



DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

- n. 313 del 23/3/2009: **Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011**
- n. 314 del 23/3/2009: **Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di Sanità penitenziaria, alla istituzione dell'osservatorio permanente e alla istituzione del comitato di programma, ai sensi del DPCM 1/4/2008**

## DELIBERAZIONI REGIONALI

### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 marzo 2009, n. 313

#### Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011

##### LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Dato atto che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 individua nel settore della salute mentale, tra gli obiettivi prioritari, quelli relativi al miglioramento della qualità e dell'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale e della rete di assistenza;

premesso che con propria deliberazione n. 2011 del 20 dicembre 2007 recante "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/04 "Indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di Sanità pubblica" viene istituito un rinnovato "Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche (DSM-DP)" del quale vengono definite l'organizzazione, le articolazioni, le funzioni e la mission, nonché l'integrazione con il sistema universitario e con il privato accreditato;

dato atto che, con deliberazione dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175 del 22 maggio 2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (Proposta della Giunta regionale in data 1 ottobre 2007, n. 1448) vengono individuati gli obiettivi prioritari nell'area della salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, declinati specificamente nel Capitolo 6 – Salute mentale e Dipendenze patologiche – attraverso l'elaborazione e le azioni per lo sviluppo di servizi in un'ottica di integrazione;

dato atto che si è tenuta in data precedente all'approvazione del Piano sanitario e sociale la seconda Conferenza regionale Salute mentale, organizzata da questa Amministrazione regio-

nale svoltasi a Bologna nelle giornate del 29 e 30 ottobre 2007, che ha sviluppato il consenso sui nodi principali che riguardano le modalità di realizzazione della missione dei servizi, ed in particolare sulla configurazione ed organizzazione della rete dei servizi di psichiatria adulti, la riabilitazione ed integrazione sociale, la promozione e tutela della salute mentale nell'infanzia e nella adolescenza e sulle professioni, competenze, lavoro d'equipe, formazione e ricerca nei DSM-DP;

visto che, per quanto attiene l'area specifica delle dipendenze patologiche, la Giunta regionale con propria deliberazione n. 698 del 19 maggio 2008, ha emanato apposito Programma regionale di innovazione e sviluppo;

dato atto del confronto e del lavoro istruttorio svolto in sede di "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali", istituita con deliberazione di Giunta regionale n. 2187 del 19/12/2005, che ha valutato ed approvato definitivamente, nella riunione del 20 gennaio 2009 la proposta di Piano Attuativo Salute Mentale – anni 2009-2011;

dato atto che la Direzione generale Sanità e Politiche sociali, ed il Servizio competente per materia, hanno organizzato momenti di ascolto, di elaborazione e di consenso con le Organizzazioni sindacali, con le Associazioni Regionali di Utenti e Familiari e con le Associazioni del privato sociale ed imprenditoriale operanti nell'area della salute mentale, ritenendo opportuno il maggior coinvolgimento possibile di ogni attore interessato ai percorsi di innovazione che il Piano Attuativo Salute Mentale comporta;

dato atto del parere allegato;

acquisito il parere della Commissione assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali espresso nella seduta del 18 marzo 2009;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

– di approvare, per le ragioni espresse in premessa, il Piano Attuativo Salute Mentale – anni 2009-2011, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

– di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

*(segue allegato fotografato)*

Allegato parte integrante - 1

## **PIANO ATTUATIVO SALUTE MENTALE ANNI 2009-2011**

### **PARTE PRIMA: Principi, valori, visione ed obiettivi**

1. Introduzione
2. Principi, valori ed obiettivi
3. Attori
4. I meccanismi di partecipazione democratica

### **PARTE SECONDA: Il sistema di comunità**

1. Coordinate del sistema di comunità
2. Ambiti di azione del sistema di comunità per la salute mentale
  - 2.a. Il livello territoriale
    - 1 Sostegno al reddito
    - 2 Politiche abitative
    - 3 Inserimenti lavorativi
    - 4 Assistenza domiciliare
    - 5 Promozione della salute mentale
    - 6 Sussidiarietà orizzontale
    - 7 Prevenzione
  - 2.b. Il livello semiresidenziale
  - 2.c. Il livello residenziale
3. Formazione e ricerca

### **PARTE TERZA: Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico**

1. Il sistema di cura e la missione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
2. La rete dei servizi dipartimentali
  - 2.a. I Centri di Salute Mentale
  - 2.b. Il Sistema di Emergenza-Urgenza
  - 2.c. I Servizi Ospedalieri
  - 2.d. Il settore residenziale
  - 2.e. La psichiatria penitenziaria e l'OPG
  - 2.f. I servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
  - 2.g. Le attività di psicologia
  - 2.h. Le collaborazioni strategiche
3. La cultura professionale ed organizzativa dei DSM-DP
  - 3.a. Professioni, competenze, lavori d'équipe
  - 3.b. Formazione
  - 3.c. Ricerca e innovazione

## ***PARTE PRIMA: Principi, valori, visione ed obiettivi***

### **1. Introduzione**

La Regione Emilia-Romagna e gli Enti Locali esplicitano con questo Piano Attuativo la propria politica per la salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche, in accordo con i principi e le raccomandazioni formulate a livello europeo (Dichiarazione di Helsinki, Libro Verde sulla Salute Mentale), nazionale (legge 833/78, i due Progetti Obiettivo 1994-96 e 1998-2000, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Le linee guida per la salute mentale approvate nel 2008 con accordo Stato Regioni, il Progetto Obiettivo Materno-infantile di cui al DM 24.4.2000, l'intera e complessa normativa sulle dipendenze patologiche, la legge 328/00 e le raccomandazioni regionali (LR 29/04, LR 2/03).

Questo Piano, che costituisce parte attuativa del primo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2008-2010, e concorre alla realizzazione del nuovo sistema integrato dei servizi nelle sue diverse forme di integrazione socio-sanitaria:

- istituzionale, identificando nell'ambito di una visione condivisa e di una forte cooperazione, le responsabilità di tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio;
- comunitaria, realizzando l'attivazione di tutta la comunità locale attorno al tema delle politiche sanitarie e sociali;
- gestionale, che si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale, per realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse;
- professionale, realizzando condizioni operative unitarie tra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) nelle fasi di presa in carico, progettazione e realizzazione del piano individualizzato di trattamento integrato, di valutazione delle attività svolte.

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

E' importante che le politiche di salute mentale e quelle per le dipendenze patologiche vengano determinate ed attuate in armonia tra loro, garantendo una visione strategica unitaria sia per i numerosi ambiti di sovrapposizione (promozione della salute, prevenzione, inclusione e comunicazione sociale) sia per le numerose aree in cui la stretta sinergia è requisito per il successo degli interventi (attività sulla adolescenza, sull'alcolismo, sui disturbi del comportamento alimentare e sulla doppia diagnosi). Si tratta di una necessaria integrazione tra settori per i quali in passato separatezze culturali ed amministrative hanno prodotto serie difficoltà nel garantire interventi realmente integrati ed usi razionali di risorse. Per fare questo è indispensabile il pieno rispetto delle finalità e delle metodologie proprie di ciascun settore, secondo quanto le rispettive culture professionali nel corso dei decenni sono venute elaborando. Psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche hanno raggiunto oggi un livello di matura elaborazione che poggia su solide prove di efficacia e sconsiglia ogni ipotesi di imposizione reciproca di modelli di intervento propri di un solo settore. Porre i tre settori in un'unica cornice programmatica, all'interno di una filosofia di salute pubblica, integrazione e

personalizzazione delle cure, può aiutare gli stessi settori a procedere verso la definizione di pratiche sempre più aderenti ai bisogni dell'utenza, coalizzando gli sforzi nelle aree di impegno comune (le politiche sui giovani, sulle fasce marginali, sulla disabilità; le politiche di prevenzione e di promozione della salute).

Su alcune di queste aree la Regione e gli Enti Locali, con la partecipazione del mondo professionale dei servizi pubblici e privati delle dipendenze patologiche, hanno già da tempo elaborato indirizzi coerenti con quanto scritto in questo documento. In particolare la deliberazione 1533/2006, frutto di un intenso lavoro interdisciplinare durato oltre un anno, ha esplicitato una politica precisa sul sistema di cura e sul sistema di prevenzione comunitaria per le dipendenze patologiche. I contenuti di tale deliberazione devono essere considerati parte integrante del presente documento, al pari del Programma regionale dipendenze patologiche - Obiettivi 2008 – 2010 (deliberazione della Giunta regionale n. 698/08). Dovendo in questa sede fornire un analogo livello di esplicitazione politica per i servizi di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, si farà necessariamente maggiore riferimento a tali settori, non richiamando in ogni occasione le dipendenze patologiche. Rimane comunque sottinteso che la cornice programmatica unica dei tre settori ricomprende a pieno titolo quanto già stabilito con le suddette deliberazioni 1533/06 e 698/08<sup>1</sup>.

Un'ulteriore precisazione deve essere fatta a proposito delle attività di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) che comprendono al loro interno profili più prettamente psichiatrici, altri neurologici ed altri ancora psicologici, con un intreccio di modalità di intervento terapeutiche, abilitative, riabilitative, educative etc. Per semplicità si utilizzerà il termine "salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza" pur essendo chiaro che l'ambito di azione di questa disciplina e dei relativi servizi comprende importanti aspetti di salute fisica, di disabilità psico-fisica e di tutela sociale.

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

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

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

<sup>1</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo B Organizzazione dei Dipartimenti Salute mentale e dipendenze patologiche – Punto 3 attivazione del Programma aziendale dipendenze patologiche e obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici Punto 5 Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma regionale Dipendenze patologiche entro il 31.12.10

## ***Il bisogno di salute mentale***

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

Lo studio "ESEMeD" (European Study on the epidemiology of mental disorders) sulla diffusione dei disturbi mentali è stato effettuato nel 2002 con la partecipazione di Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna. La sintesi dello studio sui dati italiani, presentata dall'Istituto Superiore di Sanità nel marzo 2008, evidenzia alcuni dati interessanti sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione italiana. Il 7.3% dei soggetti intervistati ha sofferto di almeno un disturbo mentale nell'ultimo anno. Il 18.6%, invece, ha sofferto di almeno un disturbo mentale nella vita. I disturbi più comuni sono risultati essere la depressione maggiore e le fobie specifiche; le donne, le persone separate o divorziate, le persone disoccupate sono a maggiore rischio. Queste percentuali sono inferiori a quelle riscontrate negli altri Paesi europei aderenti allo studio; rappresentano tuttavia cifre importanti, soprattutto se si considera che il ricorso ai servizi sociosanitari risulta molto basso, di gran lunga inferiore a quanto succede negli altri Paesi europei: fra le persone affette da un qualsiasi disturbo mentale nell'ultimo anno solo il 17% si è rivolto ad un servizio sanitario. Inoltre il ricorso ai servizi sociosanitari è spesso tardivo (solo il 29% dei soggetti affetti da depressione maggiore riceve un trattamento per il proprio disturbo nello stesso anno in cui insorge.) Il minor contatto in assoluto con i servizi si è osservato nella fascia d'età tra i 18 e i 24 anni; gli studi di popolazione condotti negli ultimi 15 anni hanno evidenziato che la maggior parte dei disturbi mentali comuni insorge in età giovanile, quindi è verosimile ritenere che tali disturbi per anni non arrivino all'attenzione dei servizi né vengano trattati. Complessivamente i medici di medicina generale sono stati consultati da più della metà delle persone con disturbi mentali e questo dato evidenzia come il medico di base sia nella realtà italiana una figura centrale nella gestione dei disturbi mentali comuni.

Per la nostra Regione lo studio PASSI (Progressi delle Aziende sociosanitarie in Italia) dimostra che il 14% degli intervistati riferisce di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, almeno due settimane consecutive di sintomi di depressione. Fra tutti coloro che hanno sofferto di almeno due sintomi di depressione, il 38% si è rivolto a un medico. Il quadro epidemiologico ci restituisce quindi una immagine di un problema molto diffuso, ma spesso nascosto o sottovalutato.

A fronte di questo quadro, va rilevato l'incremento costante degli utenti che accedono ai servizi sanitari – pubblici e privati – dell'Emilia-Romagna in tutte le fasce d'età a partire dall'anno 2000. L'utenza adulta nei CSM passa da 49.647 dell'anno 2000 a 66.813 nel 2007. Il 58% dell'utenza adulta in cura è di genere femminile, ed il 4,2% è straniero. I tassi di prevalenza mostrano che i CSM hanno seguito nell'anno 2007, 158 utenti su 10.000 abitanti. Le diagnosi più frequenti risultano essere i disturbi nevrotici (33.8%), disturbi schizofrenici (24.9%), disturbi affettivi (17,0%) e disturbi di personalità (11,8%). Le prestazioni erogate nel corso dello scorso anno ammontavano a 1.617.000; nei presidi ospedalieri – pubblici e privati – sono stati effettuati 14.041 ricoveri, pari ad un tasso di 18,7/10.000 abitanti (dati sistema informativo SISM Regione Emilia-Romagna). In età evolutiva, i minori dalla NPIA sono passati da 35.293 nel 2000 a 38.296 assistiti nel 2006 (circa il 6% della popolazione target 0-17 anni), cui sono offerte oltre 600.000 prestazioni/anno; le diagnosi più frequenti risultano essere i Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (10,5 /1000 pop. target) e dell'apprendimento (9,3/1000), il ritardo mentale (4,7/1000). Sono circa 12.000/anno gli utenti della NPIA per cui è rilasciata certificazione di handicap per integrazione scolastica.

Tuttavia, lo sforzo dei servizi non è probabilmente ancora sufficiente ad intercettare i bisogni vecchi e nuovi della popolazione. Oltre ai disturbi tradizionalmente affrontati dal sistema, si affaccia una utenza nuova, ugualmente sofferente anche se meno disabile e disfunzionale, e perciò stesso più esigente e capace di tutelare i propri diritti alla salute. L'aumento del disagio giovanile, delle depressioni e dei disturbi ansiosi nell'infanzia, nell'adolescenza e nei giovani adulti, l'aumento dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi di personalità, di tutte le suddette condizioni complicate dall'uso di sostanze, dei disturbi propri dell'anziano, le particolari espressività che i disturbi mentali assumono nei migranti di prima e seconda generazione; sono questi i bisogni emergenti che, unitamente alla prevenzione e promozione della salute, costituiscono altrettanti capitoli da scrivere nel rinnovato approccio di salute mentale.

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

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

- una fase iniziale, avviatasi con la Riforma del 1978, centrata sulla chiusura dei manicomi e la deistituzionalizzazione delle strutture per l'infanzia, contestualmente alla creazione di servizi specializzati: handicap mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze patologiche e psichiatria adulti. Per questa ultima venne adottata una organizzazione basata sui Centri di Salute Mentale e su pochi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, secondo quanto stabilito nel Primo Piano Sanitario Regionale realizzato nel corso degli anni '80; tale fase si conclude definitivamente solo nel 1997 con il pieno superamento del residuo manicomiale;
- una seconda fase, inizialmente sovrapposta alla prima, centrata sullo sviluppo di servizi differenziati di Psichiatria Adulti e di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri) e sull'istituzione ed il consolidamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, centro di unità clinica e gestionale. Questa seconda fase è stata ispirata dai due Progetti Obiettivo Salute Mentale Nazionali e declinata regionalmente all'interno del III Piano Sanitario Regionale 1999-2001, e tramite la delibera di Giunta Regionale n. 759/1998 e la circolare dell'Assessore alla Sanità del 21 marzo 2000. Diversi aspetti rilevanti si sono manifestati in questa seconda fase:
  - l'integrazione organizzativa tra Psichiatria Adulti e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nel DSM;
  - lo sviluppo, non sempre programmato, del settore residenziale;
  - un notevole sforzo di qualificazione degli interventi mediante gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento;
  - il ruolo molto importante assunto dall'associazionismo, dalle pratiche di auto-mutuo aiuto con il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti;
  - l'avvio del percorso di integrazione professionale con i Programmi Dipendenze Patologiche;
  - l'avvio del percorso di collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta;
  - la sperimentazione in alcune Aziende di Programmi o UO di Psicologia Clinica.

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

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

## 2. Principi, valori ed obiettivi

Obiettivi generali della politica di salute mentale in Emilia-Romagna sono: **la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio, la tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita.**

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

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

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

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

La continuità assistenziale è un principio che implica diversi significati ed impegna il sistema di cura e quello di comunità su più fronti: continuità della relazione di cura, tempestività, specificità ed appropriatezza degli interventi, disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata, ma soprattutto autenticità della relazione di cura. Ogni intervento, oltre ad essere tecnicamente fondato, deve prevedere la partecipazione emotiva del professionista coinvolto. L'organizzazione deve consentire che gli interventi giusti, appropriati e tempestivi vengano prestati nella cornice della "cura", della umana "preoccupazione" senza la quale le persone sofferenti andrebbero perdute o si

sentirebbero perse perché avvertirebbero che il destino della propria esistenza non interessa a nessuno. Tale impegno deve coinvolgere ogni attore del sistema ai fini di preservare e valorizzare il patrimonio professionale in tutte le sue competenze, soprattutto quelle emotive e motivazionali. Questi contenuti, a partire dal primo momento della comunicazione della diagnosi, sono parte del processo di supervisione e formazione continua che l'organizzazione promuove.

L'innovazione è un valore contrapposto alla autoreferenzialità. Se è vero che ogni identità affonda le sue radici nella esperienza individuale, nella tradizione ed in ultima analisi in meccanismi autoreferenziali, la loro assolutizzazione costituisce un grave pericolo e la via maestra per la mortificazione istituzionale. Rapidi cambiamenti dello scenario sociale inducono spesso irrigidimenti identitari ed autoreferenzialità proprio laddove innovazione e sperimentazione sarebbero più necessarie. Perseguire costantemente questo atteggiamento di flessibilità, orientata all'ascolto ed alla ricerca di nuove soluzioni, cliniche ed organizzative, per i problemi via via emergenti, può anche implicare l'esigenza di lavorare per programmi. In tal modo, rimodulando organizzazioni e competenze, senza semplicemente giustapporre nuove UO, sarà possibile perseguire l'innovazione in ogni sua forma, tecnica, organizzativa, culturale valorizzando il capitale più importante di cui le istituzioni dispongono, il capitale umano e sociale.

