanti sono scelti con criteri definiti in équipe e l'incontro si concentra sulle tematiche riportate dagli stessi utenti. Si lavora quindi sulle problematiche del singolo, sulla richiesta specifica posta dal familiare, che viene guidato a esprimersi con chiarezza dal professionista e dall'intero gruppo. Questa modalità permette da una parte di poter dare delle risposte precise e puntuali a ogni quesito posto e dall'altra di non far sentire il familiare solo all'interno del mondo della malattia psichica. Riconoscere che il proprio problema è condiviso dal resto dei partecipanti allontana infatti il senso di isolamento e solitudine, spesso accompagnato da sensi di colpa. Dall'esperienza fatta risulta che i temi che riscuotano un maggiore interesse sono principalmente legati ai percorsi di cura proposti dai CPS, all'inserimento lavorativo, ma anche temi sull'organizzazione della giornata nel contesto familiare, aspettative, gestione della relazione con il congiunto malato.

Il *focus group*, molto simile all'auto-mutuo-aiuto permette di accogliere la profondità della domanda sia come conoscenza delle problematiche sia come richiesta d'aiuto in un contesto comunitario tra pari.

CONCLUSIONI

La famiglia deve essere considerata come una risorsa fondamentale all'interno del percorso di cura del congiunto malato. Il riconoscersi come portatore di una competenza specifica rafforza il familiare facendogli percepire un senso di controllo fondamentale nella gestione della malattia. Per questa ragione l'intero nucleo deve essere supportato e aiutato da professionisti per superare la paura, l'angoscia e la rabbia legate al senso d'impotenza spesso estremamente acute e devastanti nelle prime sconcertanti fasi della malattia.

È opportuno che il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico avvenga quanto più precocemente possibile e sia continuato nel tempo.

Questa azione di *empowerment* nei riguardi dei familiari è ormai sempre più riconosciuta nelle raccomandazioni emanate in ambito legislativo sanitario. Le linee guida dell'*American Psychiatric Association* (Lehman A.F., 2004) includono, tra i trattamenti consigliati nella fase di stabilizzazione della malattia dopo l'esordio, quelli psicoeducativi familiari; le recentissime Linee Guida Italiane sugli interventi precoci nella schizofrenia raccomandano fortemente, nei riguardi dei singoli nuclei familiari di persone al primo episodio psicotico, trattamenti di tipo psicoeducativo e training di competenza sociale.

Per far fronte a questa esigenza diventa fondamentale il supporto del terzo settore, come l'associazione Diversamente, che attraverso l'ausilio di volontari e professionisti supporta le istituzioni in questo oneroso compito.

BIBLIOGRAFIA

- Alpi A., Cocchi A., Meneghelli A. et al. (2008) Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Supplemento B, vol. 30, n. 3: B62-B70, Psicologia PI-ME, Pavia.
- Lefley H.P., Johnson L.D. (a cura di) (2002) *Famiglia. Interventi in malattia mentale. Prospettive internazionali*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition, *Am J Psychiatry*, 161.
- Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. (2007) Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis, in *Schizophr Res*, 96.
- McFarlane W.R. (1994) Famiglie, pazienti e medici come partner: strategie cliniche e di risultati della ricerca di psicoeducazione singola e multipla-Famiglia, in *Per aiutare le famiglie Cope con Malattia Mentale*, Harwood Academic Publishers, Svizzera.
- Pharoah F., Mari J., Rathbone J. et al. (2010) Family intervention for schizophrenia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.

Sviluppo e innovazione nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza

Capitolo
12

Le linee di indirizzo per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e la traiettoria degli ultimi anni

Maria Antonella Costantino – Graziella Civenti – Dolores Pisapia

RIASSUNTO

Le linee di indirizzo per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano il punto di riferimento per lo sviluppo e l'organizzazione dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia in Regione Lombardia dal 2008. A partire da un'analisi del profilo delle attività erogate dai servizi e delle criticità esistenti, vengono approfonditi i contenuti delle linee di indirizzo e descritte le modalità con le quali sono stati declinati gli interventi di miglioramento negli anni successivi.

PREMESSA

Il mandato istituzionale dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è relativo ad attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico per i soggetti di età compresa tra 0 e 18 anni. Osservando i dati relativi all'utenza delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) si rileva come circa i 2/3 degli accessi riguardino l'area neurologica, cognitiva, neuropsicologica (inclusa la disabilità e quanto per essa previsto a norma di legge), mentre 1/3 circa è costituito da disturbi psichiatrici. Ciò implica alcune differenze significative sul piano clinico e organizzativo rispetto ai servizi di psichiatria per l'adulto, pur nella condivisione degli elementi chiave del modello di intervento di comunità.

La specificità strettamente clinica si intreccia inoltre con le specificità dello sviluppo neurobiologico e psichico, in una fascia di età che presenta compiti evolutivi particolari e legami con l'ambiente familiare e sociale assai diversi da quelli che vi saranno poi in epoche successive. In nessun'altra fase della vita il ruolo dell'ambiente è infatti così determinante come nell'infanzia e nell'adolescenza, come evidenziato dai più recenti studi di epigenetica e sulla plasticità del sistema nervoso. È quindi necessaria un'organizzazione dei servizi che includa in modo stabile e trasversale la presenza

di attenzioni e interventi mirati nei confronti delle famiglie e del contesto di vita allargato, e in particolare della scuola in quanto luogo principale in cui avvengono la socializzazione e l'apprendimento.

La crescita del bambino e lo sviluppo di funzioni e competenze non avviene infatti in modo segmentale e per linee separate, ma attraverso la continua interazione dinamica tra le singole funzioni emergenti, il patrimonio genetico e le influenze ambientali. La presenza di criticità in un'area dello sviluppo, se non considerata in un'ottica evolutiva, può determinare conseguenze a cascata su altre aree funzionali e su epoche successive. È necessario pertanto assumere un'ottica che tenga conto dell'intero corso della vita (*lifespan*) e della presenza al suo interno di 'finestre evolutive', ovvero di periodi di maggiore sensibilità e trasformabilità delle funzioni e delle competenze del bambino, connesse al *timing* dello sviluppo neurobiologico e psichico. L'individuazione di tali 'finestre' è molto rilevante per decidere, nei singoli disturbi, quando è maggiormente opportuno mirare alcuni aspetti degli interventi, e come. La prospettiva *lifespan* permette inoltre di tenere conto dei diversi compiti evolutivi che le persone devono affrontare, degli intrecci positivi o negativi che si possono determinare, nonché delle conseguenze e dell'impatto del disturbo nel tempo. Diviene così più agevole identificare le priorità e complementarietà dei diversi ruoli e servizi a seconda delle fasi della vita della persona, e indirizzare gli interventi, anche nell'ottica di trasformare i fattori di rischio in fattori protettivi ed evolutivi. Ciò implica inoltre una valutazione degli esiti che tenga conto non solo di prospettive multiple (la persona, la famiglia, i diversi operatori), ma anche di modalità 'età-specifiche' e 'fase di sviluppo-specifiche'.

I SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN REGIONE LOMBARDIA

L'organizzazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) vede profonde differenze nelle programmazioni regionali, differenze che si traducono in una distribuzione disomogenea delle offerte di cura e che, inevitabilmente, determinano diseguaglianze nelle opportunità di presa in carico e trattamento per bambini e adolescenti e per le loro famiglie. L'insufficiente stanziamento di risorse per la salute mentale dell'età evolutiva è un problema ampiamente segnalato in Europa e nel mondo, e l'Italia non fa eccezione. A fronte di Regioni nelle quali è stato creato negli anni un adeguato sistema di servizi di NPIA ed è sufficientemente garantita ai bambini e alle famiglie la presa in carico e l'intervento terapeutico-riabilitativo, ve ne sono molte altre nelle quali mancano le strutture, in particolare le strutture semi-residenziali e residenziali terapeutiche e i reparti per i ricoveri, nonché a volte gli stessi servizi territoriali, e/o il personale, o non sono comunque previste tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici. Nelle situazioni più favorevoli, l'accesso ai servizi si colloca intorno al 6% della popolazione 0-17. Benché il dato vada valutato con cautela, poiché molte Regioni includono nel mandato delle UONPIA anche una quota di attività di integrazione socio-sanitaria per l'area della tutela, delle adozioni e degli

affidi (che non è invece presente per esempio in Regione Lombardia), si conferma però il *treatment gap* esistente tra il bisogno, che come noto dalla letteratura internazionale e nazionale si colloca intorno al 20% della popolazione infantile, e la possibilità di risposta, che avviene per un utente potenziale ogni tre. Il *treatment gap* appare più marcato per le patologie psichiatriche, che vedono l'accesso ai servizi di un solo utente ogni quattro attesi, mentre nei disturbi di linguaggio e apprendimento l'accesso avviene approssimativamente per un utente su due. Particolarmente critica appare la fascia di età adolescenziale, trasversalmente a tutte le diagnosi.

Il sistema dei servizi di NPIA di Regione Lombardia è stato uno dei primi a essere attivati in Italia e uno dei pochi che garantisca strutturalmente lo stretto raccordo tra territorio e ospedale, oltre alla stabilità e completezza dell'équipe multidisciplinare (neuropsichiatra infantile, psicologo dell'età evolutiva, fisioterapista, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, educatore professionale, assistente sociale, eventuali altre figure). Tale sistema è composto di 28 servizi di NPIA in Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche, 1 servizio di NPIA nell'unica ASL che includa al suo interno anche l'AO (Vallecamonica), 5 servizi di NPIA in Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici o privati accreditati. A essi sono da aggiungere 23 strutture di NPIA private accreditate, prevalentemente semi-residenziali e/o residenziali (alcune delle quali non a contratto).¹ Complessivamente nel servizio pubblico sono presenti 86 poli territoriali di NPIA, 16 poli ospedalieri, 11 Day Hospital (ora riconvertiti in Macroattività Ambulatoriale Complessa [MAC]) e 5 reparti di ricovero ordinario, per un totale di circa 1300 operatori. Solo 19 delle 34 UONPIA esistenti sono strutture complesse e nel 42% di esse il ruolo apicale non è attualmente coperto. Degli 83 posti letto di ricovero ordinario accreditati, solo 18 accolgono ricoveri psichiatrici in età evolutiva, in 3 dei 5 reparti esistenti. Gli altri due reparti si occupano di patologie neurologiche, a rilievo nazionale. In Lombardia esistono quindi 5,6 posti letto di ricovero ordinario per patologie neurologiche e/o psichiatriche dell'età evolutiva ogni 100 000 abitanti di età 0-17, mentre per le patologie psichiatriche sono attivi 1,2 posti letto per 100 000 abitanti 0-17. Quest'ultimo tasso, pur essendo significativamente superiore al tasso medio italiano, resta molto inferiore non solo allo standard europeo ma anche a quello inglese (7 posti effettivi per 100 000 abitanti e uno standard di riferimento di 20 posti per 100 000 abitanti), che è già uno dei più bassi in Europa.

L'ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La maggior parte degli interventi per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva avviene in ambito territoriale, con interventi ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali. Si

¹ Il contratto è l'istituto che perfeziona il rapporto di convenzionamento con il Servizio Sanitario Regionale di una struttura privata a cui sia già stato riconosciuto l'accreditamento sulla base del possesso dei requisiti strutturali e organizzativi previsti dalla normativa.

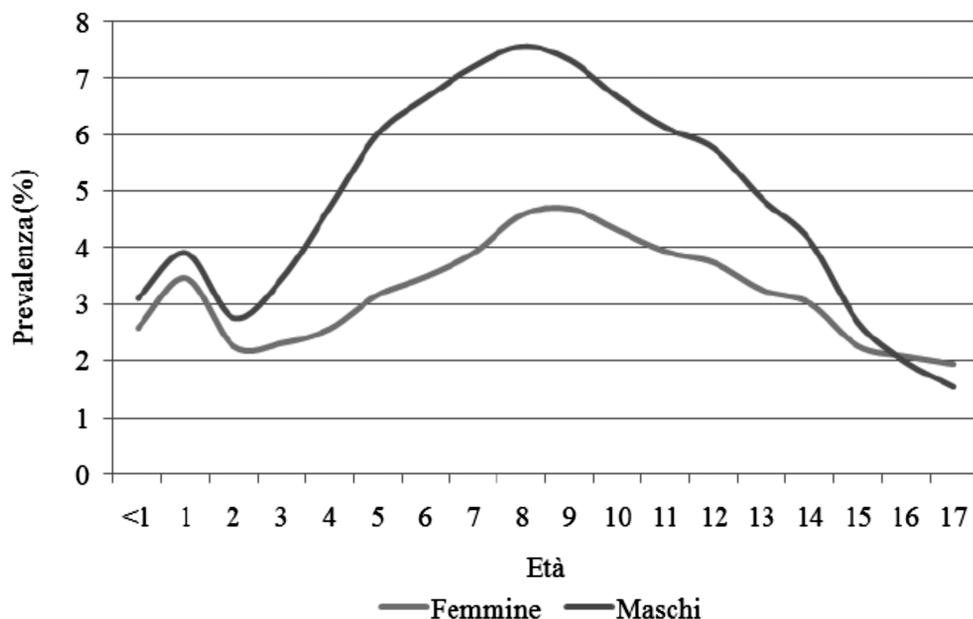


FIGURA 12.1 Prevalenza (%) per età e sesso di pazienti con almeno una prestazione specialistica per disturbi neuropsichiatrici.

tratta di un elemento centrale di un modello di servizi *community based*, che per essere efficace richiede però un adeguato mix delle tre tipologie di strutture.

Nell'anno 2008 circa 65 000 utenti residenti in Lombardia hanno ricevuto prestazioni ambulatoriali specialistiche per disturbi neuropsichici, di cui 63 785 nelle UONPIA e 1536 nelle Unità Operative di Psichiatria (UOP) dell'adulto, corrispondenti al 4% della popolazione 0-17 anni (Figura 12.1). 642 utenti sono stati inseriti in Centro Diurno (CD) e 112 in comunità terapeutica in strutture regionali a contratto.

L'accesso degli utenti avviene soprattutto nella fascia di età tra 7 e 9 anni (tra 8 e 10 per le femmine), età in cui la prevalenza sale intorno al 6%. I valori minimi si collocano invece tra 15 e 18 anni, con prevalenza in progressiva diminuzione. La prevalenza di maschi appare significativamente più elevata rispetto a quella delle femmine, tendenza che si inverte invece a partire dall'adolescenza. Sempre nel 2008 risultano essere state effettuate 844 645 prestazioni specialistiche dirette, 146 314 prestazioni specialistiche indirette² e 51 600 esami diagnostici, con una media di 13 prestazioni dirette e 2,3 indirette per utente. Le prestazioni specialistiche rappresentano quindi il 95% delle prestazioni per disturbi neuropsichici dell'età evolutiva. È interessante evidenziare

² Prestazioni effettuate non in presenza dell'utente ma indispensabili per il percorso di cura, previste dalla Delibera di Giunta regionale 2800/2000. Si tratta, per esempio, di incontri di discussione del caso interni al servizio, o con le scuole, con il contesto di vita, con il tribunale, con altri servizi ecc.

come, in genere, nella popolazione 0-17 il trend sia opposto, con circa 6 800 000 esami (80%) contro 1 700 000 prestazioni specialistiche (20%). Gli utenti con disturbi NPIA rappresentano il 7,5% di coloro che accedono al SSN tra 0 e 17 anni, e assorbono il 28% delle prestazioni erogate per questa fascia di età in Lombardia.

Quasi tutti gli utenti delle UONPIA accedono a percorsi di valutazione e presa in carico (94,5%), e una quota significativa (25%) a prestazioni riabilitative, mentre assai più limitata è la percentuale di utenti che usufruiscono di prestazioni psicoterapiche o di supporto psicologico (13%) e soprattutto di prestazioni semi-residenziali (1%) e residenziali (0,17%). Se anziché considerare gli utenti, si considera il numero di prestazioni erogate, si può osservare come le riabilitative rappresentino il 49% del totale, con una media di 26 prestazioni per paziente, e come questa tipologia di prestazioni sia rivolta prevalentemente a utenti di età compresa tra 4 e 9 anni (età nella quale si concentrano le finestre evolutive), mentre valutazioni e presa in carico rappresentano circa il 34% del totale, con una media di 5 prestazioni/anno per paziente. Le prestazioni psicoterapiche e di supporto rappresentano l'8,6%, con una media di 8,7 prestazioni per paziente. Le prestazioni semi-residenziali rappresentano il 5% del totale con 66 prestazioni medie annue per paziente, mentre quelle residenziali rappresentano il 3,7%, con in media 284 giornate di degenza/anno per paziente.

Le sedute di riabilitazione individuali dei disturbi del linguaggio sono in assoluto la prestazione più frequente (13%), seguite immediatamente dalla riabilitazione psicomotoria (12%), dalla fisioterapia (9,3%) e dalle sedute di sostegno psicologico (7,13%). Tutte le altre prestazioni si collocano al di sotto del 5%, incluso il training dei genitori (3,49%). Solo il 4% delle prestazioni è costituito da prestazioni di gruppo, l'1% da prestazioni fuori sede. Inoltre, sono state effettuate 38 822 prestazioni con le scuole, di cui circa 10 000 fuori sede.

Per i residenti lombardi 0-17, nel 2008 vi sono stati 5001 ricoveri in Day Hospital (DH) e 4355 ricoveri ordinari per disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, relativi a 3784 pazienti in Day Hospital e 3656 pazienti in regime di ricovero ordinario. Solo il 39% dei Day Hospital e il 29% dei ricoveri ordinari sono avvenuti in neuropsichiatria infantile. I ricoveri per diagnosi psichiatrica sono stati complessivamente 2680, di cui 1277 in DH (25% del totale dei DH) e 1403 ordinari (32%), con una degenza media di 10 giorni. Di questi ultimi, solo 440 (30%) sono avvenuti in reparto di NPIA, mentre 68 (5%) sono avvenuti nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). A differenza di quanto avviene per gli utenti con accessi ambulatoriali, la prevalenza dei ricoveri con diagnosi psichiatrica aumenta progressivamente con l'età e raggiunge un picco del 3% ai 17 anni (Figura 12.2).

L'andamento dei ricoveri per patologia psichiatrica in età evolutiva appare in costante aumento negli anni, come peraltro segnalato in tutta la letteratura internazionale: nel 2001 risultavano 504 ricoveri per patologia psichiatrica relativi a residenti in Lombardia nella fascia d'età 14-18, contro gli 826 avvenuti nel 2008 nella stessa fascia di età, con un incremento di circa il 64%. I ricoveri in reparto NPIA erano stati 250 mentre i ricoveri in SPDC erano stati 97. È immediatamente evidente come nonostante la diminuzione in valore assoluto dei ricoveri in SPDC e l'aumento in valore assoluto

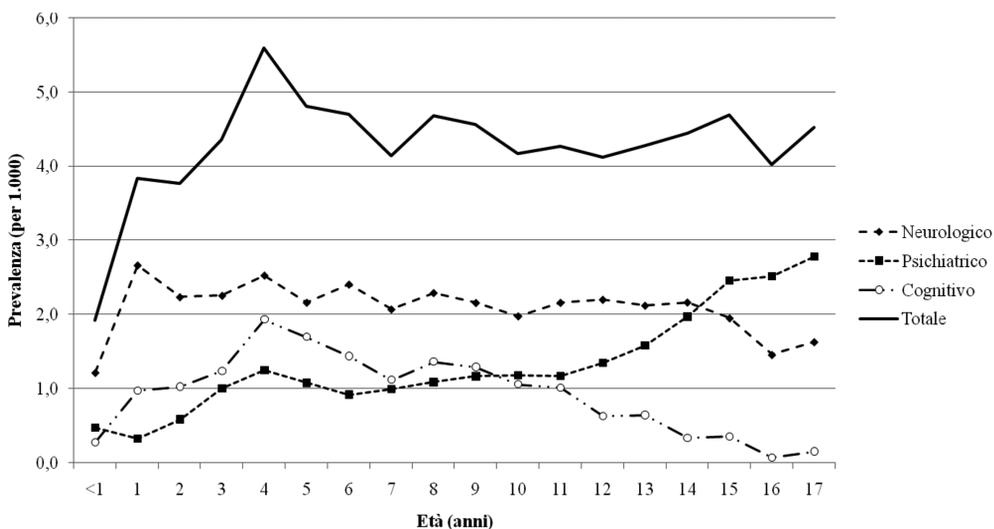


FIGURA 12.2 Andamento della prevalenza per età dei ricoveri per disturbi neuropsichici (inclusiva sia dei DH sia dei ricoveri ordinari).

degli utenti accolti in NPIA, aumentino percentualmente soprattutto i ricoveri presso reparti non appropriati,³ che passano dal 50% del 2001 al 70% del 2008.

L'analisi delle diagnosi evidenzia come circa il 20% dei ricoveri sia relativo a disturbi del comportamento o di personalità, il 16% a disturbi del comportamento alimentare, mentre solo il 4% a disturbi dell'umore e il 4% a disturbi schizofrenici. Quasi il 25% è legato a sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi. Dall'incrocio tra i flussi ambulatoriali, le schede di dimissione ospedaliera e le prescrizioni psicofarmacologiche, si evidenzia inoltre come vi siano 1552 utenti che ricevono solo prescrizioni psicofarmacologiche senza prestazioni ambulatoriali né di ricovero, e 282 che ricevono ricovero e prescrizione psicofarmacologica, senza interventi ambulatoriali.

Nel 2008, quindi, la risposta dei servizi di NPIA appare discreta nella fascia d'età centrale e nella valutazione e presa in carico, da migliorare nella prima infanzia e in ambito riabilitativo e psicoterapico, da ripensare e potenziare in adolescenza, nella continuità ospedale-territorio e viceversa, in ambito semi-residenziale, residenziale e di ricovero.

LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (DGR 6860/2008)

La Delibera di Giunta Regionale n. 6860 del 19 marzo 2008 relativa alle linee di indirizzo per la NPIA rappresenta il documento di riferimento per lo sviluppo dei servizi

³ Ricoveri che non avvengono cioè in reparti specifici per età e per patologia quali i reparti di NPIA, e avvengono invece presso SPDC o degenze pediatriche, internistiche o altre.

di NPIA negli anni successivi, analogamente a quanto avvenuto con il Piano Salute Mentale per i servizi di psichiatria dell'adulto.

Le linee di indirizzo per la NPIA prendono avvio dallo scenario sopra descritto e dalla conseguente constatazione che, benché molto fosse stato attivato in Regione Lombardia nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, la risposta ai bisogni degli utenti non risultava ancora adeguata.

La disomogeneità nell'organizzazione dei servizi di NPIA appariva infatti elevata, in termini di risorse complessive, di mix di professionalità presenti, di strutture e di integrazione tra attività ospedaliere e territoriali, e con il sistema della riabilitazione dell'età evolutiva, anch'esso distribuito in modo assai disomogeneo sul territorio. Molto variabili apparivano i raccordi con altre unità operative della stessa Azienda Ospedaliera o tra UONPIA di aziende diverse. La povertà di risorse e la storia dei singoli territori aveva condotto a focalizzare localmente le attività su utenze prevalenti, con UONPIA in grado di dare buone risposte in ambito psichiatrico ma scarse nell'area della disabilità o dei disturbi neuropsicologici e viceversa. L'utenza appariva inoltre in rapida trasformazione, con una sempre maggiore presenza di disturbi complessi a elevato impatto sociale che richiedevano nuove modalità di risposta ai bisogni.

Era necessario quindi non solo mettere in campo interventi per il miglioramento della rete di offerta dei servizi di NPIA, ma anche strutturare tali interventi in modo differenziato a seconda dei bisogni specifici dei diversi territori.

Obiettivo principale era promuovere la salute mentale del minore attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e privati accreditati, in un'ottica di percorsi di cura e con particolare attenzione per i soggetti con patologie a elevata complessità clinico-gestionale e ad alto impatto sociale che richiedono interventi precoci e altamente coordinati (per es., autismo, disabilità plurime, grave psicopatologia dell'adolescenza). Il tema della formazione, del miglioramento continuo di qualità e del monitoraggio degli interventi era indicato come strategico, così come la promozione del lavoro in équipe attraverso la valorizzazione delle competenze delle diverse figure professionali (Tabella 12.1).

Le linee di indirizzo sottolineavano in modo particolare la necessità di sviluppare un sistema informativo specifico per la NPIA. I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono per la maggior parte disturbi complessi, a elevata comorbidità e comorbilità, che spesso determinano disabilità e richiedono prese in carico di lungo periodo e stretto raccordo tra diversi soggetti della rete sanitaria, sociale ed educativa. Generano significativi costi indotti se non tempestivamente identificati. La maggior parte del percorso

TABELLA 12.1

Obiettivi strategici delle linee di indirizzo regionale per la NPIA

1	Adeguare la rete di offerta dei servizi di NPIA
2	Sostenere il miglioramento di qualità e la formazione
3	Attivare l'Organismo di Coordinamento per la NPIA
4	Sviluppare un sistema informativo proprio della NPIA

avviene a livello ambulatoriale, ma richiede attività multiple e coordinate, con l'utente, con i familiari, con la scuola, con altri servizi e strutture. Da sole, le banche dati amministrative esistenti non consentono di rappresentare adeguatamente la complessità del fenomeno. La possibilità di condivisione di informazioni clinico-sanitarie rilevanti e di estrazione in tempo reale di dati a livello locale oltre che centrale può consentire una migliore analisi clinico-organizzativa e interventi di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità, evitando la duplicazione e ridondanza degli interventi di cura del paziente e facilitando in modo significativo il processo diagnostico e terapeutico, la messa in rete dei servizi e gli scambi tra operatori sia all'interno della stessa UONPIA (tra sedi di erogazione periferiche e poli territoriali e ospedalieri di NPIA) sia con le altre UONPIA e verso gli attori esterni (sanitari, sociali ed educativi).

Alla luce poi delle disomogeneità già evidenziate, è di immediata evidenza come la disponibilità di un sistema di mappatura del consumo di risorse sanitarie e dello stato dei servizi stratificato per medico, comune, patologia possa consentire un confronto tra medici, tra UONPIA e tra aree territoriali, con l'identificazione dei *setting* che discostano significativamente dalla media e una migliore messa a punto/pianificazione di interventi *ad hoc* appropriati per migliorare le aree critiche.

Un ultimo aspetto rilevante toccato dalle linee di indirizzo era relativo al sistema di finanziamento delle UONPIA e ad alcuni requisiti di accreditamento, in particolare per residenzialità e semi-residenzialità. Per entrambi veniva evidenziata la necessità di valutazioni approfondite, anche tramite le maggiori informazioni desumibili da un più adeguato sistema informativo.

IL RUOLO STRATEGICO DEGLI ORGANISMI DI COORDINAMENTO PER LA NPIA

È noto come la tutela della salute mentale richiede che i diversi attori istituzionali agiscano in modo sinergico, all'interno di un sistema integrato di servizi di prevenzione e cura in rete fra loro. Tale sinergia è particolarmente necessaria nell'ambito dell'età evolutiva, dove all'esigenza di garantire un percorso riabilitativo-terapeutico efficace per il minore si affianca la necessità di sostenere i genitori e i contesti di vita e dove numerosi sono gli interlocutori istituzionali e non istituzionali coinvolti. È per tale motivo che le linee di indirizzo identificano l'Organismo di Coordinamento per la NPIA (OCNPIA) come strumento operativo per l'integrazione e la collaborazione tra i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dei programmi di prevenzione e assistenza per la salute neuropsichica in infanzia e adolescenza di uno specifico territorio, coinvolgendo e valorizzando competenze e responsabilità di tutti gli attori, istituzionali e non. Esso assume, così, un ruolo specifico e separato rispetto all'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) e tra il 2008 e il 2010 viene progressivamente istituito formalmente in ogni ASL. È presieduto dal Direttore Sanitario della ASL, con la partecipazione del Direttore Sociale, del Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base e del Direttore del Servizio di Program-

mazione, Acquisto e Controllo (PAC). Coinvolge, oltre a tutti i referenti delle UONPIA del proprio territorio, i rappresentanti dei Comuni, della Provincia, gli erogatori privati accreditati a contratto, i servizi di riabilitazione che seguono utenti in età evolutiva e le associazioni dei familiari.

L'OCNPIA ha facoltà di invitare altri interlocutori in relazione alle tematiche trattate, in particolare gli operatori delle diverse articolazioni ASL coinvolti nella tutela della salute mentale dei minori (area famiglia: minori, tutela, consultoriale; area disabili: protesica e commissioni invalidi; Dipartimento Dipendenze), i pediatri di famiglia, i Medici di Medicina Generale, l'Ufficio Scolastico Provinciale, la Giustizia Minorile o altri soggetti che si ritenga opportuno coinvolgere in relazione alle specifiche tematiche affrontate. La collaborazione con l'OCSM è di particolare importanza, soprattutto per l'età adolescenziale e per meglio affrontare le problematiche trasversali tra psichiatria e NPIA, anche prevedendo sedute o gruppi di lavoro comuni.

Tra i compiti fondamentali dell'OCNPIA vi sono l'analisi dei bisogni e delle risorse esistenti nell'ambito della tutela della salute mentale e della riabilitazione neuropsichica dei minori nell'area coincidente con il territorio dell'ASL, con l'obiettivo di giungere a definire le aree prioritarie di intervento in base alle necessità specifiche del territorio e alla loro variazione nel tempo. Altri compiti e attività previsti per gli OCNPIA sono elencati in Tabella 12.2.

A ogni OCNPIA è inoltre richiesto di organizzare, congiuntamente con l'OCSM e almeno una volta all'anno, una conferenza che preveda la partecipazione dei diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale sia nell'età adulta sia nell'infanzia

TABELLA 12.2
Compiti e attività previsti per gli OCNPIA

- Predisporre linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione dei servizi e delle unità d'offerta per l'utenza con problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza, anche nell'ambito di progetti innovativi che promuovano le buone pratiche e l'utilizzo razionale delle risorse
- Valutare e verificare le attività di NPIA, incluse le attività di riabilitazione neuropsichica in età evolutiva
- Assicurare la presa in carico precoce del minore e il sostegno alla genitorialità attraverso la definizione di priorità cliniche e di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi tra le Aziende Ospedaliere, l'ASL e le strutture accreditate di NPIA e di riabilitazione per l'età evolutiva, soprattutto nell'ambito delle patologie ad alto impatto sociale e alta complessità clinico-organizzativa, anche prevedendo una loro attuazione a livello di macroarea comprendenti più ASL
- Sviluppare modalità innovative che consentano di affrontare i problemi dell'emergenza-urgenza NPIA e delle necessità di ricovero
- Definire percorsi di passaggio in cura e protocolli operativi verso l'età adulta ai fini di un'adeguata continuità terapeutica
- Assicurare il monitoraggio e la valutazione delle modalità di utilizzo delle strutture residenziali (tipologie di percorso, criteri di inserimento e di verifica, tempistica, analisi del bisogno complessivo, promozione di percorsi territoriali alternativi alla residenzialità), anche nell'ottica del migliore e più equo utilizzo delle risorse disponibili
- Strutturare protocolli per un'appropriata prescrizione di protesi e ausili
- Promuovere una progettualità condivisa con gli Uffici di Piano dei Comuni e la Provincia; favorire la sperimentazione di modelli di collegamento e formazione integrati con pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta, Medici di Medicina Generale, operatori di altri servizi
- Supportare lo sviluppo di specifici accordi di programma per l'integrazione delle attività della NPIA con le altre istituzioni (per es., scuola, giustizia minorile)

e nell'adolescenza, di esprimere il proprio parere sulle nuove domande di accreditamento di strutture di NPIA e di monitorare le attività dei Collegi per l'accertamento della disabilità ai fini dell'integrazione scolastica di cui al DPCM 185/2006 e alla DGR 3449/2006.

I PROGETTI DI NPIA DAL 2009 AL 2012

I progetti di NPIA si collocano nella seconda fase dello sviluppo delle attività degli OC-NPIA, a ponte tra il primo e secondo obiettivo delle linee di indirizzo. Si tratta di progetti annuali, che devono essere basati su esigenze cliniche specifiche del territorio locale, documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche e concordate nell'OCNPIA. Intendono supportare l'introduzione di elementi di innovatività nei servizi, il potenziamento e la condivisione delle buone pratiche esistenti, la riqualificazione e formazione del personale, il miglioramento quantitativo e qualitativo delle risposte agli utenti e alle famiglie. Attraverso il vincolo della progettualità congiunta, essi 'forzano' i diversi servizi ad avviare collaborazioni e condividere esperienze in atto e buone pratiche e a sviluppare interventi coordinati nel territorio di una stessa ASL, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità. Non sono infatti ammessi progetti presentati da singoli servizi o enti, è richiesta obbligatoriamente almeno la *partnership* tra tutte le UONPIA della stessa area territoriale e delle altre UO aziendali interessate al tema, ed è premiato il coinvolgimento di altre istituzioni formali, sanitarie e non sanitarie, e di associazioni.

I progetti di NPIA sono stati avviati con una prima sperimentazione limitata nel 2009 in 4 ASL e ampliati nel 2010 a 11 ASL su 15 con 21 progetti per un finanziamento pari a 7 500 000 euro e a partire dal 2011 hanno coinvolto tutte le ASL regionali con 37 progetti per complessivi 9 000 000 euro. Dal 2012, il compito del monitoraggio *in itinere* e della indicazione dei progetti considerati prioritari tra quelli presentati è stato affidato alle ASL, potenziando ulteriormente il ruolo di governo clinico locale degli Organismi di Coordinamento per la Neuropsichiatria Infantile.

Alla luce dei positivi risultati raggiunti, la progettualità da annuale è stata trasformata in biennale, con l'attivazione di 42 progetti per complessivi 10 000 000 euro all'anno sul biennio 2012-2013, raggruppati in 4 grandi aree tematiche:

- area della psicopatologia dell'adolescenza (14 progetti, 37% dei fondi);
- area della migrazione e del disagio psichico (4 progetti, 20% dei fondi);
- area della disabilità complessa e dell'autismo (14 progetti, 26% dei fondi);
- area neuropsicologica (disturbi di linguaggio e apprendimento, disturbo di attenzione, 10 progetti, 18% dei fondi).

Tutti i progetti hanno previsto percorsi formativi a ponte tra le UONPIA coinvolte. Due progetti (uno sui percorsi diagnostici e terapeutici nel disturbo da deficit di attenzione con iperattività, l'altro riguardante il supporto nelle gravi disabilità della comunicazione in età evolutiva) hanno coinvolto ciascuno circa i due terzi delle UONPIA regionali, trasversalmente a più ASL.

Sono stati previsti l'integrazione, il confronto e il supporto reciproco tra i progetti afferenti alla stessa area tematica attivati in ASL differenti, in un'ottica di diffusione delle buone pratiche e di ottimizzazione delle attività formative e cliniche.

A partire dal 2012 è stata inoltre attivata la possibilità di tracciare stabilmente nel sistema informativo regionale le attività effettuate per i progetti di NPIA.

I progetti relativi alla disabilità complessa e all'autismo hanno incluso soprattutto azioni mirate al potenziamento delle attività di informazione e formazione di pediatri di libera scelta, insegnanti e altri operatori, onde migliorare la tempestività della diagnosi e l'inclusione scolastica e azioni mirate al consolidamento e alla diffusione di attività terapeutiche nell'ambito del disturbo di comunicazione, del disturbo di comportamento, delle competenze sociali e delle autonomie, nonché di gruppi di auto-mutuo-aiuto e di *parent training* per genitori. Data inoltre la particolare criticità che la transizione verso l'età adulta presenta in queste patologie, hanno incluso la ricerca di modalità per meglio supportarla.

Tra i progetti di area neuropsicologica, la maggior parte ha riguardato i disturbi specifici di apprendimento e in particolare l'introduzione di interventi terapeutici innovativi, preferibilmente di gruppo. Alcuni sono stati rivolti al disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e uno ha coinvolto tutte le UONPIA sede di centro di riferimento per l'ADHD insieme all'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri". Si è trattato di un progetto rilevante in un'ottica di sistema perché, attraverso la creazione di un apposito registro regionale e la strutturazione di un network stabile dei centri, ha consentito di rilevare e analizzare in dettaglio i percorsi diagnostico-terapeutici esistenti per gli utenti con diagnosi di ADHD e di strutturare percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, formando gli operatori e sensibilizzando il territorio, sperimentando così un possibile modello di messa in rete delle UONPIA.

I progetti relativi a migrazione e disturbi neuropsichici hanno formato gli operatori delle UONPIA sul tema della migrazione e sul ruolo delle variabili etnico-culturali nell'ambito della valutazione e della presa in carico, supportando la riorganizzazione dell'accoglienza per l'utenza migrante e la definizione e diffusione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) specifici.

Particolarmente significativi anche i numerosi progetti relativi alla psicopatologia dell'adolescenza, che hanno supportato il consolidamento e la diffusione in tutte le UONPIA di équipe multi-professionali dedicate all'adolescenza, in integrazione con le équipe della psichiatria adulti dedicate agli esordi e all'area giovanile attivate nell'ambito dei progetti innovativi delle Unità Operative di Psichiatria. Rilevante è stata inoltre l'attivazione di strategie locali per supportare l'integrazione dei servizi sia a livello strettamente sanitario (UONPIA, psichiatria, pediatria, Pronto Soccorso [PS]) sia territoriale (sociale ed educativo), istituzionale (Organismi di Coordinamento in ASL), clinico (équipe integrate, procedure di presa in carico), organizzativo (spazi ambulatoriali condivisi) e formativo, nonché l'ampliamento di forme di dimissioni protette e attivazione tempestiva di interventi intensivi territoriali, in particolare diurni ed educativi, per garantire la continuità di cura tra reparti di neuropsichiatria infantile e UONPIA territoriali e anche al fine di minimizzare la necessità di ricovero ospedaliero.