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

### 3. Attori

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

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

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

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

- le direzioni aziendali nelle loro componenti centrali e distrettuali, con particolare riferimento a queste ultime in considerazione del ruolo assegnato loro dalla legge 29/04 nello sviluppo della collaborazione con gli EELL e nell'assicurare l'accesso all'assistenza primaria ed ai servizi socio-sanitari;
- i dipartimenti di produzione ospedalieri e territoriali, con particolare riferimento a quelli di sanità pubblica, cure primarie, emergenza-urgenza ed ovviamente salute mentale e dipendenze patologiche, secondo quanto previsto nella DG 2011/07;

- il corpo professionale che nel suo insieme concorre alla realizzazione della politica, nel rispetto delle forme organizzative e nella corresponsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti del comparto, dei MMG e dei PLS;
- Le Università, come riferimento per le specifiche competenze di formazione e ricerca, ed in integrazione con gli altri attori nel campo tecnico-operativo;
- Il privato sociale ed imprenditoriale, nella condivisione dei valori, delle strategie e degli obiettivi della politica di salute mentale, attraverso gli strumenti dell'accreditamento e tramite accordi specifici regionali e locali;
- La Scuola, per i suoi compiti di formazione del cittadino e come ambito di socializzazione ed educazione nel quale realizzare concretamente i principi di destigmatizzazione, continuità ed innovazione;
- L'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento a quelle aree in cui esercita tutela su soggetti fragili (Giudice Tutelare, Tribunale dei Minori);
- Gli utenti ed i loro familiari, individualmente e attraverso le associazioni che li riuniscono e li rappresentano, secondo i meccanismi partecipativi previsti dal presente Piano;
- Le associazioni del volontariato e le fondazioni, per quanto di loro competenza.

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

#### **4. I meccanismi di partecipazione democratica**

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

Ciò richiede meccanismi di partecipazione democratica degli utenti, dei familiari e delle associazioni che li rappresentano e delle associazioni di volontariato che li sostengono. I meccanismi di partecipazione si strutturano a livello locale<sup>2</sup> e regionale. Essi valorizzano istanze etiche e contributi volti al miglioramento dei percorsi clinici e della organizzazione delle reti, con ciò costituendo un'indubbia risorsa di salute e sociale.

##### **4.1. Il Comitato Utenti e Familiari – Salute Mentale**

Il Comitato Utenti e Familiari - Salute Mentale è organismo da istituirsi presso il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche delle Aziende USL del territorio regionale. Nell'atto di istituzione devono essere esplicitate le funzioni deputate, con particolare attenzione alla loro declinazione in relazione alle caratteristiche del territorio e dell'utenza afferente al DSM-DP. Questi meccanismi di partecipazione devono permettere la massima comunicazione tra l'utenza e le Unità Operative del Dipartimento. Al fine di omogeneizzare tale strumento nel territorio regionale, la Regione Emilia-Romagna emanerà apposita circolare applicativa. Il rapporto con il Comitato Consultivo Misto Aziendale deve essere favorito e promosso, ed i componenti del Comitato Utenti e Familiari – Salute Mentale possono essere componenti del CCM.

---

<sup>2</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo C Partecipazione – Punto 2 : Istituzione dei Comitati utenti e familiari entro il 30.6.09

Il Comitato Utenti e Familiari – Salute Mentale deve essere istituito con atto del Direttore Generale dell'Azienda USL, favorendo la presenza di tutte le Associazioni che abbiano nel loro statuto la salute mentale quale ambito prioritario di interesse, in ogni sua articolazione: psichiatria adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (NPIA), dipendenze patologiche, ed altre eventualmente presenti.

Agli incontri di tale organo partecipano il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e almeno un operatore per ogni area del DSM-DP. E' da favorire la partecipazione di rappresentanti degli Enti Locali.

#### 4.2 La Consulta Regionale Salute Mentale

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

Si tratta ora di entrare in una fase più matura, nella quale vengano rafforzati e regolamentati i meccanismi partecipativi che coinvolgono ogni attore del sistema<sup>3</sup>.

A tal fine la missione, l'organizzazione e la composizione della Consulta Regionale per la salute mentale vengono così ridefinite.

Compiti della Consulta Regionale Salute Mentale sono:

a) esprimere valutazioni e proposte alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali in ordine a:

- attuazione di provvedimenti regionali e nazionali aventi ad oggetto la tematica specifica;
- organizzazione delle strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- miglioramento della qualità dei servizi erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;

b) svolgere funzioni di raccordo tra livello regionale e organismi partecipativi istituiti a livelli aziendali nell'area della Salute Mentale finalizzate, in particolare, a raccogliere e fornire informazioni sulle specifiche aree di attività;

c) predisporre un rapporto annuale sulle attività e le iniziative realizzate;

d) monitorare la realizzazione del presente piano attuativo.

La composizione della Consulta Regionale per la Salute mentale viene così ridefinita:

- quindici componenti, rappresentanti le Associazioni di Utenti e Familiari, di cui:
  - 4 designati dalle Associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale e regionale nel campo della Salute Mentale, con questa suddivisione: 1 rappresentante del Coordinamento Regionale Associazione Famigliari Sofferenti Psicici e Utenti Onlus, 1 rappresentante UNASAM, 1 rappresentante DIAPSIGRA, 1 rappresentante ARAP;
  - 11 componenti, rappresentanti eletti a maggioranza dalle Rappresentanze di Utenti e Familiari – Salute Mentale, istituite presso i DSM-DP delle Aziende USL;
  - nove componenti, scelti dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, rappresentanti le Unità Operative dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche delle Aziende USL del territorio regionale, scelti nelle discipline di psichiatria adulti, NPIA, dipendenze patologiche, psicologia clinica e rappresentativi, nel modo più esaustivo possibile, delle diverse professionalità operanti nel Dipartimento e nei Servizi Universitari - Salute Mentale;

<sup>3</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo C Partecipazione – Punto 1: Istituzione della Consulta regionale entro il 30.06.09

- nove componenti, rappresentanti gli enti istituzionali, le parti sociali ed il privato sociale ed imprenditoriale, con questa suddivisione:
- 3 rappresentanti degli Enti Locali, di designazione del CALER Regione Emilia-Romagna;
- 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL;
- 1 rappresentante del privato imprenditoriale operante nell'area salute mentale, di designazione AIOP Regione Emilia-Romagna;
- 2 rappresentanti del privato sociale designati da Legacoop Regione Emilia-Romagna e da Confcooperative Regione Emilia-Romagna.

La Consulta Regionale si doterà di un proprio Regolamento. L'istituzione della Consulta non comporta oneri a carico del Bilancio Regionale.

## ***PARTE SECONDA: Il sistema di comunità***

### **1. Coordinate del sistema di comunità<sup>4</sup>**

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

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

Nell'ambito degli strumenti di programmazione, Atto di indirizzo e coordinamento e Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale, il tema della salute mentale deve rappresentare una delle aree nelle quali si inizia a realizzare un nuovo approccio integrato che superi le deleghe, le sovrapposizioni o la confusione di ruoli e responsabilità.

Tale approccio è opportuno si concretizzi:

- a livello di Atto di indirizzo e coordinamento, individuando l'area della salute mentale come una delle aree che in tutti i territori deve garantire una svolta ed un approccio nuovo, nonché criteri di attribuzione delle responsabilità e strumenti omogenei per assicurare tale integrazione a livello istituzionale, organizzativo e professionale. Nel Profilo di comunità i bisogni di salute e benessere della popolazione residente dovranno essere letti in modo integrato rispetto alla popolazione con problemi di salute mentale nelle diverse fasce di età;
- a livello di ambito distrettuale, individuando le modalità operative nuove per garantire l'integrazione, a partire dalla presa in carico comune.

Pertanto le scelte in materia di salute mentale devono prevedere spazi di discussione, programmazione e realizzazione congiunta adeguati. A tal fine gli strumenti di programmazione sia a livello di CTSS che di ambito distrettuale debbono recepire appositi accordi che rendano operativa la scelta dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria in quest'ambito.

L'AUSL, che assicura un adeguato sistema di cura, e gli Enti Locali, che promuovono il benessere complessivo della comunità, concorrono congiuntamente, insieme alle altre risorse sociali attive nel territorio, alla interpretazione delle istanze collettive in tema di salute mentale ed alla promozione degli appositi ambiti di discussione. Ai soggetti pubblici spettano le scelte di programmazione e di allocazione delle risorse.

Dal punto di vista organizzativo e tecnico professionale, deve essere superato, in particolare nella fase di lungo assistenza, uno stile di presa in carico esclusivo da parte del DSM-DP per assicurare in ogni ambito distrettuale accesso, valutazione e intervento, secondo modalità condivise con i Comuni. L'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari non deve essere inteso come mero passaggio da una équipe sanitaria ad una sociale.

---

<sup>4</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni - obiettivo A Sistema integrato sociosanitario – punto 1 –Predisposizione deliberazione di Giunta regionale sulla programmazione del sistema di comunità entro il 31.3.2009

**L'integrazione deve, infatti, svilupparsi non solo sul terreno della programmazione e della gestione dei sistemi, ma anche sulla definizione dei percorsi individuali degli utenti.** E' importante che vengano sviluppate esperienze di condivisione della organizzazione e governo della rete dei servizi, nonché delle attività di valutazione multidisciplinare e di gestione congiunta dei piani personalizzati di trattamento ed assistenza fra tutti gli Enti coinvolti. Solo in tal modo sarà possibile garantire al cittadino una presa in carico integrata che responsabilizzi tutti i servizi coinvolti.

A titolo esemplificativo, come più estesamente dettagliato nel successivo paragrafo 2.c.3., in ogni ambito zonale deve essere attivata in forma congiunta da Azienda USL ed Enti Locali una specifica unità di valutazione multi professionale (UVM), al fine di assicurare criteri di accesso e presa in carico uniformi e condivisi, a partire da una rivalutazione congiunta delle persone con disabilità psichiatrica attualmente inserite dai DSM nelle strutture sociosanitarie e in strutture per anziani e disabili, proseguendo sulla valutazione congiunta dei nuovi casi proposti dal DSM-DP ed eligibili per strutture socio-sanitarie psichiatriche o per disabili e anziani.

Il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" ha individuato le attività sanitarie e sociosanitarie che devono essere garantite dal Servizio Sanitario nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie. E' inoltre attualmente in fase di discussione a livello nazionale un'ulteriore provvedimento in materia di LEA che considera la salute mentale tra gli ambiti di intervento rispetto ai quali va garantita integrazione socio-sanitaria in particolare nella fase di assistenza a lungo termine in ambito territoriale.

Anche nell'ambito del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) la residenzialità socio-sanitaria per le persone con disturbi psichiatrici è stata individuata come una delle aree da considerare nel processo di costruzione sul territorio regionale di un sistema dedicato alla non autosufficienza, stabilendo percorsi integrati e condivisi tra Enti Locali e Aziende USL.

Si evidenzia dunque la necessità di definire nuove modalità di integrazione socio-sanitaria anche nell'area della salute mentale nel quadro dei nuovi strumenti di programmazione e *governance* stabiliti dal nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale e del Fondo Regionale della Non Autosufficienza. Questo piano contiene nei paragrafi a seguire le indicazioni attuative per questi indirizzi.

In analogia e coerenza con quanto qui estesamente presentato per l'area della psichiatria adulti, è al lavoro uno specifico gruppo di lavoro regionale che proporrà indirizzi specifici per gli interventi di integrazione sociale e sanitaria (e con le altre aree di necessaria integrazione, es. scuola) per soggetti in età evolutiva con bisogni diversi per grado di intensità e complessità assistenziale e con differenti tipologie di disabilità, neuropsichica e psicofisica.

## **2. Ambiti di azione del sistema di comunità per la salute mentale<sup>5</sup>**

L'integrazione socio-sanitaria nel campo della salute mentale dovrà riguardare i tre livelli previsti nella normativa sui LEA: territoriale, semiresidenziale e residenziale.

### **2.a. Il livello territoriale**

Per quanto attiene al primo livello, sette sono le aree di intervento in cui Aziende USL ed Enti Locali sono chiamati ad integrarsi:

<sup>5</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni - obiettivo A Sistema integrato sociosanitario – punto 2 :programmazione attività negli atti di indirizzo e coordinamento delle CSST, nei Piani distrettuali e nei Piani attuativi annuali entro il 31.3.09

1. *sostegno al reddito (contributi economici)*. Il principio di cittadinanza e di eguaglianza prevede che una persona con disturbi mentali possieda gli stessi diritti di ogni altro cittadino. In tal senso occorre superare confusioni di compiti e responsabilità che ancora oggi portano alcuni DSM-DP del territorio regionale ad erogare sussidi spesso impropriamente denominandoli "terapeutici". E' più coerente e trasparente riportare ciò alla responsabilità degli Enti Locali, con i limiti e i regolamenti assunti dal Comune titolare per il resto della cittadinanza del territorio, così come previsto dalla legislazione nazionale e regionale (L. 328/00 e L.R. 2/2003) che assegna agli Enti Locali la titolarità delle prestazioni economiche.

2. *politiche abitative*. Anche in questa area la presa in carico sanitaria deve comprendere tutti gli interventi terapeutici e riabilitativi che mettano in grado un cittadino con disturbi mentali di godere di una soddisfacente qualità dell'abitare, nonché di far valere i propri diritti di accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative rivolte alla generalità della popolazione e che devono essere garantite da Enti Locali e Aziende di Patrimonio Pubblico (ACER). Ciò non esclude la promozione di accordi tra le amministrazioni locali, gli ACER e le Aziende Sanitarie relativamente alla disponibilità di beni immobiliari, finalizzati alla realizzazione di strutture sociosanitarie a media/bassa protezione (gruppi appartamento, comunità alloggio) di cui si parlerà in seguito.

3. *inserimenti lavorativi*. L'inserimento lavorativo presenta evidenti vantaggi per il cittadino con disturbi mentali quali una buona opportunità di integrazione sociale, di prevenzione di stati di inattività ed emarginazione e di miglioramento delle capacità sociali e comunicative. Opportunità non sempre di facile raggiungimento, da leggere nel contesto della qualità di vita più che come esito autonomo. Questa è un'area che necessita di riflessioni congiunte, di co-progettazione e di azioni sinergiche da parte dei soggetti della rete in modo da evitare sovrapposizioni, ambiguità.

La Giunta Regionale con i nuovi indirizzi per l'utilizzo del Fondo regionale per l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità (DG 346/08) ha dato priorità ai progetti provinciali che favoriscono i percorsi di inserimento lavorativo in un'ottica di co-progettazione. Tali progetti potrebbero essere particolarmente funzionali alla creazione della rete degli attori che a vari livelli sono coinvolti nel processo dell'inserimento lavorativo delle persone con disturbi mentali (integrazione operativa tra collocamento mirato, servizi socio sanitari e SILL, Comuni, Centri di formazione professionale, Cooperative sociali, ecc.).

Ciò richiede: a) elaborazione di protocolli attuativi; b) istituzionalizzazione di momenti d'incontro e discussione; c) costituzione di attività di Valutazione Interistituzionale e Interdisciplinare a livello Provinciale, cui afferiscono operatori appartenenti ai diversi enti, che garantisca un approccio integrato tra i Servizi Lavoro Provinciali, Comuni e Aziende sanitarie; d) compartecipazione finanziaria dei diversi titolari della funzione (Provincia, Comuni ed AUSL), negoziando a livello locale una combinazione degli oneri.

In senso più operativo l'accesso al mondo lavoro dovrà essere garantito attraverso due grandi filoni di attività:

1- azioni volte allo sviluppo e al mantenimento di abilità lavorative individuali (a cura del DSM-DP);

2- creazione di opportunità lavorative e formative specializzate per persone con disturbi mentali (a cura dei Servizi provinciali e sociali competenti).

L'apporto dei DSM-DP, in stretto raccordo con i Servizi Provinciali competenti, deve mirare a fornire un supporto specialistico costante alle persone disabili sia nel momento del primo inserimento al lavoro sia, soprattutto, nel periodo successivo, così da limitare il numero dei fallimenti occupazionali e dare garanzie anche alle ditte ospitanti. Il compito dei DSM-DP è quello di fornire le attività terapeutiche e riabilitative sulla persona con disturbi mentali finalizzate ad ottenere e mantenere una abilità lavorativa proficua e continuativa. Ciò non può limitarsi alla semplice attività di valutazione e invio, ma deve prevedere attività specifiche svolte "con e per" il soggetto, volte a contenere il ricorso alle opportunità speciali. Tra queste rientrano le attività di "supported employment" (inserimento supportato nel mercato del lavoro), le attività di supporto nei percorsi del collocamento mirato svolte nell'ambito della L. 68/99 in collaborazione con le Province nonché il sostegno individuale all'inserimento nelle cooperative sociali di tipo B. In questo settore il ruolo della cooperazione sociale diviene strategico: le cooperative sociali di tipo B, oltre a rappresentare luoghi privilegiati di inserimento lavorativo per le persone svantaggiate, forniscono un fondamentale apporto in termini di lettura del fenomeno e di co-progettazione degli interventi.

L'apporto dei servizi provinciali e sociali di riferimento, in stretto rapporto con i DSM-DP, consisterà nel coordinamento e nella gestione dei programmi regionali finalizzati alla stabilizzazione occupazionale (ad es.: programma PARI), nel coordinamento dei percorsi della legge 68/99, nel più generale collegamento tra mondo del lavoro e dei servizi.

Per le persone con abilità tali da consentire un reale inserimento lavorativo è inappropriato proporre attività esclusivamente formative o di laboratorio protetto, attività che andranno invece mantenute e qualificate come intervento riabilitativo per persone con minori livelli di abilità e di funzionamento (es. all'interno dei programmi di tipo semiresidenziale).

A tal fine andranno elaborate procedure condivise per gli interventi di inserimento al lavoro (Inserimenti socio-terapeutici, tirocini, tutoraggi, monitoraggi, azioni di accompagnamento) e per la loro formalizzazione secondo una terminologia univoca degli strumenti in uso che corrisponda alle regole del diritto del lavoro, in modo tale da non lasciar spazio a strumenti che non trovano un puntuale regolamentazione nella legislazione del diritto del lavoro nazionale e regionale. La collaborazione fra i diversi soggetti componenti la rete dovrebbe valorizzare i saperi professionali specifici di ogni singolo attore.

Funzione strategica è riconosciuta alla Diagnosi Funzionale, di cui al D.P.C.M. 13 gennaio 2000, che deve esplicitamente prevedere la tipologia di inserimento lavorativo più compatibile per la persona, al fine di stabilire anche steps nei percorsi individuali. L'obiettivo è quello di favorire la transizione del singolo soggetto da un progetto esclusivamente riabilitativo ad uno di avvicinamento al mondo del lavoro, ancora secondo un'ottica sanitaria, ad un altro di effettivo inserimento lavorativo. Particolare rilievo può essere assegnato alle cooperative sociali di tipo b) sottoscrittrici di convenzioni trilaterali ai sensi della L. 68/99 e della L.R. 17/05.

4. *Assistenza domiciliare.* Come verrà meglio esposto nella parte III relativa al sistema di cura, è necessario dare maggiore impulso alla assistenza sanitaria domiciliare, soprattutto per quanto concerne le attività di riabilitazione "in vivo", vale a dire nel

contesto di vita della persona, nelle sue relazioni significative, a supporto della abilità di base, relazionali e sociali in genere. E' pertanto compito primario dei servizi sanitari organizzare tale funzione nell'ambito delle attività di *case management infermieristico* da sviluppare maggiormente nei Centri di Salute Mentale. Inoltre, in determinate situazioni, e soprattutto per nuclei familiari multiproblematici, o per situazioni di particolare sofferenza sociale e di carenze nelle abilità della vita quotidiana, vanno sviluppati progetti di assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria, al fine di assicurare un valore aggiunto in termini di assistenza e socializzazione, utilizzando le modalità di finanziamento a carico del FRNA previste dalla DGR 1206/2007.

*5. Promozione della salute mentale.* La sofferenza degli utenti e dei loro familiari è solo in parte dovuta all'effetto diretto della malattia; in massima parte esso è dovuta alle condizioni di stigma, emarginazione, discriminazione in cui tuttora versa chi ha un disturbo mentale, i suoi familiari ed in parte anche i servizi che se ne occupano.

Questi atteggiamenti costituiscono a tutt'oggi, oltre che una fonte diretta di sofferenza, una causa di ritardo ed ambivalenza nel rivolgersi ai servizi sanitari i cui interventi e trattamenti risultano tanto più efficaci quanto più sono tempestivi.

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

- fornendo informazioni corrette sulla salute e la malattia mentale alla cittadinanza, mediante canali comunicativi efficaci e di sicura penetrazione;
- valorizzando l'immagine pubblica del mondo della sofferenza mentale, enfatizzando i valori di solidarietà, creatività ed affettività che spesso ne informano la vita quotidiana e che costituiscono il patrimonio più importante che questo mondo può consegnare alla collettività;
- svolgendo opera di informazione e formazione su categorie che svolgono un ruolo cruciale nel riconoscimento ed orientamento dei cittadini con disturbi mentali e nella risposta sociale ai loro bisogni (genitori, insegnanti, operatori sanitari, operatori di polizia etc...);
- effettuando iniziative di promozione del diritto di cittadinanza attiva e partecipata dei cittadini con disturbi mentali.

*6. Sussidiarietà' orizzontale.* Nel campo dei servizi alla persona, che non richiedono specializzazione tecnologica, ma specializzazione relazionale, sensibilità alla soggettività del destinatario e qualificazione all'ascolto ed alla lettura dei bisogni, è possibile prima e meglio che in altri settori avviare esperienze di sussidiarietà orizzontale; ovvero il principio secondo cui, nella costruzione delle risposte ai bisogni sociali, le istituzioni pubbliche valorizzano ed incentivano l'azione delle formazioni sociali con cui condividono gli obiettivi della programmazione. Si tratta di un riconoscimento della funzione pubblica in ambito sociale a soggetti privati la cui missione coincide con le finalità delle istituzioni pubbliche nel settore. Particolarmente da incentivare sono quelle iniziative realizzate per scopi non lucrativi da soggetti che a vario titolo (familiari, operatori, volontari, utenti, enti non commerciali, etc.) organizzano interventi in funzione dei bisogni dei destinatari, in una prospettiva di tutela della salute e dei diritti di cittadinanza in senso lato. Peculiarità di tali interventi è quella di attivare risposte innovative rispetto ai bisogni, stimolando i servizi esistenti ad una proficua evoluzione verso il rispetto dei principi di: centralità dell'utente e della sua soggettività, *empowerment*, responsabilizzazione e protagonismo dell'utente.

Questi principi, che cercano di coniugare dignità delle persone, specie di quelle con maggiori difficoltà, crescita delle opportunità di emancipazione e sviluppo sostenibile degli interventi, sembrano essere positivamente espressi e realizzati anche nella metodologia dell'auto-mutuo aiuto (AMA) che gode di una tradizione ultraventennale in campo nord-americano ma che solo ora sta avendo una sua penetrazione quanto mai fertile ed originale in Italia. Su tali ambiti andranno valorizzate ad esempio le esperienze di affidamento eterofamiliare e del "dopo di noi".

**7. Prevenzione.** In un contesto nel quale gli stili di vita influenzano la salute della popolazione più di ogni altro fattore (e la salute mentale in misura maggiore) le attività di prevenzione primaria e secondaria devono avere una preminenza assoluta. E' assolutamente necessario coordinare le forze ed individuare congiuntamente gli obiettivi da raggiungere senza disperdersi in attività frammentarie di dubbio valore. La costituzione di un dipartimento unificato permette ad esempio di poter condurre attività congruenti attingendo dalle competenze della NPIA, del SerT e della Psichiatria Adulti. In particolare va rielaborata collegialmente tra tutte le parti in causa la questione delle attività di prevenzione svolte nelle scuole, avviando una collaborazione più organica e sistematica di quanto non si sia fatto sinora definendo, congiuntamente alle istituzioni scolastiche, possibili ed appropriati ruoli e funzioni della presenza degli operatori del DSM in ambito scolastico. La Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha da sempre considerato importante il contesto di vita della persona sia per il lavoro di promozione alla salute dei bambini sia per il lavoro di cura (negli interventi terapeutici e riabilitativi); la valutazione e l'intervento sul contesto risultano essenziali per riconoscere e sostenere i fattori protettivi e tentare di incidere sui fattori di rischio per attenuarne gli effetti negativi.

Nel contesto sociale la scuola, nei suoi diversi gradi, occupa uno spazio centrale perché, dopo la famiglia, è il luogo di elezione per la crescita di tutti i bambini/ragazzi. La scuola è il luogo che promuove azioni educative specifiche all'interno di una relazione forte tra adulti/docenti competenti ed alunni: il contesto di istruzione si occupa di promuovere la crescita cognitiva, relazionale e sociale del bambino e dell'adolescente anche quando il disagio o la patologia irrompono a deviare o rallentare il naturale percorso evolutivo.

Risulta pertanto essenziale il dialogo tra il mondo sanitario e la scuola poiché ogni "malattia" o "disagio" si configura sempre come una frattura dolorosa ma non insanabile nel rapporto tra soma, psiche e contesto.

Le azioni ed i "prodotti" che contraddistinguono il lavoro di rete sono molteplici ma possono essere sinteticamente descritte in alcune direttrici, che già impegnano le NPIA territoriali dell'Emilia-Romagna:

- raccordo tra Enti (Provincia, Comuni, Scuola, ASL) per produrre intese in tema di handicap e disabilità (così come chiede la legge 104/92), per una popolazione attesa che riguarda circa il 2% della popolazione target)
- accordi in tema di disagio scolastico (espresso con problemi comportamentali /emozionali / relazionali) e di disturbi specifici ed aspecifici di apprendimento
- tavoli di lavoro comuni con la dirigenza scolastica
- incontri con i singoli insegnanti per singoli bambini o gruppi di problema
- promozione e supporto ad azioni di screening per l'individuazione precoce di disturbi e/o di formazione e consulenza agli insegnanti su nodi problematici.

Il lavoro di interfaccia richiede un'attività interna di formazione e di raccordo tra operatori per promuovere le azioni in modo coordinato ed efficace.

## **2.b Il livello semiresidenziale**

Per quanto attiene all'assistenza semi-residenziale, è compito del DSM-DP quello di organizzare, attraverso i propri Servizi ed Unità Operative, situazioni terapeutiche che

permettano agli utenti di usufruire di situazioni ad alta protezione, capaci di condurre azioni di riabilitazione volte al mantenimento ed al recupero di abilità residue. Questi momenti debbono essere pensati e progettati con Enti Locali e famiglie e possono costituire un valido aiuto al sostegno domiciliare, a situazioni di sollievo del carico familiare. Gli interventi svolti presso i laboratori e gli atelier dei Centri Diurni non possono e non debbono essere confusi con le pratiche di inserimento lavorativo (borse lavoro, etc.), ma rimanere attività espressive con un ruolo essenzialmente di impegno creativo del tempo libero.

L'interazione tra realtà del volontariato e dell'associazionismo di categoria sostenuti dall'Ente Locale con le attività del settore semiresidenziale è da favorire ed incentivare.

## **2.c. Il livello residenziale**

Venendo infine al livello residenziale, le disposizioni regionali in tema di accreditamento sanitario e socio sanitario consentono di definire un sistema esaustivo e bene articolato per quanto attiene le responsabilità di programmazione, finanziamento e gestione. Tale sistema è articolato in un segmento sanitario ed in un segmento socio-sanitario. Una sinossi complessiva della disponibilità attuale e della programmazione dei due segmenti viene fornita in una apposita tabella riportata nella Parte III, paragrafo 2.d., inerente il segmento residenziale sanitario.

2.c.I. Il segmento sanitario è assicurato dalle AUSL tramite il DSM-DP, direttamente o tramite le strutture private accreditate. Gli interventi sono garantiti da tre diverse tipologie di strutture residenziali, già previste nel sistema di accreditamento sanitario (DGR 327/2004):

- Residenze a trattamento intensivo;
- Residenze a trattamento protratto;
- Residenze a trattamento socio-riabilitativo.

Ai sensi della delibera 327/2004 i costi di queste strutture vengono posti interamente a carico del Servizio sanitario Regionale. Il percorso di accreditamento di tali strutture è quasi completamente concluso. Appartenendo in modo organico al sistema di cura, le caratteristiche programmatiche del segmento residenziale sanitario vengono trattate nel presente piano al capitolo 2.d. della Parte III.

2.c.II Il Programma di integrazione socio-sanitaria deve garantire la regolazione del segmento socio-sanitario, che si articola nelle tipologie previste dalla DG 772/07:

- Comunità alloggio
- Gruppi appartamento

Per queste strutture è in corso di definizione a livello regionale un quadro di riferimento unitario ed omogeneo che diventerà operativo dal 2009, in merito a:

- Criteri e standard di accreditamento;
- Modalità di remunerazione omogenee per tipologia di servizio e di inserimento;
- Sistema di finanziamento con la previsione di intervento del FRNA e di una contribuzione sostenibile da parte degli utenti.

### *Situazione attuale*

Su indicazione della Cabina di Regia sul *Welfare* regionale, l'avvio di interventi programmati con il FRNA nell'area della residenzialità a lungo termine di ambito psichiatrico è stato subordinato ad un'analisi dei dati di spesa e di attività sostenuti nelle singole Aziende USL per questa particolare tipologia di servizi. Nel corso del 2008 è stata avviata una rilevazione della spesa sostenuta nel 2007 in ogni ambito territoriale per i servizi residenziali socio-sanitari per utenti con disturbi psichiatrici.

Sono stati esclusi dalla rilevazione: gli inserimenti effettuati dalla neuropsichiatria infanzia ed adolescenza; gli inserimenti effettuati dall'area servizi socio-sanitari per disabili (considerati nella precedente analoga rilevazione condotta nel 2007 dalla Regione attraverso gli Uffici di Piano); gli inserimenti effettuati per utenti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici, in quanto a totale carico del Fondo sanitario con finanziamenti dedicati.

In sintesi la rilevazione ha messo in luce questa situazione al 31/12/2007:

- Strutture socio-sanitarie area psichiatrica: Comunità alloggio psichiatrico e Gruppi Appartamento psichiatrico: sono stati inseriti in queste strutture n. 619 utenti, per complessivi 14.338.000 euro (di cui euro 13.609.617 a carico del Fondo sanitario regionale e 728.383 euro a carico di Comuni e/o utenti);
- inserimenti individuali effettuati presso altre strutture, in particolare per anziani e disabili, con intensità equivalente a Comunità alloggio o Gruppi Appartamento: 456 soggetti e sostenuti per complessivi 8.255.790 euro (di cui euro 6.416.116 a carico del Fondo sanitario regionale e 1.839.674 euro a carico di Comuni e/o utenti) .

Nel complesso per i 1.075 utenti inseriti, emerge una spesa complessiva pari a 22,5 MLN di euro (di cui euro 20.025.733 a carico del Fondo sanitario regionale e 2.568.057 euro a carico di Comuni e/o utenti).

**Tabella 1 Utenti strutture socio-sanitarie psichiatriche e inserimenti individuali presso strutture residenziali assimilabili (anziani, disabili, etc.)**

Azienda USL	Utenti Gruppi appartamento e comunità alloggio	Utenti inseriti dal DSM-DP in strutt. per anziani/disabili	Utenti totali	Tasso su popolazione generale (per 10.000 ab.)	Partecipazione alla spesa	Spesa pro-capite abitante
Piacenza	22	4	26	0,9	SI	3
Parma	97	40	137	3,3	SI	6
Reggio E.	41	39	80	1,6	NO	2
Modena	115	81	196	2,9	SI	6
Bologna	106	105	211	2,5	SI	6
Imola	9	16	25	2,0	SI	7
Ferrara	20	43	63	1,8	SI	3
Ravenna	124	49	173	4,6	SI	10
Forlì	30	3	33	1,8	SI	5
Cesena	14	19	33	2,4	SI	3
Rimini	41	57	98	3,3	NO	7
<b>RER</b>	<b>619</b>	<b>456</b>	<b>1.075*</b>	<b>2,6</b>		<b>5**</b>

\*Gli utenti totali censiti (1075) hanno occupato circa 950 posti letto, in ragione del turn-over nel corso dell'anno.

\*\* La spesa pro capite è calcolata dividendo la spesa complessiva degli inserimenti per il numero di residenti di età superiore a 18 anni nel territorio.

Gli elementi di maggiore spicco in questa rilevazione sono i seguenti:

- il numero di utenti su 10.000 abitanti e la spesa pro-capite presentano una distribuzione abbastanza *disomogenea* nei diversi ambiti aziendali, con alcune Aziende che presentano valori sensibilmente più bassi (Piacenza e Reggio Emilia) o più alti (Ravenna) rispetto al dato regionale. Tali differenze si accentuano considerando i singoli ambiti distrettuali;
- emerge un ricorso abbastanza consistente in quasi tutti gli ambiti aziendali ad inserimenti individuali in altre tipologie di strutture (anziani e disabili). Su 1.075 utenti il 42% (456 utenti) risulta infatti inserito in tipologie diverse da quelle di ambito psichiatrico;
- la spesa è in larga misura a carico del Fondo Sanitario (89%), con percentuali di riparto che nei diversi ambiti aziendali vanno dal 77% (Modena e Imola) al 100% (Reggio Emilia e Rimini).

Tali dati confermano la necessità di:

- garantire uno sviluppo omogeneo delle diverse tipologie di offerta residenziale nei diversi ambiti territoriali, definendo tipologie e criteri di eleggibilità uniformi e valutando la necessità di ricorrere ai servizi residenziali, secondo criteri di

uniformità concordati fra DSM-DP e Comuni previa costituzione di una specifica Unità di Valutazione Multidimensionale;

- assicurare una appropriatezza d'uso delle tipologie di struttura afferenti ai due segmenti sanitario e socio-sanitario;
- programmare nell'ambito dei Piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale le necessità residenziali del proprio territorio, garantendo entro il 2011 il raggiungimento di un obiettivo minimo di omogeneità di offerta.

#### *Indicazioni per la riorganizzazione della rete*

La programmazione della risposta alla domanda di residenzialità socio-sanitaria verrà soddisfatta dovrà trovare spazio nelle attività dei Piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale 2009-2011. In particolare andrà in tali contesti censita l'offerta locale e verificato in quale misura la domanda venga così soddisfatta o necessiti dell' utilizzo di strutture nell'ambito provinciale o di area vasta, tenendo sempre presente il criterio di prossimità alla collettività in cui la persona vive. Si ritiene adeguata una offerta di strutture residenziali socio-sanitarie di circa 2 posti per 10.000 abitanti, pari a circa 800 posti sul territorio regionale.

Le sopra descritte disomogeneità della domanda e della spesa introducono la necessità di prevedere correttivi che verranno attuati attraverso *step* successivi nel prossimo triennio di attività. La programmazione ed il sistema di finanziamento dovranno supportare questo processo promuovendo la pianificazione integrata del segmento sanitario e di quello socio-sanitario, sviluppando o riconvertendo risorse esistenti.

Per quanto riguarda la gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie essa verrà effettuata da soggetti pubblici o privati accreditati, secondo le modalità che sono in corso di definizione per l'accreditamento socio-sanitario. Questa dovrà garantire una elevata appropriatezza di inserimento, intervenendo e modificando, se necessario, l'attuale situazione, previa valutazione di tutte le persone ospitate attualmente nelle strutture socio-sanitarie o inserite individualmente in strutture assimilabili (anziani, disabili, etc.).

Per quanto attiene al finanziamento esso verrà posto a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'85% con una quota di compartecipazione a carico dell'utente pari al 15% del costo. Tale ripartizione dovrà essere applicata uniformemente in tutto il territorio regionale entro la fine del 2009. Le modalità di ripartizione del FRNA relativamente a questo settore saranno definite negli atti di assegnazione e ripartizione generale del FRNA. Nel caso in cui i redditi e/o i benefici assistenziali personali cumulativamente percepiti dal destinatario degli interventi di assistenza residenziale, decurtata la quota di 1/3 della minima INPS per le spese personali (che resta comunque a disposizione dell'utente) non coprano la quota del 15% a suo carico, subentreranno i Comuni, sulla base dei regolamenti locali vigenti. Occorre richiamare come a livello regionale si stia lavorando ad una ridefinizione dei criteri e degli strumenti per la partecipazione alla spesa dei servizi sociosanitari al fine di renderli uniformi per tutte le categorie assistite. Nel momento in cui tale percorso dovesse completarsi le disposizioni che precedono saranno conseguentemente riviste.