COMITATO TECNICO REGIONALE PER LE INNOVAZIONI IN SALUTE MENTALE

Il Comitato Tecnico Regionale per le Innovazioni in Salute Mentale è stato istituito nel 2008 con funzione di supporto alla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia per la definizione degli indirizzi di sviluppo e per le attività di monitoraggio, valutazione e verifica nel settore della tutela della salute mentale. Dal settembre 2010, nell'ottica di una maggiore integrazione tra l'area della salute mentale dell'adulto e quella dell'età evolutiva, è stato incluso un rappresentante dell'area NPIA nella composizione del comitato e i suoi compiti sono stati estesi a tutte le età della vita.

I GRUPPI DI APPROFONDIMENTO TECNICO

I Gruppi di Approfondimento Tecnico (GAT) rappresentano uno degli strumenti utilizzati da Regione Lombardia per approfondire, attraverso il contributo di esperti, la conoscenza di aree di attività o di bisogno ritenute particolarmente rilevanti. I documenti redatti dai GAT sono sottoposti alla validazione della Direzione Generale Salute e, laddove ritenuti pertinenti, da questa utilizzati per la successiva programmazione regionale.

Nell'ambito delle tematiche di competenza della NPIA, dal 2011 al 2013 sono stati attivati quattro GAT.

I. GAT Acuzie Psichiatrica in Adolescenza

In linea con le aree di maggiore criticità evidenziate nelle linee di indirizzo, il primo GAT attivato è stato relativo all'Acuzie Psichiatrica in Adolescenza (APA), ha coinvolto tutte le UONPIA regionali e lavorato da marzo a ottobre 2011, licenziando un documento di sintesi relativo alla situazione esistente e agli elementi di qualità necessari a garantire una risposta maggiormente appropriata all'utenza.

Come già evidenziato in premessa, la prevalenza di accesso degli adolescenti ai servizi sia di NPIA sia di psichiatria è bassa (2,5% a 15 anni, 1,7% a 17 anni), a fronte di un andamento inverso della prevalenza per età dei ricoveri per diagnosi psichiatrica (picco tra gli 11 e i 17 anni, età in cui giunge al 3%), e di un aumento del 64% di tali ricoveri nella fascia di età 14-17 anni tra il 2001 e il 2008. Nonostante la bassa prevalenza degli accessi, a livello ambulatoriale la maggioranza degli adolescenti è correttamente seguita in servizi specifici per età (95% in carico alle UONPIA) e nel 50% delle UONPIA sono attivi servizi mirati per i disturbi psichiatrici in adolescenza, anche con esperienze di gestione congiunta della fascia di transizione, in raccordo con ambulatori mirati sugli esordi precoci delle psicosi delle Unità Operative di Psichiatria. Sebbene queste, di norma, assumano in cura gli utenti a partire dai 18 anni, una quota progressivamente crescente di utenti che accedono al SSN per disturbi neuropsichici comincia a essere seguita da esse già a

partire dai 16 anni (7,2% dei 16enni, 13,6% dei 17enni, percentuale quest'ultima che verosimilmente include anche alcuni utenti che hanno compiuto i 18 anni nel corso dell'anno).

Questi dati evidenziano come il passaggio tra UONPIA e UOP costituisca un elemento cruciale nel percorso di cura degli utenti e come dal suo esito, cui pertanto deve essere dedicata particolare attenzione da entrambi i presidi al fine di ridurre il numero di *drop out*, dipenda la garanzia della continuità assistenziale.

Per quanto riguarda gli accessi in acuzie, il 66% delle UONPIA garantisce la consulenza diurna feriale (orario 08:00/17:00) al Pronto Soccorso e il 90% ai reparti di ricovero, con modalità che non sono però omogenee in tutta la regione. Particolarmente critica appare invece la risposta in regime di ricovero ordinario in quanto, come già evidenziato, 2/3 dei ricoveri avvengono in reparti non appropriati, in assenza di linee di indirizzo condivise sulla loro gestione e di adeguati requisiti strutturali e organizzativi. Inoltre, i requisiti di accreditamento collocano i reparti di NPIA nella media assistenza anziché nell'alta assistenza, a differenza di quanto avviene per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. In un panorama già difficile, ancora più critica è la situazione milanese, dove mancano completamente letti per l'acuzie psichiatrica in adolescenza e solo il 20% delle situazioni di urgenza milanesi riesce ad accedere direttamente ai reparti di NPIA.

Ulteriori elementi di criticità sono stati evidenziati in tutto il percorso diagnostico-terapeutico: spesso non è disponibile l'intero *range* di interventi territoriali, in particolare per quanto riguarda la risposta semi-residenziale e residenziale terapeutica e l'integrazione tra le diverse tipologie di interventi e di servizi. Il 20% degli utenti ricoverati per una patologia psichiatrica a cui è stata prescritta una terapia psicofarmacologica non ha avuto alcun contatto nell'anno con servizi ambulatoriali, semi-residenziali o residenziali di NPIA o di psichiatria e tra i pazienti con patologia psichiatrica che effettuano transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta si rileva un'elevata percentuale di *drop out*. Sono sempre più frequenti inoltre gli adolescenti che arrivano in acuzie al Pronto Soccorso senza essere seguiti dai servizi, né di neuropsichiatria infantile né di psichiatria. Molto scarsa è risultata anche la possibilità di mettere in atto interventi educativi intensivi, sia nel territorio che a domicilio, rendendo così l'intervento ambulatoriale l'unico percorso possibile per gli utenti e per le famiglie, indipendentemente dalla tipologia effettiva di bisogno.

L'esistenza di un sistema di servizi diffuso e radicato nel territorio, con in molte realtà una integrazione positiva e di lungo periodo con l'ambito educativo e sociale, oltre a quello sanitario, è stata invece evidenziata come un importante punto di forza, così come il crescente ruolo di governo clinico del territorio esercitato dagli OCNPIA delle ASL. L'elevata percentuale di progetti di NPIA relativi alla psicopatologia dell'adolescenza nell'anno 2011 (30%), in particolare con interventi educativi intensivi e altri interventi mirati a supportare la continuità assistenziale e a gestire pre-acuzie e post-acuzie è stata analogamente considerata un importante terreno di sperimentazione, anche per il raccordo con i numerosi programmi innovativi delle Unità Operative di Psichiatria rivolti ai disturbi giovanili.

Il documento ha inoltre sottolineato come, per poter garantire una risposta appropriata ai bisogni degli adolescenti con acuzie psichiatrica, siano necessari servizi specifici per l'infanzia e l'adolescenza, multi-professionali e con operatori adeguatamente formati, che agiscano in integrazione con tutti gli altri servizi che per qualunque motivo si possono trovare coinvolti nella gestione dell'APA e in particolare con le Unità Operative di Psichiatria, coinvolgendo sempre nell'intervento anche la famiglia e i contesti di vita. Essi devono poter essere organizzati in modo da garantire una risposta tempestiva e la possibilità di presa in carico di lungo periodo, nel contesto meno restrittivo possibile e vicino ai luoghi di residenza, in un'ottica di servizi di comunità, nell'ambito di un percorso diagnostico e terapeutico che non può comprendere solo l'episodio acuto (con l'eventuale accesso in Pronto Soccorso (PS)/Dipartimento d'Emergenza e Accettazione (DEA) e/o il ricovero) ma deve includere anche il pre- e il post-acuzie, con la possibilità di accesso all'intero *range* di strutture e di interventi che si rendono necessari in base alla progressiva modificazione dei bisogni nel tempo. Particolarmente opportuna appare la sensibilizzazione dei contesti per l'individuazione precoce dei segnali di rischio e la riorganizzazione delle attività esistenti per consentire di strutturare in ogni UONPIA un gruppo di lavoro multi-professionale sulla psicopatologia dell'adolescenza, con ambulatori dedicati e criteri di priorità che facilitino l'accesso delle situazioni pre- e post-acuzie.

Per quanto riguarda il momento dell'acuzie vera e propria, il documento evidenzia come sia opportuna una maggiore organizzazione in rete della risposta, con la canalizzazione delle richieste su almeno un PS/DEA per ogni ASL, dotato di consulenza NPIA diurna feriale (orario 08:00/17:00), nonché di formazione mirata e specifiche procedure per la gestione del *triage* e del percorso del paziente tra tutte le UO che possono trovarsi coinvolte nella gestione dell'APA sia all'interno della singola azienda ospedaliera che nel territorio ASL. Se infatti da un lato l'assistenza necessaria nell'acuzie psichiatrica in adolescenza risulta molto impegnativa sul piano clinico, essa non è però numericamente tale da giustificare sul piano epidemiologico l'attivazione in tutte le UONPIA di una pronta disponibilità sulle 24 ore, che con le risorse esistenti non sarebbe sostenibile senza penalizzare significativamente le restanti attività. A fronte di adeguate condizioni strutturali e organizzative, appare inoltre promettente la possibilità di sperimentare Osservazioni Brevi Intensive (OBI) funzionali di NPIA.

In base all'analisi dei ricoveri complessivi avvenuti, il documento evidenzia come siano necessari almeno 38 letti di NPIA a un tasso di saturazione del 100%, contro i 15 che hanno potuto essere effettivamente utilizzati. Pertanto sottolinea come sia indispensabile l'attivazione di un adeguato numero di letti di NPIA, con priorità al territorio milanese, nonché l'adeguamento strutturale dei reparti NPIA già esistenti con aree specifiche per le acuzie psichiatriche in adolescenza e l'implementazione della recettività.

Infine, il documento sottolinea la fondamentale importanza di istituire modalità per il monitoraggio dell'andamento delle risposte nel tempo, onde poter valutare l'impatto delle azioni intraprese e delle modalità di prosecuzione e di stabilizzazione dei risultati raggiunti.

Il documento è stato fatto proprio da Direzione Generale Salute e diffuso nel febbraio 2012 e i punti citati sono stati ripresi nella DGR 6 dicembre 2011, n. 2633 “Determinazioni in ordine alla gestione di Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012”.

2. GAT Disturbi Specifici di Apprendimento

Il secondo GAT attivato è stato relativo ai Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), ha lavorato da gennaio 2012 a febbraio 2013 coinvolgendo, oltre alla Direzione Generale Salute, il coordinamento dei referenti di NPIA, la Società Italiana di NPIA (SINPIA), l'Ordine degli Psicologi Lombardo (OPL), l'Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA), la Federazione Logopedisti Lombardi (FLL), l'Associazione Italiana Dislessia (AID), l'Ufficio Scolastico Regionale (USR). Obiettivo del GAT era il monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni emanate dalla Direzione Generale Salute relative alle modalità per la certificazione diagnostica di DSA ai fini scolastici secondo la legge 170/2010 e la valutazione delle possibili azioni opportune per promuoverne l'implementazione e favorire la semplificazione delle procedure per gli utenti e le famiglie.

La legge 170/2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” riconosce infatti giuridicamente la dislessia, la disortografia, la disgrafia e la discalculia come Disturbi Specifici di Apprendimento e tutela il diritto allo studio attraverso interventi didattici individualizzati e personalizzati. Per poter accedere a essi, gli alunni devono presentare una certificazione di DSA redatta al termine di un percorso diagnostico effettuato in conformità a quanto previsto dalle *Consensus Conference* sui DSA. In coerenza con quanto previsto dalla legge 170/2010 e dalle linee di indirizzo successivamente approvate in Conferenza Stato Regioni (“Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento” Rep. Atti n. 140/CSR del 25 luglio 2012), la Direzione Generale Salute ha previsto che l'attività di prima certificazione di DSA ai fini scolastici potesse essere effettuata sia da soggetti pubblici sia da soggetti privati, autorizzati in base al possesso di specifici requisiti di formazione e competenza professionale nel settore dei DSA, purché fosse rispettata e verificabile l'appropriatezza del percorso diagnostico e la presenza dell'équipe multi-professionale.

Al fine di rendere più omogeneo e verificabile il processo di certificazione, il GAT ha predisposto un apposito modulo fatto proprio dalla Direzione Generale Salute e trasmesso a tutti i soggetti coinvolti.

3. GAT su residenzialità e semi-residenzialità in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il GAT, attivato dalla Direzione Generale Salute per effettuare un'analisi dettagliata della situazione esistente in Lombardia nell'ambito della semi-residenzialità e residenzialità in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), valutare i di-

versi bisogni esistenti e le diverse possibili tipologie di risposte e infine individuare gli elementi di qualità necessari per garantire una risposta appropriata ai bisogni, ha lavorato da maggio 2012 a febbraio 2013 coinvolgendo rappresentanti delle UONPIA, delle Direzioni Sanitarie delle AO e delle ASL, dei Dipartimenti Dipendenze, della Direzione Generale Famiglia, della Solidarietà Sociale e Volontariato e delle strutture del privato accreditato. Al suo interno sono stati attivati due sottogruppi di lavoro allargati, per raccogliere le buone pratiche esistenti in Regione.

Ha effettuato inoltre un'analisi approfondita degli inserimenti in semi-residenzialità e residenzialità effettuati nel 2011.

Il tasso di posti in residenzialità terapeutica di NPIA in Lombardia alla fine del 2011 risulta essere di 16 per 100 000 abitanti 0-17, di cui 10,5 a contratto e 5,4 non a contratto. Alla fine del 2010 il tasso di posti residenziali di NPIA in Lombardia era 11,9 per 100 000 abitanti di 0-17 anni, con un incremento tra il 2010 e il 2011 di 65 posti, pari al 34%.

La distribuzione dei posti esistenti appare estremamente disomogenea, con 6 ASL su 15 senza nessun posto e il 59% dei posti regionali collocato in 2 ASL, nelle quali risiede il 9% della popolazione lombarda di 0-17 anni.

Gli inserimenti hanno riguardato 427 utenti per 473 inserimenti complessivi, di cui 218 (46%) in posti a contratto e 255 (54%) in posti non a contratto (61 in regione e 194 extra-regione). Le giornate di inserimento effettuate corrispondono a un tasso di 21 posti per 100 000 abitanti tra 0 e 17 anni, con il 41% degli utenti collocato fuori regione, in particolare nel caso di utenti a elevata complessità. 199 utenti sono stati inseriti in residenzialità nel 2011 e 140 utenti, di cui 46 successivamente trasferiti in un'altra struttura, sono stati dimessi. Pertanto i nuovi inserimenti effettivi sono stati 153 (36% del totale degli utenti) e le dimissioni effettive sono state 94 (22%), di cui 20 di utenti maggiorenni.

Circa due terzi degli utenti inseriti sono maschi, analogamente a quanto avviene per le attività territoriali. Il 77% degli inserimenti è iniziato quando gli utenti avevano un'età compresa tra 12 e 18 anni, e il 57% tra 13 e 17 anni. La maggior parte degli inserimenti è stata relativa a utenti con patologie di area psichiatrica senza disabilità intellettiva (262 utenti, corrispondenti al 61% degli utenti complessivi), mentre gli utenti con disabilità sono stati 165 (39%). Nel 57% dei casi vi è una diagnosi di disturbo di condotta, spesso con altre diagnosi associate, mentre solo nel 10% dei casi è presente una diagnosi di psicosi e nel 7% di disturbi affettivi.

Gli inserimenti in semi-residenzialità terapeutica sono stati quasi il doppio di quelli in residenzialità (799 utenti per 60 945 giornate di inserimento), per la maggior parte relativi a utenti con disabilità e quadri complessi e multi-problematici. Negli utenti senza disabilità intellettiva inseriti in Strutture Semi-Residenziali Terapeutiche di NPIA (SSRT NPIA), appaiono preminenti i disturbi di attenzione e di condotta (101 soggetti, 41%), che se sommati ai disturbi di personalità arrivano al 49%, e i disturbi di linguaggio e apprendimento (102 soggetti, 41%), mentre molto limitato è il numero di utenti con psicosi (7 utenti, 3%) o disturbi affettivi (10 utenti, 4%).

Il *pattern* di inserimento si concentra su 3 tipologie: un giorno la settimana per meno di 4 ore (28%), 2 giorni la settimana per meno di 4 ore (20%) e 5 giorni la

settimana per più di 4 ore (26%). Gli utenti con disturbi psichici sono stati solo il 31% del totale. Anche in questo caso, i tassi di inserimento appaiono estremamente variabili tra le diverse ASL, sia considerando il numero assoluto di pazienti effettivi/100 000 abitanti di 0-17 anni, che ancor più considerando i pazienti/equivalenti calcolati sulla base delle giornate complessive di inserimento per ogni ASL.

La presenza di significativi disturbi di comportamento appare uno degli elementi determinanti nell'inserimento sia residenziale (87%) sia semiresidenziale (73%), sia negli utenti con disabilità dello sviluppo sia negli utenti con disturbo psichiatrico, mentre la presenza di grave disagio familiare è molto elevata nella residenzialità terapeutica (75%, con il 60% di utenti nei quali è coinvolto il Tribunale per i Minorenni) e meno nella semi-residenzialità (34%), evidenziando la necessità di potenziare gli interventi preventivi in tali ambiti.

Il documento di sintesi prodotto si colloca in continuità con le linee di indirizzo per la NPJA di cui alla DGR 6860/2008, di cui conferma le indicazioni generali relative a semi-residenzialità e residenzialità. Sottolinea però la necessità di introdurre percorsi differenziati per intensità di cura, per consentire una rimodulazione del sistema complessivo alla luce del cambiamento delle tipologie di utenti e di bisogni avvenuto negli ultimi anni. In particolare, esso evidenzia come l'offerta di residenzialità terapeutica per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva in Regione Lombardia, pur essendo aumentata negli ultimi anni e risultando superiore a quella di molte altre regioni, appaia ancora insufficiente a garantire la risposta ai bisogni degli utenti sul piano sia quantitativo sia qualitativo, soprattutto per quanto riguarda l'area psichiatrica e le situazioni di maggiore complessità.

Il documento è stato consegnato alla Direzione Generale Salute nel febbraio 2013 ed è in attesa di validazione.

4. GAT per l'identificazione di linee operative integrate per il trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione verso l'età giovanile

Il GAT per l'identificazione di linee operative integrate per il trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione verso l'età giovanile è stato istituito nel giugno 2012 e le sue attività sono in corso di completamento. Ha coinvolto rappresentanti della Direzione Generale Salute e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, delle UONPIA, delle Unità Operative di Psichiatria, delle Unità Operative di Psicologia Ospedaliera, delle Unità Operative di Pediatria, delle Direzioni Sanitarie ASL e AO, dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, dell'Agenzia Regionale Emergenza-Urgenza e dei medici di medicina generale.

Obiettivo del GAT era l'identificazione di modalità operative per affrontare le criticità esistenti nell'ambito dell'intervento in urgenza e del ricovero di adolescenti con quadri psichiatrici acuti, nonché nelle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni e dell'età giovanile e della transizione tra servizi al raggiungimento della maggiore età. A tale fine sono stati strutturati due sot-

togruppi di lavoro, uno relativo agli interventi territoriali e uno relativo agli interventi per l'acuzie e in entrambi i casi le positive esperienze di raccordo tra progetti specifici di NPPIA e programmi innovativi delle UOP hanno rappresentato una base significativa per la riflessione.

Il sottogruppo relativo agli interventi territoriali ha predisposto un documento che è stato poi fatto proprio e diffuso dalla Direzione Generale Salute, nel quale sono state delineate possibili caratteristiche di équipe funzionali integrate che possano agire a livello territoriale per intercettare i bisogni e intervenire con modalità tempestive e continuative, facilitando la transizione alla maggiore età. L'ipotesi formulata è che si tratti di équipe multi-professionali e multi-disciplinari che vedono coinvolte diverse competenze e modalità di approccio operativo di professionisti appartenenti alle Unità Operative di psichiatria, UO di NPPIA e UO di psicologia clinica. Tali équipe dovrebbero caratterizzarsi per il fatto che gli operatori mantengono l'afferenza alle UO di provenienza e ai progetti specifici che ad esse fanno capo, e operano però in modo coordinato e secondo una progettualità congiunta chiaramente definita e concordata, senza che ciò configuri l'istituzione di un nuovo servizio distinto rispetto a quelli già esistenti. Fermo restando il vincolo giuridico/normativo che sancisce la specifica competenza della neuropsichiatria infantile per i pazienti minorenni, l'équipe funzionale integrata potrebbe consentire di modulare la presa in carico in rapporto alle specifiche necessità del singolo caso, individuando il *case manager* più appropriato tra le diverse professionalità coinvolte che operano in modo coordinato. La garanzia di buon funzionamento si baserebbe anche sul coinvolgimento di personale con specifico interesse/competenza in ambito adolescenziale e sulla possibilità di percorsi formativi condivisi. Ulteriore elemento significativo potrebbe essere l'utilizzo di spazi adeguati a un'utenza adolescenziale e giovanile, poco connotati dal punto di vista psichiatrico e poco stigmatizzanti, in modo da facilitare l'accesso e la presa in carico dell'utenza e l'esclusione di problematiche minori.

Il documento finale del sottogruppo di lavoro evidenzia però come l'attivazione di tali équipe integrate non affronti il tema assai rilevante della transizione verso i servizi per adulti di utenti complessi che richiedono interventi terapeutico/riabilitativi articolati e variamente modulati negli anni (autismo, sindromi genetiche, ritardo mentale, paralisi cerebrali infantili ecc.) e che di norma non vengono trattati nelle UOP. In assenza di servizi dedicati, una parte di questi utenti rimane in carico alle UONPIA anche dopo il compimento del 18° anno di età, rappresentando attualmente circa il 3% degli utenti delle UONPIA. Appare conseguentemente necessario attivare approfondimenti mirati su questo tema e avviare nuove progettualità al fine di garantire un'assistenza appropriata a un'utenza significativa in termini numerici e che presenta bisogni caratteristici e specifici.

Per quanto riguarda invece il sottogruppo relativo all'acuzie, è stato evidenziato come la gestione di base dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva dovrebbe poter essere garantita in modo omogeneo e appropriato nell'ambito di tutta la rete regionale dell'emergenza-urgenza, incluso il 118 indipendentemente dal punto di accesso e dalla presenza dello specialista. La gestione specialistica e la necessità di ricovero dovrebbero

poter invece essere garantiti in alcuni punti di secondo livello, verosimilmente almeno uno per ogni ASL, in un'ottica di rete che prevede la differenziazione dei possibili punti di accesso in Centri SPOKE e in Centri HUB in base alla presenza di specifiche caratteristiche cliniche e organizzative. La formazione appare un elemento estremamente rilevante, da garantirsi in tutte le AO in forma singola o associata, e dovrebbe riguardare gli elementi fondamentali del percorso, in particolare il *triage* psichiatrico, la gestione del consenso e dell'assenso ai trattamenti nei minorenni, la valutazione e gestione del rischio clinico e aggressivo, gli interventi ambientali, relazionali e farmacologici, l'indicazione al trasferimento e al ricovero, il raccordo con il territorio.

Il GAT non ha nell'attualità ancora terminato i lavori e il relativo documento non è ancora stato consegnato alla Direzione Generale Salute per la validazione e la definizione degli eventuali interventi.

BIBLIOGRAFIA

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 marzo 2008 (rep. Atti n. 43/CSR), *Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale*.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti n. 140/CSR), *Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e dalla legge 170/2010*.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane del 24 gennaio 2013 (rep. Atti n. 4/CU), *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*.
- Ali S., Rosychuk R.J., Dong K.A. et al. (2012) Temporal trends in pediatric mental health visits: using longitudinal data to inform emergency department health care planning, *Pediatr Emerg Care*, Jul, 28(7): 620-5.
- Blader J.C. (2011) Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007, *Archives of General Psychiatry*, 68(12): 1276-1283.
- Calderoni D., Ferrara M., Sarti M.I. et al. (2008) More with less: minori e ricovero psichiatrico, *Gior Neuropsich Età Evol*, 28: 149-66.
- Cartabia M., Clavenna A., Costantino M.A. (2011) *Prestazioni Ambulatoriali anno 2008 UO Neuropsichiatria infantile e UO Psichiatria in Regione Lombardia*, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri".
- Clavenna A., Sequi M., Bortolotti A. et al. (2009) Determinants of the drug utilisation profile in the paediatric population in Italy's Lombardy Region, *Br J Clin Pharmacol*, 67: 565-571.
- Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari ASL Milano, anno 2012.
- Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale (GAT) sul *Ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento delle acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica* (reperibile su: www.sanita.regione.lombardia.it_normativa_e_documenti)_catalogazione: salute mentale)

Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) sul *Ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento delle acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica*, Regione Lombardia, 2011.

Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale (GAT) sulle *Acuzie Psichiatriche in Adolescenza* (reperibile su: www.sanita.regione.lombardia.it_normativae_documenti)_catalogazione: salute mentale)

Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) sulle *Acuzie Psichiatriche in Adolescenza*, Regione Lombardia, febbraio 2012.

Edelshon G.A. (2006), Psychiatric Emergencies in Adolescents, *Adolesc Med*, 17: 183-204.

Frigerio A. et al. (2009) Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4): 217-226.

Royal College of Psychiatrists (2005) *Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness*, London.

SINPIA (2007) *Proposta di Modello organizzativo per la rete dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, (<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/118.pdf>).

Il contributo della psicologia clinica all'innovazione dei percorsi di cura previsti dal PRSM

I progetti realizzati nel corso di un decennio

Capitolo

13

Giorgio De Isabella – Umberto Mazza – Lorena Vergani

RIASSUNTO

La psicologia nelle Aziende Ospedaliere (AO) della Lombardia ha assunto, negli ultimi anni, un profilo che ne fa una risorsa indispensabile per l'innovazione: la disciplina dispone infatti di un vasto e solido patrimonio di conoscenze non ancora del tutto valorizzato. Quando si giungerà alla conclusione positiva del percorso di organizzazione della psicologia il suo contributo al cambiamento potrà esprimersi pienamente in numerosi aspetti cruciali del bisogno di salute mentale. Gli ambiti clinici specifici in cui già opera e può ulteriormente sviluppare un'azione significativa, principalmente attraverso un lavoro per progetti, sono molteplici, tra questi l'area minorile adolescenziale (anche nel contesto penale), la tutela della salute mentale nel sistema detentivo e gli interventi rivolti alle persone con patologia organica in ambito ospedaliero.

LA PSICOLOGIA NELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Nel 1997, al momento del riordino del sistema socio-sanitario regionale, l'attività psicologica delle Aziende Ospedaliere (AO) in Lombardia si presenta dispersa in diverse Unità Operative sia mediche sia chirurgiche (ostetricia, pediatria, neonatologia, nefrologia, oncologia, cardiologia ecc.) con una maggioritaria concentrazione nelle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), segnatamente in quelle di psichiatria e di neuropsichiatria infantile. La psicologia si trova, dunque, divisa sostanzialmente in due aree cliniche: quella dei disturbi mentali e quella della sofferenza psicologica frequentemente associata alle malattie organiche.

Un anno dopo, nell'ambito del Convegno 'Psicologi e sanità in Lombardia', organizzato dall'Ordine degli psicologi della Lombardia, viene delineato un quadro articolato dei possibili sviluppi della psicologia ospedaliera, conseguenti al vasto cambiamento organizzativo in atto. Si ipotizza per la prima volta, una psicologia come disciplina scientifica, organizzata autonomamente nel quadro dei servizi per la salute

mentale a disposizione dei cittadini, avviando un progressivo e pur difforme processo di aggregazione delle attività psicologiche in servizi strutturati.

Nelle sedi nelle quali non si è sviluppata un'adeguata organizzazione, si è comunque verificata una positiva azione di sensibilizzazione e di acquisizione di consapevolezza – tra gli psicologi e le altre figure professionali dei servizi per la salute mentale – della necessità di confrontarsi e integrarsi con le altre discipline.

Nel volume 'La Psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS' curato, nel 2003, da De Isabella et al., viene effettuato un primo bilancio e fornito un puntuale riscontro della ricchezza delle esperienze in atto e delle potenzialità della psicologia nel contribuire agli interventi di prevenzione, valutazione, cura e riabilitazione della salute mentale; più appropriatamente, al benessere complessivo della persona.

In tal senso il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 recepisce e promuove l'attività psicologica dedicandole un paragrafo specifico (vedi in De Isabella G., 2003).

L'INNOVAZIONE NELLA SALUTE MENTALE

Nell'ambito delle linee programmatiche indicate dal PSSR, emergono alcuni importanti elementi di novità, che vengono sviluppati in un Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) innovativo. Gli psicologi partecipano ai lavori preparatori (vedi in De Isabella G., 2005), alla ricerca di soluzioni originali che superano i confini del proprio specifico ambito disciplinare-professionale. Emerge, per esempio, l'indispensabilità di dare all'attività psicologica forme organizzative che consentano una piena espressione di quella dimensione teorico-pratica capace di contribuire maggiormente all'avanzamento della conoscenza e delle pratiche nella salute mentale; dimensione radicalmente trasformativa individuata dal passaggio da attività ancora fondamentalmente centrate sulle strutture a un lavoro per progetti/programmi.

Così nel PRSM nella parte dedicata a 'L'integrazione delle attività nel DSM' si constata che

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

D'altra parte si afferma che

“Considerata l'indicazione del PSSR 2002-2004 per lo sviluppo di un'attività centrata sul lavoro per progetti attraverso l'integrazione di tutte le risorse disponibili nel DSM, viene indicata come prioritaria la creazione di Servizi di Psicologia all'interno dei DSM come strut-

ture semplici (qualora non siano già presenti strutture complesse) che aggregino tutti gli operatori psicologi. I Servizi di Psicologia hanno il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di cura offerti dal DSM ai propri utenti e di contribuire in modo adeguato alla realizzazione degli obiettivi di salute mentale indicati nel Piano Regionale. Tale organizzazione appare coerente con lo sviluppo di 'équipe funzionali' che non coincidono più con il gruppo degli operatori di una struttura ma che si costituiscono in funzione di programmi di cura e di attività specifiche. In tale contesto al Servizio di Psicologia può competere la responsabilità di coordinamento di programmi o progetti specifici nell'ambito delle attività del DSM".

Inoltre, nelle 'Linee di sviluppo' si ribadisce che

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

Infine, il PRSM si propone di promuovere programmi innovativi "che favoriscano l'uso razionale delle risorse e insieme interventi di buona pratica clinica".

I PROGRAMMI INNOVATIVI TRA GESTIONE E PARTECIPAZIONE

Il contributo degli psicologi ai programmi innovativi si è caratterizzato per la numerosità delle presenze e l'evidenza dello sviluppo sostanziale delle tematiche psicologico-relazionali, ma non ha una corrispondente attribuzione della responsabilità scientifica dei programmi innovativi. Su questo dato si può ritenere abbia pesato un'ancora insufficiente propositività degli psicologi piuttosto che una talvolta presunta 'volontà di esclusione e prevaricazione' da parte di coloro che rappresentano istituzionalmente le altre discipline (psichiatria e neuropsichiatria infantile). Questo è tanto più evidente alla luce del fatto che un maggior impegno scientifico-organizzativo della psicologia non è ostacolato da alcuna indicazione normativa va piuttosto a confermare posizioni culturali, che si pongono in modo ripetitivo più che innovativo. Dunque nulla impediva che le strutture di psicologia s'interfaciassero positivamente con la psichiatria degli adulti e con quelle per l'età evolutiva. Non solo, era addirittura previsto e incoraggiato dalle indicazioni contenute fin dal primo bando, del 2004, l'invito senza preclusioni per la presentazione di programmi innovativi nella parte dedicata alla definizione delle 'aree di intervento, tematiche strategiche e obiettivi operativi'. Sicuramente quanto era atteso e non è accaduto può essere anche attribuito all'ancora insufficiente diffusione di strutture organizzative di psicologia, una 'base sicura' da cui partire per assumere responsabilità anche negli ambiti dei programmi innovativi.

Tra questi uno ha riguardato direttamente l'assetto, le funzioni e i livelli qualitativi delle strutture di psicologia.

IL PROGRAMMA INNOVATIVO SULL'ACCREDITAMENTO TRA PARI

L'attenzione alla qualità delle prestazioni ha coinvolto, al pari delle altre Unità Operative (UO) delle AO, anche quelle di psicologia a partire dall'impiego delle metodiche previste dagli *International standards for organizations* (ISO) sino a quelle adottate e adattate dalla *Joint commission international* (JCI; in specifico quelle dedicate all'*Accreditation of health care organizations*).

Restava tuttavia insoddisfatta l'esigenza di approfondire gli aspetti più propriamente professionali capaci di fornire un impulso alla crescita consapevole delle Unità operative di psicologia esistenti o che si andavano formando.

L'occasione per rispondere a una esigenza già sentita da altre professioni della salute mentale si presenta con l'avvio del programma innovativo dedicato all'accREDITAMENTO professionale tra pari pensato inizialmente solo per le UO di Psichiatria per gli adulti e quelle per i minori. L'inserimento, come coprotagonisti, nel programma innovativo che si collega alla tematica della qualità presente nel PRSM (vedi Capitolo 15) – inserimento che può essere considerato come un ulteriore aspetto innovativo dello stesso programma innovativo – ha richiesto, sul fronte della gestione del programma. È seguito il lavoro impegnativo di formulazione di un 'Manuale per l'accREDITAMENTO professionale per le UO di Psicologia' (contenente specifici requisiti, indicatori, standard ecc.; I revisione 2008) cui è succeduta – accompagnata da un percorso di formazione – l'attivazione dell'autovalutazione e lo scambio di visite tra le UO partecipanti.

Il processo attivato ha prodotto tra le UO delle riflessioni ampie, sui punti di forza riscontrati e le criticità incontrate, che sono state messe a disposizione degli operatori della salute mentale – non solo degli psicologi – nella forma di un volume di accompagnamento del manuale (De Isabella G. et al., 2009).

La rilevanza complessiva di questo programma innovativo sta anche nella proposta culturale che ne è scaturita e ha portato, con esiti interessanti e promettenti, all'esplorazione dei terreni di confine tra le tre realtà professionali partecipanti al programma innovativo – psichiatria degli adulti, psichiatria dei minori, psicologia – alla ricerca di modalità di lavoro in comune per progetti/programmi (Scorza G. et al., 2010).

Il terreno di confronto, ricerca e integrazione tra le diverse tre discipline e realtà organizzative è ben rappresentato dall'area dedicata all'adolescenza che risulta essere tra le più problematiche e considerate dai programmi innovativi. Non solo in riferimento alla comparsa delle psicosi – sul quale si sono moltiplicate le iniziative a partire dal pionieristico e largamente accreditato 'Programma 2000: programma di individuazione e intervento precoce all'esordio di malattie mentali' (Cocchi A., Meneghelli A., 2012) – bensì in relazione alla sofferenza che si manifesta in altri disturbi o stati limite.

I PROGRAMMI INNOVATIVI PER I GIOVANI

I programmi innovativi destinati ai giovani che presentano – in forma di rischio elevato o prodromica o, purtroppo, ancora troppo spesso, ormai consolidata – disturbi nell'area dell'alimentazione, della personalità, dell'umore e dell'ansia sono numerosi e tutti, per diversi aspetti, sicuramente validi. Tuttavia, nonostante sforzi prolungati e intensi prodotti da parte del programmatore regionale (anche attraverso lo strumento delle 'regole' annuali) destinati a favorire la comparsa di modelli clinico-organizzativi di intervento capaci di intercettare e fornire risposte tempestive ed efficaci al bisogno di salute di questa fascia d'età, non sono ancora comparsi modelli del tutto convincenti. Il successo è mancato, non certo per mancanza di impegno, profuso, al contrario, oltre ogni limite di generosità, bensì in conseguenza della presenza di alcuni vincoli ostinatamente ignorati benché cruciali. Vincoli che hanno ostacolato e finora impedito di superare una impasse di questi servizi psichiatrici che si prolunga da troppo tempo e che forse è più facilmente affrontabile da un punto di vista 'esterno' qual è quello della psicologia. L'innovazione si è scontrata innanzitutto con il vincolo di un assetto dei servizi che fa riferimento a un criterio giuridico e non clinico: servizi per i minori e servizi per gli adulti. L'indicazione da parte del programmatore regionale di superare attraverso una compartecipazione nel lavoro clinico con i giovani si è sempre scontrata con una resistenza – di cui non importa qui indagare i motivi – che non si è espressa apertamente come opposizione bensì come una disponibilità apparente alla collaborazione, alla costituzione di team misti. Questi, dove si sono costituiti, non hanno prodotto quanto atteso ovvero una effettiva presa in carico congiunta in una fascia d'età delicatissima in cui esordiscono la maggior parte dei disturbi mentali. Il punto di vista della psicologia è che la perseveranza in assenza di riscontri positivi consiglierebbe di procedere a un ripensamento, a un cambiamento di prospettiva. Ciò può avvenire solo superando un approccio su aree di competenza dettato dall'esigenza di consolidare le posizioni di chi ritiene di dover preservare la propria area di influenza. Già limitandosi a queste osservazioni risulta come inevitabile che per introdurre il cambiamento si debba cominciare pensare e operare a partire dai vertici disciplinari, affidando nel frattempo alla routine ciò che l'innovazione non ha ancora ricompreso in un nuovo assetto dei servizi. La competenza psichiatrica – nelle due fasce d'età – e quella psicologica devono poter produrre progetti – e sperimentarne l'attuazione – che prescindano da vincoli artificiali e che si confrontino sull'effettiva capacità di rispondere ai bisogni di salute dei giovani. Progetti e programmi di cui di volta in volta saranno leader questa o quella disciplina con la propria impronta specifica integrata con le competenze di altre discipline (in particolare, di quella pediatrica).

In questa direzione i programmi innovativi hanno offerto più di qualche occasione – una di questa a uno degli autori – che ha consentito di riformulare anche l'approccio clinico, per esempio, facendo emergere un orientamento dimensionale – particolarmente congeniale alla psicologia – al posto di quello categoriale nello sguardo da applicare alla sofferenza del giovane. Approccio clinico che si coniuga con interventi modulari, sicuramente vantaggiosi anche sotto l'aspetto dei costi, e che si accompagna

a un orientamento – profondamente radicato nella psicologia – a operare per cicli di vita (nello specifico, 14-24 anni) e partendo dalle risorse personali presenti nelle diverse fasi della nostra esistenza. Ciò rappresenta una alternativa alla tendenza ancora molto diffusa alla moltiplicazione di centri dedicati a singole patologie. Approccio che ben si concilia con un orientamento alla promozione della salute mentale – alla quale da decenni si dedica la disciplina psicologica – che ha recentemente catalizzato alcuni psicologi, psichiatri e neuropsichiatri nella produzione per conto della Regione-Rete HPH di un glossario (Fontana G. et al., 2010).