Per i territori che presentano una offerta notevolmente superiore al proprio fabbisogno e che attualmente ospitano utenti di altre province andrà affrontato il problema della assunzione della residenza anagrafica, cercando di evitare fenomeni di import "socio-sanitario". La pianificazione di Area Vasta e regionale dovrà cercare nel tempo di riallineare l'offerta ai fabbisogni locali, tenendo conto della vocazione territoriale socio-

sanitaria di queste strutture. Per quanto riguarda la competenza ad intervenire in caso di indigenza, è confermato quanto previsto dalla normativa vigente (nazionale e regionale) che pone a carico del Comune di residenza (previamente informato) l'eventuale onere di partecipazione alla spesa sociale al momento dell'ingresso in struttura residenziale.

### 2.c.III La gestione degli inserimenti individuali e la continuità con il settore anziani e disabili

Al fine di portare a compimento il sistema residenziale, va affrontata anche la questione della continuità assistenziale tra i servizi, in particolare residenziali, dedicati ad adulti con problemi di salute mentale con quelli per anziani e disabili. Questo tema non coinvolge soltanto i soggetti attualmente a carico dei DSM-DP ed ospitati presso strutture per anziani e disabili, ma anche quegli utenti (attualmente ospitati in residenze per anziani o disabili) che in fase di rilevazione sono stati definiti bisognosi di un inserimento in struttura socio-riabilitativa psichiatrica ed i cosiddetti ex degenti di Ospedale psichiatrico (ex OP) per i quali si pone il problema della continuità dei percorsi, al di là del sistema di finanziamento che rimane comunque a totale carico del FSR.

In termini generali la persona con disturbi mentali portatrice di bisogni socio-assistenziali, in assenza di disabilità fisiche e compromissioni cognitive proprie dell'età avanzata troverà assistenza nelle strutture di ambito socio-sanitario psichiatriche, indipendentemente dall'età anagrafica.

Gli inserimenti in strutture per anziani o per disabili d'ora in poi saranno possibili soltanto per quei casi che presentino caratteristiche proprie e prevalenti degli anziani e dei disabili, pur in presenza di patologie psichiatriche, e seguiranno le regole regionali dettate per le diverse tipologie di strutture (anziani, disabili, ecc.).

Dovranno essere salvaguardate tre esigenze:

- la presa in carico clinica da parte del DSM-DP dovrà riguardare l'intero arco della vita; di conseguenza dovrà essere garantita da parte del DSM-DP la necessaria continuità assistenziale;
- nel caso di sopravvenienza di malattie senili degenerative, o di coesistenza di gravi disabilità fisiche e/o intellettive, deve essere garantita la possibilità al cittadino con disturbi mentali di essere inserito nella tipologia di struttura più appropriata sulla base dei suoi bisogni specifici ricorrendo, quindi, se necessario, ai servizi per anziani o per disabili ed adottando in questi casi gli stessi criteri di finanziamento e compartecipazione già previsti per queste tipologie di strutture. Nella pratica tali inserimenti dovranno essere stabiliti in modo condiviso tra Comuni e Aziende USL con una presa in carico condivisa, seguendo i criteri e gli strumenti di accesso ordinari (UVGT etc.);
- l'equilibrio e la sostenibilità, dal punto di vista gestionale e relazionale, della struttura per anziani o disabili accogliente una persona con problemi psichiatrici.

Per le persone attualmente inserite individualmente nelle strutture residenziali per anziani e disabili, occorre sottolineare che tale popolazione si è costituita nel tempo sulla base di pratiche e abitudini difficili da ricondurre ad un ottica unitaria. E' pertanto necessario avviare una *attività straordinaria di valutazione*, sulla base di criteri omogenei regionali, caso per caso, da parte di unità locali multidisciplinari composte da AUSL ed Enti Locali che verifichino l'appropriatezza della permanenza in tali strutture

e, in caso di mancato riscontro, propongano soluzioni alternative ed appropriate. Per gli utenti già inseriti, anche in caso di permanenza nella struttura, (ad eccezione delle situazioni ex OP, come detto ad intero carico sanitario) si adotterà (previa valutazione dell'impatto sulla base dei casi rivalutati) lo stesso criterio di finanziamento e compartecipazione proposto per le strutture socio-sanitarie psichiatriche.

In ogni ambito zonale deve essere attivata in forma congiunta da Azienda USL ed Enti Locali una specifica unità di valutazione multi professionale (UVM), al fine di assicurare criteri di accesso e presa in carico uniformi e condivisi, a partire da una rivalutazione congiunta delle persone con disabilità psichiatrica attualmente inserite dai DSM nelle strutture sociosanitarie e in strutture per anziani e disabili.

Compiti prioritari dell'UVM sono:

- la valutazione dei bisogni socio/sanitari e sanitari;
- la decisione sulla presa in carico della situazione;
- la formulazione di un Progetto individuale, che comprende un pacchetto di servizi personalizzato;
- l'individuazione di un case manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato;
- l'erogazione delle prestazioni e/o l'invio a soggetti erogatori delle prestazioni previste nel progetto;
- il monitoraggio del Progetto individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative e assistenziali.

Tale procedura andrà poi assicurata per tutti i successivi nuovi inserimenti.

In sintesi, per attuare questi obiettivi si prevede il seguente programma di lavoro:

- 1- pieno inserimento delle problematiche della salute mentale negli strumenti di programmazione di ambito distrettuale triennale 2009-2011 ed annuale, comprensive delle scelte programmatiche relative alle strutture residenziali psichiatriche sanitarie e sociosanitarie. Queste ultime potranno costituire oggetto di un programma specifico da definire ed avviare comunque entro la fine del 2009;
- 2- definizione dello strumento regionale per la valutazione integrata (AUSL/Comuni) di tutti gli attuali inserimenti socio-sanitari e costituzione a livello distrettuale delle équipe multiprofessionali di valutazione integrata (UVM);
- 3- valutazione delle condizioni di tutte le persone attualmente inserite a carico del DSM-DP nelle strutture psichiatriche socio-sanitarie o inserite individualmente in strutture residenziali per anziani e disabili con verifica dell'appropriatezza dell'inserimento in quella struttura, ed eventuale proposta di diversa soluzione;
- 4- proposta ed approvazione dei requisiti e delle tariffe per l'accREDITAMENTO delle strutture residenziali psichiatriche socio-sanitarie.

### **3. Formazione e ricerca**

Il prevedibile impulso che avranno le attività di prevenzione, promozione della salute e di lavoro sociale nel campo della salute mentale richiederà nuove e specifiche

professionalità (sociologi, comunicatori sociali, animatori, epidemiologi etc...) per i quali devono essere programmate le formazioni professionalizzante e continua. Per favorire i processi di programmazione basati su rilevazioni precise occorre istituire un sistema coordinato a livello regionale di Osservatori locali, capaci di rilevare l'evoluzione della relazione fra domanda ed offerta di servizi, possibile evoluzione della esperienza fin qui condotta dagli Osservatori per le Dipendenze. Contemporaneamente occorre sviluppare un sistema di rilevazione capace di cogliere gli aspetti quantitativi e qualitativi della domanda esplicita ed implicita in modo da aiutare i servizi a connettersi meglio ai fenomeni sociali nella loro evoluzione e supportare il sistema di comunità nella produzione di migliori iniziative per contrastare il diffondersi della sofferenza mentale e relazionale nelle diverse fasce di età. Analogamente occorre basare tali attività su ricerche ad hoc e coordinate in accordo con l'Università e l'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale.

## ***PARTE TERZA: Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico***

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

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

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

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

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

Il sistema di cura delle **dipendenze patologiche** presenta incrementi dell'utenza costanti negli ultimi vent'anni che hanno portato oggi ad avere in carico lo 0.55% della popolazione target (15-55), a testimonianza della sua crescente credibilità e penetrazione nella comunità, e forse anche dell'incremento dei fenomeni patologici. In questo contesto le maggiori necessità riguardano la facilitazione all'accesso per le fasce marginali o, al contrario, per le fasce ad alto funzionamento sociale e giovani policonsumatori.

In generale l'intero nuovo sistema di cura deve fornire risposte ad un numero maggiore di cittadini e con bisogni sempre più diversificati. Ne discende l'assoluto bisogno di integrazione, sia interna che esterna, con le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio. L'integrazione interna si realizza nel presidiare quelle interazioni che sono risultate più critiche (ad es.: SPDC/CSM, passaggi di équipe al compimento dei 18 anni, interazione SerT/CSM), nel dotarsi di una politica dell'accesso centrata sul cittadino utente, nel valorizzare le competenze di valutazione clinica e sociale come criterio metodologico preliminare alla individuazione di percorsi di presa in carico adattati ai bisogni dell'utente o come valore aggiunto di tutte le collaborazioni tra agenzie del territorio, nel produrre nuovi assetti clinici che valorizzino tutte le competenze professionali e modifichino setting tradizionali composti da una persona - paziente ed il "suo" terapeuta.

Le Aziende Sanitarie, nell'ambito della programmazione condotta secondo gli strumenti previsti dal 1° PSSR, hanno il compito di organizzare il sistema di cura, nel

rispetto dei principi e dei valori sopra esposti e coordinando l'insieme delle risorse tecnico-professionali pubbliche e private presenti nel territorio.

Il Dipartimento che aggrega le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA), Psichiatria Adulti e Sert è la modalità organizzativa più funzionale al raggiungimento della massima integrazione interna dei servizi aziendali ed al coordinamento delle risorse esterne ad essa afferenti, secondo quanto già previsto dalla DG 2011/07.<sup>6</sup>

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

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

In concreto il DSMDP declina la propria **missione** nei seguenti punti:

- concorre a promuovere la salute mentale ed il contrasto alle dipendenze patologiche come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale, disabilità psicofisica e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;
- garantisce l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;
- produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- garantisce alla utenza di riferimento una presa in carico effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, se necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO od enti;
- garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale;
- concorre, di concerto con gli altri dipartimenti, con le altre agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria, alla presa in carico di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

La missione del DSMDP non si esaurisce con la responsabilità del coordinamento del sistema di cura ma comprende il contributo al sistema di comunità, all'interno del quale il Dipartimento collabora alle politiche di integrazione sociale e sanitaria ed alla promozione della salute mentale della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale.

---

<sup>6</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo B Organizzazione dei Dipartimenti Salute mentale e dipendenze patologiche – Punto 1: Istituzione dei DSM-DP entro il 31.3.09

Il DSMDP è quindi un contenitore nel quale vanno esercitate sintesi complesse in virtù delle quali il cittadino possa ricevere risposte convincenti e qualificate ai propri bisogni, non contraddittorie o frammentate benché rese anche da soggetti diversi. Il **Comitato di Dipartimento** è l'organo decisionale e strategico del DSM-DP nel quale tali sintesi vanno operate. La sua composizione ed il suo funzionamento sono disciplinati dalla delibera 2011/07. Tenuto conto dell'ottica di salute pubblica in cui il DSM-DP si muove, nella sua organizzazione vanno specificate le modalità adottate per garantire funzioni di tipo aziendale che implicano processi assistenziali molto specializzati (come le attività di ricovero), ed altri processi presidiati attraverso appositi programmi (v. dipendenze patologiche e psicologia clinica), nonché le funzioni distrettuali (più propriamente di base, di I e II livello), sotto forma di UO semplici e complesse.

E' fondamentale che il **modello organizzativo** realizzi una matrice efficace nella quale le responsabilità gestionali delle strutture semplici e complesse siano attribuite secondo linee verticali di specializzazione produttiva (ad es.: Sert, NPIA, Emergenza /Urgenza /Ospedalità, attività territoriale, riabilitazione) e incrocino altrettanto efficaci coordinamenti su base distrettuale, esercitati da uno dei professionisti dipendenti delle UU.OO. di quel territorio. Il Direttore del DSM-DP è il garante del rispetto di questa duplice ottica, di specializzazione da un lato e di integrazione distrettuale dall'altro. Nelle Aziende, sede di più distretti, il Direttore del DSM-DP dovrà individuare tra i dirigenti delle UO semplici o complesse di ciascun distretto il referente DSM-DP incaricato di curare l'integrazione intradipartimentale, interdipartimentale ed interistituzionale. Questi lo rappresenterà all'interno dell'Ufficio di Distretto ed insieme supporteranno il Direttore del Distretto nelle attività di programmazione, verifica ed integrazione.

Tenuto conto infine della composizione multidisciplinare e multiprofessionale del DSMDP, occorrerà rivolgere particolare attenzione allo **sviluppo professionale** ed alle innovazioni, nell'integrazione delle responsabilità cliniche ed assistenziali. E' evidente infatti che queste profonde trasformazioni nella visione e nella missione del DSM-DP non possano essere realizzate senza una politica di sviluppo professionale che qualifichi e specializzi le competenze cliniche e assistenziali, identificando per ciascuna componente gli adeguati ambiti di responsabilità. In particolare, devono essere agevolati i percorsi che portano la componente assistenziale alla definizione di una titolarità delle relazioni di cura (case management) o di responsabilità gestionale per quei percorsi o strutture a maggiore priorità assistenziale.

Nelle sedi in cui è presente l'**Università** deve essere perseguito l'obiettivo della sua massima integrazione nel Dipartimento, impegnando entrambe le componenti alla realizzazione di Dipartimenti Assistenziali Integrati Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP), secondo quanto stabilito nella DG 2011/07.<sup>7</sup>

Nelle sedi in cui sono presenti **Case di Cura specialistiche** private accreditate deve essere agevolato il percorso già avviato di una piena integrazione delle loro attività nell'offerta del Dipartimento, secondo quanto previsto dalla DG 1654/07. La programmazione locale dovrà portare ad una piena integrazione dei percorsi tra pubblico e privato accreditato, prevedendo anche forme di partecipazione del privato imprenditoriale e sociale alla vita dipartimentale, come ad esempio la previsione di incontri periodici con il Comitato di Dipartimento e la integrazione nelle attività formative

<sup>7</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo B Organizzazione dei Dipartimenti Salute mentale e dipendenze patologiche –Punto 2 Istituzione dei DAISMDP entro il 30.6.09

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

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

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

A questo proposito, l'esperienza delle funzioni di prossimità, tipica delle dipendenze patologiche, può arricchirsi della integrazione con compiti e competenze di psichiatria e neuropsichiatria infantile, nonché di altre funzioni sanitarie (prevenzione delle malattie infettive, salute riproduttiva). Con ciò il contatto con il sistema sanitario e socio-sanitario di quelle fasce di cittadini che per vari motivi hanno difficoltà ad accedervi potrebbe risultare più gradito e preludere a percorsi di salute veri e propri. Queste esperienze si caratterizzano per "essere" nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario ed essere trasversali (ad es.: centri di ascolto, spazi giovani, unità di strada ecc...). Tali modalità risultano molto efficaci nei confronti dei giovani, ma con i dovuti adattamenti potrebbero essere utilizzate per la popolazione immigrata o per gli anziani.

Ogni Azienda deve definire un proprio piano di garanzia dell'accesso e declinarlo concretamente nella propria pianificazione annuale delle azioni.<sup>8</sup> La politica dell'accesso deve

- definire i punti della rete dei servizi sanitari e sociali ove il DSM-DP deve garantire al cittadino una accurata valutazione, presa in carico ed eventuale avvio al CSM (medici di medicina generale, servizi per l'handicap, consultori familiari, servizi di emergenza-urgenza, sportelli sociali, ecc...);
- coinvolgere tutti gli attori;
- comprendere l'accesso ai servizi del DSMDP e dell'intero sistema di cura;
- prevedere forme di accesso ai servizi DSMDP di tipo diretto, mediato, facilitato e urgente;
- essere attiva per le categorie che con maggiore difficoltà accedono spontaneamente al servizio (anziani, immigrati...);
- deve specificare in che modo ed in quale misura può essere garantita la libertà di scelta del paziente.

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

Alcuni settori come la NPIA hanno già una tradizione di valutazione multidisciplinare, alla quale dedicano rilevanti risorse umane e contesti appositamente strutturati. E' assolutamente opportuno che tale approccio si estenda gradualmente anche alla psichiatria adulti ed alle dipendenze patologiche, nell'ambito delle risorse umane ed

<sup>8</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo D Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP Punto 4 Formalizzazione e realizzazione piano accesso entro il 31.12.09

economiche disponibili, rimodellando prevalentemente ruoli e funzioni delle professionalità coinvolte, tra attività di valutazione e di presa in cura.

## 2. La rete dei servizi dipartimentali<sup>9</sup>

In virtù della diversificazione dei bisogni cui si sta assistendo risulta difficilmente proponibile nel nostro contesto regionale un modello di servizi “compatti” con poche unità operative, strutturati in modo forte, concentrati sulla missione tradizionale, direttivi, con composizione professionale semplice. La principale debolezza che questo modello ha mostrato fino ad ora è quella della integrazione interna e della continuità della cura, obiettivi che richiedono uno sviluppo della cultura professionale ed organizzativa sostenuto e coerente. Risulta sicuramente più adeguato un sistema di servizi “articolati”, specializzati su più livelli di attività e di protezione, multidisciplinari, integrati paritariamente con gli altri servizi sanitari e sociali.

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

I CSM mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria adulti. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell'utenza, ove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione; assumono la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti. Costituiscono il baricentro della intera rete dei servizi e mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche nei settori ospedaliero, residenziale o penitenziario.

I CSM si impegnano a rispondere alle sfide che questa terza fase propone rinnovando sostanzialmente la propria cultura e la propria organizzazione, lavorando per processi esplicitati e verificabili, secondo il percorso intrapreso con la definizione dei prodotti e degli standard di qualità. I principali processi di produzione dei CSM sono:

- Accesso. Il CSM mantiene la propria struttura di accesso come I e II livello, incrementando i collegamenti con i MMG e le altre agenzie di base e specialistiche, differenziando e qualificando le proprie attività di valutazione e di personalizzazione delle risposte, rendendosi disponibile per effettuare tali attività anche in contesti diversi dalla propria sede e garantendo una elevata qualità nella formalizzazione delle valutazioni (ad es. garantendo sempre refertazioni chiare e qualitative);
- Presa in cura. La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il *core* della missione dei CSM. I CSM si impegnano a migliorarne ulteriormente i processi sviluppando una maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione;
  - governo dei percorsi ospedalieri e residenziali esterni al CSM. Il CSM deve responsabilizzarsi per contenere all'indispensabile gli accessi in SPDC e favorire la territorializzazione degli inserimenti residenziali, anche sulla base delle numerose esperienze già attive in regione;
  - garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente;

<sup>9</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo D Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP Punto 1 Predisporre una deliberazione di Giunta regionale per la istituzione di un Programma regionale per l'innovazione dei DSM-DP entro il 1.06.09 e punto 2: attivazione programmi locali di ammodernamento DSM-DP entro il 31.12.10

- favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del *case management*;
- ricomprendere all'interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato;
- spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della riabilitazione *in vivo*, interpretando in questo modo il concetto di domiciliarità e ricomprendendo in questi anche interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale;
- adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell'utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'*empowerment* ed alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;
- favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto, l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione professionale;
- adottare un approccio ben formalizzato e rispettoso dei diritti di informazione e di scelta della persona in tutti i casi in cui si renda necessario ricorrere a provvedimenti direttivi/coercitivi, limitandoli al necessario;
- incentivare la funzione di consulenza, collegamento, formazione e supervisione di altri operatori (piuttosto che orientarsi verso la presa in carico diretta di tutte le forme di disagio psichico) in particolare nei confronti di Medici di Medicina Generale, Centri Demenze e servizi per disabili adulti (con una funzione prevalente di consulenza) servizi oncologici, hospice ed altri servizi ad alto impatto emotivo (con prevalente funzione di supporto, formazione e supervisione). Costituisce impegno di ogni DSM-DP sviluppare e formalizzare un Piano delle collaborazioni formalizzate;
- evitare in tutte queste attività di accentrare nella figura del medico psichiatra le responsabilità progettuali ed invece valorizzare tutte le figure operanti nei servizi. In questo senso è di riferimento l'esperienza delle Psicologie Cliniche per le funzioni ospedaliere e del *case manager* infermieristico, sociale o educativo per le funzioni di presa in carico a lungo termine.

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

della salute emotiva delle persone coinvolte. In tal senso la programmazione congiunta con i vari attori locali di azioni integrate e lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto nel territorio regionale sono aspetti particolarmente interessanti e da sostenere, avendo offerto opportunità efficaci e creative, ed aprendo talvolta la strada ad obiettivi più ambiziosi, come la gestione diretta di attività sussidiarie, di promozione e comunicazione verso il territorio.

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

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

L'attività di questi Centri dovrebbe essere sempre più interconnessa con le attività di socializzazione autogestita e di sussidiarietà orizzontale messe in atto dalle associazioni degli utenti e dei familiari, con una forte connessione con la domiciliarità e l'abitare supportato.

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

## 2.b. Il Sistema di Emergenza-Urgenza

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

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

Il DSMDP è responsabile della formulazione e della manutenzione di un apposito piano delle emergenze-urgenze in psichiatria dell'adulto, della infanzia-adolescenza e nelle dipendenze patologiche, al quale partecipano anche UU.OO e professionisti esterni al DSMDP. Gli elementi essenziali del piano devono essere:

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

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

strutturato, sia per la delicatezza che l'età evolutiva comporta sul piano diagnostico, terapeutico e gestionale. E' necessario rispondere a tali situazioni attraverso:

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

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

- Posti letto ospedalieri, la collocazione dei quali deve garantire al tempo stesso la necessaria assistenza psichiatrica ed evitare la promiscuità con le situazioni acute dell'adulto. Si ritiene preferibile una collocazione in Ospedale Generale (ad es. vicino alla Pediatria od al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) prevedendo l'attivazione ad hoc di personale di assistenza, in modo tale da favorire la gestione dei problemi di comportamento;

- Posti in strutture residenziali per la postacuzie o per quelle situazioni in cui non vi sono problemi psichiatrici o comportamentali gravi, di profilo sociale, preferibilmente in collaborazione con le agenzie sociali del territorio.

Le **persone con dipendenze patologiche** presentano quadri di emergenza o di urgenza legati soprattutto a problematiche di tipo internistico (intossicazione, overdose etc...) o psichiatrico/comportamentale (eccitamento, agitazione, compulsività etc...). Già nella delibera 1533/06 si stabilisce che è compito dei servizi del sistema di cura delle dipendenze la prevenzione delle emergenze attraverso gli interventi clinici e di mediazione sociale propri del loro ambito di azione, e che per le caratteristiche delle emergenze-urgenze sopra richiamate esse debbano fare riferimento primariamente alle strutture di emergenza del Dipartimento di Emergenza Urgenza e della Psichiatria Adulti. L'evento acuto che porta alla presentazione in Pronto Soccorso rappresenta per l'utilizzatore di sostanze un momento sensibile di contatto con il sistema di cura durante il quale può scaturire la richiesta di aiuto. E' quindi importante individuare percorsi da proporre in queste eventualità. Si riconoscono due possibilità:

- Paziente con problematiche tossicologiche ed internistiche, senza problematiche psichiatriche o comportamentali evidenti: se ricoverato, sarà l'UO di competenza ad attivare i percorsi di presa in carico del SerT. Se dopo le prime cure il paziente risulta dimissibile e si dimostra disponibile ad affrontare la problematica d'abuso di sostanze è necessario poter disporre di

percorsi organizzati con il SerT per la presa in carico in tempo reale (se in orari compatibili) o differita, se in orari di indisponibilità del servizio. Si ritiene comunque necessario che il SerT stabilisca un contatto con l'utente entro le 24 ore.

- Paziente con evidenti problematiche psichiatriche o comportamentali: il punto di riferimento unico che i servizi generali di emergenza debbono tenere per le consulenze e la gestione di queste problematiche è il Servizio di consulenza psichiatrica attivo presso tutti i Pronto Soccorso. Il luogo di gestione delle complicità non affrontabili in PS del paziente agitato od aggressivo è il SPDC. In questo caso i contatti con il SerT vanno attivati dall'SPDC.

### 2.c. I Servizi Psichiatrici Ospedalieri<sup>10</sup>

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

La rete dei servizi ospedalieri per adulti deve prevedere una dotazione di posti letto che non ecceda quella prevista dal Progetto Obiettivo nazionale di 1/10.000. Tale dotazione è garantita in massima parte dal servizio pubblico che integra all'interno della rete dei servizi ospedalieri la quota di posti letto forniti dal privato in base all'Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra RER ed AIOP (DG 1654/07)<sup>11</sup>. Le strutture del privato devono riscontrare i medesimi criteri di accreditamento e presso di esse non è consentito effettuare i Trattamenti Sanitari Obbligatori. Sia i presidi pubblici che quelli privati devono essere in grado di effettuare accettazione sulle 24h.

Risulta quindi evidente che deve essere perseguita la massima integrazione tra presidi pubblici e presidi privati, al fine di porre fine a fenomeni di esportazione di ricoveri urgenti e di TSO presso presidi ospedalieri lontani dal luogo di residenza e talvolta fuori regione. A tal fine ogni DSMDP ha il compito di programmare le forme di integrazione professionale ed organizzativa che rendano massimamente appropriato l'uso delle risorse pubbliche e private, secondo quanto già previsto nella DG 2011/07. Vanno anche previste forme di collegamento interaziendale, ad esempio di Area Vasta, che rendano sempre disponibili nell'ambito territoriale una offerta di posti letto di emergenza-urgenza.

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

Le pratiche di contenzione fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori etc..). Tali pratiche devono

<sup>10</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo D Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP Punto 5 Coordinamento area ospedaliera di Area vasta entro il 1.06.09

<sup>11</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo B Organizzazione dei DSM-DP – Punto 5 : attivazione monitoraggio accordo Regione - AIOP entro il 31.12.08

essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti. Molteplici esperienze locali dimostrano che il rigoroso rispetto di questi principi consente di ridurre l'uso della contenzione fisica a circa 2-3 episodi al mese per SPDC. In caso di superamento di tale soglia si ritiene indispensabile attivare meccanismi volti alla sua riduzione. Esistono sul territorio regionale anche SPDC in cui la contenzione non viene praticata, in ragione di accorgimenti organizzativi e dotazioni strutturali particolari. A tal fine viene istituito un apposito gruppo di monitoraggio del fenomeno su tutti i SPDC regionali che relazionerà annualmente sul suo andamento e che al termine del periodo di applicazione di questo piano dovrà fornire indicazioni circa la possibilità di un completo superamento di tale pratica, senza rischi per la incolumità del paziente e del suo contesto.

#### 2.d. Il settore residenziale per adulti<sup>12</sup>

Il settore residenziale psichiatrico si è sviluppato inizialmente come alternativa all'Ospedale Psichiatrico per favorire i processi di deistituzionalizzazione. Ha poi conosciuto negli ultimi quindici anni una espansione consistente, non sempre programmata, sulla base di bisogni emergenti di ampliamento delle opportunità riabilitative in contesti alternativi alla ospedalizzazione. Ben diversa è la storia del sistema residenziale per le tossicodipendenze, costituitosi dall'inizio degli anni '70 soprattutto per iniziativa del privato ad impostazione pedagogica e che, dopo una rapida crescita come risposta di emergenza ad un fenomeno socialmente dirompente, più recentemente, grazie alla progressiva integrazione nel sistema pubblico-privato dei servizi per le dipendenze sancita dall'accordo CEA-Regione (DGR 2360/02 e 1005/07), ha sviluppato una buona programmazione quali-quantitativa dei trattamenti residenziali e semiresidenziali. Attualmente essi stanno sottoponendosi ai processi di miglioramento garantiti dall'Accreditamento.

L'attività delle residenze sanitarie psichiatriche è definita da diverse fonti normative nazionali (i due PO) e regionali (DGR 327/04 sull'accreditamento dei servizi sanitari). Si tratta di un settore in parte pubblico ed in parte privato al quale si stanno indirizzando iniziative di qualificazione attraverso gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento.

La programmazione e la qualificazione del settore residenziale devono partire da una visione unitaria delle funzioni che svolge: a) alternativa alle ospedalizzazioni in acuto; b) residenzialità con finalità terapeutico riabilitative; c) residenzialità supportata alternativa alla abitazione personale.

Si è già detto nella Parte II, paragrafo 2.c. che la terza funzione viene esercitata nell'ambito del cosiddetto segmento socio-sanitario, attraverso le tipologie delle Comunità Alloggio e dei Gruppi Appartamento, per come definite dalla DGR 772/07 e da definirsi ulteriormente quanto a criteri di accreditamento, modalità di finanziamento e gestione da parte degli organi preposti alla integrazione socio-sanitaria.

In questo paragrafo si tratterà invece del segmento sanitario, articolato in residenze a Trattamento Intensivo, Residenze a Trattamento Protratto e Residenze Socio-Riabilitative, che mirano a soddisfare la domanda residenziale per le prime due esigenze sopra esposte. Più specificamente le RTI e le RTP si pongono l'obiettivo di essere alternative alla ospedalizzazione in condizione di subacuzie, mentre le RSR svolgono attività terapeutico-riabilitative a tempo determinato, finalizzate al rientro in un contesto abitativo personale.

<sup>12</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo D Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP Punto 6 Coordinamento attività residenziali psichiatria adulti da realizzarsi entro il 1.06.09

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

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

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

Secondo la DG 327/04 il settore delle residenze sanitarie per adulti prevede le tipologie della residenza a trattamento intensivo (RTI), residenza a trattamento protratto (RTP) e residenza socioriabilitativa (RSR), la programmazione delle quali avviene in ambito regionale ed aziendale, ed il cui coordinamento gestionale ricade sul DSMDP delle AUSL. La dotazione di posti letto dovrà attestarsi su 2 p.l./10.000 abitanti tra RTI ed RTP complessivamente. Il processo di riconversione dei p.l. delle Case di Cura aderenti all'Aiop stabilito con l'Accordo di cui alla DG 1654/07 consente di completare tale dotazione, permettendo anche di specializzare alcune di queste residenze per funzioni particolari (doppia diagnosi, psicogeriatría, minori etc...). Nel corso del triennio occorrerà monitorare accuratamente l'utilizzo di tali risorse residenziali di RTI ed RTP per verificare appropriatezza d'uso e riprogrammarne la dotazione sulla base delle necessità che si evidenzieranno.

Rispetto alle RSR che attualmente riconoscono una forte presenza di strutture dirette e gestite dal privato sociale si riscontra attualmente una dotazione di 283 posti letto già accreditati e di 60 in corso di accreditamento, per un totale di circa 340 posti che costituiscono un tasso di 0.8/10.000 ab. Circa 100 di tali posti sono attualmente utilizzati per inserimento di utenti provenienti dall'ex-Ospedale Psichiatrico. Si ritiene adeguata una dotazione a regime al termine del triennio di circa 1 p.l. ogni 10.000 abitanti, in modo da poter assorbire anche una quota di nuovi utenti o di utenti che a seguito della rivalutazione sistematica delle residenze socio-sanitarie siano reputati eligibili per programmi di RSR.

Per maggiore facilità di comprensione si fornisce una tabella riassuntiva di tutto il sistema residenziale sanitario e socio-sanitario per come ora configurato e per come dovrà essere al termine del triennio di validità del presente Piano.

situazione esistente				situazione a regime
Settore di intervento	Tipologia struttura	posti letto utilizzati dai DSM-DP	di cui utilizzati dall'utenza ex OP(***)	posti letto utilizzati dai DSM-DP
Ambito ospedaliero (*)	SPDC	237	0	237
	SPOI	87	0	87
Ambito residenziale sanitario (*)	RTI	551	50	550
	accreditate RTP	251	50	
	accreditate RSR	340	110	250
	accreditate o in corso di accreditamento			340
Ambito residenziale socio-sanitario (**)	CA / GA	1050	500	800
	altre strutture socio-sanitarie non psichiatriche	950	400	il DSM-DP non potrà disporre autonomamente di inserimenti in questo tipo di strutture

Legenda:

(\*) fonte: decreti di accreditamento

(\*\*) fonte: rilevazione regionale ad hoc

(\*\*\*) fonte: rilevazione regionale ex OP

Dalle residenze sanitarie si distinguono, pur ponendosi in continuità ed in collegamento con esse, le residenze di ambito socio-sanitario che per loro caratteristiche si propongono come luoghi di vita a tempo indeterminato per persone con bisogni assistenziali semplici o complessi, da soddisfare attraverso gli strumenti della supervisione o della assistenza. Questo segmento del settore residenziale viene programmato, sviluppato e gestito all'interno del sistema di comunità insieme a tutti gli attori in esso presenti, Enti Locali in primis, così come descritto nella Parte II, paragrafo 2.b. del presente piano.

E' importante ribadire la responsabilità del CSM sul caso, declinando l'integrazione con l'intervento in Struttura accreditata come struttura socio-sanitaria come funzione di consulenza specialistica sul caso. E' anche necessario definire il progetto di intervento in Struttura, quindi la valutazione dei bisogni e l'accesso in una dimensione multidisciplinare (tecnici del DSM-DP e dei Servizi Sociali, utenti, familiari, amministratore di sostegno, ecc.).

## 2.e. La psichiatria penitenziaria e l'OPG <sup>13</sup>

<sup>13</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovraaziendale Punto 2 Predisposizione deliberazione di Giunta regionale sul Programma regionale di salute

L'intervento sanitario negli istituti penitenziari vede oggi una fase di radicale rinnovamento dovuto al lungamente atteso trasferimento al SSN delle funzioni e delle risorse necessarie per l'intervento sanitario negli Istituti Penitenziari, OPG inclusi. L'insieme dei provvedimenti nazionali (DLgs 230/99; sent. Corte costituz. 253/03, Legge 244/07 Finanziaria 2008; DPCM 1/4/2008) e regionali (DG 746/07 e DG 1063/08) disegna oggi un assetto completamente nuovo che per la prima volta può portare a reali garanzie di equità e continuità assistenziale per le persone con disturbi mentali autrici di reato. Gli stessi provvedimenti normativi richiedono poi l'adozione di una politica attiva di deistituzionalizzazione finalizzata al ridimensionamento, alla regionalizzazione ed infine al superamento dell'OPG. Di fatto si chiede al SSN di subentrare nella assistenza sanitaria nelle carceri e negli OPG e per questi ultimi anche di pensare ad una radicale riforma finalizzata al suo superamento. Tutto ciò richiede un notevole sforzo di collaborazione interistituzionale a livello nazionale, regionale e locale, tra le varie agenzie interessate: Magistratura, Amministrazione penitenziaria, Regione, AUSL, Enti Locali.

Nella nostra regione esiste già una realtà collaborativa che in parte ha già realizzato il passaggio di competenze. Per esempio, dal giugno 2007 già tutte le attività di consulenza specialistica nelle carceri (psichiatria inclusa) erano rese da personale delle AUSL. Per l'OPG di Reggio Emilia è attivo da oltre tre anni un protocollo con i DSM-DP della regione per quanto concerne i percorsi di uscita al termine delle misure di sicurezza dei cittadini emiliano-romagnoli internati, in previsione del loro reinserimento nei contesti di residenza e relativa presa in carico dei DSM-DP. Inoltre l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia ha attivato specifici rapporti convenzionali per la consulenza medico psichiatrica con l'OPG ed ha contribuito alla sperimentazione del reparto Antares, unico negli OPG dell'Amministrazione Penitenziaria fortemente sanitarizzato. Inoltre nell'ottobre 2007 è stata avviata l'attività di una Residenza Sanitaria a Forlì dove possono essere accolti pazienti ancora sottoposti a misure cautelari o di controllo da parte dell'autorità giudiziaria in un contesto extra carcerario e in una struttura fortemente orientata in senso terapeutico e riabilitativo. Va inoltre ricordato che da tre anni la Regione finanzia i singoli percorsi di uscita dall'OPG delle persone ivi internate. L'insieme di questi provvedimenti ha consentito sin qui di mantenere il numero dei cittadini emiliano-romagnoli negli OPG intorno alle 50 unità, con un tasso che è circa la metà della media nazionale.