Mantenendo l'attenzione sul tema dei giovani occorre ricordare una novità intervenuta nel mezzo del decennio d'innovazione della salute mentale lombarda, il passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero della giustizia al SSN. La gestione dell'area della salute mentale dei giovani sottoposti a procedimento penale della nostra regione è stata affidata all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale a una UOC di Psicologia clinica. Questa UOC utilizza la consulenza neuropsichiatrica sulla base di un protocollo specifico sottoscritto dal DSM e dalla Direzione Medica di Presidio, che gestisce l'area medico-infermieristica di base presente nell'istituto penale e nel Centro di Prima Accoglienza. Un altro protocollo interaziendale regola i rapporti con l'ASL per quanto riguarda l'assistenza ai giovani che consumano sostanze stupefacenti.

Peraltro, il PRSM anticipava in riferimento alle 'aree di confine' l'impegno che viene ora richiesto nelle strutture penitenziarie per gli adulti in particolare in relazione al rischio suicidario. Questo argomento, che presenta diversi aspetti di novità, merita un approfondimento.

L'INTERVENTO CLINICO PER LA SALUTE MENTALE E IL RISCHIO SUICIDARIO NEL SISTEMA DETENTIVO

La riforma della Sanità penitenziaria ha sancito il diritto alla tutela della salute e il passaggio alle Regioni della sua gestione e dei conseguenti interventi di diagnosi e cura per la popolazione adulta e minore sottoposta a provvedimenti limitativi della libertà, ridefinendo le funzioni e le sinergie delle istituzioni e dei diversi operatori coinvolti.

Nella nostra regione, quanto disposto normativamente consente, quindi, di affrontare in modo più efficace il disagio psicologico e, più specificamente, le problematiche psichiatriche della popolazione detenuta, sia minorile sia adulta. Ciò avviene mettendo in relazione agli interventi più generali di tutela della salute mentale del cittadino ed evidenziando il carattere terapeutico dell'intervento in carcere e la necessità di strutture e spazi specifici in una realtà che, a tutt'oggi, sovente vede prevalere la penalizzazione del danno e il contenimento della pericolosità.

Si viene così a ridurre la disparità di trattamento tra i cittadini non ristretti, liberi di utilizzare cure aggiornate ed efficaci sul territorio, e i cittadini detenuti che, per la loro collocazione in un regime caratterizzato dalla privazione della libertà, non possono usufruire delle risorse cliniche, diagnostiche e terapeutiche, oggi a disposizione

nel servizio sanitario. Infine, risulterebbe facilitata la pianificazione del reinserimento per il detenuto al termine della pena e il mantenimento della continuità di trattamento a livello territoriale.

Come già ricordato il PRSM ha già ben osservato come l'istituzione di funzioni organizzate, dedicate all'assistenza per la salute mentale negli istituti penitenziari, in stretto collegamento con i servizi per le dipendenze e la medicina generale, permette una modalità operativa non più settorializzata e frammentata, ma una gestione diretta e integrata da parte dei DSM.

La psicologia clinica, là dove organizzata a livello ospedaliero, ha contribuito sia nella definizione dei percorsi di intervento clinico sia nella pratica quotidiana integrandosi con i servizi psichiatrici e gli altri soggetti in campo. La tematica sulla quale è risultato da subito urgente l'intervento è quella del rischio auto/etero lesivo che la regione ha inteso affrontare istituendo nel 2012 un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) al quale partecipano psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili e dirigenti dell'Amministrazione penitenziaria impegnati nelle strutture detentive per minori e per adulti. Questo si aggiunge all'ordinaria attività di tutela della salute mentale in ambito clinico riferito alla popolazione detenuta e in quello formativo indirizzato al personale.

La prevenzione del rischio auto/etero lesivo

Il contesto detentivo presenta specifiche caratteristiche relazionali, ambientali, organizzative e gestionali che incidono sulla condizione psicologica dei detenuti e degli stessi operatori e richiedono un adeguato approccio multidisciplinare, nei percorsi di valutazione e di cura della salute mentale.

Il comportamento aggressivo, purtroppo, connota sovente tale situazione manifestandosi attraverso agiti sia auto sia etero diretti.

In Italia, secondo la ricerca 'Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti' (Centro Studi di Ristretti Orizzonti, 2009), il numero dei suicidi tra gli adulti in carcere è circa nove volte superiore rispetto agli stessi nella popolazione libera. Infatti, il tasso di suicidio tra la popolazione libera e quella detenuta, nel periodo 2002-2006, corrisponde a 1,2 per la prima e per la seconda 9,9, ogni 10 000 soggetti.

Il confronto del numero di suicidi in carcere tra l'Italia, l'Europa e gli Stati Uniti vede una media, per il periodo 2005-2007, di 10,0 nel nostro Paese, 9,4 nel continente europeo e 2,9 negli USA ogni 10 000 detenuti.

Nel corso del 2011 sono stati registrati 63 casi di suicidio e 1003 di tentato suicidio, mentre sono stati rilevati 5639 atti di autolesionismo. Rispetto alla popolazione detenuta, si tratta di un tasso di suicidio pari allo 0,9 per 1000 detenuti, un tasso di tentato suicidio del 14,9 e di autolesionismo dell'83,8 sempre per 1000 detenuti.

In questo contesto, specifica attenzione viene dedicata al tema della prevenzione del rischio suicidario e pone tra gli obiettivi di salute gli interventi finalizzati a prevenire e a ridurre gli agiti e i tentativi suicidari in carcere.

Quanto articolato nell'Ordinamento penitenziario introduce la valutazione psicologica oltre alle procedure d'ingresso, indirizzate all'accoglienza del detenuto – sia nel caso in cui provenga dalla libertà sia quando giunga da altro istituto, per trasferimento temporaneo o assegnazione, svolte dall'operatore penitenziario e dal medico.

Identificando il momento dell'accoglienza, come primo contesto critico della vita detentiva dove, pur in assenza di una specifica condizione psicopatologica, la fragilità emotiva rappresenta la maggiore criticità rispetto all'ambientamento al contesto deprimente della realtà penitenziaria, naturalmente produttivo di effetti negativi e destabilizzanti.

Questo intervento, finalizzato alla prevenzione attraverso la rilevazione del rischio di agiti auto e/o etero lesivi, sviluppa una valutazione multi-dimensionale, attraverso il colloquio psicologico clinico e un adeguato assessment testale focalizzato sul controllo dell'impulsività e sulla valutazione delle condizioni psichiche, con l'obiettivo di identificare tra i detenuti i soggetti a rischio a tutela loro e della popolazione convivente, con una serie di provvedimenti clinici e ambientali.

Integrando, con gli operatori degli altri servizi – Ser.T., area educativa-trattamentale e polizia penitenziaria –, l'approfondimento nelle aree riferite all'uso di sostanze, alla situazione giuridica (tipologia del reato, precedenti detenzioni) e alla dimensione sociale (famiglia, lavoro, supporto) e attivando l'eventuale valutazione da parte dello psichiatra.

I provvedimenti diretti alla tutela dei detenuti prevedono la presa in carico da parte del personale sanitario del DSM, il monitoraggio, con tempi e modi idonei, delle modalità con cui i soggetti affrontano la propria vita detentiva, dell'evoluzione del quadro clinico e le eventuali misure di sorveglianza a carattere precauzionale.

Gli interventi rivolti al personale dell'Amministrazione Penitenziaria

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle Linee guida sulla salute nelle carceri, affronta anche gli aspetti connessi al gravoso impegno emotivo della vita detentiva, sia per la popolazione detenuta sia per gli operatori penitenziari (Who, 2007).

La struttura e l'organizzazione del lavoro si riflettono, drammaticamente, anche sulle condizioni del personale: nel nostro paese, nel periodo 2000-2011, sono stati registrati 68 suicidi tra gli operatori della Polizia penitenziaria, con la media di circa un evento ogni due mesi.

LA FORMAZIONE

Occorre promuovere interventi finalizzati alla tutela della salute psicologica del personale e alla riduzione e prevenzione delle situazioni di stress.

In base all'esperienza comune, si ritiene utile strutturare adeguati percorsi formativi, rivolti agli operatori della Polizia penitenziaria e dell'area educativa, che sviluppino, attraverso differenti moduli, una parte di didattica frontale per temi specifici e

una parte interattiva, di discussione e approfondimento, a partire dall'esperienza diretta.

Questo intervento si pone l'obiettivo di identificare e valutare l'impegno emotivo, che caratterizza le relazioni interpersonali, tra gli operatori e la popolazione detenuta e nel gruppo degli operatori stessi, nella specificità del contesto istituzionale e, inoltre, permettere ai partecipanti di riconoscere le proprie risorse, ottimizzandole nella relazione interpersonale, approfondendo la condivisione, il confronto e la gestione delle situazioni relazionali maggiormente problematiche, che possono presentare difficoltà per l'operatore.

COUNSELLING PSICOLOGICO

È stata, altresì, verificata l'utilità di attivare uno 'Sportello psicologico' rivolto agli operatori della Polizia penitenziaria e dell'area educativa, con personale psicologico e in una sede esterna all'istituto, con l'obiettivo di offrire una consulenza specialistica, di valutazione ed eventuale supporto, per quelle problematiche personali che condizionano la dimensione relazionale e sono sentite come difficoltose ed eventualmente urgenti, anche nello svolgimento della professione.

L'intervento è finalizzato a sostenere la persona nel riconoscere e affrontare gli aspetti di criticità che possono compromettere il benessere soggettivo e, conseguentemente, la stessa qualità della vita: agevolando il riconoscimento delle proprie risorse e delle competenze disponibili (cognitive, emotive e sociali) e valutando e approfondendo l'impiego di adeguate modalità di risposta agli eventi stressanti.

Se si sta riuscendo a portare un'assistenza sanitaria di qualità nell'ambito della salute mentale anche ai ristretti nelle strutture penitenziarie altrettanto dovrebbe avvenire con le persone degenti - 'ristrette' - negli ospedali.

LA PSICOLOGIA CLINICA NELL'OSPEDALE

Il PRSM segnala opportunamente la necessità di estendere il lavoro con il paziente degente e sollecita a tale fine a organizzare servizi di Psichiatria di consultazione e collegamento. Ciò che si può osservare è che, ovunque la psicologia si sia organizzata come struttura autonoma, il lavoro clinico con il paziente ansioso/depresso affetto primariamente da disturbi fisici viene svolto dagli psicologi con un approccio fortemente caratterizzato dal ricorso e dalla sollecitazione delle risorse personali accanto a un lavoro sul contesto attuale (personale sanitario) e futuro (familiare) (Majani G., De Isabella G., 2008). Ciò appartiene a una tradizione presente da tempo - oltre che, da qualche decennio, negli ospedali con lo "psicologo di reparto" - negli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) che si dotano di servizi di psicologia (De Isabella G., Mazza U., 2004; De Isabella G. et al., 2005). D'altra parte il patrimonio di conoscenze (frutto di accurate ricerche scientifiche) presente nel campo della psicologia della salute, nella psicologia positiva, in quella della motivazione e più in generale in quella clinica offre una base più che solida all'azione

quotidiana di cura psicologica del paziente che soffre di malattie in fase acuta, cronica e degenerativa. Anche limitando l'osservazione alla Lombardia è evidente anche come le università si siano impegnate in modo significativo in questo ambito, permanendo tuttavia scarso il coordinamento con le strutture presenti nel servizio pubblico. Su questo punto vi è ancora molto da costruire (come si è potuto fare da tempo con le scuole di specializzazione in Psicologia clinica, in Psicologia del ciclo di vita e in Neuropsicologia).

La psicologia, nel contesto ospedaliero, si occupa dei disturbi psicologici – nella loro accezione più generale: neuropsicologici, intellettivi, cognitivi e affettivi – e delle difficoltà emotive e relazionali delle persone che, in conseguenza della presenza di una patologia acuta o cronica, vi afferiscono per un trattamento medico o chirurgico, in degenza o ambulatorialmente.

Tali problematiche, che non sono di natura psichiatrica, possono riguardare la sofferenza emotiva che, in misura differente, accompagna l'esperienza della malattia o del trauma (De Isabella G. et al., 2006) che la persona può trovarsi ad affrontare nel corso della propria esistenza. A maggior ragione la sofferenza che si manifesta nei pazienti affetti da gravi patologie organiche, croniche e/o a prognosi infausta, che vengono sottoposti a terapie impegnative. Questi ultimi, i loro familiari e gli operatori sanitari coinvolti devono affrontare intense reazioni emotive, che possono rendere ancora più difficoltosa la loro esperienza del percorso di cura. L'azione psicologica viene svolta secondo protocolli integrati con altri interventi specialistici: per esempio, in medicina riabilitativa (cardiologica, motoria, respiratoria ecc.), in chirurgia (trapiantistica, cardiologica, oncologica, plastico-ricostruttiva ecc.), in patologia neonatale e in pediatria, in ginecologia e ostetricia (Interruzione Volontaria della Gravidanza [IVG], maternità assistita ecc.).

Inoltre, la psicologia partecipa alla definizione e alla realizzazione di progetti finalizzati al supporto e alla formazione psicologica degli operatori, sanitari e sociali. Tali attività riguardano la conoscenza psicologica della malattia, la relazione con il paziente e il suo familiare, i processi comunicativi nel lavoro di équipe, ecc. L'azione psicologica ha anche lo scopo di contribuire all'umanizzazione dell'assistenza e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e degli operatori stessi. Inoltre, progetti specifici sono dedicati all'educazione e alla promozione della salute. Riveste infine una particolare importanza l'attività di ricerca e di sperimentazione clinica che si sviluppa su questi temi.

LE PROMESSE REALIZZABILI DELL'INNOVAZIONE

Negli anni Ottanta le iniziative sperimentali sono state alla base dell'impostazione e dello sviluppo dei servizi per la salute mentale (Cocchi A. et al., 1990). Gli attuali programmi innovativi sono nati per mettere i servizi 'al passo con i tempi': sperimentando e verificando, con risorse aggiuntive, nuove aree e modelli di intervento. Impresa, che appare più impegnativa del previsto. Convive infatti ancora il precedente assetto dei servizi con quello che si sta prefigurando (Biffi G., De Isabella G., 2013),

la difficoltà del rapporto tra ‘vecchio e nuovo’ è evidente e per nulla scontato l’esito del confronto. Le innovazioni più radicali che si volevano introdurre attraverso i programmi innovativi rischiano di restare separate dagli interventi ordinari e di esserne soltanto un’occasione di sgravio. Due sembrano essere le prospettive, drammaticamente giustapposte. L’assetto tradizionale si mantiene com’è, non incorpora l’innovazione o, anche grazie ad alcune azioni amministrative volte a stabilizzare le risorse attualmente destinate ai programmi innovativi, le trascina verso la routine, rendendo vani gli aspetti innovativi acquisiti. L’alternativa è quella di dare un maggior valore all’innovazione, ai suoi modelli e ai suoi interventi, integrando l’esperienza maturata nei percorsi di programmi innovativi nell’ambito dell’attività ordinaria. Si tratta di chiedere a coloro che ancora operano nella prospettiva del ‘lavoro per strutture’ di agire sempre più ‘per progetti’ che si affianchino e integrino quelli innovativi. A questa riformulazione del campo della salute mentale la psicologia può contribuire significativamente costituendosi come punto di appoggio su cui fare leva per introdurre e gestire il cambiamento. Ciò si evince anche dal convegno ‘La psicologia e il sistema socio sanitario regionale’ organizzato, nel 2011, dalle AO S. Carlo di Milano, S. Gerardo di Monza e della provincia di Lodi, con il patrocinio della Regione Lombardia, che ha segnalato la maturazione professionale di questa disciplina e la garanzia della sua solidità.

I risultati positivi sono stati ottenuti là dove il confronto e l’integrazione sono stati realizzati. Mentre ciò non è accaduto dove sono prevalse le spinte verso la separazione, spinte spesso dovute a cause contingenti e locali. È opinione largamente condivisa che la parcellizzazione nel campo della salute mentale non giovi a nessuno, né agli operatori né agli utenti, rendendo a questi ultimi particolarmente difficoltoso l’accesso a coerenti e continuativi percorsi di valutazione e di cura. Occorre, allora, istituire un rapporto di riconoscimento reciproco tra i diversi soggetti competenti, superando l’ambiguità che origina dall’intendere il DSM come sinonimo corrispondente alle sole strutture psichiatriche. Occorre che il DSM si strutturi come il valido insieme di realtà organizzative (Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali) riferite alle tre discipline – Psicologia Clinica, NPI e Psichiatria – impegnate nella costruzione di un comune sistema di cura. In questa prospettiva il recente riconoscimento del coordinamento delle strutture di psicologia da parte della Regione Lombardia, come strumento tecnico-consultivo di supporto alla Direzione Generale Salute, permette di proseguire e approfondire il confronto sugli interventi nella salute mentale, promuovendone in modo più sistematico ed efficace la qualità.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2008) *Manuale di accreditamento professionale per le Unità Operative di Psicologia* (1° revisione) http://www.accreditamento.net/manuale_di_accreditamento_psicologia_2008.htm
- Biffi G., De Isabella G. (2013) *Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative*, Maggioli, Bologna.

- Centro Studi di Ristretti Orizzonti (2009) *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i paesi europei e gli Stati Uniti*, elaborazione su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa e del US Department of Justice-Bureau of Justice Statistics.
- Cocchi A., De Isabella G., Zanelli Quarantini F. (a cura di) (1990) *Itinerari psichiatrici. Le iniziative sperimentali*, Franco Angeli, Milano.
- Cocchi A., Meneghelli A. (a cura di) (2012) *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*, Edi-ermes, Milano.
- De Isabella G. (2003) *Realtà e prospettive della psicologia nelle Aziende Ospedaliere lombarde*, in G. De Isabella, S. Colombi, E. Fiocchi et al. (a cura di) *La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS*, Centro Scientifico, Torino.
- De Isabella G. (2005) *La psicologia in Lombardia tra Aziende Ospedaliere e Territorio*, in De Isabella G., Reatto L., Zavaglia S. (a cura di) *La psicologia tra ospedale e territorio*, Centro Scientifico, Torino.
- De Isabella G., Barbieri S., Marzegalli M. (a cura di) (2006) *Traumi da incidente stradale. Dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico*, Centro Scientifico, Torino.
- De Isabella G., Bettini L., Voltolini A (a cura di) (2009) *Psicologia e Qualità. Un percorso di accreditamento professionale tra pari*, Centro Scientifico, Torino.
- De Isabella G., Colombi S., Fiocchi E. et al. (a cura di) (2003) *La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS*, Centro Scientifico, Torino.
- De Isabella G., Mazza U. (2004) La Psicologia nel Dipartimento di Salute Mentale: considerazioni su alcune opportunità offerte dal nuovo Piano per la salute mentale Regione Lombardia, *Psichiatria Oggi*, XVII, 2, 31-34.
- De Isabella G., Reatto L., Zavaglia S. (a cura di) (2005) *La psicologia tra ospedale e territorio*, Centro Scientifico, Torino.
- Fontana G., Mastroeni A., Civenti G. et al. (2010) Glossario sulla promozione della salute mentale, Regione Lombardia, *Bollettino Ufficiale – Regione Lombardia*, n. 39, Edizione speciale del 27 settembre 2010, Milano.
- Majani G., De Isabella G. (a cura di) (2008) Caregivers: quale aiuto a chi aiuta?, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Supplemento di Psicologia Applicata alla Medicina del Lavoro e della Riabilitazione, XXX, 3.
- Scorza G., De Isabella G., Tiberti A. (2010) *L'integrazione come buona pratica nelle aree di confine: la cooperazione tra Neuropsichiatria infantile, Psichiatria e Psicologia*, in Consiglio Direttivo QuASM (a cura di) *Accreditamento e salute mentale. Migliorare la qualità in psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia*, Pensiero Scientifico, Roma (Epidemiologia e Psichiatria Sociale, allegato al n. 4, volume 19, Ottobre-Dicembre 2010).
- WHO – World Health Organization (2007) *Health in Prisons. A Who guide to the essentials in prison health*, Ginevra.

PROGRAMMI INNOVATIVI

Sviluppo nei dipartimenti di salute mentale dei programmi di miglioramento continuo della qualità attraverso l'applicazione di procedure di accreditamento professionale tra parie della medicina basata sull'evidenza (EBM), (2005-2008), Responsabile scientifico: dott. Arcadio Erlicher.

Integrazione socio-sanitaria e salute mentale in Lombardia

Capitolo

14

Il ruolo fondamentale dell'OCSM per favorire la collaborazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali

Mauro Percudani – Giorgio Cerati

RIASSUNTO

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) approvato nel 2004 si è posto l'obiettivo di indicare i modelli e gli strumenti per sviluppare una nuova *policy* per la salute mentale in Lombardia. In questa prospettiva, il PRSM ha programmato la nascita di Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), istituiti d'intesa con le Aziende Ospedaliere (AO) che insistono sul territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati, Comuni e terzo settore, che sviluppano progetti di prevenzione e d'intervento integrando le risorse di un dato territorio e coinvolgendo la società civile.

A distanza di quasi un decennio, l'analisi valutativa sul funzionamento degli OCSM nei diversi territori permette di elencare una serie di risultati positivi, seppur raggiunti in maniera differenziata nei diversi territori: tra questi, aver costituito un luogo fisico e uno spazio mentale per trattare il tema dell'integrazione socio-sanitaria per la salute mentale, aver valorizzato il ruolo di terzietà dell'ASL, aver garantito la realizzazione di prodotti tangibili (Patto Territoriale per la Salute Mentale, Conferenza Territoriale per la Salute Mentale, Tavoli Tecnici ecc.) che consentono ai partecipanti e ai destinatari di apprezzare il lavoro di coordinamento, scambio e comunicazione svolto dall'OCSM. Il capitolo approfondisce questi aspetti e discute gli elementi di criticità emersi dallo studio valutativo quali l'eccessiva differenziazione territoriale nell'interpretazione del mandato regionale e l'ancora insufficiente investimento in pratiche di sperimentazione finalizzate all'integrazione socio-sanitaria.

INTRODUZIONE

In Lombardia, la legge regionale 31/1997 ha introdotto principi regolatori nuovi. In primo luogo ha promosso il processo di aziendalizzazione delle vecchie USSL isti-

tuendo nuove aziende sanitarie separando i soggetti garanti della salute dei cittadini e acquirenti delle prestazioni sanitarie (ASL) dai soggetti pubblici erogatori di prestazioni sanitarie, le Aziende Ospedaliere (AO). Le Unità Operative di Psichiatria (UOP), operanti nell'ambito degli attuali Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sono afferite alle AO assumendo il ruolo di erogatori di prestazioni equiparate nelle funzioni ai soggetti erogatori privati accreditati. Un altro principio fondante della legge regionale 31/1997 è rappresentato, infatti, dalla piena parità di diritti e di doveri riconosciuta ai soggetti di diritto pubblico e ai soggetti di diritto privato nell'erogazione dei servizi necessari a garantire la tutela della salute dei cittadini.

La complessità dell'assetto gestionale e organizzativo operante nella realtà lombarda ha posto dunque l'esigenza di un governo del sistema che considerasse il ruolo, le funzioni e le competenze dei diversi soggetti ed enti coinvolti: ASL, AO a cui afferiscono i DSM, soggetti erogatori privati accreditati, e anche medici di medicina generale, enti locali, scuola, agenzie del privato sociale e della "rete naturale", associazioni, mondo del lavoro e della cooperazione.

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) approvato nel 2004 (Cerati G. et al., 2005) si è posto l'obiettivo di indicare i modelli e gli strumenti per sviluppare una nuova *policy* per la salute mentale in Lombardia: la risposta ai bisogni di salute mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere anche l'ambito sociale e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo. In questa prospettiva diviene centrale il tema dell'integrazione e del collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non istituzionali, coinvolti nella tutela della salute mentale: ai diversi soggetti, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, in una logica di sussidiarietà, viene chiesto nel PRSM di partecipare a una "comunità per la salute mentale" assumendosi la propria parte di compiti e di responsabilità (Petrovich L., Percudani M., 2004).

Nell'ambito della tutela socio-sanitaria delle persone affette da disturbi psichici, un'importanza fondamentale è data al concetto di integrazione tra interventi propriamente sanitari (diagnosi, cura, riabilitazione), interventi sanitari a rilevanza sociale (prevenzione primaria e azione culturale di lotta allo stigma, prevenzione secondaria e terziaria) e interventi sociali a rilevanza sanitaria (per es. risocializzazione, supporti economici, culturali, abitativi, inserimenti lavorativi). In tale prospettiva il PRSM definisce le condizioni per responsabilizzare le ASL in tema di promozione e tutela della salute mentale, i DSM e gli erogatori privati accreditati in relazione all'organizzazione di percorsi di trattamento psicosociale efficaci, interagendo in ordine a questi obiettivi, per il reperimento delle risorse occorrenti e delle integrazioni utili al governo clinico, con le agenzie del privato sociale e della "rete naturale". Infine il rapporto con gli enti locali, principalmente i Comuni, viene considerato attentamente per favorire la partecipazione della salute mentale ai Tavoli Tecnici e agli ambiti di programmazione dei piani di zona per tutti gli aspetti di rilevanza sociale, così come la collaborazione con gli istituti scolastici e le agenzie della rete sociale e naturale devono assumere forma organica attraverso un coordi-

namento che rappresenti il fulcro di una nuova polarità funzionale (Petrovich L., Percudani M., 2005).

ISTITUZIONE DEGLI OCSM

Il PRSM programma la nascita di **“Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM)”** nell’ambito delle ASL, istituiti d’intesa con le AO che insistono sul territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati, Comuni e terzo settore, che sviluppino progetti di prevenzione e di intervento integrando le risorse di un dato territorio e coinvolgendo la società civile. Sul piano operativo compito dell’OCSM è predisporre un Patto territoriale per la salute mentale da rinnovare ogni 3 anni e aggiornare annualmente, organizzare annualmente una Conferenza territoriale per la salute mentale coinvolgendo i diversi soggetti che operano per la tutela della salute mentale nell’ambito della macro-area territoriale corrispondente al territorio dell’ASL, garantire l’attivazione di Tavoli a livello di distretto socio-sanitario (per singolo distretto o con aggregazione di due o più distretti).

Successivamente all’approvazione del PRSM, la Circolare Regionale 19/san del 2005 (vedi Box alla pagina seguente) ha definito gli indirizzi operativi per l’istituzione e la regolamentazione OCSM che alla fine del 2005 era stato attivato nelle 15 macro-aree territoriali corrispondenti alle ASL lombarde.

Nel recente documento “Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011” (Allegato 11 alla Delibera regionale n.8501 del 26-11-2008) il ruolo e le funzioni dell’OCSM vengono ribadite e rinforzate, particolarmente nei compiti programmatori di tutela della salute mentale nell’ambito territoriale di riferimento. In particolare, riguardo alle attività dell’OCSM, vengono definiti come obiettivi specifici i seguenti punti:

- investire l’OCSM dei compiti di consultazione e condivisione degli indirizzi programmatori in tema di salute mentale per la propria area territoriale (dati di produzione e di costo; consultazione sui contratti tra ASL ed erogatori pubblici e privati; approvazione di progetti innovativi in aree specifiche coerenti con le indicazioni regionali, tra i quali la residenzialità leggera);
- definizione di protocolli attuativi di raccordo con i Piani di Zona e con ambiti territoriali di programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria, attivando i previsti tavoli tecnici distrettuali con specifiche funzioni di coordinamento e coinvolgendo tutti i soggetti presenti nella rete sociale e dei servizi;
- attivare tavoli tecnici per problematiche specifiche: inserimento lavorativo, intervento precoce e disagio giovanile, disturbi psichici comuni; collaborazione con i MMG; nuove fragilità; prevenzione ed educazione alla promozione e tutela della salute mentale;
- rispetto alle aree di confine: un’analisi dei bisogni, il monitoraggio degli interventi, la promozione di modelli di lavoro integrati con le aree interessate (Ser.T., NPJA, Uffici di Piano) in collaborazione con i soggetti titolari preposti.

LINEE GUIDA PER L'ISTITUZIONE E LA REGOLAMENTAZIONE DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE CIRCOLARE DG SANITÀ 19/san 2005

Secondo quanto definito nel Piano Regionale triennale per la Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Giunta Regionale lombarda con DGR n. 17513 del 17-05-2004, nell'ambito della tutela della salute mentale, la complessità dell'assetto gestionale e organizzativo operante nella realtà lombarda pone l'esigenza di un governo del sistema che consideri il ruolo, le funzioni e le competenze dei diversi soggetti ed enti coinvolti: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere a cui afferiscono i Dipartimenti di Salute Mentale, soggetti erogatori privati accreditati, e anche Medici di medicina generale, Enti locali, Scuola, agenzie del privato sociale e della "rete naturale", associazioni, mondo del lavoro e della cooperazione.

Per questi motivi il PRSM e successivamente la circolare 28/SAN del 21-07-2004 programmano la costituzione di *Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale* nell'ambito delle ASL, istituiti d'intesa con le AO che insistono sul territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati, enti locali e terzo settore con l'obiettivo di sviluppare progetti di prevenzione e di intervento integrando le risorse di un dato territorio e coinvolgendo la società civile.

L'istituzione e la definizione del regolamento dell'*Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM)* deve far riferimento ai seguenti principi fondamentali.

1. Riferimenti normativi

L'OCSM rappresenta lo strumento per realizzare l'integrazione e la collaborazione fra i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e realizzazione dei programmi di prevenzione e assistenza per la salute mentale coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori, istituzionali e non. Nel rispetto e per le finalità previste dal Piano Regionale triennale per la Salute Mentale approvato con DGR VII/17513 del 17-05-2004 e in attuazione della Circolare Regionale 28/SAN del 21-07-2004, l'OCSM è istituito dall'ASL d'intesa con le AO che insistono sul suo territorio. Esso si articola in diversi livelli nell'ambito di una macro-area coincidente con il territorio dell'ASL e si dota di una struttura organizzativa propria.

2. Finalità

La finalità dell'OCSM è di assicurare che i diversi attori coinvolti nella tutela della salute mentale definiscano e attuino insieme strategie, obiettivi e azioni per il fine comune della tutela della salute mentale e dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.

3. Obiettivi

Gli obiettivi prioritari dell'OCSM sono:

- analisi dei *bisogni* e delle *risorse* della macro-area coincidente con il territorio dell'ASL (anche tramite criteri epidemiologici);
- verifica e valutazione delle attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile (per quanto concerne le attività riconducibili ad aspetti di salute mentale) erogate a residenti nel territorio dell'ASL;

- promozione di iniziative di integrazione della rete socio-sanitaria e degli interventi di rilievo sociale, nonché di iniziative volte alla prevenzione (contrasto allo stigma, educazione-informazione, sviluppo dei servizi di salute mentale per l'età adulta e per l'età evolutiva);
- proposizione di linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione di servizi e di unità di offerta, anche nell'ambito di progetti innovativi che favoriscano la buona pratica e l'uso razionale delle risorse;
- valutazione delle modalità di utilizzo delle strutture residenziali (tipologie di percorso, criteri di inserimento e di verifica), previsione del complessivo budget di spesa, promozione di percorsi territoriali alternativi alla residenzialità anche nell'ottica del migliore e più equo utilizzo delle risorse disponibili;
- coordinamento dei Tavoli Tecnici centrali, dei Tavoli Tecnici distrettuali e dei protocolli attuativi proposti ai diversi livelli.

4. Composizione e articolazioni

La composizione dell'OCSM deve essere tale da garantire la rappresentanza di tutti i soggetti coinvolti. Il numero massimo di componenti non dovrebbe superare i 15.

A un livello minimo la composizione dell'OCSM è la seguente:¹

ASL	Direttore Sanitario
	Direttore Dipartimento ASSI
	Direttore Dipartimento PAC
	Direttore Dipartimento Cure Primarie
AO	Direttori di DSM
	Referenti UONPIA
Enti/associazioni	n° 2 rappresentanti designati dagli erogatori accreditati a contratto nel rispetto della rappresentanza di soggetti privati profit e non-profit
	n° 2 rappresentanti comunali designati dalla Conferenza dei Sindaci
	n° 3 rappresentanti designati dalle associazioni e dalle cooperative sociali

Riguardo all'*organizzazione* dell'OCSM, nel rispetto dei criteri organizzativi definiti dai Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendali (POFA) si precisa quanto segue:

- le funzioni di Presidente dell'OCSM sono di norma svolte dal Direttore Sanitario dell'ASL. Il Presidente ha facoltà di nominare un Presidente vicario in caso di sua assenza o impedimento;
- il supporto tecnico-amministrativo all'OCSM è assicurato dall'ASL;
- ogni singolo OCSM definisce un regolamento relativo all'organizzazione delle attività e al calendario delle riunioni.

¹ Il territorio della Città di Milano presenta caratteristiche che devono essere considerate in modo specifico.

Sono *compiti* dell'OCSM:

- predisporre un *Patto Territoriale per la Salute Mentale*, coerente con il Piano Regionale per la Salute Mentale, da rinnovare ogni tre anni e da aggiornare annualmente;
- organizzare annualmente una *Conferenza territoriale per la Salute Mentale* che raccolga i diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale nell'ambito della macro-area territoriale;
- attivare *Tavoli Tecnici distrettuali* (composti dai vari attori operanti sia nella gestione locale delle criticità e delle risorse relative alla salute mentale sia nella formulazione e nell'attuazione dei progetti di percorso terapeutico-riabilitativo per gli utenti residenti nel territorio) orientati anche a coordinarsi agli ambiti di programmazione dei Piani di zona;
- attivare, quando necessario, *Gruppi di Lavoro e/o Tavoli Tecnici a livello centrale* per la gestione di problematiche connesse alla programmazione/monitoraggio delle risorse disponibili nel territorio e la riqualificazione/innovazione dei programmi di assistenza.

4.1. La Conferenza Territoriale per la Salute Mentale È il mezzo attraverso il quale l'OCSM assicura le proprie funzioni.

Alla riunione annuale della Conferenza Territoriale per la Salute Mentale, aperta al pubblico e indetta dal Presidente dell'OCSM, partecipano tutti i soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale nell'ambito della macro-area territoriale.

Schematicamente, la composizione della Conferenza Territoriale per la Salute Mentale è così rappresentata:

ASL	Direttore Sanitario
	Direttore Dipartimento ASSI
	Direttore Dipartimento Cure Primarie
	Direttore Dipartimento PAC
	Direttori di Distretto
AO	Direttore Sanitario
	Direttori di DSM
	Responsabili di UOP
	Referenti UONPIA
MMG	Rappresentanti dei MMG e PLS
Enti/associazioni	Referenti erogatori accreditati a contratto
	Rappresentanti dei Comuni
	Responsabili uffici Piani di zona
	Referente Provincia
	Rappresentati organizzazioni volontariato
	Rappresentanti associazioni familiari/utenti
	Rappresentanti terzo settore/cooperative sociali

All'atto dell'assunzione del Regolamento dell'OCSM viene definito l'elenco degli enti, organismi e servizi riconosciuti come componenti iniziali della Conferenza Territoriale per la Salute Mentale e i loro rappresentanti. Tutti gli organismi, istituzioni, comitati, enti esistenti o di nuova formazione, presenti sul territorio, che per la prima volta intendano partecipare alla Conferenza possono far pervenire formale domanda di partecipazione diretta al Presidente dell'OCSM, corredata da una documentazione attestante la propria natura, gli scopi, l'effettiva operatività sul territorio. L'accoglimento della domanda verrà determinato dall'OCSM nella prima riunione utile.

La riunione annuale della Conferenza Territoriale per la Salute Mentale assolve alle seguenti funzioni:

- formulazione di proposte rispetto alla predisposizione/aggiornamento del Patto Territoriale per la Salute Mentale;
- presentazione e discussione delle tematiche trattate a livello dell'OCSM, dei *Tavoli Tecnici Distrettuali*, dei *Tavoli Tecnici a livello centrale* e dei *Gruppi di lavoro*;
- trattazione di tematiche specifiche;
- quant'altro proposto dai componenti e inserito in ordine del giorno.

4.2. Tavoli Tecnici distrettuali o interdistrettuali

I Tavoli Tecnici distrettuali sono strumenti operativi dell'OCSM e intervengono nel contesto della programmazione di cui alla legge 328/2000 (Piani di zona). Essi sono istituiti dall'OCSM e la composizione deve necessariamente prevedere la presenza/rappresentanza del Direttore di Distretto (con funzione di coordinamento amministrativo), del responsabile dell'Ufficio di Piano, e del responsabile delle UO di psichiatria. Di norma, essi riuniscono gli attori con diretta competenza in merito ai compiti assegnati, secondo lo schema seguente:

ASL	Direttore di Distretto
MMG	Rappresentante MMG/PLS
Comuni	Responsabile Ufficio di Piano
	Dirigenti dell'Assessorato con competenza in materia
DSM	Responsabile UOP o suoi referenti (psichiatra, assistente sociale ecc.)
Erogatori privati	Direttore sanitario della struttura che ha in cura il paziente
Terzo settore	Persone, facenti parte di associazioni, che intervengono nel percorso di cura del paziente

I Tavoli Tecnici distrettuali possono comprendere uno o più distretti. Ai Tavoli Tecnici distrettuali l'OCSM affida compiti secondo le tipologie di seguito elencate.