Si tratta ora di assumere la piena responsabilità dell'intervento sanitario e psichiatrico nelle carceri e nell'OPG, costruendo un sistema integrato che poggi su questi punti:

- rafforzamento dell'intervento di salute mentale nelle carceri, utilizzando le sinergie con i presidi SerT da tempo già presenti nel carcere, lavorando per la costituzione di efficaci e qualificati reparti di osservazione di modo da prevenire l'utilizzo dell'OPG per le sopravvenute malattie o per l'osservazione;
- rafforzamento dell'intervento sanitario nell'OPG, con un progressivo ritiro e perimetrazione della attività della polizia penitenziaria;
- attività di raccordo con le regioni che si prevede utilizzeranno l'OPG di Reggio Emilia (Veneto, PA Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Marche);
- rafforzamento delle alternative alla misura di sicurezza in OPG tramite programmi territoriali e residenziali a diversi livelli di protezione.

Tutto questo giustifica la creazione di un apposito programma regionale che dovrà coordinare gli interventi locali e collegarsi con i livelli nazionali della Giustizia e sovra regionali del mondo della Sanità. La Regione con propri atti separati dovrà definire modelli organizzativi, risorse e obiettivi del programma.

## 2.f. I servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

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

La delibera di Giunta Regionale 911/07 ha concluso il lungo lavoro di definizione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture, territoriali ed ospedaliere, della NPIA e del catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali (prodotti) che tutte le UONPIA sono impegnate a standardizzare in sede aziendale.

Rientra in questo campo l'impegno già assunto di uniformità della certificazione per quanto previsto dalla normativa vigente in tema di integrazione scolastica di alunni con handicap, attraverso la assunzione di una modulistica unica e di indicatori comuni di riferimento (tempistica, etc.) per la reciproca collaborazione con le istituzioni scolastiche. A seguito della emanazione della LR 4/08 "Disciplina degli accertamenti della disabilità – Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale" sono in corso ulteriori misure di semplificazione ed adeguamento della interazione della NPIA con le Commissioni medico-legali di accertamento della disabilità nei minori e con l'Ufficio Scolastico Regionale, anche finalizzati ad uniformare ulteriormente il rilascio della certificazione di handicap per l'integrazione scolastica o per altri percorsi di alunni con disturbi specifici (es di apprendimento) che richiedono comunque una appropriata interazione fra NPIA e istituzioni scolastiche.

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

La delibera di Giunta Regionale 138/08 ha definito la rete regionale deputata all'assistenza ed alla riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie che prevede servizi di I livello affidati alle UO di NPIA, di II livello (integrati tra NPIA e varie competenze fisiatriche, neurologiche, ortopediche etc.) a livello provinciale o sovraprovinciale, e di III livello prettamente fisiatrico.<sup>14</sup>

Analogamente la delibera 318/08 di Giunta Regionale ha definito il Programma regionale integrato sui disturbi dello spettro autistico (PRIA)<sup>15</sup> che prevede tre centri specialistici di II livello (hub) con funzioni di supporto alla prima valutazione, alla diagnosi,

<sup>14</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovraziendale Punto 7 Organizzazione della rete regionale per la riabilitazione di gravi disabilità motorie in età evolutiva entro il 1.06.09

<sup>15</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovraziendale Punto 3 Programma regionale autismo: raggiungimento standard previsti entro il 1.12.10

alla programmazione di interventi e follow-up, informazione alle famiglie, monitoraggio, formazione e supervisione dei team assistenziali di I livello costituiti su base aziendale (spoke), integrati nelle UO di NPIA e nei DSM, deputati alla presa in carico complessiva dei pazienti. Tale programma prevede forti livelli di integrazione con agenzie sanitarie, sociali ed educative ed è organizzato in modo da poter raggiungere nel triennio requisiti di appropriatezza clinico-organizzativa uniformi sul territorio regionale per il miglioramento dell'assistenza nelle diverse fasce di età.

Altra area in cui un analogo livello di specializzazione ed integrazione è necessaria è quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare per i quali un Tavolo regionale è impegnato a formalizzare e rendere operativo il Programma regionale DCA, in attuazione di quanto già prefigurato dalla DG 1016/04<sup>16</sup>. Esso dovrà realizzare la rete regionale DCA costituita da attività e team di I livello per l'età adulta e minorenni, da centri qualificati di tipo riabilitativo alimentare/nutrizionale e da centri ospedalieri per le condizioni di emergenza internistica e psichiatrica.

La modalità di supporto e collaborazione del livello regionale, per quanto attiene la somministrazione di psicofarmaci a bambini ed adolescenti con sindrome di disattenzione ed iperattività (DDAI/ADHD), attraverso la emanazione di indirizzi regionali clinico-organizzativi e la istituzione di un Gruppo di referenti delle UONPIA aziendali per il monitoraggio e lo sviluppo di specifiche competenze professionali, costituisce un esempio di perseguimento della appropriatezza in questo delicato campo di tutela della salute in ambito neuropsichiatrico.

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

I percorsi ospedalieri di NPIA richiedono oggi una profonda revisione. I circa 3.500 ricoveri/anno di utenti minorenni per diagnosi riconducibili a patologie di interesse neuropsichiatrico, di cui circa 1.600 in UO di NPIA di ospedali regionali (ed il resto in UO di pediatria, neurologia, medicina interna etc.) evidenziano come la risposta di tipo neurologico sia sufficientemente qualificata e specifica, per quanto migliorabile in termini di omogeneità sul territorio regionale, mentre vada ristrutturata la risposta all'emergenza urgenza sia in ambito neurologico ed ancor più nell'ambito psichiatrico infantile-adolescenziale.

Esistono poi altri ambiti nei quali la NPIA collabora all'interno del coordinamento svolto da altre agenzie, come nel caso della tutela legale dei minori, nell'affido e nel trattamento del minore abusato (come previsto dalla DG 846/07), nel follow-up di patologie croniche e disabilitanti, anche "rare" ad esordio nell'infanzia, nella definizione di percorsi integrati per l'assistenza ai minori con gravissima disabilità sin dall'epoca neonatale.

Una ulteriore competenza si va configurando per quanto attiene la strutturazione di reti cliniche integrate con la pediatria, ospedaliera e territoriale, relativamente allo sviluppo delle potenzialità di diagnosi precoce di malattie neurometaboliche in età neonatale (v. "tandem mass" per lo screening neonatale) per cui è in via di definizione la strategia integrata con i servizi ospedalieri competenti.

## 2.g. Le attività di psicologia

<sup>16</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovrazionale Punto 4 Predisposizione deliberazione di Giunta regionale sul Programma regionale DCA entro il 1.06.09

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

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

L'intervento psicologico nell'ambito del sistema di cura deve rispecchiare le competenze proprie di entrambi questi ambiti disciplinari e cercare di rispondere a due diversi ordini di richieste:

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

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

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

Le Aziende devono dotarsi di un modello organizzativo che dia il necessario coordinamento e garantisca appropriatezza. Viste le caratteristiche interdisciplinari e interdipartimentali dell'intervento psicologico nelle Aziende il modello che meglio sembra garantire appropriatezza e qualità è quello del Programma in staff alla Direzione Sanitaria, secondo quanto già sperimentato in alcune Aziende. La Regione si impegna a costituire presso il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri un

proprio Programma di Psicologia<sup>17</sup> con il compito di coordinare i lavori dei singoli direttori di programma aziendale e di rendere omogenee le loro finalità e metodologie.

### 2.h. Le collaborazioni strategiche<sup>18</sup>

La risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione è compito dell'intero sistema sanitario e virtualmente ogni professionista è chiamato nella sua attività a rendere prestazioni con implicazioni di salute mentale. Per questo è importante che ogni articolazione del DSMDP sia accessibile e disponibile alla collaborazione ed anzi si renda visibile a questo scopo.

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

Prima fra tutte l'integrazione tra cure primarie e salute mentale attraverso la collaborazione tra specialisti dei DSMDP e Medici di Medicina Generale – Pediatri di Libera Scelta che di anno in anno va consolidandosi attorno al Programma Leggieri<sup>19</sup>. La linea di sviluppo che tale programma ha tracciato va proseguita continuando le attività di formazione congiunta tra psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e MMG/PLS, integrandole sempre più nel lavoro dei Nuclei delle Cure Primarie e sotto forma di collaborazione stabilizzata. Nuove forme di collaborazione (attività diretta degli psichiatri negli ambulatori e nei NCP, gestione congiunta di patologie psicotiche etc...) potranno essere diffuse una volta verificata la loro praticabilità a partire da interessanti sperimentazioni attualmente in corso. Anche le collaborazioni per l'intercettazione precoce delle varie forme di dipendenza (da sostanze legali od illegali o senza sostanze) e per la gestione di pazienti stabilizzati potranno far parte del Programma Leggieri coinvolgendo, tramite il DSMDP i Sert.

Altre collaborazioni di rilevanza strategica sono quelle:

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

## **3. La cultura professionale ed organizzativa dei DSM-DP**

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

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

<sup>17</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovraziendale Punto 6 Predisposizione deliberazione di Giunta regionale sul Programma regionale di Psicologia clinica e di comunità entro il 1.10.09 - Obiettivo B Organizzazione dei DSM-DP –Punto 4 Attivazione del Programma aziendale Psicologia clinica o UO dove esistenti dal 1.10.09

<sup>18</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo D Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP Punto 2 – Formalizzazione e realizzazione piano collaborazioni entro il 31.12.09

<sup>19</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo E Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovraziendale Punto 1 Realizzazione degli obiettivi del Programma "G.Leggieri" entro il 31.12.10

svolge. Un corpo professionale che individualmente e collettivamente sappia esprimere alti valori etici ed alte competenze professionali, declinando la propria professionalità come sintesi tra un sapere ed uno stile. Perseguire la massima professionalità degli operatori e la massima qualità dei servizi è impegno di tutti gli attori coinvolti in questo piano. Occorre creare una azione coordinata finalizzata all'accrescimento delle competenze individuali dei professionisti, alle competenze di lavoro istituzionale ed interistituzionale, al miglioramento delle sinergie tra formazione e mondo del lavoro ed alla realizzazione di un piano complessivo di innovazione, ricerca e valutazione.

Per le sue finalità istituzionali la Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale riveste un ruolo fondamentale nel favorire e coordinare questi processi, ferma restando la imprescindibile collaborazione di tutti gli attori coinvolti in questo Piano. L'ASSR presiede infatti ai compiti di sviluppo professionale, di valutazione delle tecnologie e delle organizzazioni, allo sviluppo ed alla valutazione delle linee guida, all'accreditamento, alla qualità, alla gestione del rischio, alla formazione, alla innovazione ed alla ricerca. Per tutti questi motivi essa ha già inserito nel proprio programma annuale di azione l'avvio di una linea specifica sulla salute mentale e sulle dipendenze patologiche e nel corso del triennio si renderà disponibile a raccogliere questa funzione attiva ed attivante sui processi di crescita culturale ed organizzativa dei DSM-DP e delle altre agenzie sanitarie e sociali interessate alla salute mentale.

### 3.a Professioni, competenze, lavoro d'équipe

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

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

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

Le competenze tecniche individuali comprendono oggi una serie di conoscenze e di abilità molto ben formalizzate e riconducibili ad un corpus teorico e pratico con tutte le caratteristiche della scientificità. Efficacia, appropriatezza, efficienza, ricerca delle

evidenze, standardizzazione, verificabilità, trasparenza e disponibilità ad essere valutati sono tutti elementi indispensabili nelle competenze del professionista di oggi e di domani.

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

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

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

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

L'elemento centrale della organizzazione del sistema è la rete. Le forme organizzative devono poter temperare chiare linee decisionali per la gestione di gruppi complessi, ma anche e sempre più valorizzare le competenze del singolo sulla base di ciò che sa fare, e non semplicemente sulla base del ruolo che ricopre. L'organizzazione professionale a rete richiede operatori che sappiano stare dentro una gerarchia esplicita e al tempo stesso muoversi con sufficiente libertà nella mappa delle competenze individuali.

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

### 3.b Formazione <sup>20</sup>

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

<sup>20</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo F Valorizzare le competenze professionali e le capacità di innovazione e governo clinico Punti 1 e 2 Coordinamento referenti DSM-DP formazione e stesura del Piano regionale di programmazione dei fabbisogni formativi professionalizzanti entro il 31.12.10

La formazione universitaria per i professionisti della salute mentale deve essere più approfondita. Alcuni elementi rendono evidenti questa carenza, come la insufficienza dei crediti MED/25 Psichiatria e MED/39 Neuropsichiatria infantile nelle lauree triennali delle nuove professioni sanitarie, la mancanza di Master di I e II livello sui temi specifici, l'insufficienza dei crediti CFU di Psichiatria e Psicologia nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, la pressoché completa assenza delle dipendenze patologiche nella formazione professionalizzante di ogni professionalità.

Il rafforzamento degli insegnamenti in ambito di salute mentale avrebbe influenze positive non solo sui professionisti operanti nel settore ma più in generale su tutti i professionisti della sanità, favorendo la comunicazione e superando l'isolamento e la conseguente stigmatizzazione delle malattie mentali e delle dipendenze patologiche. Il sistema universitario si impegna a migliorare le competenze in ambito di salute mentale dei professionisti, a partire da coloro che operano nelle cure primarie e che trattano una ampia quota dei disturbi non psicotici; sarebbe inoltre opportuno che principi e tecniche della relazione con il paziente venissero insegnate a tutti i professionisti della sanità onde migliorare la relazione terapeutica e la collaborazione medico-paziente.

Occorre anche procedere rapidamente alla integrazione dei sistemi di formazione e di assistenza tramite la creazione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, secondo quanto già previsto nella DG 2011/07. Il rapido progresso dei servizi fa sì che le competenze richieste ai diversi professionisti della salute mentale crescano rapidamente ed anche che la distribuzione dei ruoli e delle competenze tra le categorie professionali sia in continua evoluzione. Di qui la necessità di sistematica integrazione tra sistema sanitario e università per una evoluzione coerente ed armoniosa della formazione dei professionisti e dei ruoli svolti da essi. Tale integrazione deve tradursi nelle seguenti azioni:

- Definizione congiunta dei profili di competenze richiesti dalla programmazione sanitaria;
- Collaborazione nella realizzazione della conseguente formazione professionalizzante. I tirocini, che sono sempre più parte fondamentale della formazione, devono essere svolti in tutte le articolazioni del Dipartimento Integrato e non solo presso le strutture ospedaliere, consentendo così l'acquisizione di abilità pratiche consone al ruolo che poi verrà ricoperto nel SSR. Va congiuntamente regolamentata la figura del tutor delle nuove professioni sanitarie, provvedendo per tutte le professioni alla sua formazione, supervisione, inquadramento, riconoscimento e ad una più evoluta formalizzazione del suo rapporto con la didattica frontale;
- la formazione delle diverse figure professionali deve essere condotta avendo in mente le équipes multidisciplinari e multiprofessionali in cui essi opereranno. In particolare, la formazione dovrebbe essere pianificata nella prospettiva dell'aumento delle responsabilità professionali di infermieri ed altri operatori del comparto.
- occorre dare maggiore rilievo alle metodologie proprie della cosiddetta *formazione sul campo*.
- Rispetto ai contenuti metodologici e disciplinari della formazione va rilevato che la formazione dei professionisti della salute mentale non può più essere limitata ai soli contenuti disciplinari ma deve includere le competenze nelle scienze comportamentali e sociali necessarie al professionista nell'ambito delle relazioni, della eticità, della gestione delle informazioni.

### 3.c. Ricerca e innovazione<sup>21</sup>

L'intero impianto del Piano Sociale e Sanitario e di questo Piano Attuativo prefigura un sistema articolato di innovazioni tecnico-professionali ed organizzative di grande respiro. Il loro sviluppo ed il loro monitoraggio costituisce come detto impegno congiunto di tutti gli attori del Piano e dell'ASSR. Essa si impegna a prevedere all'interno del proprio piano di azione annuale una serie di attività di sviluppo tecnico-professionale, di formazione, di sviluppo della qualità e di ricerca con le quali supportare le competenze tecnico-professionali ed organizzative del sistema di cura e di quello di comunità.

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

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

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

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

Aree prioritarie per la ricerca oggi sono quelle inerenti:

- studi di esito, al fine di verificare il decorso e gli esiti di una malattia in relazione a diverse politiche o interventi specifici;

<sup>21</sup> Vedi allegato Obiettivi ed azioni – obiettivo F Valorizzare le competenze professionali e le capacità di innovazione e governo clinico Punto 3 Piano regionale Ricerca-innovazione e governo clinico entro il 31.12.10

- studi sugli interventi nelle fasi iniziali dei disturbi mentali gravi, al fine di valutare la realizzabilità di alcuni schemi di intervento che hanno dimostrato efficacia in altri contesti culturali;
- interventi farmacologici in età pediatrica, argomento di grande sensibilità pubblica, ma scarsamente sorretto da ricerca epidemiologica ed empirica;
- inserimenti lavorativi, area nella quale sono state intraprese nel nostro paese svariate modalità di intervento che attendono una esaustiva valutazione dei risultati;
- processi assistenziali nei contesti residenziali ed ospedalieri, area di ricerca che assieme ai percorsi di accreditamento è cruciale per garantire qualità e prevenire processi di deistituzionalizzazione;
- carico familiare, con particolare riferimento alle strategie che possono essere efficacemente messe in atto al fine di diminuire tale carico.