- Raccogliere le indicazioni dell'OCSM per darne attuazione pratica nel rispetto delle specificità locali.
- Esaminare i casi specifici di competenza mista.
- Definire, ove opportuno, intese di programma riguardo a quegli aspetti inerenti la salute mentale che comunemente sono ritenuti rilevanti nell'ambito di una comunità locale, quali a titolo di esempio:

- la situazione abitativa, l'inserimento lavorativo e l'uso del tempo libero nel contesto del PTI;
- l'erogazione di contributi di ordine sociale a tutela dei bisogni di base dei cittadini, comprese forme di supporto all'abitare;
- la tutela giuridica ed economica delle persone con ridotta capacità e/o a lungo istituzionalizzate;
- il coinvolgimento delle famiglie nella realizzazione dei PTI;
- l'eventuale concorso degli utenti alle spese sociali;
- la valutazione di situazioni miste e di confine o pluri-problematiche.

4.3. Gruppi di lavoro/Tavoli Tecnici a livello centrale

I *Gruppi di lavoro/Tavoli Tecnici*, istituiti dall'OCSM a livello centrale, sono finalizzati ad approfondire tematiche specifiche e a eseguire specifiche istruttorie per conto dell'OCSM particolarmente riguardo a problematiche connesse alla programmazione/monitoraggio delle risorse disponibili nel territorio, alla tipologia quali-quantitativa dell'offerta dei servizi, alla riqualificazione/innovazione dei programmi di assistenza, con particolare riguardo ai temi della residenzialità e dei percorsi territoriali, e alla definizione di requisiti, indicatori e protocolli per l'assistenza in casi specifici (per es., minori, quadri misti, doppie diagnosi).

Ne fanno parte di norma gli stessi membri dell'OCSM con una composizione da questi definita. Vi possono altresì partecipare anche soggetti esterni all'OCSM, su invito dello stesso.

5. Note finali

I componenti dell'OCSM esercitano le loro funzioni per un periodo di tre anni dalla nomina. Il regolamento dell'OCSM è oggetto di verifica periodica in conformità con eventuali indicazioni da parte del competente Assessorato Regionale. Le presenti linee guida costituiscono indirizzi operativi nei confronti dei Direttori Generali delle ASL: eventuali difformità devono essere adeguatamente motivate.

INDAGINE E VALUTAZIONE SUL FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANISMI DI COORDINAMENTO DELLA SALUTE MENTALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nel corso del triennio 2009-2011, nell'ambito del finanziamento per i programmi innovativi per la salute mentale, sono state destinate risorse specificamente dedicate alla realizzazione di progetti di area qualità/formazione al fine di sostenere al meglio l'impatto dei nuovi modelli organizzativi e le diverse azioni innovative avviate a seguito del PRSM del 2004.

Nell'ambito di tali progetti di area qualità/formazione sono stati finanziati studi specifici per indagare e valutare aree critiche. Uno di questi studi ha riguardato in modo specifico la valutazione sul funzionamento degli OCSM e integrazione socio-sanitaria.

Nei paragrafi successivi vengono descritti i risultati di tale studio condotto dall'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) (Cicoletti D., Lo Schiavo M., 2012).

I primi anni di lavoro degli OCSM

Nel corso della ricerca, i primi periodi di attività degli OCSM sono stati raccontati in termini molto differenti. Le diverse esperienze si possono raggruppare lungo un continuum in cui a un estremo abbiamo incontri caratterizzati da dinamiche rigide, formali, “passerelle per coloro che volevano utilizzarle”. Il clima riproduce le distanze fra coloro che hanno posizioni importanti e di responsabilità dentro le organizzazioni sanitarie e coloro che chiamati a partecipare si pongono in una situazione di dipendenza e di ascolto passivo: “i primi tempi facevamo proprio fatica a capire di che cosa si parlava, ci voleva un traduttore!”. Sono incontri convocati formalmente, con una debole attenzione alla preparazione dei gruppi di lavoro, alla predisposizione di materiali per facilitare il dialogo e la partecipazione, riunioni che si giocano prevalentemente nel qui e ora, senza un tempo prima e dopo l’incontro curato da qualcuno.

All’altro estremo ci sono situazioni in cui c’è un’attenzione da parte dei direttori sanitari di evitare riunioni *passerella*, preparando gli incontri anche con colloqui e scambi prima e dopo, cercando di sviluppare tematiche di interesse locale, adattando i mandati regionali ai problemi territoriali.

In tutti i casi comunque ci si rende presto conto che il funzionamento di un dispositivo organizzativo che raggruppa molteplici soggetti, molto diversi tra loro in termini di risorse professionali, aspettative e rappresentazioni circa il funzionamento dei servizi richiede un lavoro dedicato che non può esaurirsi solo grazie all’impegno del direttore sanitario e della sua segreteria tecnica.

Il consolidamento degli OCSM

In alcune ASL viene operata la scelta di individuare dei referenti tecnici per l’OCSM. Sono figure differenti (un medico psichiatra che aveva lavorato a lungo nei servizi del DSM, funzionari del Dipartimento PAC particolarmente attivi, referenti dei servizi di salute mentale se già presenti nelle ASL) ma con alcune caratteristiche comuni:

- forte interesse e investimento personale e professionale nel nuovo ruolo di responsabili operativi dell’OCSM;
- una spiccata sensibilità al lavoro di rete attraverso incontri, elaborazione di documenti, contatti informali per sostenere e facilitare il lavoro dell’OCSM;
- curiosità e interesse a sviluppare conoscenze sulla gestione dei gruppi di lavoro e la conduzione dei gruppi. Nel corso delle interviste condotte durante la ricerca, alcuni dei referenti che operavano nelle ASL hanno descritto il primo periodo di lavoro negli OCSM come di seguito riportato: “Ci troviamo a gestire situazioni molto delicate dove per lo più sono più importanti competenze sulla gestione delle dinamiche di gruppo che conoscenze tecnico-professionali sui temi della psichiatria...” “È un capovolgimento di fronte rispetto al metodo di lavoro cui eravamo abituati a realizzare. Qui si tratta di costruire insieme ad altri le premesse che ga-

rantiscano la possibilità di scambiare informazioni, individuare e condividere i problemi, cercare le soluzioni in una parola progettare con altri”.

In questa fase gli OCSM cominciano a organizzarsi in tavoli tematici e, pur con qualche difficoltà che riprenderemo dopo, in tavoli distrettuali. Parallelamente anche dalla Regione arrivano agli OCSM mandati e indicazioni, come per esempio la gestione di linee guida comuni per il TSO, la gestione della spesa e dei servizi residenziali, l'attenzione allo sviluppo di servizi di residenzialità leggera, il monitoraggio e la valutazione dei programmi innovativi.

L'organizzazione degli OCSM

Le modalità messe in atto dalle diverse ASL circa l'organizzazione dell'OCSM possono essere raggruppate anche in questo caso lungo un continuum in cui ai due estremi si collocano:

- OCSM gestiti in maniera diretta dal Direttore Sanitario (DS) e dalla sua segreteria che svolge una funzione prevalentemente di supporto gestionale (convocazioni, invio verbali, archivio documenti);
- OCSM coordinati da un referente per il DS o da altro personale ASL dedicato all'area della salute mentale. In alcuni casi, come per esempio Milano, si tratta di un servizio complesso di salute mentale all'interno del Dipartimento PAC che presiede i lavori dell'OCSM, cura le ricerche e l'elaborazione dei dati, promuove iniziative di rete, dialoga con la Regione nelle rideterminazioni dei budget. Un caso simile è presente nell'ASL di Varese dove i referenti del servizio salute mentale si occupano del funzionamento dell'OCSM.

Come anticipato prima in mezzo a questi due estremi ci sono una varietà di situazioni differenti.

In molti casi è stato riscontrato un interesse e un impegno da parte di coloro che sono investiti della responsabilità del funzionamento dell'OCSM per orientarne i lavori con un approccio di *problem solving*.

Il funzionamento degli OCSM

L'analisi sul campo ha contribuito a descrivere l'esperienza dei 15 OCSM lombardi, mettendone in evidenza le principali caratteristiche strutturali e anche quelle più trasversali.

In particolare sono organismi diffusamente composti dai diversi rappresentanti di ASL, AO, Comuni, ambiti territoriali (piani di zona), terzo settore e associazionismo. Possono essere previste presenze e partecipazioni altre: polizia municipale, magistratura, scuola, Province.

In generale gli organismi rispecchiano le indicazioni regionali in relazione a finalità e obiettivi e attività previste, mentre variano molto le modalità attraverso le quali si stabilisce il raggiungimento degli obiettivi: composizione di tavoli distrettuali, tematici, gruppi di lavoro, commissioni tecniche e altro pur rientrando tra le tipologie indicate dalla Regione.

La capacità produttiva degli OCSM ne identifica anche la funzionalità e la reale contiguità con i temi trattati. L'insieme degli indicatori utilizzati e proposti nell'analisi e la loro lettura/interpretazione mette nelle condizioni di individuare tipologie di organismi di coordinamento con carattere formale e organismi con un più spiccato collegamento alla realtà dei servizi.

Emerge la presenza di organismi 'formali', dove l'OCSM è aderente in tutto al mandato regionale e tende ad agire entro confini ben delineati, riducendo spesso la propria attività al tema dell'appropriatezza con la formalizzazione di commissioni tecniche di valutazione dei casi che ne esauriscono il mandato.

Ci sono d'altra parte OCSM che potrebbero essere definiti più 'sostanziali', in cui l'attività è costantemente aggiornata con i dati del territorio, dove si cerca di mantenerne ben saldo il ruolo come perno della programmazione territoriale nell'ambito della salute mentale.

Questo significa per gli OCSM entrare in contatto diretto con il tema dell'integrazione in tutte le sue diverse accezioni e modulazioni: alcuni organismi sono maggiormente centrati sull'attivazione di uno scambio di informazioni tra servizi e soggetti attivi sul territorio, altri sono impegnati in un'intensa attività di interazione tra le parti, con l'organizzazione di numerosi incontri nel corso dell'anno e obiettivi molto centrati sulla ricognizione di dati e sulla loro analisi, infine ci sono OCSM che in questi anni hanno maturato un ruolo di coordinamento nello sviluppo dell'integrazione tra servizi, istituzioni, organizzazioni, soggetti provando a costruire/incentivare progettualità nuove, sulla base di quanto emerso dalle analisi effettuate nell'ambito del coordinamento. Quest'ultima modalità di lavoro non è presente in molte realtà, richiede un certo percorso di maturazione non solo dell'OCSM, ma anche dei servizi sul territorio, inclusi i servizi sociali, si appoggia spesso su una pregressa esperienza di coordinamento nell'ambito della salute mentale, oppure sulla presenza di una struttura di lavoro, che si occupa del funzionamento dell'OCSM.

Ci sono alcune altre risorse importanti sulle quali gli OCSM, soprattutto nella seconda fase (dal 2008 a oggi), hanno potuto contare. Potremmo individuarle come tensioni verso un posizionamento ampio degli OCSM nel complesso sistema.

In primo luogo la possibilità di scambio e contatti che avviene ed è avvenuta grazie alla conoscenza pregressa fra referenti tecnici degli OCSM: questo consente e ha consentito di costruire un *know-how* rispetto all'esperienza degli organismi, di attivare modalità di confronto e di superare una certa frammentarietà nelle pratiche di conduzione degli OCSM.

Le figure che hanno coordinato gli OCSM in questi anni, garantendo la continuità d'azione e la coerenza con il mandato istituzionale regionale oltre che con il mandato costruito localmente dagli organismi, hanno provato a gestire gli aspetti organizzativi confrontandosi con OCSM vicini, anche senza attivare collaborazioni formali. In par-

icolare per la stesura dei regolamenti, per l'organizzazione delle conferenze territoriali si sono realizzati scambi di esperienze (Lodi e Pavia, Lecco e Varese).

Un'altra risorsa su cui gli OCSM hanno potuto contare è la storia locale della psichiatria e dei suoi servizi: ogni territorio ha infatti una sua specificità e l'OCSM è diventato il luogo istituzionale per rappresentarla, valorizzarla e promuoverla.

Criticità rilevate nell'esperienza degli OCSM

Gli OCSM hanno maturato un'esperienza tale da poter mettere a fuoco alcune criticità reali e già rilevate, su cui sembrano poterci essere margini di azione sia a livello locale sia a livello regionale.

In particolare dagli OCSM emerge un segnale di isolamento sia nella relazione con la Regione sia nella relazione *orizzontale* con gli altri OCSM.

Nella pratica alcuni OCSM segnalano una certa difficoltà ad avere interazioni con la Regione per le questioni organizzative e di contenuto che spesso l'OCSM si ritrova a trattare e gestire.

Altri OCSM segnalano un rischio di isolamento e di autoreferenzialità molto forte nell'esperienza del singolo organismo di coordinamento, se vengono a mancare i riferimenti di confronto orizzontali con altri OCSM, la possibilità di scambiare informazioni operative, ma anche tecniche e metodologiche sulla programmazione, sulla stesura dei documenti, sull'organizzazione delle conferenze e il conseguente coinvolgimento di esperti o altri interlocutori.

Spesso questo rischio di isolamento o di autoreferenzialità si aggiunge a una domanda di sostegno più generale, rivolta da alcuni referenti organizzativi degli OCSM e da alcuni direttori sanitari. Si sente in particolare il bisogno di accompagnare gruppi di lavoro, di sostenerli, di fornire maggiori strumenti di lavoro e di non possedere sempre le competenze necessarie per fare questo.

Se questa criticità rilevata è specifica dell'OCSM e fa riferimento ad aspetti metodologici, vi sono poi questioni più ampie maggiormente in collegamento con i temi e i problemi trattati all'interno dei coordinamenti, ma anche dei servizi per la salute mentale.

Una questione particolarmente difficile da trattare e da gestire negli OCSM è quella dell'integrazione socio-sanitaria fra servizi psichiatrici e Comuni: la carenza di risorse (tanto per i Comuni che le AO e le ASL) fa emergere un rischio di delega reciproca, per la non possibilità di sostenere i costi per esempio in tema di residenzialità leggera, e quindi la conseguente creazione di barriere pregiudiziali allo scambio, al confronto e alla ricerca di modalità di gestione praticabili e utili ai problemi.

Il contributo degli OCSM al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla delibera regionale

La ricerca si è posta l'obiettivo di cercare di capire in che misura l'attività dell'OCSM ha consentito di raggiungere gli obiettivi previsti dal mandato istituzionale. Come

detto in precedenza l'ampiezza del mandato regionale dava ampia discrezionalità alle Direzioni Sanitarie nell'individuare le modalità e le azioni finalizzate a interpretare il mandato. E in parte questo è avvenuto come abbiamo visto attraverso diverse modalità e investimenti per supportare il funzionamento dell'OCSM.

Per valutare il contributo degli OCSM al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla delibera regionale utilizziamo anche gli esiti del questionario di autovalutazione somministrato ai partecipanti delle conferenze di valutazione (vedi Figura 14.1) che, in generale, sono in linea con quanto emerso nel corso dei *focus group* organizzati a livello locale.

I dati riportati nella Figura 14.1 sono dati medi regionali. I voti medi regionali descrivono una realtà in cui gli OCSM hanno effettivamente svolto un ruolo importante in questi anni, sia sul versante delle attività consuete di verifica e valutazione delle attività di psichiatria e neuropsichiatria sia sul versante delle proposte di linee strategiche, riconoscendo all'organismo funzioni importanti anche rispetto al significato politico dello strumento. Di seguito affrontiamo obiettivo per obiettivo integrando il giudizio dato dai referenti degli OCSM con le riflessioni emerse dal confronto nelle conferenze di valutazione.

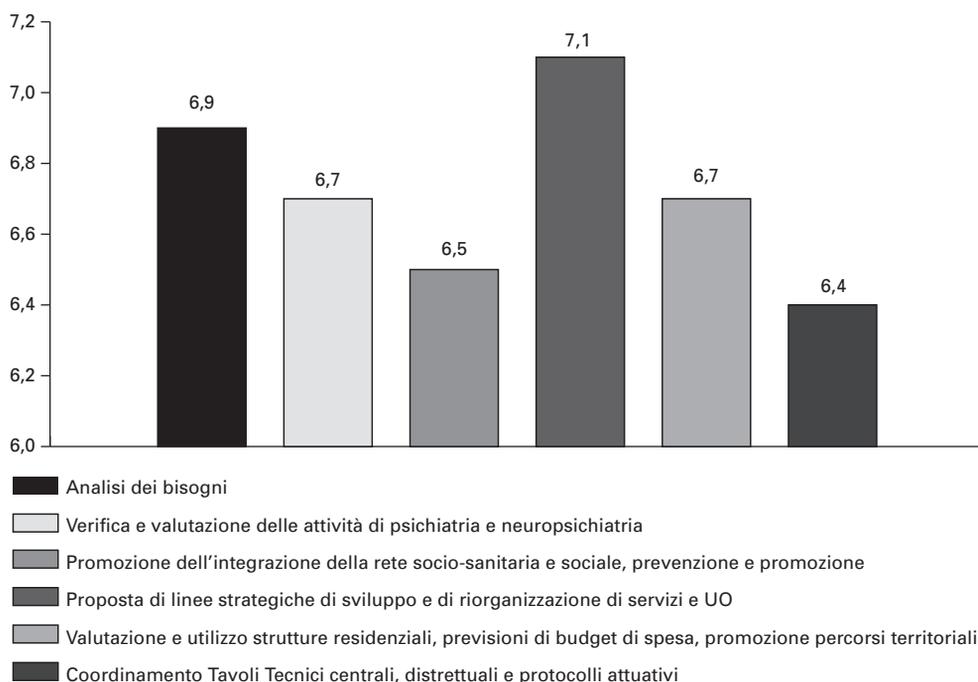


FIGURA 14.1 Votazione da 1 a 10 in relazione al raggiungimento degli obiettivi degli OCSM (Circolare I9/SAN del 16-5-2005 - *Indirizzi operativi per l'istruzione e la regolamentazione dell'OCSM*). Dato medio Regione Lombardia, base dati 183 questionari di autovalutazione dei componenti degli OCSM.

Analisi dei bisogni e delle risorse

L'analisi e la mappatura dei bisogni e delle risorse è stato un oggetto di lavoro che ha impegnato e impegna tuttora il lavoro degli OCSM. I servizi della psichiatria, d'altro canto, sono chiamati puntualmente a raccogliere i dati di attività ed epidemiologici da trasmettere alle ASL e alla Regione attraverso il sistema di analisi ed elaborazione dei dati chiamato PSICHE. Al di là dei problemi che questa raccolta comporta per gli operatori nei servizi e dell'uso che ciascun DSM fa al suo interno, la base dati si è rivelata un utile strumento per attivare e sostenere riflessioni a partire da informazioni provenienti dai servizi. In qualche modo le ASL attraverso elaborazioni ed estrapolazioni dei dati, anche a partire dai flussi di PSICHE, hanno potuto istruire molti dei lavori dei tavoli tematici, come per esempio quelli sull'area della residenzialità e della residenzialità leggera, gli avviamenti al lavoro, lo stato di salute epidemiologica di un territorio per l'emersione di nuove tendenze nelle patologie che si riversano poi sulle organizzazioni del territorio attraverso la domanda di servizi.

Emerge in generale una consapevolezza da parte di chi gestisce gli OCSM che “i dati costituiscono uno strumento molto importante per poter ragionare insieme ad altri sulla costruzione e definizione dei problemi, sulla loro evoluzione nel territorio, sostengono possibili progettualità, aiutano anche i gruppi a trovare convergenze e ad appoggiarsi su dati di realtà”.

Nel questionario di autovalutazione in media il voto dato agli OCSM per l'analisi dei bisogni è pari a 6,9. In tutte gli incontri è stato menzionato questa attività come una parte consistente e importante del lavoro degli OCSM.

Nel corso delle interviste, da parte di molteplici soggetti che partecipano agli OCSM è stato riportato che: “Il fatto di ritrovarsi tutti insieme, DSM, Associazione dei famigliari, cooperative che erogano servizi, privato accreditato, Provincia e ASL ha fatto sì che ciascuno portasse la propria rappresentazione dei bisogni degli utenti che intercetta con la sua attività”.

Le realtà associative segnalano anche:

“Il timore che i bisogni dei pazienti e dei famigliari poi non vengano accolte in un contesto dove pesa la gerarchia professionale o che comunque anche i nostri contributi poi non riescano a incidere sull'organizzazione e ridefinizione dei servizi...”. Inoltre, hanno riferito:

“Nel tempo abbiamo capito meglio come funzionava l'OCSM e quindi anche quale contributo potevamo portare come soggetti accreditati per offrire servizi. All'inizio non è stato facile, anche perché per noi era un'esperienza nuova”.

In generale, la possibilità di partecipare a un unico tavolo che si sforza di lavorare in una prospettiva di sintesi delle diverse posizioni in campo, rispondendo in maniera più o meno consapevole a dinamiche ed equilibri territoriali, ha costituito per tutti i soggetti coinvolti una risorsa da cogliere.

Verifica e valutazione delle attività di psichiatria e neuropsichiatria

Il ruolo dell'ASL dentro l'OCSM ha orientato il lavoro del tavolo sottolineando proprio questo obiettivo strategico. Alcuni OCSM hanno fatto di questo obiettivo uno dei loro assi principali di lavoro, nel senso che hanno cercato di collegare l'analisi dei bisogni e la riorganizzazione dei servizi in funzione di una valutazione delle attività di psichiatria. Si conferma in questo caso lo sforzo da parte dell'ASL di individuare con lavori istruttori degli indicatori di efficacia ed efficienza delle attività. Alcuni OCSM hanno utilizzato il mandato regionale sulla riorganizzazione dei servizi residenziali proprio per mettere in agenda i flussi in entrata e in uscita dai servizi residenziali del territorio, i costi per invio in strutture fuori provincia, la correlazione fra tipo di patologia e struttura assegnata o permanenza in struttura. Altri OCSM si sono spinti anche a definire dei valori come obiettivo da raggiungere nel corso dell'anno per quanto riguarda ingressi e uscite dalle strutture. Gli incontri degli OCSM in questo senso costituiscono un momento molto importante per tutti i partecipanti per condividere una prospettiva di lavoro, supportata e argomentata con dati empirici, e ragionare intorno al raggiungimento degli obiettivi e a eventuali scostamenti rispetto al valore target individuato precedentemente.

A fronte di esperienze positive in questo senso in alcuni OCSM, altri segnalano una evidente difficoltà e arretratezza nel perseguire questo obiettivo. Sono situazioni in cui per diverse ragioni l'ASL non è riuscita nell'identificarsi e promuovere come soggetto terzo fra DSM e altri attori del territorio, lasciando (o subendo) maggiori spazi di azione e di decisione ai DSM delle AO. In alcune situazioni questo è avvenuto anche nel corso delle conferenze di valutazione.

Per tutte queste ragioni anche il valore medio attribuito nei questionari di autovalutazione all'obiettivo regionale di verificare e valutare le attività di psichiatria e neuropsichiatria è elevato, in media 6,7.

Proposta di linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione di servizi e Unità Operative

L'obiettivo di riorganizzazione dei servizi e proposte di linee strategiche di sviluppo ha ottenuto nel questionario di autovalutazione il punteggio più elevato: 7,1. Nelle conferenze di valutazione è stato da più parti sottolineato il contributo che l'OCSM ha avuto nell'individuazione delle modalità più sostenibili di attuazione delle indicazioni regionali. L'attenzione in questi ultimi anni si è focalizzata in particolare sulla riorganizzazione dei servizi residenziali con un duplice obiettivo:

- a. qualificare l'offerta in relazione alle diverse tipologie di utenti, riducendo quanto possibile permanenze improprie in struttura per quanto riguarda sia la durata sia le dimensioni terapeutico riabilitative e il tipo di utenza;
- b. avviare sul territorio progetti di residenzialità leggera, obiettivo regionale fortemente sostenuto dalle associazioni di familiari.

Promozione dell'integrazione della rete socio-sanitaria e sociale e coordinamento dei tavoli tecnici centrali, distrettuali e protocolli attuativi

Più critiche, nonostante il voto sufficiente dei questionari di valutazione, le rappresentazioni raccolte rispetto agli altri due obiettivi previsti dalla Delibera regionale che istituiva l'OCSM:

- la promozione dell'integrazione della rete socio-sanitaria e sociale (6,5);
- il coordinamento dei tavoli tecnici centrali, distrettuali e protocolli attuativi (6,4).

L'ipotesi che è emersa nelle conferenze di valutazione, e discusso con i referenti degli OCSM è che, rispetto al tema dell'integrazione e del coordinamento, gli attori hanno rappresentazioni per lo più diverse, non sempre esplicite o che riescono a essere esplicitate, e che pertanto condizionano sia le attese che ciascuna riversa sull'OCSM sia le valutazioni finali.

Integrazione nell'area sanitaria, socio-sanitaria e sociale è una parola che esprime un concetto generico cui non si può non essere d'accordo. Eppure la medicina, così come le professioni sociali sono fatte di specializzazioni (pensiamo solo nel campo della psichiatria i diversi indirizzi, scuole e approcci presenti); le istituzioni ragionano per separazioni, perché questo aiuta a scomporre e delimitare i problemi e per certi versi a renderli più trattabili o per scomposizione territoriali (dentro un DSM ci possono essere più Unità Operative e non è detto che il dialogo interno sia improntato a criteri di integrazione); per affinità (pensiamo per esempio alle associazioni dei famigliari e al loro moltiplicarsi e alla difficoltà che incontrano quando si tratta di individuare un referente, di vedersi riconosciute e rappresentate).

I processi di integrazione quindi devono tenere conto di un approccio alla realtà che necessariamente va in un'altra direzione: la scomposizione, la semplificazione, l'appartenenza ecc. L'integrazione spinge in una direzione contraria rispetto a questa naturale tendenza alla separazione. L'integrazione allora si configura come un processo nel quale singole parti riescono a mettersi insieme per produrre o realizzare qualche cosa che da soli non riescono/possono fare. Realizzare questo importante e cruciale obiettivo (per la complessità dei problemi trattati nell'area della salute mentale) richiede dei passaggi intermedi, altrettanto importanti e non secondari, che conviene esplicitare.

L'ESSERCI

Non si può parlare di integrazione se qualcuno degli attori che ha un interesse nei confronti della posta in gioco non c'è. In questo caso l'OCSM rappresenta una risorsa perché consente agli *stakeholder* dei servizi psichiatrici di condividere uno stesso momento di lavoro.

LA POSSIBILITÀ DI CONOSCERSI

Non basta esserci fisicamente ma è importante anche avere la disponibilità all'ascolto, pazientare se un certo tema o argomentazione non è di proprio interesse, interrogarsi

su che cosa si è chiamati a fare in quanto referenti di organizzazioni che ci hanno dato mandato ma anche come responsabili per una quota parte del funzionamento del dispositivo organizzativo cui partecipiamo. Sotto questo aspetto abbiamo raccolto molte valutazioni positive da parte sia dei direttori di DSM che dei referenti delle associazioni dei famigliari e del privato accreditato. L'OCSM ha costituito uno strumento per poter mettere su uno stesso piano relazioni che fino ad allora certamente c'erano ma erano per lo più "bilaterali" (per es. fra DSM e le singole associazioni che di volta in volta interloquivano con i responsabili dei servizi psichiatrici).

UNO SPAZIO PER SCAMBIARE

Questo appare un risultato acquisito dalla stragrande maggioranza dei referenti nei diversi OCSM incontrati. La possibilità di incontrarsi anche con altri ha fatto sì che relazioni duali come abbiamo detto si trasformassero in relazioni plurali e che, soprattutto, da relazioni di carattere rivendicativo o vissute come tali, si sia passati a relazioni improntate allo scambio e alla conoscenza. Ci preme sottolineare questo aspetto che rischia di essere dato un po' per scontato ma che nelle conferenze è stato più volte evidenziato e valorizzato. Prima degli OCSM gli scambi fra le parti in gioco avvenivano prevalentemente sulla base di rivendicazioni (non è certo in discussione la legittimità di questo atteggiamento) che si caratterizzavano per:

- non essere a disposizione di tutti (chi riesce ha la forza per farlo, può e riesce a organizzarsi; altri restano sullo sfondo solo perché non hanno una forza che li sostiene);
- essere incentrati sulla logica del *win-lose*: ottenere qualche cosa (o non ottenere) va a discapito di chi la concede (o non la concede);
- ostacolare la possibilità di mettersi nei panni degli altri (se l'interlocutore è la controparte, mi scontro fino a ottenere ciò che riesco a prescindere dalle sue argomentazioni).

LA COSTRUZIONE DI PARTNERSHIP PER FARE COSE INSIEME

Costruire accordi nei quali ciascuno possa realizzare il compito primario della sua organizzazione insieme ad altri è un ulteriore importante passaggio verso l'integrazione. Anche in questo caso è importante sottolineare le differenze per meglio apprezzare esiti significativi dell'attività degli OCSM che altrimenti rischierebbero di essere svalutati. Per esempio, stabilire delle procedure per il TSO nei quali ciascun attore chiamato a intervenire in questa delicata e complessa procedura possa realizzare il suo compito è un passo importante verso l'integrazione dei servizi. Così la forza pubblica, gli amministratori locali, il medico di medicina generale, il medico responsabile del caso, un operatore dell'équipe curante e il personale del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura hanno costruito una cornice dentro la quale perseguire il proprio compito primario accanto ad altre organizzazioni. Esempi positivi di partnership costituiscono prassi importanti per aumentare il capitale di fiducia nel sistema delle relazioni fra organizzazioni e fra professionisti.

Una criticità in questo senso è rappresentata dal passaggio tra la condivisione di una procedura e l'approvazione di un protocollo e la sua implementazione. La possibilità concreta di implementare procedure e protocolli progettati e approvati anche grazie al lavoro dell'OCSM chiama in causa aspetti del funzionamento organizzativo che non si esauriscono nell'OCSM. Alcuni direttori dei DSM hanno infatti evidenziato che le difficoltà maggiori si incontrano quando si tratta di calare dentro i servizi del DSM le decisioni prese dall'OCSM. Una modalità interessante messa in campo per cercare di trattare questo aspetto è quella di coinvolgere fin dalla fase di progettazione professionisti con ruoli di responsabilità e un interesse specifico sul tema trattato. In questo modo è possibile superare alcune inerzie presenti in organizzazioni complesse come i DSM, fare leva sull'interesse e la partecipazione diretta di professionisti che poi si incaricano in prima persona di diffondere all'interno del proprio servizio gli esiti del lavoro di gruppo, avendo magari anche coinvolto i colleghi nella fase di elaborazione dei dati e di progettazione del protocollo.

L'integrazione per realizzare prodotti diversi

L'ipotesi avanzata nel corso delle Conferenze di valutazione è che l'integrazione è un obiettivo molto consistente da raggiungere se per integrazione consideriamo tutte quelle iniziative e processi che consentono a due o più soggetti di mettere insieme competenze professionali, risorse economiche, reti di conoscenza, sguardo sui problemi per realizzare iniziative e servizi che da soli non sarebbero in grado di produrre. Da questo punto di vista gli OCSM non sembrano aver prodotto esperienze significative e, d'altro canto, poteva sembrare ingenuo pensare che bastasse l'attivazione di un tavolo per riuscirci.

Come abbiamo cercato di dimostrare e come supportato anche dalle riflessioni emerse dalle conferenze e dai dati di autovalutazione dei questionari l'OCSM ha consentito di:

1. allargare la rete dei soggetti che interagivano nell'ambito della progettazione e attuazione dei servizi dell'area della salute mentale. Si è passati da relazioni prevalentemente duali (fra medico e familiari dei pazienti, fra DSM e associazione, DSM e Comune) a relazioni fra più soggetti in interazione fra di loro sotto la garanzia dell'ASL come soggetto terzo. Gli OCSM hanno dato un contributo massiccio alla diffusione della conoscenza tra i diversi soggetti coinvolti. I dati del questionario di autovalutazione lo confermano (voto medio regionale di 7,8 con un netto stacco sugli altri contributi dell'OCSM). La situazione precedente era infatti caratterizzata da una certa frammentazione, che difficilmente riusciva a trovare un luogo di ricomposizione, se non nelle linee programmatiche regionali. L'organismo ricomponne in qualche modo la separazione normativa della legge 31 che assegna tutta la salute mentale in capo ai DSM e quindi alle AO, restituendo un ruolo di regia e coordinamento alle ASL;

2. scambiare informazioni e conoscenze fra i soggetti coinvolti “superando alcuni pregiudizi che avevamo nei confronti del nostro interlocutore...” oppure ancora “scoprendo che ci si poteva mettere in una posizione di ascolto e non di difesa ...”. Scambio che ha prodotto una conoscenza più diretta e approfondita e che quindi consente di considerare l’altro soggetto organizzativo un po’ di più nella sua realtà, con vincoli e risorse, e non solo legato alle proprie attese, aspettative e rappresentazioni;
3. contare su una quota crescente di “fiducia sociale” che ha consentito di declinare i mandati regionali (riorganizzazione servizi residenziali; protocolli per TSO; valutazione dei casi e analisi della spesa; monitoraggio dei progetti [programmi] innovativi, secondo strategie locali dentro le quali ognuno potesse almeno per una parte riconoscersi).

Prospettive per supportare gli OCSM dentro una politica pubblica orientata all’integrazione dei servizi socio-sanitari

Come si è cercato di rappresentare in questo report, la valutazione sul funzionamento degli OCSM ha prodotto alcuni esiti molto interessanti che proviamo a sintetizzare:

1. ruolo di terzietà dell’ASL, che facilita lo scambio e il confronto fra soggetti e organizzazioni altrimenti in posizione più gerarchica e duale;
2. crescita sul territorio di figure di riferimento per gli OCSM: operatori, funzionari, professionisti di diversa provenienza ma tutti accomunati da un investimento diretto e personale sul buon funzionamento degli OCSM, sotto il profilo dei contenuti e/o quello del sostegno organizzativo fondamentale per riuscire a far lavorare un dispositivo come l’OCSM;
3. allargamento delle reti di relazione, di scambio e conoscenza fra soggetti del territorio che trattano problemi di rilevanza collettiva (monitoraggio programmi innovativi, contenzione, ritorno sul territorio dei pazienti dimessi da OPG, chiusura degli OPG);
4. trasparenza della spesa e ricerca di una strada verso l’appropriatezza della spesa, a partire dai servizi residenziali.

Quelli appena elencati sono esiti del lavoro di questi anni degli OCSM, dei loro presidenti, dei referenti operativi e tecnici, delle organizzazioni che hanno contribuito con la loro partecipazione, presenza e impegno a fare sì che questo dispositivo assumesse un ruolo e una identità per i soggetti che vi partecipano. In alcuni OCSM c’è stata un maggior impegno, sforzo e tenacia nel perseguirli, trovando anche condizioni favorevoli fra cui:

- ruolo della presidenza dell’OCSM e continuità fra figure di responsabilità, in particolare nelle ASL. Cambiamenti nelle DS hanno per lo più interrotto percorsi che

stavano iniziando o, viceversa, introdotto forti spinte al cambiamento per gli OCSM chiamati a passare dalla fase formale e autoreferenziale a una fase più operativa e concreta;

- esperienze che pre-esistevano all'OCSM e che hanno tracciato in qualche modo il solco per il suo funzionamento;
- superamento di logiche di parte, di schieramento, difensive alla ricerca di modalità diverse di funzionamento interno alla propria organizzazione e nei confronti degli altri;
- realizzazione di prodotti tangibili per l'OCSM, come per esempio la definizione di protocolli o procedure, le valutazioni dei programmi innovativi, la verifica della spesa e la sua appropriatezza, l'attivazione di contratti con nuove strutture ecc.

I risultati positivi si accompagnano a elementi critici, fattori di rischio per il futuro degli OCSM. Alcuni dei referenti esprimono elementi di stanchezza: “tanti anni di lavoro per l'OCSM ma non mi sembra di aver portato a casa gran che...”, di debolezza: “non riesco a gestire tutto il lavoro dell'OCSM che poi è una quota parte del mio tempo lavoro, dovendo occuparmi anche di aspetti amministrativi e gestionali che mi portano via tanto tempo e che potrebbero essere trasferiti su un'altra figura interna all'azienda, liberando tempo ed energie per occuparmi delle attività dell'OCSM e dell'integrazione fra servizi”.

È possibile provare a tracciare una mappa dei fattori critici del funzionamento degli OCSM provando per ciascuno di essi a individuare alcune possibili leve e attenzioni da tenere che aiuti a una loro gestione.

Rappresentare i processi di integrazione socio-sanitaria

Il sostegno dei processi di integrazione fra servizi socio-sanitari e servizi sociali costituisce una delle maggiori difficoltà per l'OCSM. Nel corso delle conferenze sono emerse diverse ipotesi in ordine a tale difficoltà:

- l'acuirsi della crisi economica e della ristrettezza di budget aumenta atteggiamenti difensivi, alimenta timori che partecipare a processi di progettazione possa significare “accollarsi” spese che il settore sanitario tende a trasferire sui comuni, porta a ritardare le decisioni che implicano responsabilità di budget;
- le difficoltà a sperimentare integrazione a livello locale fra sociale e sanitario vengono ricondotte anche alla dualità presente negli atti legislativi e deliberativi della Regione, anch'essa impegnata a promuovere integrazione al suo interno;
- identità professionali che tendono a irrigidirsi invece che cercare lo scambio. Di fronte a percorsi incerti di terapia e riabilitazione, alla necessità di fronteggiare situazioni di cronicità non sempre si è disposti a superare il paradigma della cura intesa come guarigione, che prevede la presenza di relazioni duali e dissimmetriche fra l'esperto e il paziente per abbracciare quello della cura come *prendersi cura* che prevede la presenza di molteplici soggetti, con conoscenze e competenze di-

verse, che interagiscono fra di loro per identificare possibili problemi da affrontare e gestire in modo sufficientemente condiviso.

Eppure se si considera l'integrazione come un processo incerto, lungo, difficile contrassegnato da piccoli esiti e qualche sconfitta, l'OCSM rappresenta comunque un'opportunità per incontrarsi, definire le agende, condividere i problemi e cercare soluzioni.

In questo senso allora può essere utile rappresentare di più quelle buone pratiche di integrazione che ci sono state a livello locale e le modalità con le quali sono avvenute. Pensiamo, per esempio, al coinvolgimento dei medici di medicina generale nei percorsi di cura dei pazienti psichiatrici. In alcuni territori sono stati segnalati dei percorsi interessanti, che si snodano fra non poche fatiche e difficoltà, che non sempre intercettano una parte significativa dei professionisti, eppure costituiscono un passo avanti, piccolo ma necessario verso un coinvolgimento di più figure professionali nei percorsi di cura. Oppure esempi di integrazione nei servizi di residenzialità leggera, in cui i diversi attori partecipano con competenze specifiche apportando risorse diverse.

Come è stato più volte segnalato dai partecipanti alle conferenze di valutazione, l'integrazione fra sociale e sanitario a livello locale è in parte collegata alla capacità di integrazione fra questi due ambiti che si riesce a realizzare a livello regionale. Per cui maggiori saranno le difficoltà a livello regionale maggiori saranno anche gli ostacoli che sul territorio gli attori locali incontreranno nella realizzazione dei processi di integrazione. D'altro canto a livello territoriale è forse possibile, per la minore complessità di sistema e per l'interesse specifico delle diverse organizzazioni in campo, promuovere iniziative per realizzare servizi più integrati. Si tratta allora, là dove questo in qualche modo avviene, di evidenziare di più la buona pratica, non tanto per farne un esempio da replicare, quanto per fornire uno stimolo ad altri.

Qui si apre un'area di miglioramento molto ampia, che deve abbandonare modalità di intervento rigidamente burocratiche, costellate da difese autoreferenziali, con l'obiettivo di incidere profondamente su atteggiamenti, motivazioni, assunzioni di responsabilità, stili di lavoro e modelli organizzativi idonei a sviluppare, anche metodologicamente, la cultura dell'integrazione e a favorirne la pratica nelle relazioni tra enti e servizi.

Sostenere i rapporti fra Regione e OCSM

Gli OCSM costituiscono uno degli strumenti di una politica pubblica finalizzata a qualificare i servizi dell'area psichiatrica sul territorio attraverso forme di partecipazione e coinvolgimento. Come si è visto, la Regione ha attribuito alle ASL una larga autonomia nel realizzare i processi di integrazione e monitoraggio, all'interno di un quadro di orientamenti descritto prima nel PRSM e successivamente ripreso nel PSSR. Una scelta coraggiosa che la Regione ha fatto e, secondo il parere di molti, anche sensata

e innovativa. Le condizioni organizzative nella quale questa scelta è maturata sembrano però essersi molto modificate in questi anni.

Al di là delle note polemiche emerse nel corso dell'indagine, ci sembra interessante cogliere il nodo di fondo di quanto è stato riportato. La complessità dei mandati per l'OCSM, la delicatezza del momento storico che le organizzazioni di servizi pubblici e dell'area psichiatrica stanno attraversando, richiedono uno sforzo supplementare di coesione, raccordo, contatto fra diversi livelli di governo. Se l'autonomia auspicata e responsabilizzante si trasforma in distanza rischia di essere vissuta come conferma di alcuni pregiudizi diffusi anche fra gli operatori secondo cui la psichiatria è residuale dentro la sanità, è il settore meno redditizio, che non guarisce dalla patologia e che quindi risulta meno illustre di altri ambiti sanitari.

Accompagnare la crescita di competenze dentro gli OCSM

Alcuni degli interlocutori operativi con ruoli di responsabilità negli OCSM hanno espresso la domanda di poter trovare dei supporti al loro lavoro. In particolare di seguito riportiamo alcune prime possibili indicazioni:

- l'attivazione di gruppi di referenti degli OCSM che possono scambiare informazioni, pareri, esperienze su tematiche trattate negli OCSM e le loro prassi operative;
- la possibilità di partecipare a percorsi di formazione sul campo che aiutino a rileggere le esperienze accumulate fino a qui e sviluppare apprendimenti su aspetti che si sono rilevati fino a qui più critici, come per esempio la gestione e la conduzione dei gruppi, la progettazione integrata e il lavoro di rete.

BIBLIOGRAFIA

- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan), *Journal of Medicine and the Person*, 3(2): 71-73.
- Cicoletti D., Lo Schiavo M. (2012) *Rapporto di ricerca, Indagine e valutazione sul funzionamento degli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale e integrazione socio-sanitaria*, IRS, Milano.
- Petrovich L., Percudani M. (2004) Il Piano Regionale per la Salute Mentale approvato dalla Regione Lombardia: le implicazioni e le prospettive per l'assistenza psichiatrica, *Psichiatria di Comunità III*, 4, p. 164-169.
- Petrovich L., Percudani M. (2005) Il PRSM della Regione Lombardia: criticità e prospettive per l'assistenza psichiatrica, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno XCXXV, n. 17, p. 2-6.

Qualità, formazione e umanizzazione delle cure

Progetti, politiche e azioni per il miglioramento della qualità nei servizi

Capitolo 15

Arcadio Erlicher

RIASSUNTO

Alcune considerazioni generali in tema di qualità, formazione e umanizzazione delle cure vengono collocate nel contesto normativo e culturale dei servizi pubblici di salute mentale. A partire dalle indicazioni del Piano Triennale per la Salute Mentale della Regione Lombardia sono descritte politiche e azioni orientate a realizzare concretamente tali indicazioni. In particolare, nell'ambito di programmi innovativi finanziati dalla Regione Lombardia nel corso di un quadriennio (2006-2010), sono stati realizzati programmi di applicazione di modelli di autovalutazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma anche di Unità Operative di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), secondo le procedure dell'accreditamento professionale e della *peer review*. Questi programmi sono sinteticamente descritti. Valorizzando la partecipazione e il consenso degli operatori, sono stati definiti criteri, indicatori e standard di qualità dell'attività dei servizi.

CONSIDERAZIONI GENERALI IN TEMA DI QUALITÀ

Qualità delle cure e formazione degli operatori rappresentano polarità correlate tra loro. La formazione degli operatori è una delle condizioni necessarie per garantire la qualità dei servizi e, soprattutto, per garantire il miglioramento continuo di questa qualità.

Proponiamo di assumere la definizione di qualità dell'OMS: "capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili". Centralità del paziente, competenze professionali e risorse disponibili costituiscono i riferimenti della qualità concretamente possibile e perseguibile.

Questa definizione conduce a una visione della qualità in sanità che ha un alto grado di complessità, perché è correlata a fattori contestuali: culturali, il modo di intendere il concetto di salute, e, se vogliamo, di buono stato di salute; politici, la capacità di espressione dei cittadini attraverso gli organismi istituzionali di recepire i contenuti culturali di cui sopra; scientifici, dati dalle conoscenze scientifico-professionali presenti nel contesto e in un tempo dato.

Da queste considerazioni deriva sia una visione dinamica del concetto di qualità, che si evolve nel tempo in funzione dell'evoluzione culturale, politica del contesto sociale e scientifica degli sviluppi delle conoscenze e delle discipline, sia una visione multi-dimensionale, poiché concorrono a determinare e definire la qualità delle cure erogate dal sistema sanitario non solo le qualità professionali dei professionisti della sanità e la capacità di governo del suddetto sistema sanitario, ma anche la percezione che gli utilizzatori dei servizi hanno delle cure che vengono loro erogate.

In considerazione di tutte queste dimensioni si può affermare che *“un sistema di cure di qualità nell'ambito della salute mentale è quello che, ottemperando alle politiche e alle normative stabilite in sede regionale, garantisce, ai costi più contenuti, livelli essenziali, efficaci e appropriati di interventi, riscontrando bisogni, domande e aspettative degli utenti in modo da rendere soddisfacente la loro esperienza di contatto col sistema di cura”*. (Piano Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2004-2006).

CONSIDERAZIONI GENERALI IN TEMA DI FORMAZIONE

Se la qualità delle cure e dei servizi sono correlate alla qualità professionale degli operatori che erogano cure e servizi agli utenti, la formazione professionale rappresenta una priorità nei sistemi sanitari. Attraverso la formazione, nelle sue diverse articolazioni, può essere promosso un miglioramento delle prestazioni in funzione della domanda e dei bisogni degli utenti.

È nei compiti e nelle responsabilità di chi governa e gestisce il sistema sanitario nelle sue diverse articolazioni (Governo centrale, Regione, Aziende Sanitarie e Ospedaliere e, nello specifico, i Dipartimenti di Salute Mentale) sviluppare i programmi di formazione e di aggiornamento dei professionisti. Questa formazione, che dal punto di vista organizzativo nella Regione Lombardia è programmata annualmente tramite lo strumento del Piano annuale di formazione e aggiornamento del personale, nel campo della salute mentale dovrà tenere conto della specificità del contesto professionale e disciplinare.

Le cure dell'ammalato mentale, ma non solo, sono ampiamente basate sulla relazione tra professionista e paziente, così come i bisogni che il paziente propone hanno a che fare con il complesso mondo di relazione dello stesso: la famiglia, le relazioni affettive in genere e le relazioni di contesto ambientale. La formazione del professionista della salute mentale deve tenere conto della sua esposizione a un intenso coinvolgimento emotivo nella relazione con il paziente, della complessità delle problematiche relazionali ed esistenziali che deve affrontare per aiutare il paziente e della conseguente necessità di collegamenti con contesti organizzativi e professionali diversi, che rendono complesso il percorso di cura da sostenere. Particolare rilevanza acquista la dimensione di lavoro interdisciplinare sia interna al servizio di salute mentale, tra le diverse strutture del Dipartimento che possono essere attraversate nel percorso di cura del paziente, sia esterna con professionisti di altre discipline e competenze altrettanto strategiche per ottenere esiti positivi del trattamento.

UMANIZZAZIONE E QUALITÀ DELLE CURE

Vale la pena di rammentare, prima di affrontare temi quali l'umanizzazione delle cure, che le leggi di riforma psichiatrica italiane del 1978, che tutt'ora rappresentano la cornice entro la quale si sviluppano le pratiche in salute mentale, valorizza i diritti del cittadini malato di mente: anche i trattamenti obbligatori devono avvenire “*nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura*”. Il trattamento psichiatrico, anche obbligatorio, deve essere accompagnato sempre da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione del paziente (legge 180/1978).

Il processo di superamento e di chiusura dei manicomi, è stato, nel contesto culturale, scientifico e giuridico italiano, un percorso verso l'umanizzazione delle cure. Così come lo è attualmente il processo affine riguardante gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), avviato dal DPR del 1 aprile 2008, cui hanno seguito le iniziative e i conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata Stato-Regioni.

Che cosa si intende per umanizzazione delle cure e, nello specifico, nel contesto della salute mentale e dei servizi pubblici psichiatrici che sono istituzionalmente deputati a erogare queste cure?

L'umanizzazione delle cure è fondata sull'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali. Le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica clinica dalla necessaria consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza.

Nell'ambito della disciplina psichiatrica e dei servizi di salute mentale questa accezione del concetto di umanizzazione evoca alcune delle dimensioni della qualità in sanità (Bonaldi A., Focarile F., Torregiani A., 1994). In particolare:

- l'appropriatezza, che valuta il grado di utilità delle prestazioni rispetto al problema clinico e allo stato delle conoscenze;
- l'efficacia nella pratica, che considera i risultati ottenuti dall'applicazione nella routine nel modo migliore dell'intervento;
- l'accessibilità, la capacità di assicurare le cure appropriate a tutti quelli che ne hanno veramente bisogno;
- l'accettabilità, il grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente;
- la sicurezza, intesa come condizione di minimizzazione dei rischi per l'utente connessi ai trattamenti.

Queste dimensioni si possono sintetizzare con: *fare, da parte di chi eroga le cure, solo ciò che è utile e nel modo migliore, comprese le condizioni di sicurezza, per chi delle cure ha bisogno e le riceve* (Bonaldi A., 1994).

In definitiva, umanizzazione e qualità sono intrinsecamente connesse tra di loro.

LE POLITICHE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Il monitoraggio di ciascuna delle dimensioni di qualità precedentemente descritte, in funzione del miglioramento della qualità delle cure, necessita dell'utilizzazione di strumenti e procedure che permettono la valutazione della qualità delle cure ai diversi livelli di interesse, utenti, operatori, responsabili di gestione e governo di sistema.

Le scelte di indirizzo della politica regionale hanno individuato strumenti specifici per il 'controllo di qualità', da intendersi come un'attività di valutazione orientata a promuovere miglioramento nei servizi che coinvolge diversi attori: i professionisti, i gestori e gli utenti, più in generale i clienti dei servizi medesimi.

- Un sistema di requisiti considerati prioritari nell'esprimere la buona qualità dei servizi di salute mentale nell'attuale contesto operativo di norme e di conoscenze nella disciplina; questi requisiti monitorano le dimensioni di qualità precedentemente citate (appropriatezza, efficacia, accessibilità, accettabilità, sicurezza).
- L'applicazione di procedure di accreditamento e certificazione di qualità, intese come attività di valutazione che possiedono specifiche peculiarità. L'accreditamento si caratterizza per essere sistematico e periodico, rileva non soltanto l'adesione del servizio e delle sue pratiche ai requisiti previsti dalle leggi o dai regolamenti, ma tende anche a promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate. L'accreditamento valuta l'insieme della rete dei servizi, il sistema, nel caso del servizio psichiatrico, tutto il Dipartimento di Salute Mentale. Inoltre, prevede una periodicità temporale di applicazione che ha continuità nel tempo e quindi facilita l'attivazione di un circuito di miglioramento continuo della qualità. L'accreditamento tende anche a valorizzare la partecipazione dei soggetti implicati e quindi si pone l'obiettivo di sviluppare consenso, pur basandosi sull'oggettività dei criteri di riferimento. Per soggetti implicati si intendono non solo i professionisti, ma, ovviamente, anche gli utilizzatori e i responsabili della gestione dei servizi.

Sulla base della legge regionale 31/1997 la Regione ha incentivato, con finanziamenti dedicati, progetti aziendali per lo sviluppo di sistemi qualità, con la messa a punto di indicatori di attività e di risultato, e di un sistema di rilevazione della *customer satisfaction* (DGR n.46582/1999).

PROGETTI E AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Gli strumenti: sviluppo di sistemi di indicatori e di standard per la valutazione di qualità

La base per la definizione e l'implementazione di un sistema di indicatori in grado di valutare la qualità del servizio è l'esistenza di un sistema informativo affidabile e completo con il quale descrivere l'attività del servizio stesso. Da più di un decennio

la Regione Lombardia è dotata di un sistema informatizzato (PSICHE), utilizzato anche per il finanziamento del servizio, focalizzato sulle prestazioni erogate al singolo utente. Attraverso questo sistema è possibile descrivere il percorso di cura di ogni paziente all'interno del sistema pubblico di salute mentale. In sanità esistono altri sistemi informativi che possono integrare le informazioni di PSICHE con le prescrizioni farmacologiche per le terapie prescritte dal servizio pubblico e con le informazioni relative ai ricoveri ospedalieri. L'interazione tra questi sistemi è ancora limitata a studi *ad hoc*, poiché essi non sono ancora integrati in un unico sistema informativo utilizzabile routinariamente nei servizi. Tramite l'accessibilità a questo insieme di dati i servizi potrebbero fare valutazioni in tempo reale circa l'appropriatezza e l'efficacia dei trattamenti.

Se la base per costruire gli strumenti di valutazione (indicatori e standard) sta nella disponibilità di informazioni affidabili, il processo attraverso il quale attuare questa costruzione è la condizione per la quale gli indicatori hanno garanzia di essere utilizzati e applicati nei servizi in maniera efficace, producendo un risultato efficace di reale miglioramento di qualità. Questo processo è connesso con la formazione degli operatori e con la crescita di una motivazione dei professionisti, che si riconoscono negli strumenti e nelle procedure di valutazione e ne riconoscono l'efficacia per migliorare le loro pratiche professionali. Certamente i professionisti, e anche tutti i portatori di interesse (*stakeholder*) al servizio, devono concorrere e raggiungere un consenso sugli strumenti (e sui processi) di valutazione, fondati sulle evidenze di efficacia delle conoscenze scientifiche e disciplinari disponibili.

Nel programma innovativo (2011/12) "La qualità della cura dei disturbi mentali gravi in Lombardia" si è sviluppata una consultazione qualificata, ma relativamente più ristretta, riservata a *opinion leader*, sotto l'egida della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) per l'individuazione e la selezione condivisa di indicatori relativi ai trattamenti e agli esiti delle patologie di maggiore rilevanza trattate nei servizi pubblici. Si è quindi arrivati a definire dei set di indicatori da utilizzare per la valutazione dei trattamenti delle schizofrenie e dei gravi disturbi affettivi (disturbo bipolare e depressione).

Nel programma innovativo ("Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di accreditamento professionale") sono stati attivati professionisti, di profilo professionale diverso, di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia per la definizione consensuale di indicatori di processo e di risultato su tematiche di particolare rilievo operativo concernenti le aree della qualità e della sicurezza clinica, delle procedure e della documentazione per la pratica clinica, del coinvolgimento e della partecipazione degli operatori e degli utenti (*empowerment*, acquisizione del consenso ai trattamenti, clima di lavoro) e dell'integrazione dei servizi.

Nell'uno e nell'altro caso queste consultazioni sono avvenute attraverso procedure standardizzate e, nel caso del programma innovativo ("Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di accreditamento professionale"), prevaleva l'obiettivo formativo nei confronti degli operatori dei servizi, con l'obiettivo di sviluppare competenze e motivazione verso l'applicazione di procedure di miglioramento di qualità.

UN'ESPERIENZA CONCRETA DI IDENTIFICAZIONE DI REQUISITI DI QUALITÀ E DI COSTRUZIONE DI INDICATORI IN MODO PARTECIPATO

Il programma innovativo “Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di accreditamento professionale” ha sviluppato un percorso formativo con lo scopo di affiancare e integrare alle procedure valutative, già in atto in Regione Lombardia, la collaborazione con Agenzie di valutazione esterne (*Joint Commission International, JCI*), con la formazione diffusa tra gli operatori del sistema delle cure verso procedure di valutazione partecipate dai professionisti, quale l’accreditamento professionale, che permettano di incrementare nei servizi la cultura della valutazione. Questa formazione è avvenuta attraverso l’organizzazione di un corso articolato in fasi diverse, che ha coinvolto i professionisti di tutte le Aziende Ospedaliere, AO, di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale e, parzialmente, delle Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (UONPIA) e di tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) (Uffici Qualità) della Regione Lombardia.

Inoltre, il processo di formazione ha valorizzato il modello interattivo, anche allo scopo di produrre strumenti adatti per la valutazione di qualità dei servizi di salute mentale e non solamente di sperimentare i processi di valutazione dell’accreditamento professionale.

Il corso è consistito in una fase centralizzata e in una seconda fase decentrata (locale), gestita direttamente dalle ASL regionali.

Fase centralizzata

Questa fase ha utilizzato un format formativo, che ha coinvolto 145 operatori provenienti da 28 AO e 16 ASL della Regione Lombardia, articolato in 5 giornate d’aula durante le quali sono stati presentati:

1. i sistemi di qualità attualmente utilizzati nell’area della sanità pubblica nazionale e i loro aspetti caratterizzanti;
2. la metodologia *Joint Commission International* per lo sviluppo della qualità;
3. il modello di valutazione dell’Accreditamento Professionale, i suoi strumenti e le sue procedure.

I profili professionali degli operatori partecipanti, di principale provenienza dai DSM, e poi dalle UONPIA e dagli Uffici Qualità delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie, sono stati:

- circa 1/3 di medici psichiatri, con una piccola rappresentanza di neuropsichiatri infantili;
- una percentuale di poco inferiore di infermieri (31,7%) con una prevalente presenza di coordinatori sanitari;
- poco più del 20% di responsabili di Uffici Qualità di AO;
- il restante 15% circa, da psicologi, educatori e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali e personale amministrativo.

Nella realizzazione del corso il metodo di lavoro è stato di tipo *bottom up*. Sono state valorizzate la partecipazione, le esperienze e i punti di vista dei professionisti dei ser-

vizi di salute mentale, prevalentemente dell'area adulti, ma anche con la partecipazione di professionisti dei servizi dell'area dell'infanzia e dell'adolescenza. Come già detto, hanno partecipato professionisti di ambiti operativi sia territoriali sia ospedalieri. Sono stati coinvolti anche funzionari dei servizi di controllo e promozione della qualità delle ASL e delle AO. Questa partecipazione vasta ed eterogenea ha messo in comunicazione ambiti e professionisti che, pur teoricamente destinati a interagire sia per motivi di contiguità e continuità clinica (pensiamo agli operatori dei servizi di salute mentale degli adulti e degli adolescenti) sia per motivi di interazione istituzionale (gli Uffici Qualità aziendali), spesso poco comunicano tra di loro, utilizzano linguaggi differenti e perseguono obiettivi non sempre coincidenti.

Partendo da una formazione in comune sui temi della valutazione di qualità dei servizi e delle sue procedure rivolta a un numero più limitato di operatori per ciascun servizio della Regione Lombardia, si è saggiata la possibilità, nella fase centralizzata del corso, di sviluppare riflessione, discussione e consenso fra gruppi di operatori di provenienza esperienziale e professionale diversi finalizzati alla ricerca in comune di criteri e indicatori di qualità riferiti a specifici settori operativi dei servizi ritenuti gerarchicamente prioritari per la definizione della loro qualità.

Fase locale

Il compito di sviluppare riflessioni e proposte concrete per l'individuazione di criteri, indicatori, standard, raccomandazioni di procedure è stato successivamente affidato ai gruppi multi-professionali locali nell'ambito di ciascuna ASL regionale su temi specifici, che erano stati individuati durante la fase centralizzata del corso dai partecipanti medesimi. Le modalità di lavoro sono state orientate a promuovere localmente una larga partecipazione di professionisti, che rappresentavano le diverse strutture dei servizi del sistema pubblico della salute mentale. Ogni gruppo locale è stato partecipato da una ventina di professionisti. Complessivamente i partecipanti ai gruppi locali possono essere stimati a circa 300, poco meno della metà dei quali erano gli stessi che avevano partecipato alla fase centralizzata. Gli operatori formati nella fase centrale del corso hanno svolto una funzione di conduzione di questi gruppi professionali. Dei tutor esterni, reclutati tra professionisti competenti di procedure Joint Commission International (JCI) e Accreditamento professionale, hanno assunto un compito di supporto e di coordinamento per favorire nei gruppi locali la promozione di un linguaggio (glossario) comune, la condivisione e il consenso tra gli attori e strumenti di comunicazione comuni. Da parte di ciascun gruppo locale è stato prodotto un documento di lavoro articolato secondo uno schema standardizzato.

Questa documentazione è stata classificata per argomento in quattro macro-aree:

1. qualità dei servizi e gestione del rischio clinico;
2. procedure e documentazione per la pratica clinica;
3. acquisizione del consenso ai trattamenti, *empowerment*, clima di lavoro;
4. integrazione dei servizi.

Queste macro-aree sono state utilizzate alla conclusione del corso per la stesura di quattro documenti conclusivi sulle rispettive tematiche elaborati sempre attraverso la

partecipazione e il consenso dei rappresentanti dei diversi gruppi di operatori che avevano contribuito alla stesura dei documenti locali.

Principi ispiratori per le diverse aree tematiche

Per ciascuna delle aree tematiche sono stati definiti consensualmente i rispettivi principi ispiratori o, se vogliamo, i criteri-guida per la costruzione degli indicatori e degli standard di valutazione di qualità:

1. *Qualità dei servizi e gestione del rischio clinico*. Nella variabilità degli approcci devono essere valorizzate:
 - la creatività dei gruppi;
 - la partecipazione dei professionisti sia del territorio sia dell'ospedale;
 - la valorizzazione delle esperienze reali;
 - la condivisione e il consenso tra gli attori orientati a ricercare sinergie e integrazione per raggiungere gli obiettivi prefissati di Qualità e di Sicurezza.
2. *Procedure e documentazione per la pratica clinica*. Criteri condivisi/trasversali nell'area documentale, favoriscono l'efficacia e l'efficienza del percorso intrapreso, nonché la valutazione e rivalutazione in termini di appropriatezza dell'accoglienza, della presa in carico e dell'indirizzo terapeutico riabilitativo consigliato/prescritto/intrapreso.
3. *Acquisizione del consenso ai trattamenti, empowerment, clima di lavoro*. La partecipazione attiva dei pazienti, dei familiari e degli operatori, la loro forza contrattuale e la redistribuzione del potere e delle responsabilità:
 - devono ispirare la mission del DSM e i vari livelli dell'organizzazione aziendale;
 - non possono essere presenti da una parte sola del servizio ma devono informare sia il rapporto tra operatori sia il rapporto operatore-paziente sia il clima generale del servizio;
 - favoriscono il senso di auto-efficacia e la capacità del servizio di promuovere la cura e il *recovery*.
4. *Integrazione dei servizi*. Linguaggio e strumenti di comunicazione comuni:
 - presenza di un glossario condiviso che a partire da strumenti già disponibili nella letteratura scientifica e nella normativa sviluppi un linguaggio comune sugli argomenti trattati (paziente grave, definizione di doppia diagnosi, dipendenza, malattia mentale, esordi ecc.);
 - elaborazione di strumenti di comunicazione condivisi tra i servizi e all'interno del DSM (Piano di Trattamento Individuale - PTI, schede di invio UONPIA-UOP, scheda invio UOP-Ser.T., schede di invio MMG-UOP);
 - definizione di metodologie di comunicazione e di protocolli per l'elaborazione di progettualità comuni.

Raccomandazioni

1. Per la gestione del rischio i contenuti delle raccomandazioni che sono state elaborate riguardano le aree della prevenzione, della gestione dei processi e del monitoraggio e controllo di qualità. Quindi la diffusione e/o il consolidamento della cultura sulla gestione del rischio tra operatori e *stakeholder* attraverso la promo-

zione di approcci relazionali che facilitino un contesto comunicativo tranquillo e fiducioso tra operatori e operatori con pazienti e familiari, e l'incoraggiamento verso il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare tale rischio, predisponendo strumenti specifici per il monitoraggio e il controllo con particolare attenzione a:

- atti di violenza a carico degli operatori;
 - tentati suicidi di pazienti con elevato rischio di *drop out* in fase di accoglienza presso i servizi ambulatoriali.
2. Nella pratica clinica è necessaria la presenza di documentazione che accompagni l'utente nel suo percorso (accoglienza, presa in carico, trasferimenti, relazioni con i MMG), che evidenzia di continuo il flusso di informazioni tra gli operatori della struttura, tra le strutture del Dipartimento coinvolte nel Piano di Trattamento Individuale (PTI) e nel Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) e tra la struttura e l'utente e i familiari.
 - Gli elementi fondamentali del PTI/PTR sono l'identificazione dei problemi in atto, la valutazione dei bisogni del paziente, l'esplicitazione di obiettivi a breve e medio termine, il piano delle verifiche periodiche e delle rivalutazioni, la messa in atto di progetti sanitari, riabilitativi e sociali e la condivisione tra gli attori del PTI/PTR.
 3. Per l'ampliamento del consenso ai trattamenti e per il miglioramento del clima di lavoro va prevista e incentivata la presenza di operatori e, in alcuni casi, di rappresentanti dell'utenza alla redazione delle procedure che sono applicate dal servizio. Gli operatori, ma anche i pazienti e i loro familiari, devono avere un accesso completo e reale alle informazioni, con linguaggio accessibile. I servizi favoriscono la possibilità e la capacità dell'utente di esprimere scelte in merito agli operatori di riferimento, agli interventi di tipo psicologico, farmacologico e sociale e ai luoghi dei trattamenti. Eventualmente i loro familiari vanno informati del programma di cura proposto. In definitiva, la libertà decisionale del paziente costituisce l'elemento fondante della validità del consenso al trattamento. A questo obiettivo corrisponde una politica del servizio finalizzata a ridurre e superare l'applicazione di pratiche coattive e a valorizzare la negoziazione con il paziente.
 4. Per migliorare l'integrazione dei servizi, la comunicazione delle informazioni cliniche deve avvenire attraverso percorsi codificati decodificabili e strumenti condivisi, che permettono una programmazione condivisa e un lavoro integrato tra i servizi. Particolare riguardo di questa comunicazione deve esserci nelle procedure dei trattamenti obbligatori (Trattamento Sanitario Obbligatorio [TSO] e Accertamento Sanitario Obbligatorio [ASO]) e nel monitoraggio degli invii delle prime visite (esordi) e della gestione delle urgenze. La definizione delle procedure standardizzate devono coinvolgere tutte le parti interessate.

Modelli e procedure: l'Accreditamento Professionale

Nel già citato Piano per la Salute Mentale la Regione Lombardia individuò due strumenti specifici per sviluppare politiche di miglioramento di qualità: l'accredi-

tamento professionale e la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM). Fu quindi finanziato un programma innovativo triennale per l'applicazione delle suddette procedure.

Per accreditamento professionale si intende un processo di autovalutazione e di revisione esterna tra pari per valutare il proprio livello di performance relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo.

L'EBM è da intendersi come movimento culturale che propone una metodologia per favorire una pratica medica aderente ai più recenti riscontri della ricerca scientifica di buona qualità. Sviluppa quindi competenze critiche degli operatori con finalità di aggiornamento sulle evidenze scientifiche per apportare correttivi alla pratica clinica quotidiana e può fornire all'accreditamento professionale il substrato per proporre requisiti di qualità, procedure e protocolli di intervento nelle diverse aree operative.

Entrambi gli strumenti sono orientati a promuovere politiche e azioni di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) da parte dei DSM (Erlicher A. 2010).

Il programma, che ha anche coinvolto delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Regione Lombardia, ha sviluppato:

- la formazione all'applicazione delle procedure dell'Accreditamento Professionale, differenziata secondo la tipologia dei diversi attori del processo di accreditamento (operatori e altri *stakeholder*, compresi gli utenti dei servizi). Sono stati formati dei 'facilitatori' per l'attuazione dell'autovalutazione dei servizi e dei 'visitatori' per l'effettuazione degli scambi di visite tra servizi;
- la formazione di operatori alle procedure dell'EBM per avviare gruppi di lavoro (Gruppo EBM), rappresentativi dei servizi coinvolti, rivolti a produrre proposte di protocolli e di procedure da applicare nella pratica clinica;
- i programmi di scambi di 'visite tra pari' tra DSM che prevedevano l'autovalutazione da parte dei gruppi di lavoro dei servizi coinvolti e la visita di consulenti esterni. Inoltre, hanno previsto la verifica dell'impatto sui servizi della visita di accreditamento e dell'attivazione successiva di programmi di miglioramento per le aree di criticità individuate durante la visita;
- la revisione dei requisiti e degli standard di qualità dei DSM e delle UONPIA, utilizzando le proposte del Gruppo EBM, le informazioni e le osservazioni raccolte nel corso delle diverse fasi di formazione e degli scambi di visite e la consultazione formale degli ambiti scientifici e professionali, nazionali e internazionali, e degli stakeholder, con particolare riguardo degli utilizzatori.

Le azioni di formazione e di miglioramento di qualità, anche attraverso le visite di accreditamento professionale nei DSM e nelle UONPIA, hanno prodotto una revisione di criteri, indicatori e standard di qualità delle rispettive reti di servizi formalmente organizzati in manuali per la loro valutazione attraverso il modello dell'accreditamento professionale (Aimone C., 2008; QuASM, 2008; QuASM & SIMPIA, 2008).

PROSPETTIVE PER POLITICHE E AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI

I due programmi innovativi (“Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di Accredimento Professionale”, “Sviluppo nei DSM dei processi di Miglioramento Continuo di Qualità attraverso l’applicazione delle procedure di Accredimento Professionale tra pari e della Medicina basata sull’Evidenza, EBM”), che sono stati successivamente finanziati in coerenza con il Piano Regionale per la Salute Mentale 2004-2006, hanno promosso la formazione degli operatori dei DSM e delle UONPIA regionali all’applicazione di un modello, partecipato e consensuale tra i professionisti per l’autovalutazione dei rispettivi servizi e per l’avvio di processi di miglioramento continuo di qualità. In questo percorso sono stati consensualmente individuati dei set di requisiti e di standard di qualità per i DSM e per i servizi territoriali delle UONPIA, organizzati in tre diversi manuali (Aimone C., 2008; QuASM, 2008; QuASM & SIMPIA, 2008).

Partendo dalla convinzione che i sistemi di valutazione che hanno maggiore probabilità di avviare processi di miglioramento di qualità dei servizi sono quelli che si basano sul consenso degli operatori e sono in grado di attivare la loro partecipazione attiva, è necessario che i processi di valutazione rispondano ai bisogni professionali degli operatori di essere artefici diretti dei processi di MCQ.

I manuali per i servizi di salute mentale potranno essere utilizzati come strumenti per accreditare i servizi delle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia e potranno, inoltre, costituire un valido punto di riferimento anche in ambito nazionale. È stata, infatti, la prima volta che una Regione abbia intrapreso un programma completo di accreditamento per i servizi di salute mentale, sia in area adulti che minori. Un’ulteriore caratteristica decisiva del modello è il suo essere fortemente incentrato sui percorsi e sui processi di cura, nonché sui loro risultati.

La metodologia su cui tale modello si basa, che scaturisce innanzitutto dall’esperienza di *peer-review* e *Joint Commission*, punta fortemente sulla volontarietà dell’adesione e sulla libertà della partecipazione. Pertanto, è importante che, una volta concluso il lavoro di redazione del manuale, sia impostata una capillare diffusione del nuovo modello, cercando di favorire al massimo la possibilità di ogni singola realtà di operare una scelta, organizzativa e temporale, di adesione.

In conclusione, nello spirito informatore del citato Piano regionale, se i responsabili della gestione dei sistemi sanitari intendono promuovere efficaci politiche di miglioramento di qualità dovranno attivare processi di valutazione partecipata (da operatori dei servizi e *stakeholder*) e fare riferimento alle evidenze di efficacia. È opportuno, con uno specifico progetto regionale, garantire continuità a un processo di valutazione e miglioramento di qualità dell’area della salute mentale, valorizzando la collaborazione tra soggetti diversi: le AO e i rispettivi servizi di salute mentale (adulti e minori), gli Uffici Qualità delle ASL, le agenzie di formazione e le società scientifiche.

Rimangono ferme alcune acquisizioni procedurali e metodologiche derivate dalle esperienze pratiche di sviluppo dei programmi innovativi descritti:

- la validazione delle procedure e degli strumenti da parte dell'organo di governo regionale e locale (ASL, AO) è ritenuta una condizione indispensabile sia per ottenere un riconoscimento del lavoro effettuato sia per poter proseguire con autorevolezza e riconoscimento formale del lavoro di valutazione;
- lo sviluppo della capacità di dialogo del sistema informativo della salute mentale con gli altri sistemi informativi sanitari aumenta l'efficienza e l'efficacia dei flussi informativi attivati dai servizi. Inoltre, alla luce di possibili indicatori qualitativi, che routinariamente potrebbero essere utilizzati nei servizi, appare necessaria l'integrazioni in questi sistemi informativi istituzionali degli indicatori rilevanti relativi alle diverse macro-aree indagate;
- l'avvio e il mantenimento nel tempo di una procedura permanente di confronto interaziendale "tra pari" relativamente agli strumenti e ai processi di valutazione.

BIBLIOGRAFIA

- Ajmone C. (2008) *Manuale di accreditamento professionale per le Unità Operative di Psicologia* (I° revisione), disponibile on line.
- Bonaldi A., Focarile F., Torregiani A. (1994) *Curare la qualità*, Guerini e Associati, Milano.
- DPR 1° aprile 2008 *Modalità e criteri per il trasferimento al servizio nazionale delle funzioni in materia di sanità penitenziaria*.
- Erlicher A. (2010) *Accreditamento e salute mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Legge n. 180 del 13 maggio 1978 – art. 1.
- QuASM, Sezione speciale della SIP (2008), *Manuale per l'accreditamento professionale del DSM* (III° revisione).
- QuASM & SINPIA – Sezione di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi (2008), *Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* (I° revisione).
- Regione Lombardia, *Programma innovativo "Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di Accreditamento Professionale"*, Éupolis Lombardia, SDS 10037/AI-EI, 2010/11.
- Regione Lombardia, *Programma innovativo (2011/12) "La qualità della cura dei disturbi mentali gravi in Lombardia"*, Éupolis Lombardia.
- Regione Lombardia, *Programma innovativo (2006/08) "Sviluppo nei DSM dei processi di Miglioramento Continuo di Qualità attraverso l'applicazione delle procedure di Accreditamento Professionale tra pari e della Medicina basata sull'Evidenza, EBM"*.
- Ricerca finalizzata ex art. 12 (Bando 2007) *Qualità delle cure nel sistema di salute mentale: indicatori di accessibilità, appropriatezza delle cure ed efficacia*.

Umanizzazione delle cure nei percorsi di assistenza

Capitolo
16

Elena Masotti – Rosaria Pioli

RIASSUNTO

L'IRCCS Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli di Brescia in collaborazione con Civitas Associazione di volontariato di Milano, in occasione del decimo anniversario dalla scomparsa di Fra Pierluigi Marchesi, Superiore Generale prima e Provinciale poi dei Fatebenefratelli, ha promosso un progetto dal titolo “Innovazione in salute mentale in Lombardia: impatto sull’umanizzazione e sulla qualità delle cure”, temi molto importanti e per i quali si è molto impegnato Fra Pierluigi Marchesi.

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) della regione Lombardia, stabilisce tra le linee di intervento prioritario la necessità di offrire una nuova assistenza integrata agli utenti dei servizi psichiatrici, che si fondi sulla valutazione approfondita delle esigenze della persona ammalata e tenga conto dei processi di rete, al fine di attuare percorsi di assistenza personalizzati e flessibili e percorsi differenziati di accompagnamento alla dimissione dai servizi degli utenti stabilizzati. In questo contesto, la valutazione dello stato di attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM inerenti la personalizzazione delle cure, appare indispensabile, potendo inoltre fornire elementi utili per la programmazione di ulteriori interventi mirati all’umanizzazione delle cure psichiatriche nella Regione Lombardia.