**I. Area organizzativa**

Obiettivo	Azione	Riferimenti e contenuti	Attori	avvio	Termine	Indicatori
<b>A. Sistema integrato socio-sanitario:</b> realizzare nei contesti locali il sistema integrato socio-sanitario di comunità per la salute mentale	1. Predisposizione delibera regionale	PSSR, del. 772/06, DG 846/07  Programmazione attività del sistema di comunità; identificazione dei bisogni, prevenzione, promozione della salute, attività socio-sanitarie (contribuzione al reddito, diritto alla casa, accreditamento, gestione e finanziamento strutture socio-sanitarie, assistenza ai minori con gravissime disabilità ed alla loro famiglia)	<u>Regione, Enti Locali.</u>		31.3.09	Approvazione della delibera
	2. Programmazione delle attività per la salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche negli Atti di indirizzo e coordinamento delle CSST, nei Piani Distrettuali per la Salute ed il Benessere Sociale e nei Piani Attuativi Annuali.	PSSR	<u>Comuni, Province, Aziende USL</u>	1.10.08	31.12.09	Presenza area SMDP negli Atti di indirizzo, nei Piani Distrettuali e nei Piani Attuativi
<b>B. Organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche:</b> realizzare nei contesti aziendali forme organizzative che consentano l'espletamento della missione dei DSM-DP e la massima	1. Istituzione dei DSM-DP.	DG 2011/07  Il DSM-DP dovrà aggregare le UUOO di salute mentale adulti, SerT e Neuropsichiatria Infantile e garantire la integrazione della offerta di specializzazione dei servizi con quella delle programmazioni distrettuali	<u>AUSL,</u> professionisti.		31.3.09	Rispondenza dell'atto aziendale alla DG 2011/07

integrazione intra- ed extraDSM-DP	2. Istituzione dei DAISMDP, nelle AUSL sul cui territorio opera l'Università.	DG 2011/07; Legge 29/04. Le Aziende USL di Bologna, Ferrara, Modena e Parma e le rispettive Università collaboreranno alla istituzione di un Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che in modo affine a quelli ospedalieri integri le attività assistenziali e di formazione.	AUSL di Bologna, Ferrara, Modena, Parma; Università di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia, Parma.	30.6.09	Rispondenza dell'atto aziendale alla DG 2011/07
	3. Attivazione del Programma Aziendale Dipendenze Patologiche	DG 1533/06 e DG 698/08 Il Programma dovrà garantire il raggiungimento degli obiettivi contenuti in DG 698/08: monitoraggio dell'Accordo con il CEA, attuazione delle linee di indirizzo della DG 1533/06, attuazione del programma di contrasto alle dipendenze da alcol e tabacco, organizzazione della rete degli osservatori epidemiologici.	AUSL, Enti Ausiliari, Enti Locali	31.03.09	Rispondenza dell'atto aziendale alle DG 1533/06, 2011/07 e 698/08, raggiungimento degli obiettivi contenuti nella DG 698/08
	4. Attivazione del Programma Aziendale Psicologia clinica (o UO dove esistenti)	DG 2011/07	AUSL	1.6.09	Rispondenza dell'atto aziendale alla DG 2011/07
	5. Attivazione Monitoraggio accordo AIOP	DG 1654/07	Regione, AUSL, Case di Cura Accreditate	30.3.09	Adempimenti in conformità alla DG 2011/07 ed alla DG 1654/07
<b>C. Partecipazione</b>	1. Istituzione della Consulta Regionale	Istituire ed avviare l'attività dell'organo regionale di partecipazione di tutti gli attori del processo di salute mentale	Regione, FEEL, Associazioni utenti e	30.06.09	Inizio attività consulta

			familiari, AUSL, Sindacati			
	2. Istituzione dei Comitati Utenti e Familiari	Portare ad uniformità i meccanismi di partecipazione locale	AUSL, Ass.ni utenti familiari		30.06.09	Inizio attività comitati
<b>II. Area innovazione organizzativa e tecnico-professionale dei DSM-DP</b>						
Obiettivo	Azione	Riferimenti e contenuti	Attori	avvio	Termine	Indicatori
<b>D. Ammodernamento dei profili di attività dei DSM-DP</b>	1. Predisporre una delibera per la istituzione del Programma regionale per l'innovazione dei DSM-DP secondo i principi del Piano: orientamento alla <i>recovery</i> ed all' <i>empowerment</i> , continuità assistenziale, qualificazione tecnico-professionale.	La delibera andrà predisposta a partire dal documento prodotto dai gruppi di lavoro insediati su emergenza/urgenza, inserimenti lavorativi, interventi precoci e case management; dovrà contenere anche indicazioni ed obiettivi sugli interventi nella rete ospedaliera e residenziale per gli adulti, sugli interventi per l'adolescenza, la continuità assistenziale al passaggio del 18° anno, la rete ospedaliera NPJA	Regione (assessorato, Agenzia), AUSL, professionisti, Ass.ni utenti e familiari, Enti Locali	1.7.08	1.6.09	Presenza delibera con indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi
	2. Attivazione programmi locali di ammodernamento DSMDP	Sulla base di quanto richiesto dalla delibera regionale di cui all'azione precedente	AUSL, professionisti, Ass.ni utenti e familiari, EELL	1.6.09	31.12.10	Presenza di un piano aziendale-dipartimentale; raggiungimento indicatori
	3. Formalizzazione e realizzazione piano collaborazioni	Documento esigibile ai sensi dell'accreditamento sulle collaborazioni sanitarie e sociali del DSM-DP	AUSL, professionisti, Ass.ni utenti e familiari, EELL		31.12.09	Presenza del documento
	4. Formalizzazione e realizzazione piano accesso	Documento esigibile ai sensi dell'accreditamento sulle modalità di accesso dei servizi dipartimentali e sulle facilitazioni per le categorie più bisognose	AUSL, professionisti, Ass.ni utenti e familiari, EELL		31.12.09	Presenza del documento
	5. Coordinamento Area ospedaliera	Realizzare nelle tre aree vaste un coordinamento tra i SPDC e gli SPOI pubblici e privati accreditati al fine di	AUSL, professionisti, Case di cura		1.6.09	Realizzazione del coordinamento;

		garantire l'esecuzione dei ricoveri volontari ed obbligatori ospedalieri in strutture vicine alla residenza del cittadino ammalato. Il coordinamento dovrà anche riguardare i percorsi di ricovero in area NPIA, sulla base delle indicazioni contenute nella delibera di cui all'azione D.1.	accreditate			azzeramento dei TSO fuori regione.
	6. Coordinamento attività residenziali psichiatria adulti	Realizzare nelle Aziende e nelle aree vaste un coordinamento per la programmazione e la qualificazione delle residenze pubbliche e private, al fine di garantire maggiore omogeneità nella offerta residenziale tra diversi ambiti locali, appropriatezza d'uso e contrasto ai rischi di reistituzionalizzazione	AUSL, EELL, professionisti, Ass.ni utenti e familiari, terzo settore, Case di Cura Private Accreditate,	1.6.09		Realizzazione del coordinamento
<b>III - Area Programmi regionali</b>						
<b>Obiettivo</b>	<b>Azione</b>	<b>Riferimenti e contenuti</b>	<b>Attori</b>	<b>avvio</b>	<b>Termine</b>	<b>Indicatori</b>
<b>E. Coordinamento dei settori specialistici di attività con valenza sovrazionale</b>	1. Realizzazione degli obiettivi del Programma "G. Leggieri"	Realizzare in tutte le AUSL una collaborazione stabile tra Medici di Medicina Generale e i DSM-DP in modo da garantire un rapporto continuativo tra ciascun Nucleo delle Cure Primarie e uno psichiatra di riferimento.	Regione, AUSL, MMG e PLS, Università	Già in atto	31.12.10	Realizzazione dell'abbinamento NCP-specialista psichiatra per tutti i NCP della regione.
	2. Predisposizione delibera regionale sul Programma regionale di salute mentale negli Istituti penitenziari	DLgs 230/99; Legge 244/07 (Finanziaria 2008); DPCM 1/4/2008; DG 746/07 e DG 1063/08. Realizzare un insieme coordinato di interventi di salute mentale nelle carceri, negli OPG e sul territorio per la presa in carico e la continuità terapeutico-assistenziale delle persone con disturbi mentali autrici di reato.	Regione, PRAP, AUSL, Enti Locali	1.1.09	1.6.09	Presenza della delibera

3. Programma regionale autismo	DG 318/08 Raggiungere gli obiettivi indicati nella Delibera 318; accreditamento di sistema	<u>Regione.</u> AUSL, EELL, Ass.ni familiari, Università	avviato	1.12.10	Raggiungimento standard previsti: accreditamento di sistema
4. Predisposizione di una delibera regionale sul Programma regionale DCA	DG 1016/04 Va realizzato un sistema integrato con la identificazione di centri pubblici o privati su tre livelli, per le esigenze di accoglienza e trattamento ambulatoriale, trattamento ospedaliero di emergenza, riabilitazione nutrizionale e psicosociale	<u>Regione.</u> AUSL, Case di Cura Private Accreditate, Terzo Settore, Università	avviato	1.6.09	Presenza della delibera
5. Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma regionale Dipendenze Patologiche	DG 1533/06 e DG 698/08 Il Programma dovrà garantire le specificità dell'intervento professionale sulle dipendenze patologiche, raggiungere gli obiettivi contenuti in delibera 698/08, coordinare i rapporti con gli EELL ed il Terzo settore.	<u>Regione.</u> AUSL, Enti Ausiliari, Enti Locali	avviato	31.12.10	Raggiungimento obiettivi DG 698/08
6. Predisposizione di una delibera sul Programma regionale Psicologia Clinica e di Comunità	DG 2011/07 Il Programma regionale dovrà stabilire le caratteristiche comuni degli interventi della professione psicologo nelle Aziende USL della regione.	<u>Regione.</u> AUSL, professionisti, Università	1.1.09	1.10.09	Presenza della delibera
7. organizzazione della rete regionale per la riabilitazione gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva	DG 138/08	<u>Regione.</u> AUSL, EELL	avviata	31.12.10	Raggiungimento degli obiettivi fissati in DG 138/08
<b>IV - Area Formazione e Ricerca</b>					
Obiettivo	Azione	Riferimenti e contenuti	Attori	Termine	Indicatori
F. Valorizzare le competenze professionali e le	1. Coordinamento responsabili DSMDP formazione	Finalità: coordinare ed evitare duplicazione di eventi formativi tra AUSL, definire le	Regione (Agenzia e assessorato),	avvio avviato	Riscontro di piani annuali di formazione

capacità di innovazione e governo clinico	attività formative rivolte a bacini sovrazionali, definire canali informativi e formativi di livello regionale	AUSL		aziendali e regionali coordinati
2. Piano regionale di programmazione dei fabbisogni formativi professionalizzanti	Finalità: garantire una programmazione delle professionalità necessarie al SSR ed al sistema socio-sanitario di salute mentale per predisporre una offerta formativa adeguata	Regione (Agenzia e Assessorato), Università, AUSL, EELL	1.1.09	Presenza del piano
3. Piano regionale Ricerca-Innovazione e governo clinico	Finalità: valorizzare le competenze dei professionisti sanitari e socio-sanitari nelle attività di innovazione, ricerca e governo clinico	Regione (Agenzia e Assessorato), Università, AUSL, EELL	avviato	Presenza del piano articolato a livello regionale e locale

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 marzo 2009, n. 314

**Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di Sanità penitenziaria, alla istituzione dell'osservatorio permanente e alla istituzione del comitato di programma, ai sensi del DPCM 1/4/2008**

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il DLgs 22/6/1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419", ai sensi del quale i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali e richiamato in particolare l'art. 3 che attribuisce le competenze in materia sanitaria al Ministero della Salute, in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli Istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi e alle Aziende sanitarie sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari;
- il DPR 30/6/2000, n. 230 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà", a norma del quale i detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa;
- l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni del 22/11/2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai sensi dell'art. 1 del DLgs 502/92 e s.m.i.;
- la L.R. 29/04 "Norme generali sull'organizzazione e sul funzionamento del Servizio Sanitario regionale";
- la delibera di Giunta regionale n. 746 del 21/5/2007 "Approvazione dell'Atto di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna ed il Ministero di Giustizia e dell'Accordo di collaborazione per il triennio 2007 - 2009 tra la Regione Emilia-Romagna e il DAP - PRAP, in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio regionale";
- la L.R. 19/2/2008, n. 3 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna";
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (Proposta dalla G.R. 1 ottobre 2007, n. 1448)", Parte IV, Capitolo 6;

visto il DPCM 1/4/2008 concernente le "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", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 126 del 30/5/2008 ed entrato in vigore il 14/6/2008;

rilevato in particolare che l'art. 2 del suddetto DPCM prevede che le Regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie ricadenti nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e i servizi minorili di riferimento; a tal fine le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'Allegato A parte integrante del DPCM 1/4/2008;

atteso che, detto DPCM nell'Allegato A parte integrante, definito "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", prevede:

- al paragrafo "Indicazioni sui modelli organizzativi" che le Regioni entro il 31/3/2009 così come previsto dall'art. 3, comma 4, del suddetto DPCM, individuino strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al Servizio Sanitario nazionale ed in conformità ai modelli organizzativi adottati dalle singole regioni, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie nonché un'organizzazione omogenea dei servizi;
- al paragrafo "Monitoraggio e valutazione" che in ogni regione e provincia autonoma venga realizzato un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, competenti territorialmente al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni, competenti territorialmente;

dato atto che in data 20 novembre u.s. la Conferenza Unificata ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza ed i principi e criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della Giustizia Minorile, in attuazione dell'art. 7 del DPCM 1/4/2008;

richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 1063 del 16/7/2008 con cui la Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha preso atto delle disposizioni contenute nel citato DPCM 1/4/2008 e ha ritenuto opportuno rinviare tra gli ulteriori adempimenti previsti dal DPCM 1/4/2008 i seguenti:

- 1) l'istituzione dell'Osservatorio Permanente sulla sanità penitenziaria, composto da rappresentanti della Regione e dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile competenti territorialmente;
- 2) l'individuazione del modello organizzativo differenziato in rapporto alle tipologie e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati nella regione Emilia-Romagna, per garantire l'assistenza sanitaria ai detenuti;
- 3) l'individuazione, entro il 31/3/2009, degli strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al SSN, ed in conformità al modello organizzativo di cui al punto precedente, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite;

considerato che il Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri, conformemente a quanto previsto dal suddetto DPCM e dalla citata DGR n. 1063, ha ritenuto necessario ed opportuno redigere, il documento allegato "Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1 aprile 2008 - Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" - Istituzione del Programma regionale per salute negli Istituti penitenziari, parte integrante della presente deliberazione" al fine di fornire alle Aziende sanitarie indirizzi operativi omogenei per evitare difformità sul piano regionale;

dato atto in particolare che l'allegato documento prevede la definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria ed in particolare:

- il punto 2 "L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali" stabilisce che le Aziende USL diventano titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alla popolazione carceraria e a tal fine mettono in campo la propria organizzazione basata sulle attività dei tre Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze patologiche, Cure primarie e Sanità pubblica), coordinati all'interno del carcere da un "Medico referente per la salute nell'Istituto Penitenziario" o dal "Medico referente per la salute nel centro di Giustizia Minorile" individuato dalla Direzione dell'AUSL;

– il punto 3 delinea “L’organizzazione dell’assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale” e specificatamente:

– al punto 3.1 “Il livello locale”, viene precisato che le Aziende sanitarie esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all’interno degli Istituti Penitenziari e a tal fine individuano un proprio dirigente “Responsabile del Programma aziendale per la salute negli Istituti Penitenziari” incaricato di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali;

– al punto 3.2 “Il livello regionale” viene istituito il “Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari” con un proprio Responsabile di Programma che si avvale del supporto di un “Comitato esecutivo”;

– al punto 6 viene prevista l’Istituzione dell’Osservatorio regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta, ai fini del monitoraggio congiunto tra sistema sanitario regionale e Amministrazione penitenziaria;

considerato che, allo scopo di garantire la massima condizione necessaria ad assicurare la piena operatività e funzionalità di quanto previsto, il documento allegato parte integrante della presente deliberazione, è stato oggetto di confronto e approfondimento con tutti i soggetti istituzionali interessati nonché di informazione alle OO.SS Confederali, del Comparto Sanità e della Dirigenza medica, nell’incontro tenutosi il 20 febbraio 2009;

ritenuto pertanto di fornire con il presente atto indicazioni alle Aziende sanitarie al fine di uniformare il loro operato, nel rispetto dell’autonomia e della responsabilità di ciascuna di esse, e ritenuto dunque di procedere all’approvazione del documento allegato, quale strumento volto a garantire l’unitarietà del servizio sanitario regionale;

dato atto del parere allegato;

dato atto del parere favorevole della Commissione assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali, nella seduta del 18 marzo 2009;

su proposta dell’Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate l’allegato documento “Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all’interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1 aprile 2008 – Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale della funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” – Istituzione del Programma regionale per salute negli Istituti penitenziari” parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo;

2) di istituire l’Osservatorio Permanente sulla Sanità penitenziaria, formato da rappresentanti della Regione e dell’Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile;

3) di istituire il Comitato esecutivo di Programma;

4) di demandare ad apposito provvedimento del Direttore generale Sanità e Politiche sociali la nomina dei componenti del “Comitato esecutivo di programma” e dell’Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui ai precedenti punti 2) e 3);

5) di stabilire che il presente atto non comporterà nessun onere a carico del bilancio regionale;

6) di pubblicare integralmente il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

*(segue allegato fotografato)*

Allegato parte integrante - 1

**Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" - Istituzione del Programma Regionale per salute negli Istituti penitenziari.**

Indice.

1. Aspetti generali e di contesto
2. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali.
3. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale.
4. Il superamento dell'O.P.G.
5. Il Centro clinico di Parma.
6. L'osservatorio regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta.
7. La Commissione regionale per l'esecuzione penale adulti.

## 1. Aspetti generali e di contesto

### 1.1.Premessa.

I provvedimenti normativi contenuti nel D.P.C.M. 1/4/08 disegnano un assetto completamente nuovo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal Servizio Sanitario Regionale. Con il presente atto la Regione Emilia-Romagna individua le forme organizzative necessarie ad assicurare la tutela della salute negli Istituti Penitenziari sulla base del principio di uguaglianza rispetto al diritto alla salute tra la popolazione ristretta e quella libera.

L'accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, in merito al citato DPCM, siglato il 20 /11/2008 ( rep. n. 102/c.u. ), costituisce una prima cornice di riferimento entro la quale collocare le scelte sia a livello regionale, sia a livello locale.

Gli Istituti Penitenziari sono parte integrante del territorio. In essi vengono espletate tutte le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, terapia e riabilitazione previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e ricomprese nella programmazione regionale. Il personale delle AUSL che opera negli Istituti Penitenziari svolge la propria attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale. Il personale sanitario è altresì tenuto al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal DLgs 230/99. Il Servizio sanitario regionale e l'Amministrazione Penitenziaria svolgono la loro attività sulla base del principio di leale collaborazione tra istituzioni pubbliche.