Il progetto è stato condotto nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) lombardi e nelle strutture residenziali lombarde dei Fatebenefratelli e si è posto l’obiettivo di valutare lo stato di attuazione dei principi del PRSM dal punto di vista degli operatori dei servizi, nonché di valutarne l’impatto sul gradimento del sistema di cura da parte degli utenti e dei loro familiari.

INTRODUZIONE

Il concetto di **umanizzazione** appartiene sia alla storia remota della medicina sia a quella più recente. Già nel XVI secolo due istituzioni, l’Ordine Ospedaliero di San Gio-

vanni di Dio e l'Ordine dei Camilliani di S. Camillo de Lellis, si sono occupate di umanizzare le cure alle persone malate, promuovendone lo sviluppo e la diffusione, soprattutto con l'esempio pratico.

Il sostantivo *umanità*, deriva dal latino *humanitas-humanitatis*, che indica l'insieme dei caratteri umani e distintivi della specie umana. Non è possibile, del resto, parlare di **'umanizzazione'** a prescindere dalla definizione stessa di 'essere umano' e delle caratteristiche che lo contraddistinguono.

L'essere umano "è colui che vive nel mondo in rapporto con sé e con gli altri", è "complesso, misterioso, articolato, ricco di dimensioni; non lo si può ridurre a un'unica dimensione, neanche a quella soprannaturale. La persona è creatrice, è sensibile, ha desideri, paure, limiti interni ed esterni, ha una storia, vive in un determinato ambiente, ha pregiudizi, intuizioni, ha bisogni materiali, fisici, psicologici, sociali, morali, spirituali ecc." (Marchesi P.L., 2006).

La visione globale delle persone contribuisce, necessariamente, a un concreto e cosciente ampliamento dei concetti di 'malattia' e di 'cura della malattia': il concetto di malattia, che non affligge solo il corpo, ma tutte le altre dimensioni della persona, e il concetto di cura che diventa 'cura globale del malato' e 'cura partecipata', in quanto l'utente assume il ruolo di 'interlocutore privilegiato'. Tale visione implica, inoltre, il ripensamento del concetto di ospedale, nuove riflessioni sul ruolo degli operatori, dell'équipe e del malato, la ridefinizione delle finalità della formazione e, più in generale, dei fattori terapeutici (Marchesi P.L., 2006).

Il ruolo degli operatori è quello di aiutare la persona a realizzare al massimo le proprie possibilità e le proprie potenzialità, facendo attenzione a non limitarsi alla cura dell'organo malato, e il lavoro di équipe diviene indispensabile per sviluppare competenze tecniche, morali, umane, sociali, religiose che nessuno può svolgere da solo. Inoltre, poiché nessuno può generare salute trascurando di indagare il microcosmo biologico, psicologico, sociale e spirituale dell'altro, l'uomo malato diventa soggetto partecipe, informato e responsabile della propria salute (Marchesi P.L., 2006).

Infine, il concetto di **'umanizzazione'** comporta l'idea che i fattori terapeutici decisivi appartengano a più scienze e siano molti: la terapia farmacologica e la psicoterapia; l'assistenza lavorativa, sociale e ambientale; la corretta e tempestiva informazione al malato circa l'andamento della malattia e la natura delle ripercussioni della malattia sulla vita attiva e di relazione; la tipologia dei controlli da effettuare dopo la fase acuta; l'adeguato rapporto curanti, pazienti e famiglie; l'infusione della speranza; l'identificazione di situazioni psicologiche e sociali che possono influire negativamente sul recupero del paziente; il rispetto verso i valori religiosi e/o laici del paziente.

Da questa visione globale dell'uomo, della malattia e della cura, nasce la definizione di Fra Pierluigi di **'umanizzazione sanitaria'**, intesa come "l'apertura e la comunicazione integrale verso ciò che predispone a comprendere l'uomo, la sua interiorità e la sua corporeità, mettendo in rapporto diretto utenti e operatori" e "consiste in un atteggiamento mentale, affettivo e morale che obbliga l'operatore a ripensare continuamente ai propri schemi mentali e a rimodellare abitudini di intervento e sistemi terapeutici e assistenziali perché si orientino al bene del malato" (Marchesi P.L., 2006).

Più articolata appare la definizione di Papa Giovanni Paolo II nel convegno *Umanizzazione della Medicina* tenutosi a Roma nel 1987: “umanizzazione significa apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l’uomo, la sua interiorità, il suo mondo, la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale ‘partecipazione’”. Sul piano sociale, Papa Giovanni Paolo II introduce il concetto di multi-professionalità e sostiene l’importanza della politica sanitaria, affermando: “l’istanza dell’umanizzazione si traduce nell’impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana” (Marchesi P.L., 2006).

Nel corso degli anni, l’umanizzazione è diventata una parola laicizzata al punto oggi che le stesse leggi civili la utilizzano a proposito di servizi sociali: non attiene soltanto alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione, ma anche a tutto ciò che riguarda la politica, la legislazione, la programmazione e l’amministrazione sanitaria.

L’umanizzazione è “la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali ‘aperti, sicuri e senza dolore’, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino” (Turco L., 2006).

Anche nei casi in cui, nella legislazione sanitaria, non esista un esplicito riferimento alla realizzazione di una umanizzazione delle cure, è oggi possibile rintracciare, tra gli obiettivi prioritari dei Servizi di Salute Mentale, la realizzazione di una cura globale della persona e di una cura partecipata e personalizzata, che richiede interventi multi-disciplinari.

Un modello assistenziale fondato sulla tutela dei diritti del paziente, oltre che della collettività, ha preso avvio con la riforma psichiatrica attuata nel 1978, che ha promosso il recupero sociale dei malati psichiatrici e l’interazione interdisciplinare di più figure professionali.

Il Progetto Obiettivo nazionale Tutela della salute mentale 1994-1996, ha ripreso tali concetti, individuando tra le questioni principali da affrontare, la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, la promozione di interventi diversificati che prevedano la partecipazione di più soggetti, compresi i familiari, e l’attivazione di collegamenti con altri servizi “confinanti” (medicina di base, servizi per le dipendenze, consultori, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile).

L’azione di indirizzo è stata ulteriormente rafforzata dal *Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000*, che include indicazioni: sulla formulazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati; sulla integrazione in tali piani dell’apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio; sul coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nell’attuazione del piano terapeutico; sul sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari, di pazienti e di cooperative sociali.

Il *Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM)* del 2004, infine, stabilisce tra le linee di intervento prioritario: la necessità di offrire una nuova assistenza integrata agli utenti dei servizi psichiatrici, che si fondi sulla valutazione approfondita delle esigenze della persona ammalata e tenga conto dei processi di rete; la necessità di attuare percorsi di assistenza personalizzati e flessibili offrendo opzioni di scelta agli utenti e valorizzando la relazione terapeutica personale; e, inoltre, la necessità di favorire il reinserimento nell'ambito lavorativo e di realizzare percorsi differenziati di accompagnamento alla dimissione dai servizi degli utenti stabilizzati.

Nel corso degli anni, la legislazione sanitaria, e quindi le professioni sanitarie, si sono avvicinate sempre più al tema dell'umanizzazione delle cure, così come inteso sul piano dell'etica, della religione e della psicologia, anche se con qualche ritardo rispetto agli stati europei.

Si sono attivate scuole e corsi di formazione all'umanizzazione e proposte di riflessione sull'argomento, come il convegno che ha descritto alcune esperienze condotte nei reparti ospedalieri, che la Regione Lombardia ha affidato all'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) nei primi anni '90 (Ranci Ortigosa E., 1991). Nel 2009 l'IRS ha rilevato come le esperienze che lavorano sull'umanizzazione non si conoscano tra di loro e come sia, di conseguenza, difficile lo scambio di buone pratiche ed esperienze e anche una valutazione complessiva di quanto si sta facendo in tema di umanizzazione negli ospedali.

In alcuni casi, alcune esperienze sono state regolamentate a livello regionale e nazionale, ricordiamo per esempio il PSSR 2012-2016, recentemente approvato dalla Regione Veneto, che prevede un apposito spazio per la Psicologia Clinica Ospedaliera, dedicata sia al cittadino malato, sia ai suoi familiari, sia agli operatori sanitari, collocandola proprio nell'area dell'umanizzazione delle cure.

A livello nazionale, Cittadinanzattiva ha avviato nel 2009 un progetto pilota volto a realizzare una valutazione civica dei Servizi di Salute Mentale, dal quale, nell'area 'personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione' è emerso come sia i servizi psichiatrici che i centri di salute mentale siano attenti a tutelare la privacy ma meno attenti a favorire la personalizzazione del servizio (Terzi A., 2010).

Infine, i prodotti dell'umanizzazione sono stati letti attraverso il grado di soddisfazione o insoddisfazione dei pazienti che accedono alle cure. Per esempio, nell'Azienda Ospedaliera di Melegnano, è stata condotta un'indagine sulla qualità percepita dagli utenti dei Servizi Psichiatrici Territoriali del DSM nel 2008, utilizzando un questionario già testato e validato in occasione di una precedente ricerca finanziata dalla Regione Lombardia (1998-2001). I risultati di tale indagine, che ha coinvolto 841 pazienti, hanno rilevato un alto grado di soddisfazione degli utenti nella maggior parte delle aree indagate, attraverso l'esplorazione di tre fattori principali di analisi: competenza, capacità di risposta, efficacia.

L'IRCCS Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli di Brescia, nell'ottica di realizzare una valutazione dello stato attuale della personalizzazione delle cure nella Regione Lombardia, in collaborazione con Civitas Associazione di volontariato di Milano, e in occasione del decimo anniversario dalla scomparsa di Fra Pierluigi Marchesi, ha

promosso un'indagine dal titolo “**Innovazione in salute mentale in Lombardia: impatto sull'umanizzazione e sulla qualità delle cure**”. Il progetto è stato finanziato con i fondi del 5 per mille (edizione 2008) e ha avuto la supervisione del Comitato Tecnico per l'Innovazione in Salute Mentale della Regione Lombardia e il patrocinio del Coordinamento dei Primari Psichiatri della Lombardia.

I risultati preliminari della survey sono stati presentati in un convegno che si è tenuto il 4 dicembre 2012 a Milano presso l'Auditorium San Carlo, al quale hanno partecipato i rappresentanti di molti dei centri coinvolti nel progetto.

OBIETTIVI

Il progetto si è posto l'obiettivo di valutare lo stato di attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM inerenti la personalizzazione delle cure, dal punto di vista dei responsabili e degli operatori dei Servizi di Salute Mentale, nonché di valutarne l'impatto sul gradimento del sistema di cura da parte degli utenti e dei loro familiari.

METODOLOGIA

Strumenti e aree di rilevazione

Sono stati messi a punto dei questionari allo scopo di rilevare la qualità dell'organizzazione, la qualità delle cure e la personalizzazione degli interventi nei servizi psichiatrici della Regione Lombardia nell'ultimo triennio (2009-2012).

Gli item dei questionari sono volti a esplorare:

- **l'attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM della Regione Lombardia**, valutando in che misura sono stati elaborati e applicati i progetti, i protocolli e i programmi specifici inerenti l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure;
- **l'impatto dei principi e degli strumenti del PRSM**, valutando in che misura l'elaborazione e l'attuazione di progetti, protocolli e programmi specifici inerenti l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure ha prodotto conseguenze positive sulla qualità dell'organizzazione e/o sulla qualità della cura e/o sull'umanizzazione degli interventi nell'ultimo triennio rispetto al periodo precedente all'applicazione del PRSM.

Nei questionari si alternano domande volte a esaminare l'attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM e domande volte a esaminare l'impatto di questi ultimi sulla qualità dell'organizzazione, sulla qualità delle cure e sull'umanizzazione degli interventi.

Le aree di rilevazione sono quattro:

- **Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)**, in quanto livelli direzionali dei Servizi di Salute Mentale;
- **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)** e **Unità Ospedaliere (UO)**, per l'indagine dei trattamenti erogati in ambiente ospedaliero;

- **residenzialità e residenzialità leggera**, per lo studio delle strutture comunitarie riabilitative;
- **area territoriale, percorsi di cura e innovazione**, per l'indagine dei percorsi territoriali attuati per mezzo dei Centri Psicosociali (CPS).

Le tipologie di unità operative coinvolte nel progetto sono:

- *Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e Unità Ospedaliera (UO)* nell'area di rilevazione "Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Unità Ospedaliera";
- Centri Diurni (CD), Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA), Comunità Protette a Media Assistenza (CPM), Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA), Comunità Riabilitative a Media Assistenza (CRM), residenzialità leggera, nell'area di rilevazione "residenzialità e residenzialità leggera";
- *Centri Psicosociali (CPS)* nell'area di rilevazione "area territoriale, percorsi di cura e innovazione".

I questionari sono rivolti ai direttori dei DSM, agli operatori, agli utenti e ai familiari, ai quali è richiesto di specificare l'unità operativa di appartenenza, la qualifica professionale, la durata del servizio o del contatto con il Servizio (scegliendo tra le risposte 'meno di 1 anno', 'da 1 a 3 anni', 'da 3 a 5 anni' e 'da oltre 5 anni').

Per i direttori dei DSM è stato predisposto un questionario che esplora l'area di rilevazione 'Dipartimenti di Salute Mentale' costituito da 37 item (modulo 1); per i responsabili e per i gruppi di operatori questionari che indagano le aree 'Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura' o 'Unità Ospedaliera' (modulo 2, composto da 8 item), 'residenzialità e residenzialità leggera' (modulo 3, composto da 31 item) e 'area territoriale, percorsi di cura e innovazione' (modulo 4, costituito da 20 item). Per i gruppi di utenti e di familiari l'indagine è limitata al settore 'area territoriale, percorsi di cura e innovazione' nelle UOP lombarde (modulo 5, costituito da 12 item) e all'area 'residenzialità e residenzialità leggera' nelle Strutture Residenziali lombarde dei Fatebenefratelli (modulo 6, costituito da 11 item).

Infine, una domanda aperta posta alla fine dei questionari, ha permesso di raccogliere i suggerimenti, i commenti e le proposte di tutti i soggetti partecipanti al progetto.

TEMI OGGETTO DELLA VALUTAZIONE E AREE DI INDAGINE

La definizione dei temi oggetto della valutazione e delle singole aree di indagine che costituiscono ciascun modulo è stata possibile grazie al contributo dei componenti del Comitato Scientifico e del Comitato Tecnico per l'Innovazione in Salute Mentale della Regione Lombardia che, sulla base della normativa vigente in materia, costituita dal PRSM (R. Pioli et al., 2003) e dei requisiti di accreditamento per le strutture residenziali psichiatriche, hanno individuato le tematiche più rilevanti inerenti l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, caratterizzanti ciascun settore di rilevazione.

Le aree indagate, concernenti l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, sono in totale 74 e sono riconducibili ai seguenti temi.

1. Formazione professionale.
2. Attività dell'OCSM.
3. Riduzione dello stigma.
4. Rispetto della privacy.
5. Integrazione tra i Servizi.
6. Miglioramento della qualità.
7. Accessibilità al Servizio.
8. Informazione.
9. Sicurezza dei pazienti.
10. Inserimento lavorativo degli utenti.
11. Percorsi e progetti specifici.
12. Assegnazione di un operatore/una micro-équipe di riferimento.
13. Continuità assistenziale.
14. Coinvolgimento di utenti e familiari nel percorso di cura.
15. Associazioni di familiari, utenti e volontari.

Nella Tabella 16.1, è riportata la distribuzione delle aree di indagine dei diversi moduli nelle aree tematiche oggetto della valutazione e il numero totale e la percentuale di aree di indagine per ciascun tema.

Nell'area di rilevazione **Dipartimenti di Salute Mentale** (modulo 1), i settori più frequentemente indagati sono:

- 'integrazione tra i Servizi' mediante le aree di indagine: 'collegamento-collaborazione con i Medici di Medicina Generale', 'collegamento-collaborazione con la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza', 'collegamento-collaborazione con i Servizi per le dipendenze (SerT, NOA)', 'collegamento-collaborazione con i Servizi sociali dei comuni', 'collegamento-collaborazione con il privato sociale', 'collegamento-collaborazione con le associazioni di familiari e/o volontari';
- 'miglioramento della qualità' esaminando le 'iniziative di miglioramento di qualità', l' 'accoglienza delle richieste dell'utente', la 'valutazione della soddisfazione degli utenti', l' 'accoglienza dei reclami da parte dell'utente e dei familiari' e i 'programmi innovativi sui temi della personalizzazione/umanizzazione delle cure';
- 'formazione professionale' mediante le aree: 'iniziative di formazione rivolte al personale sui temi della relazione con il paziente', 'iniziative di formazione rivolte al personale sui temi del lavoro di rete', 'iniziative di formazione rivolte al personale sui temi del coinvolgimento delle famiglie nella presa in carico del paziente'.

Nel modulo 2, dedicato all'area ospedaliera, il settore più frequentemente indagato è la **sicurezza dei pazienti**, nei termini della 'gestione della contenzione' e della 'valutazione e gestione dell'aggressività'.

TABELLA 16.1
 Distribuzione delle aree di indagine nelle aree tematiche oggetto della valutazione

Termini oggetto della valutazione	Numero aree di indagine						N. aree di indagine per ciascun tema	% aree di indagine per ciascun tema
	Modulo 1 (direttori - DSM)	Modulo 2 (operatori - SPDC/UO)	Modulo 3 (operatori - SR)	Modulo 4 (operatori - CPS)	Modulo 5 (utenti)	Modulo 6 (familiari)		
1. Formazione professionale	3	-	-	-	-	-	3	4
2. Attività dell'OCSM	2	-	-	-	-	-	2	3
3. Riduzione dello stigma	1	-	-	-	-	-	1	1
4. Rispetto della privacy	1	-	-	-	-	-	1	1
5. Integrazione tra i Servizi	6	1	2	3	-	-	12	16
6. Miglioramento della qualità	5	1	2	1	-	-	9	12
7. Accessibilità al Servizio	1	-	2	-	-	-	3	4
8. Informazione	2	-	1	-	2	2	7	9
9. Sicurezza dei pazienti	-	2	2	-	1	1	6	8
10. Inserimento lavorativo degli utenti	-	-	1	1	-	-	2	3
11. Percorsi e progetti specifici	-	-	1	4	-	-	5	7
12. Assegnazione di un operatore/una microéquipe di riferimento	-	-	2	2	1	1	6	8
13. Continuità assistenziale	-	-	2	2	1	1	6	8
14. Coinvolgimento di utenti e familiari nel percorso di cura	-	-	5	-	2	2	9	12
15. Associazioni di familiari, utenti e volontari	-	-	-	-	1	1	2	3

Nel modulo 3, ossia nell'area di rilevazione **residenzialità e residenzialità leggera**, 'il coinvolgimento di utenti e familiari nel percorso di cura' è il fattore più studiato e include le seguenti aree di indagine: 'PTRI condiviso, scritto e firmato dall'utente e aggiornato periodicamente', 'partecipazione degli utenti alla condivisione e alla revisione periodica del piano di intervento', 'definizione e revisione periodica del PTRI da parte dei familiari', 'possibilità di scelta del trattamento da parte degli utenti', 'accordi sulla dimissione con l'utente, con la sua famiglia e con i Servizi territoriali'.

Le aree indagate nell'**area territoriale** (modulo 4), sono prevalentemente riconducibili a due tematiche:

- 'percorsi e progetti specifici' esaminando i 'percorsi specifici a livello di CPS/UOP per patologie quali i disturbi emotivi comuni, i DCA o la depressione post-partum', la 'possibilità, nell'ambito del percorso dell'assunzione in cura', di erogare programmi di psicoterapia considerati efficaci sulla base delle evidenze scientifiche', il 'trattamento precoce dei disturbi psicotici o progetti specifici rivolti all'area dei soggetti in età giovanile/adolescenziale' e il 'trattamento dei disturbi nelle aree di confine (dipendenze patologiche, ritardo mentale e disturbi dello sviluppo in età adulta, disturbi psichici nell'anziano)';
- 'integrazione tra i Servizi' mediante le aree di indagine: 'collegamento con la medicina generale per favorire il percorso territoriale della 'consulenza', 'integrazione con la NPI per il trattamento dei soggetti in età giovanile/adolescenziale', 'lavoro di rete e collaborazione con il terzo settore'.

Infine, le aree indagate nei moduli di utenti e familiari, trattano temi quali '*l'informazione*' ('informazione agli utenti/ai familiari sulla natura dei disturbi e sulle varie possibilità di trattamento' e 'informazione agli utenti sul diritto alla privacy'), '*la sicurezza dei pazienti*' (nei termini della 'gestione delle situazioni di emergenza e di crisi riguardanti gli utenti'), '*il coinvolgimento di utenti e familiari nel percorso di cura*' (il 'coinvolgimento degli utenti nelle decisioni che riguardano il PTI/PTRI' e il 'coinvolgimento dei familiari nel percorso di cura'), '*l'assegnazione agli utenti di un operatore/una micro-équipe di riferimento*' e la partecipazione a '*associazioni di familiari, utenti e volontari*'.

Complessivamente, la Tabella 16.1 illustra come le aree più esplorate nei questionari, inerenti i concetti di umanizzazione e personalizzazione delle cure, siano l' 'integrazione tra i Servizi' (16%, 12 aree di indagine), il 'miglioramento della qualità' (12%, 9 aree di indagine) e il 'coinvolgimento di utenti e familiari nel percorso di cura' (12%, 9 aree di indagine).

LE SCALE DI MISURA

I questionari sono stati costruiti mediante la messa a punto di due diverse scale di misura a sei punti, alle quali sono state assegnate nell'ordine le etichette da 0 a 5.

TABELLA 16.2

Scala per l'esame dell'attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM

Punteggio	Risposte
0	Non si fa nulla o non esistono progetti
1	Ci sono progetti formalmente approvati non ancora applicati
2	Criterio/obiettivo solo parzialmente e incostantemente attuato
3	Criterio/obiettivo discretamente realizzato
4	Criterio/obiettivo realizzato in modo soddisfacente
5	Criterio/obiettivo realizzato in modo completo e costante

La scala riportata in Tabella 16.2 permette di esaminare l'attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM: il polo negativo della scala è costituito dalla risposta 'non si fa nulla o non esistono progetti', a cui è stato assegnato il punteggio 0, mentre il polo positivo dalla risposta 'criterio/obiettivo realizzato in modo completo e costante', alla quale è assegnato il punteggio 5.

Una seconda scala (Tabella 16.3) misura l'impatto dello stato di attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM, ossia la produzione di conseguenze positive sulla qualità dell'organizzazione, sulla qualità delle cure e sull'umanizzazione degli interventi. Il punteggio 0 è attribuito alla risposta 'si è verificato un peggioramento', mentre il punteggio 5 alla risposta 'conseguenze molto positive, costantemente soddisfacenti'.

ANALISI DEI DATI

I dati rilevati nelle UOP lombarde e nelle Strutture Residenziali lombarde dei Fatebenefratelli sono stati analizzati separatamente. Sono state calcolate la media, la deviazione standard, la distribuzione in percentuali delle risposte ottenute in ciascun item dei questionari e il coefficiente di correlazione ρ di Spearman tra l'attuazione e l'impatto dello stato di attuazione dei principi del PRSM.

TABELLA 16.3

Scala per l'esame dell'impatto dello stato di attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM

Punteggio	Risposte
0	Si è verificato un peggioramento
1	Nessun cambiamento rilevante
2	Conseguenze modeste, incostanti
3	Alcune conseguenze positive rilevabili, in parte soddisfacenti
4	Conseguenze discretamente positive, abitualmente soddisfacenti
5	Conseguenze molto positive, costantemente soddisfacenti

I risultati delle analisi hanno permesso di identificare le aree di indagine in cui l'attuazione dei principi del PRSM ha prodotto un buon impatto e le aree di indagine in cui l'attuazione non si è verificata o si è verificata ma poi non ha prodotto un impatto soddisfacente.

Inoltre, la scelta di alcuni 'valori soglia' ha consentito di individuare, nelle diverse aree di rilevazione, alcuni *punti di forza* e alcune *aree di miglioramento*.

I valori medi delle risposte che superano il punteggio 3,5 (media > 3,5), identificano quelli che abbiamo chiamato *punti di forza*, ossia le aree di indagine in cui, secondo operatori, utenti e familiari, l'attuazione dei principi del PRSM ha prodotto conseguenze discretamente o molto positive e abitualmente o costantemente soddisfacenti sulla qualità della cura e sulla personalizzazione degli interventi.

Le *aree di miglioramento*, invece, sono identificate dai punteggi medi inferiori a 2,5 (media < 2,5), e consistono in settori in cui l'attuazione dei principi del PRSM ha prodotto il minimo impatto, ossia in cui non è stato prodotto nessun cambiamento rilevante oppure in cui le conseguenze prodotte sono state modeste e incostanti.

Successivamente, sono stati esaminati i suggerimenti, i commenti e le proposte degli utenti e dei familiari e, dopo aver escluso dall'indagine le risposte poco pertinenti rispetto all'obiettivo dello studio, sono state analizzate le osservazioni espresse da almeno il 10% dei partecipanti, riguardanti la pratica dei Servizi e riconducibili all'attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM.

Infine, la presenza nei diversi livelli oggetto di valutazione (Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Unità Ospedaliera, residenzialità e residenzialità leggera, area territoriale) di aree di indagine molto simili, benché pertinenti a contesti specifici, ha permesso riflessioni trasversali alle diverse aree di rilevazione. Il confronto tra i dati ottenuti (punti di forza, aree di miglioramento e suggerimenti di utenti e familiari) ha consentito la messa a fuoco di alcuni punti di accordo e di disaccordo tra le opinioni espresse dai direttori dei DSM, dagli operatori, dagli utenti e dai familiari.

RISULTATI

I centri e le figure professionali partecipanti al progetto

Hanno aderito al progetto i seguenti DSM lombardi, appartenenti alle province di Milano, Mantova, Monza-Brianza, Cremona, Lecco, Brescia e Sondrio (in totale 13 dei 29 DSM lombardi) e la ASL Monza e Brianza: DSM AO Ospedale San Carlo Borromeo, DSM AO Istituti Clinici di Perfezionamento, DSM AO Fatebenefratelli e Oftalmico, DSM AO G. Salvini Garbagnate Milanese, DSM AO di Melegnano, DSM AO Ospedale Civile di Legnano, DSM AO Ospedale Niguarda Cà Granda, DSM AO "C. Poma" di Mantova, DSM AO S. Gerardo dei Tintori, DSM AO Istituto Ospitalieri di Cremona,

DSM AO della Provincia di Lecco, DSM AO Spedali Civili di Brescia, DSM AO della Valtellina e della Valchiavenna, ASL Monza e Brianza.

Hanno inoltre partecipato alla survey tutte le Strutture Residenziali lombarde dei Fatebenefratelli dei seguenti centri: Centro Sacro Cuore di Gesù (S. Colombano al L.), IRCCS San Giovanni di Dio Fatebenefratelli – Brescia, Centro Sant’Ambrogio (Cernusco s/N).

I questionari di rilevazione sono stati raccolti nel periodo febbraio-aprile 2012 e sono stati compilati dai direttori dei DSM lombardi e dai responsabili delle UOP disponibili alla rilevazione dei dati, da gruppi di operatori, da gruppi di utenti e da gruppi di familiari che hanno dato adesione volontaria al progetto.

Nei DSM sono stati compilati 599 questionari, di cui 13 (2%) dai direttori dei DSM, 104 (17%) da operatori nell’area ospedaliera, 110 (18%) da operatori nell’area della residenzialità (prevalentemente nelle CRA [37%], nelle CPA [16%] e nei CD [12%]), 156 (27%) da operatori dei CPS, 133 (22%) da utenti e 83 (14%) da familiari afferenti ai CPS che si sono resi disponibili per la survey.

Nelle Strutture Residenziali lombarde dei Fatebenefratelli sono stati compilati 298 questionari: 14 (5%) da operatori dell’UO di riabilitazione psichiatrica dell’IRCCS San Giovanni di Dio, 134 (45%) da operatori nell’area della residenzialità (appartenenti alle CPA [59%], alle CPM [19%] e alle CRA [17%]), 131 [44%] da utenti (reclutati prevalentemente nelle CPA [43%] e nelle CPM [26%]) e 18 (6%) da familiari (nelle CPA [67%] e nelle CRA [33%]).

Nei DSM, la maggior parte degli operatori, dei direttori, degli utenti e dei familiari che hanno partecipato al progetto, è in servizio o è in contatto con il servizio da almeno tre anni (88,4% degli operatori nell’area territoriale, 87,5% degli operatori nell’area ospedaliera, 85,3% degli operatori nell’area della residenzialità, 92,3% dei direttori, 68,7% degli utenti dei CPS e 78,3% dei familiari degli utenti). Nelle Strutture Residenziali dei Fatebenefratelli, il 71,4% degli operatori nell’area ospedaliera e l’88% degli operatori nell’area della residenzialità è in servizio da almeno tre anni, mentre utenti e familiari hanno preso contatto con il servizio più di recente, da meno di tre anni (82,3% degli utenti e 88,9% dei familiari). Questi dati indicano che la maggior parte dei partecipanti al progetto hanno potuto effettuare delle valutazioni di lungo periodo rispetto ai cambiamenti che si sono verificati nell’ultimo triennio inerenti la personalizzazione delle cure. Fanno eccezione gli utenti e i familiari afferenti alle Strutture Residenziali dei Fatebenefratelli che, a causa della natura stessa del servizio offerto nelle SR, si sono focalizzati su osservazioni più recenti.

I dati relativi alla professione degli operatori, indicano che i gruppi di operatori sono rappresentativi di tutte le figure professionali operanti nei servizi psichiatrici: psichiatri, psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, OTA/OSS ecc. Nelle strutture residenziali dei DSM la partecipazione più numerosa è stata quella di psichiatri (22%, n = 24), educatori (21%, n = 23) e infermieri (26%, n = 28); mentre nell’area ospedaliera hanno partecipato prevalentemente psichiatri (32%, n = 33) e infermieri (53%, n = 55), così come nell’area territoriale (psichiatri

24%, n = 37; infermieri 35%, n = 53). Nelle SR dei Fatebenefratelli, il 24% del campione (n = 32) è costituito da educatori, il 25% da infermieri (n = 33) e il 26% da OTA/OSS (n = 35).

L'attuazione dei principi del PRSM e l'impatto sulla qualità delle cure e sull'umanizzazione degli interventi: la situazione complessiva

I dati raccolti nei questionari, sia nei DSM sia nelle Strutture dei Fatebenefratelli, mostrano che, nella maggior parte delle aree indagate (il 62,5% delle aree di indagine nei DSM e il 66,7% delle aree di indagine nelle Strutture dei Fatebenefratelli), si è verificata un'attuazione 'intermedia' del PRSM, ossia una discreta realizzazione dei principi e degli strumenti del PRSM.

Mostrano, inoltre, che l'impatto di tali principi sulla qualità delle cure e sull'umanizzazione degli interventi ha prodotto nella maggior parte delle aree alcune conseguenze positive, almeno in parte soddisfacenti (nel 76,1% delle aree nei DSM e nel 76,3% delle aree nelle Strutture dei Fatebenefratelli).

In tutti i settori analizzati, le correlazioni tra l'attuazione e l'impatto dello stato di attuazione dei principi del PRSM segnalano una forte relazione tra le variabili.

Le analisi dei risultati hanno permesso di individuare alcuni 'punti forza', ossia le aree di indagine in cui, secondo operatori, utenti e familiari, l'attuazione dei principi del PRSM ha prodotto conseguenze molto positive e abitualmente o costantemente soddisfacenti sulla qualità della cura e sulla personalizzazione degli interventi, e alcune 'aree di miglioramento', aree in cui l'attuazione dei principi del PRSM ha prodotto il minimo impatto, ossia in cui non è stato prodotto nessun cambiamento rilevante oppure in cui le conseguenze prodotte sono state modeste e incostanti.

Il punto di vista dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale

Nell'area di rilevazione **Dipartimenti di Salute Mentale** i Direttori dei DSM che hanno partecipato alla survey, hanno espresso il proprio punto di vista evidenziando la presenza di alcuni punti di forza e alcuni punti di debolezza.

Sono emersi i seguenti punti di forza:

- 'collegamento-collaborazione con la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza' (m = 3,53; ds = 1);
- 'collegamento-collaborazione con il privato sociale' (m = 4,07; ds = 0,8);
- 'collegamento-collaborazione con le associazioni di familiari e/o volontari' (m = 3,84; ds = 0,7);
- 'avvicinamento alla cittadinanza e riduzione dello stigma' (m = 3,66; ds = 1,2);
- 'iniziative di formazione rivolte al personale sui temi della relazione con il paziente' (m = 3,91; ds = 0,7);

- ‘attività dell’organismo di coordinamento per la salute mentale’ (m = 3,84; ds = 0,9);
- ‘regolare incontro dell’organismo di coordinamento per la salute mentale’ (m = 4,07; ds = 0,8).

I punti di debolezza rilevati sono stati, invece:

- ‘collegamento-collaborazione con il servizio per le dipendenze’ (Ser.T., NOA) (m = 2,16; ds = 1,1);
- ‘valutazione della soddisfazione degli utenti’ (m = 2,16; ds = 1,1);
- ‘informazione rivolta all’utente e ai familiari, compresa la preparazione e aggiornamento di opuscoli e altro materiale informativo’ (m = 2,5; ds = 1,2).

Il punto di vista degli operatori delle UOP

Nei DSM, le risposte degli operatori hanno messo in evidenza alcuni punti di forza:

- ‘gestione della contenzione’ in *SPDC* (m = 4,04; ds = 0,9);
- ‘accoglienza degli utenti’ nell’*area della residenzialità* (m = 3,55; ds = 0,9);
- ‘definizione di una micro-équipe di riferimento per i pazienti inseriti nel percorso territoriale di ‘presa in carico’ nell’*area territoriale* (m = 3,57; ds = 0,9).

Le aree di miglioramento segnalate dagli operatori sono state, invece, le seguenti:

- ‘follow-up degli utenti dimessi’ nell’*area della residenzialità* (m = 2,16; ds = 1,2);
- ‘integrazione con la NPI per il trattamento dei soggetti in età giovanile/adolescenziale’ (m = 2,32; ds = 1,2) e ‘trattamento dei disturbi nelle aree di confine’ nell’*area territoriale* (m = 2,34; ds = 1).

Il punto di vista degli operatori delle Strutture dei Fatebenefratelli

Nelle Strutture dei Fatebenefratelli, le risposte degli operatori hanno segnalato i seguenti punti di forza:

- ‘individuazione di un operatore di riferimento con il compito di coordinare gli interventi’ (m = 3,67; ds = 1), ‘pratiche per l’accoglienza degli utenti’ (m = 3,54; ds = 1,1) e ‘pratiche per concordare la dimissione con l’utente, con la sua famiglia e con i servizi territoriali’ (m = 3,57; ds = 1) nell’*area della residenzialità*.

Le aree di miglioramento rilevate dagli operatori sono state invece:

- ‘valutazione e gestione dell’aggressività’ (m = 2,35; ds = 1) e ‘gestione della contenzione’ (m = 1,61; ds = 0,9) nell’Unità Ospedaliera dell’IRCCS San Giovanni di Dio;

- ‘follow-up degli utenti dimessi’ (m = 1,7; ds = 1,2), ‘collaborazione con le associazioni di familiari e di volontariato’ (m = 2,49; ds = 1,4) e ‘inserimento lavorativo degli utenti’ (m = 2,45; ds = 1,4) nell’area della *residenzialità*.

Il punto di vista degli utenti e dei loro familiari

Dall’analisi delle risposte di utenti e familiari non emergono punti di forza né aree di miglioramento, ma le risposte indicano la produzione di ‘alcune conseguenze positive’ sulla qualità dell’organizzazione e delle cure e sull’umanizzazione degli interventi, a eccezione che dell’area ‘*partecipazione ad associazioni di familiari*’ in cui i familiari reclutati nelle SR dei Fatebenefratelli hanno segnalato la produzione di conseguenze modeste e incostanti (m = 2,16; ds = 1,5).

Il 10% degli utenti delle UOP (area territoriale) e il 28% degli utenti delle SR dei Fatebenefratelli, hanno segnalato il desiderio di essere maggiormente aiutati a reintegrarsi nella vita sociale (per es., attraverso il coinvolgimento in attività riabilitative, risocializzanti e di svago); inoltre, il 10% degli utenti delle UOP, ha segnalato la necessità di essere aiutato di più a inserirsi nel mondo del lavoro (per es., attraverso l’aiuto a reinserirsi gradualmente nell’attività lavorativa, l’aumento dei fondi per le borse lavoro o la promozione dell’applicazione delle leggi sul dritto al lavoro).

I familiari degli utenti (26%) hanno invece espresso la necessità di essere più coinvolti nei progetti riabilitativi e di ricevere maggiori informazioni e aggiornamenti sulla salute del proprio familiare.

Il confronto tra i punti di forza e le aree di miglioramento

Il confronto tra i punti di forza e le aree di miglioramento, individuati nelle diverse aree di rilevazione, ha messo in evidenza la presenza di alcuni punti di accordo e di alcuni punti di disaccordo tra Direttori dei DSM, operatori, utenti e familiari.

Nei DSM, i Direttori hanno assegnato un punteggio alto all’area ‘collegamento-collaborazione con la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza’ (m = 3,53; ds = 1), in disaccordo con quanto affermato dagli operatori dell’area territoriale, secondo i quali l’impatto dei principi del PRSM nella stessa area è stato modesto (m = 2,32; ds = 1,2).

I Direttori dei DSM, inoltre, hanno assegnato un punteggio basso all’area ‘informazione rivolta all’utente e ai familiari, compresa la preparazione di opuscoli e di altro materiale informativo’ (m = 2,5; ds = 1,2) in accordo con l’opinione espressa da utenti e familiari, che hanno segnalato la necessità di coinvolgere di più le famiglie nei progetti riabilitativi e di fornire maggiori informazioni e aggiornamenti sulla salute dei familiari.

Infine, sia le risposte dei direttori dei DSM (m = 2,16; ds = 1,1) sia le risposte degli operatori dell’area territoriale (m = 2,34; ds = 1), hanno evidenziato che il ‘collegamento-collaborazione con il servizio per le dipendenze (SerT, NOA)’ ha avuto un impatto minimo sull’umanizzazione e sulla qualità delle cure e non ha prodotto risultati soddisfacenti.

CONCLUSIONI

Le opinioni espresse dai Direttori dei DSM e dagli operatori partecipanti al progetto e i suggerimenti degli utenti e dei familiari hanno messo in evidenza l'esistenza, nei DSM lombardi e nelle Strutture Residenziali dei Fatebenefratelli lombarde, di settori in cui si è molto investito in termini di applicazione di progetti, protocolli e programmi specifici che sono determinanti per la promozione dell'umanizzazione e della personalizzazione delle cure nei servizi psichiatrici. Il coinvolgimento nel progetto delle diverse figure professionali operanti nei Servizi (psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri, OTA/OSS ecc.), nonché degli utenti e dei familiari, ha consentito l'espressione di tutti gli specifici punti di vista e ha contribuito a rendere più accurata e trasparente la valutazione dello stato di attuazione dei principi e degli strumenti del PRSM, mettendo in luce problematiche diverse e permettendo un confronto tra i differenti punti di vista.

Complessivamente, i risultati ottenuti indicano che nelle strutture partecipanti al progetto la maggior parte dei criteri/obiettivi oggetto di indagine sono stati discretamente realizzati e hanno prodotto alcune conseguenze positive rilevabili, in parte soddisfacenti, sull'umanizzazione degli interventi.

Inoltre, le risposte e i suggerimenti di utenti e familiari hanno permesso di rilevare che lo stato di attuazione del PRSM ha avuto un discreto impatto sul gradimento del sistema di cura, a eccezione che in alcune aree, tra cui 'partecipazione ad associazioni di familiari', 'informazione rivolta all'utente e ai familiari' e 'inserimento lavorativo degli utenti', in cui le conseguenze prodotte sono state poco soddisfacenti.

Tra le aree di miglioramento segnalate, l'area della 'partecipazione' di utenti e familiari richiede un ulteriore approfondimento, ma richiede soprattutto la promozione di nuovi progetti, protocolli e programmi che facilitino l'integrazione multi-professionale e, particolarmente, l'integrazione con utenti e famiglie, che sono i primi e veri destinatari dei servizi.

Si intravede, nelle risposte, un grande bisogno di salute partecipata e di personalizzazione delle cure. Una strada semplice è stata tracciata, continuiamo a percorrerla.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento ai componenti del Comitato Tecnico per l'Innovazione in Salute Mentale della Regione Lombardia per il supporto e per il monitoraggio continuo dell'esperienza. Un ringraziamento a tutti i responsabili dei DSM, agli operatori, agli utenti e ai familiari che hanno partecipato alla survey e che hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto. Infine, un ringraziamento particolare ai Fatebenefratelli, nella persona di Fra Marco Fabello e a Civitas nella persona di Alfio Regis, per avere promosso e sostenuto l'iniziativa.

BIBLIOGRAFIA

- Marchesi P.L. (2006) *Umanizzazione, Storia e utopia*, Elledici, Torino.
- Pioli R. (2003) *Accreditamento volontario tra pari delle strutture residenziali riabilitative in salute mentale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ranci Ortigosa E. (1991) (a cura di), *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, FrancoAngeli, Milano.
- Terzi A. (2010) L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva, *MECO-SAN* 74: 129-151.
- Turco L. (2006) *Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati*, 27 giugno 2006, Roma.

L'attività di formazione a sostegno del miglioramento delle pratiche e dell'organizzazione

Orizzonti ed esperienze a livello regionale

Capitolo
17

Gian Marco Giobbio – Massimo Clerici – Antonio Vita

RIASSUNTO

L'attività di formazione è utilizzata per migliorare le pratiche e l'organizzazione dei servizi sanitari. Viene svolta sulla base di precisi riferimenti normativi e si sviluppa secondo macro-obiettivi volti al miglioramento delle capacità tecnico-professionali individuali e al mantenimento della qualità e dell'efficienza dei processi. Permette di governare e di indirizzare i servizi e l'innovazione. In questo capitolo verranno analizzati i principali modelli formativi con particolare attenzione al loro ruolo nella formulazione di adeguati percorsi clinico assistenziali. La formazione rappresenta uno strumento indispensabile in una sanità fondata sul modello della medicina basata sull'evidenza (*evidence based medicine*). In particolare, la psichiatria ha da sempre rappresentato una branca della medicina peculiare e soggetta, più di altre, a un continuo processo di rinnovamento. La presenza di équipe multi-disciplinari e la frequente introduzione di nuovi strumenti di lavoro, rende necessario il coinvolgimento nel percorso di rinnovamento di tutti gli operatori implicati nei processi di erogazione del servizio. Regione Lombardia in collaborazione con Éupolis Lombardia ha visto lo sviluppo di progetti formativi diversificati per rispondere a specifiche aree di crescita e sviluppo quali, solo per citare le principali: l'introduzione del modello *case manager* come modalità operativa migliore nei servizi territoriali; lo sviluppo di iniziative rivolte alle associazioni dei familiari; l'elaborazione dei processi e procedure di qualità; i processi di implementazione delle attività del dipartimento di salute mentale e il ruolo degli organismi di coordinamento della salute mentale: l'implementazione delle tecniche di valutazione in psichiatria come strumenti volti a supportare l'équipe nella costruzione di un progetto terapeutico riabilitativo per i pazienti gravi.

GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI FORMAZIONE

L'attività di formazione a sostegno del miglioramento delle pratiche e dell'organizzazione è una strategia che permette, attraverso interventi volti al miglioramento della

gestione delle risorse disponibili, l'implementazione del capitale umano. Per tale ragione viene considerata parte integrante dell'attività delle Direzioni ed è stata assunta come obiettivo della Regione Lombardia.

Affinché un piano di formazione possa considerarsi efficace è necessario che parta dall'analisi dei bisogni formativi e tenga conto dei differenti contesti organizzativi.

In linea con i principali riferimenti normativi in materia (si vedano le indicazioni operative indicate nell'accordo Stato-Regione 2007 e il riordino del sistema formazione 2008/2010) le attività di formazione declinano linee di sviluppo attraverso la costruzioni di macro-obiettivi.

Un primo macro-obiettivo è rivolto al miglioramento delle capacità tecnico-professionali individuali: l'attenzione formativa in questo caso riconosce come elemento prioritario l'aggiornamento e l'addestramento individuale all'uso di nuove apparecchiature o strumenti clinici.

La complessità e l'evoluzione dei servizi richiede necessariamente integrazione tra le forme convenzionali di formazione in aula e momenti differenti quali esperienza sul campo e gruppi di studio e miglioramento.

Questa è la modalità formativa preferita per il confronto e lo scambio di esperienze tra diversi operatori del settore, valorizzando le singole competenze.

La seconda macro-area vuole affrontare la tematica del mantenimento della qualità e dell'efficienza dei processi. In questo campo l'obiettivo principale è costituito dalla costante revisione critica della letteratura e della documentazione esistente finalizzato al miglioramento delle procedure operative e dei protocolli. Questo tipo di formazione viene svolta da professionisti delle diverse aree interessate, coinvolti in gruppi interdisciplinari in grado di utilizzare le diverse esperienze maturate in servizi affini.

Il confronto costante tra protocolli, linee guida e procedure in uso nei singoli servizi rappresenta un elemento caratteristico del miglioramento continuo e dell'innovazione in sanità e può essere considerato una palestra formativa per i diversi professionisti.

La progettazione formativa rappresenta un utile strumento in capo alle direzioni che attraverso specifiche linee strategiche di sviluppo può indirizzare l'evoluzione dei servizi offerti al cittadino.

L'ATTIVITÀ FORMATIVA E I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali sono comparsi in epoca relativamente recente, ispirati dalle tecniche di analisi delle situazioni critiche usate nel mondo industriale per ottimizzare i tempi di lavoro. Il percorso critico rappresenta la sequenza delle azioni che si sviluppa nella minima quantità di tempo. In ambito sanitario il percorso assistenziale migliora l'efficienza e la continuità delle cure, riducendo la variabilità legata all'agire individuale e favorisce, inoltre, l'applicazione delle conoscenze scientifiche a sostegno dell'efficacia degli interventi. Lo sviluppo dei percorsi assistenziali segue diverse strade

in cui il ruolo della formazione si rivela comunque essenziale. Un primo approccio prende in considerazione i dati della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi e costruisce un percorso che riduce la distanza tra quello che si fa e quello che si dovrebbe fare alla luce delle evidenze scientifiche. Un altro approccio pone l'attenzione sull'attività svolta quotidianamente analizzando la variabilità esistente in percorsi assistenziali simili e identificando le strategie più efficienti a parità di risorse o quelle che consumano meno risorse (Zangrandi A., 2003). Successivamente si valuta la loro compatibilità e possibilità di generalizzazione confrontandole con le evidenze scientifiche disponibili.

Un buon percorso assistenziale va continuamente ripensato alla luce delle difficoltà di applicazione, dei risultati ottenuti e di nuove eventuali acquisizioni. Implica pertanto il continuo aggiornamento, accompagnato da una frequente attività formativa volta alla condivisione della metodica scelta.

La formazione dunque rappresenta il principale strumento utilizzabile per favorire lo sviluppo di un percorso assistenziale efficiente ed efficace permettendo di sfruttare le risorse in modo ottimale.

Negli ultimi anni le aziende sanitarie hanno fondato il proprio operato sulla medicina basata sull'evidenza. L'analisi dei percorsi assistenziali sviluppati negli ultimi 10 anni, visionabili su numerose pubblicazioni mediche prestigiose, documentano l'esistenza di una rilevante variabilità e la presenza di gravi problemi di qualità nei servizi sanitari. Queste osservazioni sottolineano di sviluppare percorsi assistenziali il più possibile basati sulle evidenze scientifiche (Institute of Medicine, 1999). Il lavoro svolto da un gruppo di esperti suggeriva, come metodica migliore da utilizzare per lo sviluppo di percorsi assistenziali condivisi, il processo di formazione sul campo attraverso la collaborazione tra discipline affini e lo scambio di informazioni tra professionisti. La gestione per processi professionali comporta l'acquisizione di nozioni, linguaggio, atteggiamenti nuovi. I corsi di formazione risultano fondamentali nel raggiungimento di un comune substrato necessario al cambiamento. È opportuno anche pianificare momenti di divulgazione: nella fase iniziale per presentare il progetto e sensibilizzare gli operatori, più avanti per comunicare lo stato di avanzamento. Un esempio di corretta modalità di informazione riguarda la diffusione di notizie relative a quali percorsi sono stati scelti e quali sono i primi risultati del monitoraggio. La letteratura suggerisce poi che ai corsi di formazione con didattica attiva seguano incontri di follow-up.

La formazione si configura come un piano pensato per accompagnare i cambiamenti e le evoluzioni nel mondo sanitario e trova nel programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) il suo strumento operativo.

Il programma ECM è rivolto a tutto il personale sanitario medico e non medico dipendente o libero professionista operante nella sanità pubblica o privata.

È dovere del singolo professionista aderire ai programmi di educazione continua in medicina: attraverso questo strumento viene garantito il mantenimento delle competenze.

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE IN PSICHIATRIA

La psichiatria ha da sempre rappresentato una branca della medicina peculiare e soggetta, più di altre, a un continuo processo di rinnovamento. La presenza di équipes multi-disciplinari e la frequente introduzione di nuovi strumenti di lavoro, rende necessario il coinvolgimento di tutti gli operatori implicati nel processo di erogazione del servizio.

Lavorare nel campo della salute mentale richiede un forte investimento sulla professionalità degli operatori stessi. Sostenere la motivazione, l'impegno e lo sforzo che quotidianamente gli operatori devono produrre, rappresenta un compito sul quale occorre investire risorse più che in ogni altra disciplina sanitaria. Aggiornamento e formazione continua degli operatori che costituiscono le équipes sono da considerarsi elementi fondamentali al buon governo clinico. L'efficacia dell'intervento in campo psichiatrico dipende dalle capacità e della competenza di tutti gli operatori coinvolti, non soltanto della classe medica. Già nel Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) veniva sottolineato come "la natura tipicamente relazionale dell'operare nel campo della salute mentale riduce di molto la necessità di apparati e strutture tecniche, ma aumenta il valore e la necessità di una specifica formazione per gli operatori che vi lavorano" riconoscendo bisogni formativi diversificati per aree e diversificando l'attività formativa in addestramento verso i neoassunti (formazione generale e formazione specifica). In particolare nella formazione si suggerisce di riconoscere un bisogno specifico legato alle diverse figure professionali, distinguendolo da un bisogno specifico legato ai diversi contesti della cura (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura [SPDC], Centri Psico-Sociali [CPS], strutture riabilitative residenziali).

È essenziale che il programma formativo specifico per le diverse figure professionali risponda a bisogni formativi comuni a tutte le professionalità, che comprendono:

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

I programmi di formazione recentemente sviluppati dalla Regione Lombardia in collaborazione con Éupolis Lombardia hanno visto lo sviluppo di progetti formativi diversificati per rispondere a specifiche aree di crescita e sviluppo degli operatori della salute mentale quali: introduzione del modello *case manager* come migliore modalità operativa di gestione clinica nei servizi territoriali, sviluppo di iniziative rivolte alle associa-

zioni dei familiari, elaborazione dei processi e procedure di qualità, processi di implementazione delle attività del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e ruolo degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM), solo per citarne alcune.

In particolare il progetto formativo **Programma di formazione per gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale – Area Case Management**, facente parte delle nuove politiche del PRSM, rappresenta un modello particolarmente complesso e avanzato in psichiatria.

L'intervento è stato diretto alla formazione degli operatori dei CPS alle funzioni di *case manager* per il trattamento e la presa in carico del paziente grave.

Il percorso formativo ha previsto:

- momenti d'aula con lezione frontale in plenaria per la trasmissione di contributi a livello teorico e metodologico, cui sono seguiti approfondimenti di gruppo;
- lavori di gruppo che hanno offerto un supporto formativo rispetto all'apprendimento dall'esperienza, all'attuazione di percorsi operativi e all'utilizzazione degli strumenti;
- *atelier* centrati sulla sperimentazione 'in fiction' di situazioni operative e di 'casi specifici' presentati dai corsisti.

L'attività formativa svolta a sostegno di questo modello può essere considerata un percorso a sostegno del miglioramento delle tecniche di intervento e a favore di migliori pratiche e una più efficiente organizzazione dei servizi.

Il corso di formazione, che si è sviluppato negli anni 2011 e 2012, ha visto diversi livelli di intervento sintetizzabili in una fase centrale formativa seguita da una fase locale di diffusione e implementazione del metodo nella pratica dei servizi. Il successivo follow-up ha permesso di valutare l'esito dell'intervento formativo stesso.

Obiettivi ambiziosi erano rappresentati dalla formazione degli operatori allo sviluppo di buone capacità relazionali, all'impiego di strumenti di valutazioni idonei alla costruzione di un percorso di cura e trattamento, alla conoscenza dei metodi riabilitativi psicosociali dotati di maggiore prove di efficacia, all'attività di mediazione con famiglie e rete sociale.

Il percorso professionale costruito per implementare l'attività del servizio ha voluto integrare gli approcci del lavoro di rete sociale e *case manager* comunitario, la clinica e la riabilitazione sociale e il modello dell'integrazione funzionale delle psicosi.

La fase centrale ha visto la formazione di un piccolo gruppo di operatori dei singoli CPS della Regione Lombardia attraverso corsi frontali d'aula, seguita poi da una fase locale che ha permesso il trasferimento delle conoscenze a tutti gli operatori dei servizi territoriali. L'utilizzo dei tutor e degli operatori formati centralmente, la supervisione costante di docenti e del board d'area, ha favorito il percorso formativo omogeneo. A questo si sono affiancati lavori di gruppo e presentazione di casi clinici che hanno permesso di verificare lo stato di attuazione del percorso formativo.

Una parte rilevante del percorso formativo è stata rappresentata dall'acquisizione di strumenti di lavoro innovativi e di una diversa modalità organizzativa dei servizi,

con un'attenzione particolare rivolta all'approfondimento dell'area della valutazione e delle tecniche di intervento.

L'intervento psichiatrico con l'avvento della psichiatria di comunità deve confrontarsi necessariamente con una maggiore complessità dei processi di cura nella presa in carico olistica del paziente.

L'individuo deve essere valutato nelle diverse sfaccettature che caratterizzano il suo adattamento alla patologia oltre che nei sintomi classici della patologia stessa.

Lo studio delle competenze e delle capacità di adattamento all'ambiente, l'integrazione con le risorse naturali e con le reti sociali, necessitano di un accurato studio delle capacità del soggetto e della messa in atto di interventi specifici.

I servizi necessitano dell'applicazione di metodi di valutazione che permettono di identificare gli obiettivi a lungo termine come pure le singole attività concrete che devono svolgersi quotidianamente.

In assenza di questo modello di riferimento è molto alto il rischio di incorrere in pratiche assistenziali routinarie.

Il funzionamento dell'individuo e la disabilità collegata alla malattia possono essere validamente descritte attraverso un modello dimensionale dinamico in cui le condizioni di salute individuali interagiscono con i fattori del contesto in cui il soggetto si trova a vivere.

In particolare è noto come l'ambiente modula il funzionamento dell'individuo facilitandolo oppure ostacolando.

Lo studio del soggetto, delle manifestazioni cliniche della patologia e delle reazioni dell'ambiente deve dunque rappresentare il prerequisito alla discussione del progetto terapeutico. L'osservazione dell'attività dei servizi dimostra, tuttavia, come l'approfondimento delle capacità, dei bisogni e delle risorse del paziente psichiatrico venga fatta, nella maggior parte dei casi, attraverso l'esperienza dei singoli operatori, non supportata da scale o schede di osservazione. Si vengono così a generare elementi difficilmente oggettivabili e trasmissibili. Inoltre diventa difficile valutare l'esito degli interventi in assenza di dati raccolti obiettivamente. L'applicazione di valutazione, al contrario, permette di elaborare progetti terapeutici individualizzati e permette di valutare i risultati degli interventi adottati, guidando l'operatività dell'équipe. L'approccio valutativo può non essere solo limitato al singolo utente e può rappresentare un metodo di valutazione anche delle tecniche adottate per i servizi e dei programmi riabilitativi.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, lo studio dell'efficacia degli interventi in psichiatria, è da sempre stato limitato dalla ridotta presenza di studi replicabili, se si escludono gli studi di efficacia delle terapie psicofarmacologiche. Solo recentemente sono comparsi studi metanalitici in grado di fornire prove a sostegno dell'efficacia di specifici interventi di riabilitazione psicosociale. Così per esempio in ambito riabilitativo una recente metanalisi svolta sui lavori pubblicati relativa agli interventi riabilitativi psicosociali (Pfammatter M., 2006) ha permesso di portare prove di efficacia a favore di specifici interventi riabilitativi, dimostrando una stretta relazione tra metodica utilizzata e target dell'intervento. Questi studi forniscono al clinico elementi

in grado di suggerire con buona riproducibilità il corretto intervento in relazione all'obiettivo del trattamento del soggetto o del suo contesto socio relazionale.

Diventa allora indispensabile fornire agli operatori strumenti in grado di dettagliare sia la valutazione globale del quadro psicopatologico del paziente sia informazioni specifiche su determinate aree disfunzionali.

La scelta degli strumenti da applicare è in stretta relazione agli obiettivi che si vogliono conseguire ma anche ai modelli che si intendono utilizzare. Ecco allora che un programma di formazione volto a migliorare l'approccio al paziente psichiatrico e a introdurre nuove forme di organizzazione di intervento deve poter includere lo studio e l'approfondimento di specifici strumenti valutativi.

PERCORSI DI FORMAZIONE AL PERSONALE NELL'AREA DELLA VALUTAZIONE

Numerosi percorsi formativi svolti in questi anni sono stati incentrati sull'introduzione e sull'implementazione delle scale di valutazione in psichiatria.

Le aree passibili di valutazione sono primariamente rappresentate dal quadro psicopatologico, dal funzionamento sociale, dalla disabilità, dai bisogni del paziente, dalla qualità della vita e dal grado di soddisfazione (Conti L., 1999).

La misurazione è fondamentale nelle scienze biomediche perché contribuisce in maniera sostanziale alla definizione degli obiettivi, aiuta a standardizzare e a obiettivare l'oggetto del nostro interesse, consente la verifica affidabile degli strumenti del trattamento, fornisce attraverso l'uso di procedure standardizzate la condivisione dei risultati con quelli di altri operatori e il confronto tra gli stessi. In molte aree della medicina sono stati individuati parametri oggettivi in grado di descrivere i valori normali e patologici e pertanto utili per identificare con precisione la presenza di un disturbo. In psichiatria l'eziologia della malattia è sconosciuta e la classificazione è costruita su base sindromica. Elementi utili alla diagnosi vengono raccolti dai pazienti in modo spesso globale e mal definito. Sulla base di questa osservazione sono state create *check list* e questionari in grado di raccogliere in maniera sistematica e più obiettiva possibile elementi conoscitivi per la costruzione di una diagnosi. Le scale di valutazione in psichiatria sono in grado di misurare le caratteristiche del paziente che possono essere esplicitamente definite o che si traducono in un comportamento osservabile. La valutazione psichiatrica permette inoltre di verificare i cambiamenti che si producono nel tempo. Questo elemento è indispensabile per monitorare l'andamento della malattia e per definire come efficace un intervento.

Gli strumenti di valutazione oltre che essere strumenti di misura possono essere strumenti di rilevazione. Le variabili di cui sono costituiti esplorano in generale un comportamento osservabile e spesso sono associati tra loro a dare origine a dei *cluster*.

La valutazione standardizzata può pertanto essere definita come la tecnica che si propone di indagare in modo sistematico sui diversi settori della psicopatologia al fine di ottenere risposte confrontabili tra i diversi pazienti. Gli strumenti in tal senso possono essere costruiti in modo differente. Una prima distinzione è relativa alla modalità di

raccolta delle informazioni. Essa può avvenire attraverso scale di autovalutazione (*Symptom Check list*, *90SCL*, *Beck Depression Inventory* ecc.), eterovalutazione con interviste strutturate (Structured Clinical Interview for DSM [SCID], Social Adjustment Scale [SAS]), eterovalutazione con interviste semi-strutturate e osservazione del comportamento (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]). Sono poi state sviluppate scale costruite per l'osservazione di pazienti da parte di personale non medico o, ancora, da parte dei familiari. Per favorire l'oggettività le scale di valutazione devono rispondere a specifici requisiti: le domande devono essere le medesime per tutti i soggetti; le modalità di somministrazione devono essere il più costanti possibile; i punteggi devono essere attribuiti in modo chiaro e univoco attraverso un *grading* esplicito o l'utilizzo di *anchor point*; le unità di misura utilizzate devono essere descritte nello specifico; deve essere noto ed esplicitato il periodo di tempo a cui si riferisce l'osservazione. Altri elementi che favoriscono lo sviluppo di strumenti di valutazione oggettivi sono: la loro brevità; il facile impiego e una forte correlazione con elementi clinici; non devono richiedere *training* formativi lunghi e complessi; una parte degli item deve essere sufficientemente sensibile per cogliere i cambiamenti nel breve termine, mentre altri devono essere più stabili per predire l'evoluzione della patologia. Occorre al pari ricordare che possono essere molti i fattori in grado di interferire con l'attendibilità degli stessi. Al riguardo si ricordano fattori legati al valutatore sia nell'eterovalutazione (tendenza a fornire valori medi ed esclusione degli estremi nel grado di giudizio, tendenza al condizionamento per cui la valutazione di item che valutano sintomi più importanti ai fini diagnostici tende poi a influenzare il punteggio dato a sintomi a esso correlati, tendenza a sovrastimare i comportamenti più manifesti e a sottostimare gli elementi negativi) sia nell'autovalutazione (quali il livello culturale, la capacità di introspezione, il quadro morboso di base). Infine altri elementi in grado di alterare la corretta valutazione sono rappresentati dal modello culturale del clinico, dalla sua esperienza e dal grado di addestramento alla valutazione, dalla qualità del rapporto bidirezionale medico-paziente. Nell'utilizzo delle valutazioni l'esaminatore deve tenere in considerazione l'arco temporale che si vuole andare a valutare e tale intervallo di tempo dovrà rimanere uguale per tutti i soggetti esaminati e per le eventuali misurazioni di follow-up successive.

LA FORMAZIONE IN AMBITO RIABILITATIVO PSICOSOCIALE

Nel percorso formativo finalizzato all'introduzione di strumenti utili a supportare l'équipe alla costruzione di un progetto terapeutico riabilitativo per i pazienti *gravi* si è data particolare rilevanza alla valutazione del funzionamento psicosociale e alla misurazione dell'esito in psichiatria. In questo caso l'utilizzo di scale come la *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), la *Camberwell Assessment of Needs* (CAN) e la Valutazione Abilità e Definizione di Obiettivi (VADO), rappresentano utili strumenti per la definizione del percorso e sono state oggetto di formazione specifica.

Nella progettazione dell'intervento sul paziente occorre definire alcune linee guida in grado di identificare gli obiettivi generali dell'intervento e il percorso dell'in-

tervento, a partire da una diagnosi, non solo sindromica ma anche funzionale, in grado di tenere conto sia delle risorse del soggetto sia di quelle del suo ambiente. Il progetto deve essere aggiornato con regolarità, seguendo l'andamento della patologia e le risposte individuali alla terapia avviata. Non ultima la valutazione della rete sociale che si estende intorno all'individuo: i rapporti con i familiari, con le associazioni, le sue amicizie, i setting professionali in grado di offrire supporto. Particolare attenzione al percorso formativo è stato posto in Regione Lombardia all'area degli interventi riabilitativi psicosociali e agli interventi di rimedio cognitivo. L'efficacia delle diverse tecniche di intervento è stata oggetto di numerosi pubblicazioni. Nella metanalisi di Pfammatter (2006), le principali tecniche riabilitative sono state valutate alla luce dell'efficacia su domini specifici che caratterizzano la malattia psichiatrica in particolare nella schizofrenia. I risultati hanno riguardato gli interventi di *social skills training*, il rimedio cognitivo, gli interventi di tipo psicoeducazionale, la terapia comportamentale sui sintomi positivi persistenti.

Gli interventi psicosociali dimostrano efficacia differente su aree specifiche che caratterizzano i disturbi psichiatrici maggiori. Per esempio, gli interventi di *social skills training* si dimostrano efficaci in particolare nel migliorare le abilità sociali dei pazienti, ma anche l'assertività e il funzionamento psicosociale, mentre sembrano essere scarsamente efficaci nel migliorare la psicopatologia.

Gli interventi di rimedio cognitivo si dimostrano capaci di migliorare gli indici cognitivi quali attenzione, memoria, funzioni esecutive, ma anche il funzionamento sociale e, in misura minore, i sintomi negativi; si dimostrano solo moderatamente efficaci nel miglioramento della psicopatologia generale e non incidono sulla *compliance* farmacologica.

Gli interventi psicoeducazionali svolti sui familiari dimostrano di essere efficaci nel migliorare la conoscenza sulla patologia nei familiari, nel ridurre l'emotività espressa e nella riduzione della durata di ospedalizzazione, come pure delle ricadute; l'intervento non appare efficace nelle fasi precoci della malattia.

Gli interventi cognitivi comportamentali per il trattamento dei sintomi positivi persistenti sono risultati efficaci nella riduzione della sintomatologia positiva, nel ridurre la gravità complessiva della psicopatologia, nel migliorare la *compliance* farmacologica. L'intervento è particolarmente efficace nelle fasi precoci della malattia schizofrenica.

Gli interventi riabilitativi, dunque, mostrano un'efficacia selettiva su specifici domini. Diventa quindi indispensabile un percorso formativo rivolto all'acquisizione di più tecniche riabilitative.

Tali interventi formativi necessitano di percorsi articolati dove accanto alla classica formazione frontale d'aula seguano lavori in piccoli gruppi volti ad acquisire le specifiche tecniche attraverso *role play* e percorsi di supervisione. Numerosi i corsi effettuati in questa direzione, in particolare nelle tecniche di rimedio cognitivo che hanno visto l'introduzione nella pratica clinica di alcuni specifici interventi quali la Terapia Psicologica Integrata (Brenner H.D., Roder V., Hodel B., 1997) e i moduli aggiuntivi Casa Lavoro e Tempo Libero (Roder V., Zorn F., Brenner H.D. et al., 2002) o la *Cognitive Remediation Therapy* (Wykes T., Reeder C., 2005).

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE NEL CAMPO DELLA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ: L'ESPERIENZA IREF/ÉUPOLIS LOMBARDIA – SCUOLA DI DIREZIONE IN SANITÀ

La Scuola di Direzione in Sanità, prima con IREF e poi con Éupolis Lombardia, in stretta collaborazione con la Direzione Generale Salute – Comitato Tecnico per l'innovazione in salute mentale, ha elaborato un progetto volto a fornire un supporto metodologico-formativo al perseguimento degli indirizzi della psichiatria di comunità nell'ambito degli obiettivi del Piano Regionale per la Salute Mentale 2004 e del successivo documento *Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011* (Allegato 11 alla Deliberazione Giunta regionale 26 novembre 2008, n.8501).

Uno degli obiettivi del progetto è stato quello di favorire una cooperazione tra gli operatori che compongono l'équipe multidisciplinare, impegnata sul caso, promuovendo il consolidamento della funzione di *case manager* come connettore tra i diversi interventi necessari, nel rispetto delle specifiche competenze professionali.

Altri obiettivi coerenti sono stati volti a sviluppare i sistemi di qualità nei servizi psichiatrici e nei DSM, a promuovere progetti di valutazione dei modelli organizzativi e dell'esito dei trattamenti, a incrementare l'area informativo-educazionale e di sensibilizzazione in tema di salute mentale.

In linea con le indicazioni contenute nel PRSM è stata favorita l'attività di integrazione tra i diversi attori dei servizi sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, nell'ambito di un lavoro di rete, all'interno di un territorio concepito come un insieme funzionale.

Sono state approfondite le tecniche capaci di favorire il libero contatto tra l'operatore professionale e il soggetto portatore di domanda di cura e le strategie di accoglimento dei bisogni complessi del paziente così come gli idonei strumenti e trattamenti integrati.

In stretta relazione ai modelli organizzativi da attuare, secondo quanto indicato nel PRSM, sono state individuate le aree di intervento progettuale che di seguito si illustrano:

1. area formazione – *case manager*;
2. accreditamento professionale – sistemi di qualità;
3. area educativa – formativa;
4. valutazione processi ed esito.

In relazione agli ambiti di intervento proposti di seguito si indicano le specificità prioritarie che sono state sviluppate in collaborazione con i board scientifici.

Formazione *case manager*

La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rappresenta il *core* della mission dei *case manager*.

Essi, a partire dall'esperienza maturata, sono stati coinvolti nel percorso di miglioramento dei processi attraverso lo sviluppo di una sempre maggiore aderenza ai prin-

cipi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale in stretta coerenza con le logiche di sistema, con particolare attenzione alle funzioni di integrazione degli interventi e delle équipe dedicate.

Dopo una prima implementazione della funzione di *case manager* e dopo il PRSM e lo svolgimento dei percorsi formativi del primo triennio, si è registrato l'avvio dell'esperienza di *case manager* nei servizi territoriali, che tuttavia è stato attuato in modo ancora disomogeneo e poco strutturato. Lo scopo prefissato dell'intervento formativo è stato quello di individuare le *linee guida* della funzione di *case manager* e di consolidarne *un'attuazione effettiva e omogenea* in tutti i CPS.

Gli obiettivi prioritari conseguiti sono stati:

- l'approfondimento delle capacità relazionali nei percorsi clinici di diagnosi e trattamento personalizzato del paziente psichiatrico;
- l'attivazione di tecniche tese ad amalgamare i processi lavorativi dei *case manager* e a implementare i modelli funzionali dell'integrazione;
- favorire la conoscenza degli strumenti applicativi disponibili a supporto della loro attività professionale;
- evidenziare la rilevanza che il profilo dei *case manager* comunitario assume nell'attività di intermediazione con le famiglie e la rete sociale.

Di particolare interesse è stata la metodologia didattica seguita che ha utilizzato differenti strategie per l'implementazione del metodo: a una prima fase centrale, di lavoro d'aula, su contenuti e metodi di fondo, è seguita una seconda locale e applicativa, sul campo, che è stata attuata nel territorio (ASL, DSM).

La prima parte del corso di formazione è stata rivolta a un numero ristretto di operatori - *case manager* dei CPS, almeno uno per CPS e ha previsto una forte interazione tra le parti e l'articolazione al proprio interno di processi di apprendimento/aggiornamento spendibili nel contesto lavorativo e con i colleghi. Nella seconda parte (Fase locale), i discenti, divenuti collaboratori dei formatori, hanno potuto portare l'esperienza formativa all'interno dei propri ambiti lavorativi, favorendo in tal modo l'implementazione del case management attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori interessati.

Accreditamento professionale e sistemi di qualità

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

Caratteristiche peculiari dell'accreditamento professionale risultano essere:

- la volontarietà della partecipazione dei soggetti coinvolti;
- la partecipazione attiva degli operatori all'applicazione delle procedure di valutazione;

- la tensione verso il miglioramento che caratterizza i gruppi di lavoro nell'applicazione delle procedure dell'accREDITAMENTO professionale;
- la capacità e la consuetudine del gruppo ad autovalutarsi, esprimendo una capacità critica rispetto alle proprie pratiche e ai risultati ottenuti;
- l'attenzione verso il cliente e la sua soddisfazione.

La metodologia dell'accREDITAMENTO tra pari si configura quindi come uno strumento utile a favorire il miglioramento continuo della qualità professionale che garantisce, inoltre, il processo ciclico per il miglioramento e lo sviluppo delle competenze professionali.

Occorre però integrare i sistemi di accREDITAMENTO professionale e gli standard di qualità adottati dai DSM con gli standard di accREDITAMENTO definiti dalla *Joint Commission International* e richiesti dalla Regione Lombardia a tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali.

Alla luce di quanto sopra esposto il percorso d'intervento, rivolto agli operatori dei servizi dei DSM, si è articolato attraverso:

1. la definizione centrale di una metodologia formativa e operativa comune;
2. la proposta e l'attuazione di progetti sul campo nei diversi territori regionali per favorire l'implementazione omogenea dei sistemi di qualità nei DSM.

Il percorso formativo ha affrontato varie tematiche quali:

- conoscere e utilizzare le procedure dell'accREDITAMENTO professionale;
- i sistemi di qualità adottati nei Dipartimenti di Salute Mentale;
- gli standard *Joint Commission International*;
- l'integrazione tra gli standard qualitativi utilizzati nei DSM e integrazione con gli standard *Joint Commission International*.

Area educativa – formativa: formazione per le associazioni dei familiari e dei volontari

Obiettivo di quest'area formativa è stato l'implementazione delle interrelazioni fra tutti gli attori che operano nell'ambito della psichiatria, compresi utenti, familiari, cittadini, gruppi e organizzazioni.

La rete sociale naturale, costituita dai familiari, svolge un ruolo fondamentale, oltre che nella vita del paziente, anche nel suo percorso clinico, tanto da risultare coinvolta negli interventi integrati programmati. Inoltre vi sono cittadini impegnati in associazioni del territorio, che rappresentano una comunità consapevole, solidale e attiva e si configurano così come un fondamentale elemento a supporto della cura per le malattie mentali. Sostenere e valorizzare il volontariato quale importante risorsa della comunità, sia come elemento migliorativo che supporta la qualità dei servizi offerti, sia come elemento di solidarietà, anche in un ambito di rapporto tra generazioni diverse, significa favorire una mobilitazione della rete sociale in appoggio ai sofferenti psichici e ai loro familiari.

Il percorso formativo ha visto il coinvolgimento nella progettazione e nell'esecuzione del progetto dei rappresentanti delle associazioni, con una scansione in due fasi:

1. una centrale di impostazione dell'intervento attraverso un lavoro prevalentemente d'aula, cui hanno partecipato rappresentanti delle associazioni;
2. una locale e capillare, svolta in collaborazione con i primi discenti formati, aperta anche alla popolazione, nei diversi ambiti territoriali.

La formazione ha permesso l'acquisizione e/o l'implementazione di nuovi metodi e strumenti quali:

- supportare il volontario nelle tecniche di accoglienza dal primo momento di incontro del paziente per facilitare l'accesso ai servizi sanitari, favorire i processi di comunicazione anche con gli stranieri, orientare la persona in difficoltà e facilitare l'uso appropriato dei servizi;
- fornire, a familiari e volontari, in accordo con le associazioni, strumenti di conoscenza clinica ma soprattutto culturali tesi a combattere il pregiudizio, ancor oggi presente, sulle malattie mentali così da sensibilizzare e diffondere atteggiamenti di reale solidarietà, mobilitare la rete (modulo educativo);
- promuovere la collaborazione tra associazioni e operatori dei DSM, come fattore favorente processi di riabilitazione, cercando così di abilitare i membri delle associazioni a concepirsi come *stakeholder* e a sviluppare capacità di contribuire a progettare gli interventi.

Valutazione dei modelli organizzativi, dei processi e valutazione di esito

La Direzione Generale Salute ha negli anni raccolto un'importante quantità di dati epidemiologici in ordine alla domanda di prestazioni in ambito psichiatrico attraverso l'analisi dei quali è possibile identificare i cambiamenti epidemiologici longitudinali sul territorio.