### 1.2.Riferimenti normativi

#### *Nazionali*

- Il Dlgs 230/99 "Riordino della medicina penitenziaria in applicazione dell'art. 5 della legge 30/11/98 n. 419", assegna al servizio sanitario nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale;
- La Legge costituzionale n. 3 del 18/10/01, "Modifica al Titolo V della parte II della Costituzione", al nuovo articolo 117 riconosce alle regioni potestà legislativa nel rispetto della Costituzione e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario ed

internazionale ed indica la "TUTELA DELLA SALUTE" quale materia di legislazione concorrente Stato Regioni;

- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/04/08 "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", pubblicato nella G. U. della Repubblica Italiana n. 126 del 30/05/08 entrato in vigore il 14/06/08 con le relative linee di indirizzo.
- l'accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza, i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008;
- legge di ordinamento penitenziario n. 354/75
- Nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

#### Regionali

- La Deliberazione della Giunta regionale 746/07 "Approvazione dell'atto di intesa tra la RER ed il ministero della Giustizia e dell'accordo di collaborazione per il triennio 2007-2009 tra la RER ed il DAP-PRAP in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli Istituti Penitenziari del territorio regionale", con la quale le due amministrazioni si impegnavano a realizzare negli Istituti Penitenziari della regione il progressivo passaggio al SSR della Sanità penitenziaria e provvedevano a far transitare dal 1.6.2007 tutte le funzioni specialistiche alle AUSL della regione;
- La legge regionale n. 3 del 19 febbraio 2008 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna" che all'art. 3 "Tutela della salute" già prevedeva, in accordo con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, interventi riguardanti la farmaceutica, la tossicodipendenza, la profilassi delle malattie infettive e inoltre interventi a favore degli internati dell'OPG;
- Il Piano Sociale e Sanitario della R.E.R. 2008-2010, deliberazione dell'Assemblea Legislativa del 22/5/2008 n. 175, prevede anche interventi di assistenza sanitaria a favore dei detenuti in particolare: a) nella parte prima relativa alle forme di integrazione socio/sanitaria e alla programmazione congiunta; b) nella parte seconda che comprende la definizione delle aree e degli obbiettivi delle politiche sociali; c) nei

capitoli relativi alle tematiche dell'adolescenza, dei giovani, degli immigrati stranieri, della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della salute nelle carceri, delle sezioni relative alla sanità pubblica e integrazione sovra aziendali.

- La deliberazione di Giunta Regionale n. 1063 del 16/07/2008 con la quale viene formalmente recepito il DPCM del 1° aprile 2008 in particolare per quanto riguarda i rapporti di lavoro e rimanda a successivi atti in ordine:
  1. al trasferimento delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie(per i quali dovrà essere redatto dal Ministero della Giustizia apposito inventario) mediante acquisizione degli stessi e contestuale trasferimento nel patrimonio delle AUSL della Regione Emilia Romagna. A tale trasferimento provvederanno i Responsabili dei Servizi competenti in materia di strutture socio sanitarie e di sanità pubblica presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;
  2. alla istituzione, con proprio successivo provvedimento, dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, formato da rappresentanti della Regione e dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile competenti territorialmente, previsto dall'allegato A al D.P.C.M. 1/4/08, recante "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
  3. all'individuazione, con proprio successivo provvedimento, del modello organizzativo, differenziato in rapporto alle tipologie e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati nella Regione Emilia-Romagna, per garantire l'assistenza sanitaria ai detenuti;
  4. all'individuazione, con proprio successivo provvedimento, entro il 31.3.2009, degli strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al Servizio Sanitario Nazionale, ed in conformità al modello organizzativo di cui al punto precedente, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite.

### 1.3. La tutela della salute nelle carceri dell'Emilia-Romagna

L'organizzazione della assistenza sanitaria nelle carceri ha sin qui poggiato sulla legge di ordinamento penitenziario n. 354/75 e sul Nuovo Regolamento di Esecuzione,

emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230. Si tratta di un impianto pensato al tempo delle "leggi speciali" che poggia sul criterio di sicurezza e sulla autosufficienza della Amministrazione Penitenziaria per garantire assistenza al proprio interno. Dal 1975 lo scenario dell'universo penitenziario e dei connessi problemi di salute pubblica è profondamente mutato. La popolazione è più che raddoppiata (da 29.000 ad oltre 60.000 prima dell'indulto); nel carcere si sono affacciati problemi nuovi come la tossicodipendenza, l'AIDS ed altri si sono aggravati, come quelli legati ai disturbi mentali ed alle patologie degli immigrati, e al tempo stesso l'obsolescenza dell'OPG è diventata sempre più evidente. Le difficoltà dell'amministrazione penitenziaria nel garantire con le sue sole forze un intervento di salute uguale o paragonabile a quello riservato alla popolazione non ristretta hanno portato ai provvedimenti del DLgs 230/99 e del DPCM 1/4/2008 ed al conseguente trasferimento delle funzioni sanitarie al SSN. Esso è stato preceduto da sperimentazioni ed anticipazioni che hanno per così dire esplorato le potenzialità di questo nuovo assetto, come il passaggio di competenze del presidio di intervento sulle dipendenze patologiche in carcere dal sistema sanitario penitenziario al sistema sanitario regionale: l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti dal 2001 è garantita dal SerT competente territorialmente. Questa anticipazione ha dimostrato che l'ingresso del sistema sanitario regionale negli Istituti penitenziari è concretamente praticabile; il valore di questa esperienza è divenuto del tutto evidente al momento dell'indulto, quando oltre il 95% dei detenuti tossicodipendenti in Emilia-Romagna rimessi in libertà ha mantenuto una continuità terapeutica proseguendo all'esterno il programma avviato in carcere.

La Regione Emilia-Romagna sin dall'approvazione del DLgs 230/99 ha cercato di percorrere strade innovative e di concordare modalità di collaborazione con il Ministero della Giustizia e con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al fine di produrre un miglioramento della assistenza e preparare la strada al completo passaggio delle funzioni assistenziali al SSR. In Emilia-Romagna sono presenti 12 stabilimenti penitenziari: 3 carceri con meno di duecento detenuti (Rimini, Ravenna, Forlì), 3 carceri di medie dimensioni (Ferrara, Reggio-Emilia e Piacenza), 3 carceri di grandi dimensioni (Bologna, Modena e Parma), 2 Case di lavoro (Castelfranco Emilia e Saliceta San Giuliano, entrambe in provincia di Modena), l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, Centro di Giustizia Minorile di Bologna.[vedi tabella 1 allegata].

La popolazione che prima dell'indulto era di circa 4.000 unità è scesa intorno alle 3.000 presenze giornaliere per poi risalire alle circa 3.900 attuali. Si può dire che in

Regione sono presenti le principali tipologie di istituzioni penitenziarie e si incontrano i problemi che mediamente si trovano nelle regioni più grandi. La popolazione detenuta è indicativamente costituita per il 50% da immigrati con o senza permesso di soggiorno, per il 30% da detenuti con residenza in Emilia Romagna, e per il restante 20% con residenza in altre regioni.

Il nostro territorio ha dedicato ampia attenzione alla istituzione carceraria con una lunga tradizione di associazionismo attivo con finalità umanitarie, educative e di rappresentanza dei diritti delle persone ristrette. Tale storica collaborazione ha fatto sì che ancor prima del DLgs 230 esistessero protocolli di collaborazione in ambito sanitario che solo dopo tale legge hanno richiesto di essere sistematizzati.

Rispetto allo scenario nazionale, in Emilia-Romagna già oggi esiste un sistema integrato SSR-Amministrazione Penitenziaria e si può oggi puntare ad un effettivo trasferimento di tutte le funzioni, sempre che le scelte di livello nazionale lo consentano. Alcuni elementi di alta qualificazione del sistema misto sono stati realizzati a partire dal lavoro di una commissione paritetica con dirigenti delle due amministrazioni che sin dal 2000 ha elaborato progetti e ne ha curato la implementazione:

- 1) completo passaggio dell'intervento sulle dipendenze patologiche ai SerT e degli interventi di igiene e prevenzione ai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL;
- 2) sempre nell'ambito delle dipendenze patologiche, apertura di tre sezioni a custodia attenuata (SeAtt) a Rimini, Forlì e Castelfranco Emilia, in collaborazione operativa fra D.A.P., SerT, Enti Locali, Enti Ausiliari e volontariato sociale; si tratta di strutture ricavate all'interno degli istituti penitenziari, ma impostate su modelli organizzativi dove prevale l'aspetto trattamentale-riabilitativo rispetto a quello custodialistico;
- 3) fornitura gratuita dei farmaci di fascia A e H da parte dei Servizi Farmaceutici delle rispettive Aziende Sanitarie;
- 4) fornitura da parte delle Aziende Sanitarie della Regione a titolo gratuito delle prestazioni laboratoristiche e degli esami strumentali;
- 5) fornitura in comodato di uso gratuito di defibrillatori per la rianimazione cardio-polmonare (BLSD) e finanziamento dei corsi per gli esecutori;
- 6) realizzazione di seminari di formazione congiunta sulla gestione delle Aree Sanitarie negli Istituti Penitenziari, rivolto ai medici responsabili ed ai coordinatori tecnico-infermieristici delle Aree Sanitarie delle carceri ed ai referenti AUSL della Medicina Penitenziaria;.

- 7) Attivazione dal 2000 del reparto Antares all'interno dell'O.P.G. di Reggio Emilia, nel quale il personale di polizia penitenziaria è affiancato ed in parte sostituito da personale infermieristico, psicologico ed educativo di area sanitaria, finanziato con fondi regionali;
- 8) dal 2003 finanziamento regionale di tutti i progetti individuali di dimissione dal OPG, con rimborso alle Aziende USL tutte le spese relative ai primi anni dopo la dimissione. Tale accordo è stato definito a garanzia della tempestività della dimissione, venuti meno i motivi di salute e di sicurezza per la permanenza nell'OPG.
- 9) apertura nell'ottobre 2007 di una struttura di accoglienza transitoria per soggetti in dimissione dall'OPG a cura dell'AUSL di Forlì, cui è stato affidato anche il coordinamento dei DSM-DP al fine di garantire una effettiva presa in carico durante e dopo l'internamento in OPG.
- 10) l'accordo operativo che, nel confermare tutte le aree di collaborazione già esistenti, dal 1° giugno 2007 ha trasferito al SSR le attività medico specialistiche negli istituti penitenziari.

Ora occorre procedere a completare l'effettiva assunzione di responsabilità del SSR sulla tutela della salute negli Istituti Penitenziari e nel Centro di Giustizia minorile rendendoli effettivamente parte integrante del territorio sul quale insistono e ciò richiede una progettualità tecnica in grado di identificare i bisogni di salute di quel contesto e rispondervi, nonché una progettualità organizzativa specifica che con questo atto si intende promuovere.

## 2. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali.

Le Aziende USL sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alla popolazione carceraria e mettono in campo a tal fine la intera propria organizzazione basata sui Dipartimenti di produzione sanitaria. In particolare i Dipartimenti territoriali (salute mentale e dipendenze patologiche, cure primarie e sanità pubblica) ed i Servizi di Medicina Legale ampliano il proprio ambito di intervento estendendolo agli Istituti Penitenziari e al Centro di Giustizia minorile nei quali operano professionisti a pieno titolo inquadrati nelle UU.OO. di pertinenza. Tali Professionisti svolgono la loro attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e nel rispetto dei regolamenti penitenziari.

Le Aziende USL si impegnano a organizzare il proprio intervento all'interno degli istituti penitenziari in maniera da ridurre il più possibile il ricorso a prestazioni esterne, fatto salvo il diritto del detenuto a ricevere prestazioni specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere necessarie alla tutela della sua salute ed ottenibili solo all'esterno del carcere.

Le attività dei tre dipartimenti territoriali all'interno del carcere sono coordinate da un "Medico referente per la salute nell'Istituto Penitenziario", oppure dal "Medico referente per la salute nel Centro di Giustizia minorile" individuato dalla Direzione dell'AUSL, sentito il Direttore dell'Istituto Penitenziario, tra i professionisti ivi operanti, sulla base di una comprovata esperienza nel settore. Tale funzione sarà definita nell'ambito dei rispettivi assetti organizzativi aziendali, sulla base dei criteri e della tipologie previsti negli indirizzi fissati dalla DGR n. 86 del 2006 contenente le direttive alle Aziende Sanitarie per l'adozione degli atti aziendali. Il Medico referente svolgerà un raccordo tra i vari professionisti operanti in carcere, ai fini della integrazione degli interventi sui detenuti singoli e come popolazione. Il Medico referente manterrà i rapporti con la Direzione del carcere per tutto ciò che riguarda i potenziali conflitti tra istanze di salute e istanze di sicurezza riguardo i singoli detenuti e riguardo la popolazione detenuta complessiva. La riforma crea infatti una situazione nuova all'interno del carcere, situazione che prevedibilmente genererà una dialettica tra funzione di sicurezza e funzione di tutela della salute. Mentre in precedenza la sintesi di questi due aspetti era in capo direttamente al Medico incaricato, in base alla sua qualifica di dipendente dell'Amministrazione Penitenziaria( sia DAP, sia DGM), oggi il "Medico referente" assume la sola funzione sanitaria ed è tenuto a confrontarsi con la Direzione dell'Istituto Penitenziario oppure con la Direzione del Centro di Giustizia minorile per tutto ciò che attiene alla dimensione della sicurezza. Ne discende ad esempio che tutte le attività medico legali interne all'Amministrazione Penitenziaria( sia DAP, sia DGM), andranno riviste ed effettuate all'interno di una cornice aziendale di riferimento, con il coinvolgimento e la supervisione dei servizi di Medicina Legale per come definiti e inquadrati dalla DGR 2011/07. Ne discende anche che laddove esigenze di sicurezza rendano necessario differire o non effettuare attività o prestazioni sanitarie ciò debba essere stabilito in base a una chiara distinzione di responsabilità delle due istituzioni coinvolte.

L'Azienda USL individuerà anche un "Referente assistenziale" tra i professionisti operanti nelle istituzioni penitenziarie, con il compito di coordinare le attività assistenziali, tenuto conto delle incombenze organizzative legate all'osservanza dei criteri di sicurezza richiesti dalle Direzioni di Istituto. Negli Istituti ove si riscontrano le maggiori complessità e

cioè in quelli di Bologna, Modena, Parma, OPG di Reggio Emilia, e in quello di Piacenza a condizione dell'attivazione del Reparto di Osservazione Psichiatrica, le Aziende individueranno quale "Coordinatore assistenziale".

### 3. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale.

#### 3.1. Il livello locale.

Le Aziende USL esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all'interno degli Istituti Penitenziari, secondo i meccanismi propri della committenza locale. A tal fine le AUSL individuano un proprio dirigente "Responsabile del programma aziendale per salute negli Istituti penitenziari", di norma diverso dal "Medico referente", tra il personale della Direzione Sanitaria o tra il personale inquadrato nei Dipartimenti territoriali. Il responsabile di programma opera in staff alla Direzione Sanitaria ed è incaricato di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali.

Le Aziende USL possono anche istituire un coordinamento dei Responsabili di Programma di Area Vasta per favorire l'omogeneità degli standard assistenziali locali, un efficace uso delle risorse e la programmazione di attività a valenza sovra aziendali.

#### 3.2. Il livello regionale

A livello regionale viene istituito "Il Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari" con un proprio responsabile. Il Programma definisce le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, formula una proposta di riparto delle risorse alle Aziende USL, cura il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione della politiche regionali in materia. Il documento regionale di programmazione del settore ha valenza triennale; il primo deve essere approvato entro il 30.9.2009 e deve definire:

- gli standard clinico assistenziali;
- le modalità di collaborazione con il Provveditorato Regionale e con il Centro di Giustizia minorile;
- le attività sovra aziendali;
- le attività specialistiche (centri clinici);
- il programma di superamento dell' O.P.G.;
- le attività di formazione, ricerca e innovazione.

Il Responsabile del Programma si avvale del supporto di un "Comitato esecutivo", che si riunisce almeno due volte all'anno ed è così composto:

- 1 Dirigente Regionale;
- 2 "Medici referenti" operanti negli Istituti Penitenziari;
- 1 "Medico referente" del Centro di Giustizia Minorile;
- 2 Responsabili di Programma;
- 1 Referente assistenziale;
- 1 Responsabile di U.O. dell'O.P.G. di Reggio-Emilia;
- 1 Esperto regionale per le problematiche delle Risorse Umane;
- 1 Esperto regionale in materia di assistenza ai minori;
- 1 Esperto regionale in materia di dipendenze patologiche;
- 1 Esperto regionale in materia di psichiatria;
- 1 Esperto regionale in materia di prevenzione;
- 1 Esperto regionale in materia di organizzazione dell'assistenza sanitaria nelle carceri.
- 1 Direttore di Istituto penitenziario, nominato dal PRAP, quale invitato permanente.

Il Responsabile del Programma e il Comitato esecutivo mantengono regolari rapporti con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria finalizzati alla predisposizione e alla attuazione di specifici accordi anche eventualmente in ambito locale.

#### 4. Superamento dell'O.P.G.

Con l'applicazione del DPCM del 1 aprile 2008 e con l'approvazione della Legge dello Stato n. 244/07 (Finanziaria 2008) transita alle competenze del Sistema Sanitario Regionale anche la gestione sanitaria dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia. Come si rileva dall'allegato c) "Linee di indirizzo per l'intervento negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia" al citato DPCM, la Regione dovrà operare nell'ottica del superamento dell'OPG di Reggio Emilia in tempi definiti, attivandosi per favorire una presa in carico degli internati cittadini della nostra regione da parte dei "Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche" delle Ausl. Per perseguire tali scopi viene istituita presso il DSM-DP dell'AUSL di Reggio Emilia la U.O. OPG.

L'AUSL di Reggio Emilia nell'ambito del "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari" è incaricata di:

- coordinare i percorsi di uscita degli internati per conto di tutti i dipartimenti regionali interessati.
- predisporre e attuare un programma triennale che sarà parte integrante del "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari";
- individuare l'offerta residenziale e di programmi territoriali alternativi all'OPG coordinando in tal senso i DSM-DP;
- coordinare i percorsi di restituzione e partecipazione alla presa in carico degli internati delle Regioni Friuli V. G., Veneto, Marche e delle P.A. Trento e Bolzano.

#### 5. Il centro Clinico di Parma.

Il Centro Clinico presso il Carcere di Parma è attualmente dotato di posti rispondenti a necessità cliniche dell'Amministrazione Penitenziaria programmate su scala sovra regionale. Con l'attuazione del DPCM del 1 aprile 2008 e con la Legge dello Stato n. 244/07 (Finanziaria 2008) anche la gestione del Centro