Tali dati rappresentano la base progettuale sulla quale costruire progetti di valutazione e ricerca che analizzino i cambiamenti intervenuti rispetto alla domanda di assistenza della popolazione affetta da problemi di salute mentale e svolgano azioni di monitoraggio e valutazione del servizio offerto per renderlo il più fruibile e il più rispondente possibile alle necessità espresse dalla popolazione.

Al fine di realizzare importanti obiettivi di valutazione dei sistemi organizzativi, dei modelli di intervento e degli esiti dei trattamenti, sono stati coinvolti esperti in analisi epidemiologiche e di valutazione dei servizi, il cui lavoro ha permesso di definire alcuni progetti specifici nelle seguenti aree:

- valutazione della qualità e dell'esito dei programmi di cura;
- monitoraggio dell'attuazione e valutazione di efficacia di nuovi modelli d'intervento quali la residenzialità leggera;
- indagine e valutazione su temi specifici quali l'integrazione socio-sanitaria e il funzionamento degli OCSM.

CONCLUSIONI

In un periodo in cui l'attività dei servizi psichiatrici si confronta con nuovi modelli di organizzazione e processi innovativi, la formazione degli operatori favorisce il percorso di riorganizzazione costante dell'attività clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. Il confronto costante tra l'efficacia pratica degli interventi (*effectiveness*) e l'efficacia teorica (*efficacy*) nel trattamento dei disturbi psichiatrici gravi, è possibile solo se sostenuto da corsi formativi specifici volti a favorire l'introduzione di nuove metodiche terapeutiche e di nuovi modelli organizzativi.

Le esperienze portate avanti in questi anni, supportate massimamente dalla Scuola di Direzione in Sanità, prima con IReF e poi con Éupolis Lombardia, in stretta collaborazione con la DG Salute – Comitato Tecnico per l'innovazione in salute mentale, hanno favorito il processo evolutivo dei servizi garantendo omogeneità di metodo e chiarezza di indirizzo.

BIBLIOGRAFIA

- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina".
- Brenner H.D., Roder V., Hodel B. (1997) *Terapia psicologica integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*, McGraw-Hill, Milano.
- Conti L. (1999) *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Collana: Progressi in Psichiatria, See.
- Di Stanislao F., Noto G. (2002) La funzione qualità nelle aziende sanitarie: dal miglioramento del sistema di produzione all'innovazione del sistema-organizzazione, *QA*, 13 (4).
- Institute of Medicine (1999) *To err is human: building a safer health system*, National Academic Press, Washington.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L. (2002) *VADO – Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi. Manuale per la riabilitazione in psichiatria*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. (2006) Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses, *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1): S64-S80.
- Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009 e per l'accreditamento.
- Roder V., Zorn F., Brenner H.D. et al. (2002) *CLT – Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico nelle aree Casa, Lavoro e tempo libero*, McGraw-Hill, Milano.
- Royal College of Psychiatrists (1996) *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*.
- Slade M., Loftus L., Phelan M. et al. (1999) *The Camberwell Assessment of Need (CAN)*, Royal College of Psychiatrists, Spi edition.
- Wikes T., Reeder C. (2005) *Cognitive Remediation Therapy for schizophrenia*, Routledge.
- Zangrandi A. (2003) Il Disease management come modalità organizzativa per il coordinamento e la gestione delle risorse, *Quaderni de Il Sole 24 Ore Sanità*, 3/5: 22-23.

*Giorgio Cerati – Lorenzo Petrovich – Mauro Percudani – Antonio Vita – Dolores Pisapia
Antonio Lora – Graziella Civenti – Ida Fortino – Franco Milani – Luca Merlini*

Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM), sorto dalle buone pratiche, coinvolge persone, famiglie, comunità, nuovi soggetti: i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) insieme agli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM), di fronte ai bisogni mutati propongono una progettualità nuova.

I punti di forza sono: la dimensione dell'integrazione, con i suoi aspetti sanitari, sociali, educativi, culturali; i percorsi di cura territoriali, che realizzano la psichiatria nella comunità in una dinamica di prossimità e di rete; i programmi innovativi che coniugano l'accessibilità ai servizi con la specificità degli interventi; la costituzione di équipe funzionali integrate per i disturbi della fascia giovanile e adolescenziale tra i 16 e i 20 anni, come azione prioritaria regionale.

Significativo inoltre è il riconoscimento derivato dall'inserimento nel Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) in attuazione del PSN 2011-2013 di molti dei temi, delle priorità e delle metodologie del PRSM, come l'intervento precoce nei gravi disturbi psichici all'esordio e nelle emergenze psichiatriche dell'età adolescenziale, oppure l'attivazione di percorsi di cura territoriali diversificati per bisogni e tipologia di pazienti, o di progetti che avviino una flessibilità organizzativa nei Centri di Salute Mentale (CSM), in Lombardia denominati Centri Psico-Sociali (CPS). Inoltre, in modo analogo, i criteri, le impostazioni e i contenuti della Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) di riordino della residenzialità sono serviti da base per la ricognizione degli assetti regionali e la proposta di un modello valido a livello nazionale nell'ambito del "Gruppo di lavoro residenzialità psichiatrica" Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) – GISM (Gruppo Interregionale Salute Mentale, Commissione Salute della Conferenza delle Regioni).

Infine, le azioni e gli sviluppi derivati dal PRSM appaiono cruciali per il governo del cambiamento, attraverso iniziative sistematiche quali: il monitoraggio dell'attività territoriale e residenziale dei DSM, estesa ora anche ad aspetti di quella ospedaliera; le attività regionali per la valutazione di qualità ed esiti, anche dei programmi innovativi; la continua opera di manutenzione del PRSM, tramite le regole di sistema annuali e le periodiche revisioni triennali.

La visione d'insieme, che viene delineata nel documento seguente 'Lo sviluppo della psichiatria di comunità in Lombardia', è il più recente frutto del lavoro del Comitato Tecnico regionale per l'innovazione in salute mentale, che è stato costituito formalmente a partire dal 2008 ed è costantemente impegnato non solo nella proposizione e nella verifica dei programmi di azioni innovative, ma anche nel supportare la programmazione della Direzione Generale Salute nell'area della salute mentale nelle diverse età della vita e in relazione ai diversi contesti: territoriali, ospedalieri, residenziali, fino alle politiche della psichiatria giudiziaria (di cui è esempio la progettualità regionale volta al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari [OPG]).

LO SVILUPPO DELLA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ IN LOMBARDIA

In Lombardia la realizzazione della rete dei servizi psichiatrici, avviata con il "Progetto obiettivo" degli anni Ottanta a partire dalle strutture ospedaliere e territoriali, è stata successivamente rafforzata e completata con la realizzazione dell'area della residenzialità psichiatrica attraverso i progetti obiettivi del 1995-1997. Il Piano Regionale per la Salute Mentale approvato nel 2004, confermando le scelte programmatiche precedenti e la rete di servizi esistenti con la relativa dotazione di personale, ha evidenziato le principali criticità di sistema e ha definito le aree di intervento prioritarie:

1. l'integrazione e il collegamento tra i diversi soggetti che svolgono un ruolo nella tutela della salute mentale attraverso l'attivazione degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale;
2. la ridefinizione dei percorsi territoriali attraverso la distinzione tra consulenza, assunzione in cura, presa in carico;
3. la riqualificazione della residenzialità psichiatrica;
4. l'attivazione e il finanziamento di programmi innovativi specifici, in particolare di area territoriale.

La programmazione per l'area della salute mentale nel 2013, ai sensi della DGR 4334/2012, conferma la continuità con le linee emanate nel 2012 e con gli sviluppi innovativi e gli approfondimenti tecnico-formativi acquisiti a partire dalla triennalità 2009-2011 (DGR 8501/2008). Le azioni prioritarie da realizzare sono distinte per Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) relativamente ad area territoriale, area ospedaliera, area residenziale e programmi innovativi, avendo come obiettivo comune "l'implementazione nelle AO di modelli di integrazione - tra psichiatria, neuropsichiatria e psicologia - degli interventi mirati ai disturbi di età adolescenziale e giovanile in coerenza con le indicazioni emerse dal gruppo di lavoro".

In effetti nel 2013 la programmazione per l'area della salute mentale è coerente con l'impostazione degli anni precedenti, prendendo le mosse dagli obiettivi di sviluppo raggiunti negli ultimi anni, grazie anche alle innovazioni introdotte nel settore

all'interno del sistema sanitario lombardo e ai risultati ottenuti che mostrano come gli investimenti significativi effettuati nell'ambito della salute mentale stiano modificando in senso migliorativo il servizio offerto alla popolazione in stato di bisogno.

Tra i temi prioritari, centrale e sempre più attuale è l'integrazione degli interventi, delle competenze e dei progetti, da incrementare tramite il fondamentale ruolo svolto dalle ASL con gli OCSM al fine di favorire la continuità della collaborazione tra soggetti, istituzionali e non, nel territorio. Al pari dell'integrazione la tematica dell'innovazione è stata a fondo sviluppata nei due trienni scorsi, portando a significativi progressi nell'attuazione di un modello di interventi di comunità con caratteristiche originali e diffuso nei percorsi di cura territoriali dei DSM.

Accanto al lavoro territoriale, in merito ai percorsi di cura, significativi avanzamenti si sono registrati, rispetto all'area ospedaliera, sull'intervento in acuzie e in emergenza con un'importante azione condivisa, tuttora in atto, di revisione dei modelli di lavoro in SPDC. Nell'area degli interventi riabilitativi/residenziali vi sono stati recenti sviluppi anche riguardo alle problematiche dei pazienti autori di reato nell'ambito del processo di superamento degli OPG. La residenzialità psichiatrica è stata oggetto di un intervento sistematico di riqualificazione e riorganizzazione avviatosi nel 2007 e giunto ormai a compimento con la differenziazione delle tipologie di strutture in riabilitative e assistenziali, la differenziazione dei percorsi riabilitativi sulla base dei bisogni individuali, l'introduzione di forme innovative di residenzialità quali la residenzialità leggera.

Inoltre, in questi anni, grande interesse è stato rivolto all'evoluzione del Sistema Informativo e di monitoraggio degli interventi e della loro qualità, mentre l'ipotesi di sperimentare nuovi modelli di finanziamento e di remunerazione rimane in campo.

Ulteriore materiale per approfondimenti è dato dagli esiti delle attività di formazione – specie rispetto alle ricadute operative del corso regionale sul *case manager* nei DSM lombardi, completato lo scorso anno – e delle ricerche svolte da Éupolis Lombardia nel 2009-2011 con i relativi report consegnati nel 2012 su: Organismi di coordinamento, Residenzialità innovativa, Qualità delle cure erogate nei servizi. Inoltre, tra i contributi dei programmi innovativi, si possono menzionare quelli dell'area del lavoro di rete, del *recovery* e dell'*empowerment*, sviluppati in collaborazione con le associazioni: per esempio le esperienze dei facilitatori sociali e del supporto tra pari o quelle dei progetti di integrazione sociale legati al modello *Clubhouse* o altre con utenti, famiglie e servizi.

Le tematiche sopra richiamate sono da considerarsi trasversali alle esigenze di salute delle diverse età della vita, dall'età giovanile agli anziani, e richiedono un'attenzione specifica dei servizi territoriali, che devono considerare alcune questioni di fondo di estrema attualità riguardo ai CPS in linea con quanto riportato nella recente letteratura nazionale nell'ottica della psichiatria di comunità.

IL CENTRO PSICO-SOCIALE (CPS)

Il CPS è un servizio delle Unità Operative di Psichiatria (UOP) nell'ambito dei DSM, che svolge per tutto il periodo di apertura una funzione di accoglienza, principalmente

attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), comprensiva della capacità di rispondere alle situazioni di crisi. Specularmente alla funzione di accoglienza, il CPS promuove percorsi di cura secondo i modelli del PRSM e contribuisce a favorire la fruizione dei diritti di cittadinanza dell'utente.

La funzione del CPS non può identificarsi con la mera erogazione di prestazioni specialistiche secondo modalità ambulatoriali.

LA QUALITÀ PERCEPITA E LA PERCEZIONE DELL'UTENTE DI ESSERE ACCOLTO

In una concezione di centralità dell'utente e di attenzione alla sua soddisfazione risulta fondamentale la percezione dell'utente di essere accolto da un servizio che presta attenzione alla sua domanda e si attiva tempestivamente per cercare delle risposte. Questa modalità operativa del servizio assume dal punto di vista dell'utenza alti valori di qualità.

La gestione dell'accoglienza avviene sviluppando una funzione di prossimità, prioritariamente verso l'utenza rappresentata dai cittadini di un'area geografica definita (per esempio, un determinato distretto sanitario). Questa funzione di prossimità, svolta anche in collaborazione con le diverse strutture dell'UOP e del DSM, prevede di curare la qualità dell'accessibilità al servizio degli utenti e ha la finalità di permettere alle persone che presentano un disagio o disturbo psichico di poter accedere facilmente a un servizio specifico che sappia farsi carico del problema e avviarne la soluzione.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI ORGANIZZATIVE

- Contesto strutturale e organizzativo equilibrato tra aspetti programmati/formali e flessibili/informali.
- Focalizzazione prioritaria sulle persone con patologie severe e bisogni complessi e sulle situazioni di disturbo emergente nella popolazione.
- Organizzazione e spazi funzionali anche per la riabilitazione, per i programmi innovativi e per la promozione della salute mentale.
- Differenziazione dei percorsi di cura in relazione ai bisogni di ciascuno con personalizzazione del trattamento: per i disturbi emotivi comuni consulenza con i MMG; per i casi gravi assunzione in cura o per i pazienti più complessi percorso territoriale della presa in carico con coinvolgimento del gruppo multi-professionale e con individuazione di operatori chiave e di un referente (case manager).
- Organizzazione e risorse adeguate per le attività territoriali e domiciliari.

NUOVE DOMANDE E NUOVE RISPOSTE

Vi è l'esigenza di un'alleanza dei portatori di interesse verso la psichiatria pubblica e in particolare tra utenti, loro familiari e professionisti. Una nuova domanda afferisce oggi ai servizi, espressione di un bisogno che i pazienti stessi portano: come avviene nei Paesi avanzati, la valorizzazione di questa domanda dell'utenza va collocata al fondamento dell'organizzazione dei servizi, come una pratica verso cui è necessario collaborare per permettere, attraverso l'informazione e il rispetto dei diritti, che gli

utilizzatori dei servizi diventino in grado di orientarne le scelte in funzione dei propri bisogni, in quanto servizi centrati sulla persona.

Sul piano clinico-organizzativo, i punti di seguito indicati rappresentano un possibile elenco, non esaustivo, di alcune aree di intervento da affrontare da parte dei CPS rispetto alle problematiche e ai bisogni emergenti dal territorio:

- Esordi nell'età giovanile: prevenzione e interventi precoci.
- Rapporto con la medicina generale: percorsi di prevenzione e cura nei disturbi d'ansia e depressione.
- Area riabilitativa territoriale.
- Popolazione straniera.
- Doppie diagnosi.
- Integrazione socio-sanitaria.
- Pazienti autori di reato.
- Azioni di innovazione.
- Attivazione reti sociali naturali.
- *Empowerment*.
- Processi di miglioramento di qualità.
- Gestione del rischio clinico e *safety* sia per il paziente sia per l'operatore.

L'area territoriale e il Centro Psico-Sociale

Per fronteggiare i problemi attuali di salute mentale della popolazione, anche legati al contesto di crisi, occorre che ai servizi siano riconosciute le nuove molteplici competenze e siano loro attribuite risorse sia quantitative sia qualitative da definire in funzione della domanda reale e delle risposte necessarie. I sistemi sanitari devono oggi sostenere lo sforzo di innovazione, considerando il soddisfacimento delle diverse aree di bisogno, garantendo finanziamenti adeguati agli interventi richiesti e valorizzando le attività necessarie a sostenere i nuovi modelli di assistenza. Le evidenze epidemiologiche più recenti, come riportato nei paragrafi successivi, mettono in luce l'impatto che la crisi economica ha avuto riguardo ai crescenti bisogni di cura e di assistenza della popolazione in generale e, in specifico, ai disturbi mentali in quanto area di fragilità: bisogni che necessitano oggi di trovare risposta principalmente nell'ambito dei servizi territoriali per la salute mentale.

IL BISOGNO, L'ACCESSIBILITÀ E L'OFFERTA DI CURE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Italia e nello specifico in Lombardia, i disturbi mentali espressi in DALY (*Disability Adjusted Life Years*) rappresentano il 22% del carico totale legato alle malattie e alla disabilità, con picchi molto più elevati nelle fasce di età più giovani dove rappresentano il 50% nella fascia 18-29 anni e il 34% nella fascia 30-44 anni. Un carico importante che tenderà a crescere nei prossimi anni, come testimoniato dal fatto che la depressione rappresenta la prima

causa di carico nella popolazione (8,2% del totale), ben superiore sia al disturbo ischemico cardiaco (6,3%) sia ai disturbi cerebro-vascolari (3,9%), rispettivamente seconda e terza causa di carico.

I CPS sono le strutture psichiatriche in prima linea per rispondere a questo bisogno. Il sistema deve la sua accessibilità quasi interamente ai CPS, che rappresentano i veri *gatekeeper* del sistema di salute mentale: a fronte dei CPS che trattano la quasi totalità dei pazienti, tutte le altre strutture insieme trattano meno di un quinto dell'utenza totale. Se vogliamo incrementare l'accesso di persone con disturbi mentali sia gravi sia emotivi comuni al trattamento, la struttura da rafforzare è il CPS sia per l'economicità della risposta territoriale sia per la facile accessibilità. Nel 2011 sono stati curati nei CPS lombardi circa 135 000 pazienti e il loro numero è cresciuto nel biennio 2009-2011 del 9%. Di particolare rilevanza è il fatto che oggi 25 000 pazienti giovani al di sotto dei 35 anni sono in contatto con i CPS e che il loro numero è cresciuto negli ultimi anni in modo significativo: l'incremento è stato nel biennio 2009-2011 pari al + 10%, a fronte della totale assenza di incremento osservata nel biennio precedente 2007-2009. Sul versante degli interventi erogati, nel 2011 sono stati erogati 1 900 000 interventi e il loro numero è cresciuto dell'11% nel periodo 2009-2011 e alla loro crescita hanno contribuito in misura significativa i programmi innovativi regionali.

LE FUNZIONI E I PROGRAMMI DEL CENTRO PSICO-SOCIALE

Ambito elettivo della psichiatria di comunità, il lavoro territoriale per la salute mentale, sempre più necessario, deve essere aggiornato, rilanciato nella centralità e nella complessità della sua funzione e potenziato in termini sostanziali. In Lombardia esso ha il perno nel CPS, che deve ripensare i propri compiti e adeguare ai tempi le sue caratteristiche organizzative, individuando modalità di funzionamento idonee a contemperare le esigenze oggi essenziali di accessibilità, di specificità e di integrazione con la crescita delle attività registrate e con l'emergere di nuove richieste.

L'analisi dei dati disponibili evidenzia i significativi miglioramenti avvenuti negli ultimi anni. Al contempo alcune criticità rimangono presenti e vi sono una serie di tematiche che sono da considerarsi strategiche in una prospettiva di programmazione:

1. vi è un problema di accessibilità ai servizi psichiatrici territoriali per le fasce più giovani di popolazione. Seppure i dati di incidenza trattata relativamente alla fascia di età giovanile siano in miglioramento, le prime visite rivolte alle fasce giovanili crescono meno che in altre fasce di età.
2. Riguardo all'incidenza trattata nella popolazione i tassi relativi ai disturbi più gravi (schizofrenia e disturbi di personalità) vanno incontro a una riduzione nel corso del tempo rispetto ad altre categorie diagnostiche, evidenziando così il problema della difficoltà dei servizi a intercettare un'utenza di particolare rilevanza dal punto di vista clinico e delle ricadute sociali.

3. L'incremento dei casi trattati di disturbi nevrotici e di disturbi dell'umore evidenzia un vasto bisogno nella popolazione riguardo al trattamento dei disturbi psichici comuni. Nello stesso tempo l'incremento di tale utenza in trattamento presso i servizi territoriali sembra collegarsi a una riduzione del trattamento rivolto ai casi più gravi.
4. Vi è difficoltà a realizzare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale, favorendo l'utilizzo delle risorse della rete sociale anche per meglio intercettare il bisogno di salute mentale oggi non pienamente accolto dagli attuali servizi pubblici.

AREE DI SVILUPPO

Alcuni processi in particolare vanno considerati di prioritaria importanza, avendo come punti di riferimento sia la normativa regionale sia il Piano d'Azioni Nazionale Salute Mentale 2013 (PANSM) approvato dalla Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013 (www.unificata.it).

Di seguito vengono riportati alcuni punti specifici.

1. *L'organizzazione funzionale dell'attività del CPS deve essere impostata per percorsi di cura, secondo il modello avviato con il PRSM e avvalorato anche dalle recenti indicazioni nazionali sopra citate* (cfr. PANSM: capitolo 1, Le aree di bisogno prioritarie e i percorsi di cura; capitolo 2, Le azioni programmatiche – Tutela della salute mentale in età adulta).
 - Particolare attenzione va riservata al percorso di presa in carico: i criteri con cui inserire i pazienti, la corretta formulazione del PTI da parte della micro-équipe coinvolgendo il paziente, l'individuazione della figura del case manager in termini coerenti con quanto derivato dal corso regionale appositamente realizzato. A tale scopo ogni DSM dovrà definire e adottare modalità standardizzate di accoglienza e valutazione diagnostica e funzionale del paziente grave per la definizione del percorso clinico e terapeutico-riabilitativo (presa in carico) e per l'applicazione del PTI.¹
 - Nell'ambito del percorso di consulenza occorre stabilire le modalità per un rapporto organico con i MMG, anche elaborando in modo congiunto con le ASL i Piani Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) nei disturbi emotivi comuni e le procedure territoriali nelle situazioni d'emergenza.
 - Riguardo al percorso dell'assunzione in cura diviene cruciale attivare processi volti al miglioramento della qualità delle cure.
2. *La necessità di una rimodulazione organizzativa dell'area territoriale, in riferimento alla rilevazione dei bisogni attuali a livello regionale, nonché alle risultanze dei programmi innovativi per la salute mentale, appare oggi urgente e bisognosa di*

¹ Questo punto, come il successivo, sono oggetto di obiettivi dei Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali per il 2013 (DGR n.63/2013).

una riflessione approfondita, allo scopo di specificare operativamente quanto espresso nel punto precedente.

Dovranno essere pertanto oggetto di specifico lavoro di approfondimento i seguenti temi:

- descrizione e aggiornamento delle funzioni essenziali di competenza dei CPS;
 - revisione delle modalità organizzative anche attraverso una rimodulazione e interpretazione degli aspetti relativi agli orari di apertura e alla dotazione di personale nella prospettiva di favorire l'integrazione fra le diverse strutture delle UO (territoriali, ospedaliere, residenziali e semi-residenziali) e dei DSM incrementando il lavoro di équipe per la presa in carico multi-professionale dei casi gravi;
 - analisi dei processi attuali di integrazione socio-sanitaria in relazione alle esigenze di continuità terapeutica e assistenziale, compresi i criteri di remunerazione relativi, per esempio, alle problematiche psico-geriatriche;
 - sviluppo complessivo dell'integrazione tra sanitario e sociosanitario da incrementare anche rispetto alla diffusione della residenzialità leggera, dell'*housing* sociale e di formule assistenziali nella rete territoriale;
 - elaborazione di procedure/protocolli sui percorsi di cura (vedi punto 1);
 - impatto nell'attività dei CPS dei modelli operativi sviluppati con i programmi innovativi per il loro organico e specifico inserimento nei servizi territoriali e in coerenza con le indicazioni di cui ai punti 1 e 4.
3. *Implementazione nelle AO di modelli di integrazione degli interventi nei disturbi di età adolescenziale e giovanile con i servizi NPJA e la psicologia clinica tramite équipe funzionali dedicate, allo scopo di sviluppare e migliorare la collaborazione in atto.*
A questo riguardo, il punto di riferimento è da considerarsi il documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico finalizzato all'identificazione di linee operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile nel territorio. Il documento predisposto, inviato con nota della DG Sanità in data 4-12-2012, protocollo H120120034712, illustra le linee operative concordate nel sottogruppo di lavoro in merito al tema: "Definire modalità operative con le quali avviare processi di integrazione tra psichiatria e NPJA a livello territoriale sul tema della prevenzione e trattamento dei disturbi psichici gravi anche attraverso l'attivazione di équipe funzionali multi-disciplinari integrate che includano le competenze psicologiche secondo quanto indicato dalla DGR 2633/2011" che dovranno essere declinate in base a linee di priorità condivise tra UOP e UONPJA.
4. *Analogamente, è necessario avviare modelli di collaborazione con i servizi sociali anche in relazione alle problematiche familiari e aggiornare quelli con i Ser.T. per i frequenti quadri di comorbidità con i disturbi indotti da sostanze o da dipendenza patologica.*
5. *I Programmi Innovativi di salute mentale sono entrati stabilmente a far parte dell'offerta dei DSM e hanno avuto un ruolo di particolare rilevanza nel favorire progettualità in linea con i nuovi bisogni documentati dall'epidemiologia psichiatrica.*

Il mantenimento e lo sviluppo dell'area dell'innovazione necessita di ulteriori azioni migliorative. Tali azioni prioritariamente riguardano:

- la stabilizzazione funzionale avviata con il 2013 (si veda la Circolare Attuativa delle Regole);
 - la revisione delle tematiche strategiche per aree di salute rilevanti, con le proprie sottoaree di intervento:
 - intervento precoce/area giovani;
 - disturbi emotivi comuni/emergenti:
 - collegamento MMG, depressione, psico-geriatria;
 - disturbi perinatali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità;
 - presa in carico e lavoro di rete:
 - inserimento lavorativo;
 - inclusione sociale;
 - riabilitazione psicosociale;
 - utenti, famiglie, associazioni;
 - il completamento del lavoro regionale sugli indicatori di valutazione;
 - il pieno e organico inserimento dei programmi innovativi per la salute mentale nell'attività dei CPS, con attenzione a riservare spazi fisico-organizzativi dedicati.
6. *Il processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prosegue in modo organico con l'ausilio dei tavoli di monitoraggio istituiti presso tutte le ASL e con modalità stabilite dal protocollo di collaborazione fra OPG di Castiglione delle Stiviere e DSM lombardi. Tale processo e l'attuazione della legge 9/2012 devono essere supportati prevedendo le necessarie risorse per la presa in carico dei pazienti da parte dei centri territoriali*

Appare opportuno, nel 2013, avviare un processo organizzativo e formativo per meglio definire, seguendo le linee del complesso lavoro elaborato dal GAT regionale sul superamento degli OPG, la funzione di presa in carico dei pazienti di competenza dei DSM presidiando il delicato raccordo con gli aspetti legali, in collaborazione con la magistratura e gli uffici medico-legali di AO e ASL. Tali aspetti di trattamento territoriale e di inclusione sociale dei pazienti, di collegamento tra i vari enti e istituzioni e di formazione degli operatori, richiedono la necessità di adeguare e modulare le risorse di personale dedicate nei servizi territoriali, come priorità strategica, in coerenza con quanto previsto dalle norme attuative della legge 9/2012 e in particolare dall'Atto d'intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 sul riparto del finanziamento di parte corrente.

BIBLIOGRAFIA

Documento del Gruppo di lavoro residenzialità psichiatrica AGENAS - GISM approvato il 25 marzo 2013.

Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale (GAT) *finalizzato all'identificazione di linee operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile*.

Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM) *Piano d'azioni nazionale per la Salute Mentale 2013 (PSN 20012-2014) approvato dalla Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013* (www.unificata.it).

Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM) (2013) *“Le strutture residenziali psichiatriche”*.

Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM) (2013) *Piano d'azioni nazionale per la Salute Mentale 2013 (PSN 20012-2014) approvato dalla Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013* (www.unificata.it).

Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM) (2013) *Le strutture residenziali psichiatriche*, Documento del Gruppo di lavoro residenzialità psichiatrica AGENAS – GISM approvato il 25 marzo 2013.

Lora A., Barbato A., Cerati G. et al. (2011) The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, febbraio 4. DOI 10.1007/s00127-011-0352-1.

Percudani M., Cerati G., Biffi G. et al. (2008) Psichiatria e territorio: verso un nuovo modello di CPS, *Psichiatria Oggi*, Anno XXI n 1-2.

Riferimenti normativi

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 marzo 2008 (rep. Atti n. 43/CSR) *Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale.*
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti n. 140/CSR), *Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e dalla legge 170/2010.*
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane del 24 gennaio 2013 (rep. Atti n. 4/CU) *Piano di azioni nazionale per la salute mentale.*
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Riordino del sistema di formazione continua in medicina".
- Aggiornamento del GAT OPG 22 novembre 2012.
- Circolare 30 dicembre 1987 n. 3233/5689 del Ministero di Grazia e Giustizia *Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati.*
- Circolare Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia 15 maggio 2005 19/san (Protocollo H1.2005.0025188) *Indirizzi operativi per l'istituzione e la regolamentazione dell'Organismo di Coordinamento per la salute mentale in attuazione del Piano regionale triennale per la salute mentale.*
- Codice Deontologico dell'Infermiere* approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ispasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.
- Codice Penale e Codice di Procedura Penale.
- Conferenza Stato-Regioni del 28-11-2009 – 13-10-2011 – 28-2-2012, *Atti.*
- Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32 e 27, comma 3.
- Decreto del Presidente della Repubblica 1 novembre 1999 *Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998- 2000"* (Gazzetta Ufficiale 22 novembre 1999 n. 274).
- Decreto Direttore Generale Sanità - Regione Lombardia 1 luglio 2004 n. 11132 *Bando di invito per la presentazione di programmi innovativi per la salute mentale in attuazione della DGR 17.05.2004 n. 17513 Piano regionale triennale per la salute mentale.*

- Decreto Direttore Generale Sanità - Regione Lombardia 14 ottobre 1999 n. 42638, integrato con decreto 3 febbraio 2000 n. 2424 *Gruppo di lavoro per l'elaborazione di Linee Guida relative all'attività dello Psicologo nelle Aziende Sanitarie Regionali*.
- Decreto Direttore Generale Sanità - Regione Lombardia 21 dicembre 2009 n. 14230 *Linee di indirizzo regionali per la Sanità Penitenziaria in attuazione della DGR n. 8120/2008*.
- Decreto Direttore Generale Sanità - Regione Lombardia 7 agosto 2012 n. 7188 *Coordinamento dei Direttori e dei Responsabili delle Unità Operative di Psicologia delle Aziende Ospedaliere della Lombardia – UOPSI Lombardia*.
- Decreto Legge 25 marzo 2013 n. 24 *Disposizioni urgenti in materia sanitaria* Art. 1.
- Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 *Riordino della medicina penitenziaria Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998 n. 419*.
- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 *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 e relativi Allegati*.
- Decreto Presidente Repubblica 30 giugno 2000 n. 230 *Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*.
- Decreto Presidente Repubblica 7 aprile 1994 *Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"* (Gazzetta Ufficiale 22 aprile 1994 n. 93).
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 25 luglio 1984 n. 1662 *Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente"*.
- Deliberazione Consiglio Regionale 13 marzo 2002 n. 462 *Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004*.
- Deliberazione Consiglio Regionale 14 ottobre 1986 n. 433 *Programma triennale straordinario ex art 17 legge 22 dicembre 198 n., 877 Tutela della salute neuropsichica nell'infanzia e nell'adolescenza*.
- Deliberazione Consiglio Regionale 29 luglio 1998 n. 979 *Ordine del giorno concernente gli indirizzi da seguire nella gestione del servizio di Neuropsichiatria Infantile*.
- Deliberazione Consiglio Regionale 29 luglio 1998 n. 980 *Determinazione in ordine agli afferimenti delle Unità Operative di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza alle Aziende Ospedaliere a integrazione DCR 18 novembre 1997 n. 742*.
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 13 marzo 2002 n. 462 *Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004: Libertà e innovazione al servizio della salute*.
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 25 luglio 1984 n. 1662 *Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente"*.
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 29 aprile 1986 n. 254 *Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente"*.
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 30 gennaio 1995 n. 1239 *Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente – triennio 1995-1997"*.
- Deliberazione Giunta Regionale 1 dicembre 2010 n. IX/00937, *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2011. Allegato 10: Sanità penitenziaria*.

- Deliberazione Giunta Regionale 14 maggio 2013 n. X/122 *Approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9.*
- Deliberazione Giunta Regionale 19 marzo 2008 n. 6860 *Linee di indirizzo regionali per la neuropsichiatria dell'infanzia e l'adolescenza in attuazione del PSR 2007/2009.*
- Deliberazione Giunta Regionale 6 agosto 1998 n. 38114 *Linee guida per la regolamentazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali.*
- Deliberazione Giunta Regionale 6 dicembre 2011 n. 2633 *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 Allegato 13: Area Salute Mentale.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 30 luglio 2008 n. 7861 *Determinazioni in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 1 dicembre 2010 n. 937 *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2011.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 16 dicembre 2008 n. 8/8501 *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009. Allegato 11: Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo triennali.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 17 maggio 2004 n. 17513 *Piano Regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 26 novembre 1999 n. 46582 *Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 26 novembre 2008 n. 8501 *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009. Allegato 11: Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo triennali.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 26 ottobre 2012 n. 4334 *Determinazioni in ordine alla gestione del sistema socio-sanitario regionale per l'esercizio 2013*" e Circolare Attuativa del 17 dicembre 2012. Protocollo H1.2012.0036178.
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 28 febbraio 2007 n. 4221 *Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR 17 maggio 2004 n. 17513 "Piano regionale triennale per la salute mentale".*
- Documento *Progetto OPG – Regione Lombardia*, maggio 2010/rev. 15 giugno 2010, in applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 sul superamento degli OPG e dell'accordo in CU Governo-Regioni del 19 novembre.
- Documento *Strumenti e modalità di attuazione del processo di dimissione degli utenti lombardi dagli OPG secondo quanto disposto nella deliberazione Giunta regionale n. 937 del 1 dicembre 2010.*
- Istituzione del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) 7 febbraio 2011.
- Legge 12 Dicembre 1978 n. 833 *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.*
- Legge 13 maggio 1978 n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori Art. 1.*

Legge 17 Febbraio 2012 n. 9 *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011 n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri* Art. 3 ter.

Legge 30 novembre 1998 n. 419 *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

Legge Regionale 11 luglio 1997 n. 31 *Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.*

Patto per la Salute 2010-2012 approvato da Comitato LEA il 2 agosto 2011.

Programma Innovativo Regione Lombardia *Analisi dei sistemi di qualità e sviluppo di pratiche di Accreditamento Professionale.*

Programma Innovativo Regione Lombardia *La qualità della cura dei disturbi mentali gravi in Lombardia.*

Programma Innovativo Regione Lombardia *Sviluppo nei DSM dei processi di Miglioramento Continuo di Qualità attraverso l'applicazione delle procedure di Accreditamento Professionale tra pari e della Medicina basata sull'Evidenza, EBM.*

Scala per la valutazione della dimissibilità (VOSPED).

Titolo V della Costituzione.

Legenda acronimi

ADHD	Deficit di attenzione e iperattività
AID	Associazione Italiana Dislessia
AIRIPA	Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento
AO	Azienda Ospedaliera
APA	Acuzie Psichiatria in Adolescenza
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
ASSI	Attività Socio Sanitarie Integrate
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CAN	Camberwell Assessment Of Need
CD	Centro Diurno
CONP	Centro di Osservazione Neuropsichiatrica
CoPASaM	Coordinamento Provinciale delle Associazioni per la Salute Mentale
CP	Comunità Protetta
CPA	Comunità Protetta ad Alta Assistenza
CPB	Comunità Protetta a Bassa Assistenza
CPM	Comunità Protetta a Media Assistenza
CPS	Centro Psico-Sociale
CRA	Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza
CRM	Comunità Riabilitativa a Media Assistenza
CRT	Centro Residenziale Terapeutico-riabilitativo
CSM	Centro di Salute Mentale
CSV	Centro Servizi Volontariato
CU	Conferenza Unificata
DALY	Disability Adjusted Life Years
DCA	Disturbo del Comportamento Alimentare
DH	Day Hospital

DRG	Diagnosis Related Group
DSA	Disturbo Specifico dell'Apprendimento
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
EBM	Evidence Based Medicine
ECM	Educazione Continua in Medicina
EE	Emotività Espressa
FLL	Federazione Logopedisti Lombarda
GAF	Global Assessment Of Functioning
GAT	Gruppo di Approfondimento Tecnico
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Classification Of Diseases
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISO	International Organization for Standardization
IVG	Interruzione Volontaria della Gravidanza
JCI	Joint Commission International
LFE	Licenza Finale Esperimento
LV	Libertà Vigilata
MAC	Macroattività Ambulatoria Complessa
MCQ	Miglioramento Continuo di Qualità
MMG	Medico di Medicina Generale
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OCSM	Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale
OCNPIA	Organismo di Coordinamento per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OP	Ospedale Psichiatrico
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
OPL	Ordine degli Psicologi Lombardo
PAC	Programmazione Acquisto e Controllo
PANS	Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali
POFA	Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale
PORT	Patent Outcomes Research Term
PRSM	Piano Regionale per la Salute Mentale
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Socio-Sanitario Regionale
PTI	Piano di Trattamento Individuale
PTR	Progetto Terapeutico Riabilitativo
RL	Residenzialità Leggera
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAMHSA	Substance Abuse And Mental Health Services Administration
SAS	Social Adjustment Scale

SCID	Structured Clinical Interview for DSM
Ser. T.	Servizio per le Tossicodipendenze
SIL	Servizio Inserimento Lavorativo
SINPIA	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SISM	Sistema Informativo per la Salute Mentale
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SR	Struttura Residenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
SSRT	Struttura Semi Residenziale Terapeutica
TERP	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UONPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
URASAM	Unione Regionale per la Salute Mentale
USR	Ufficio Scolastico Regionale
VADO	Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi

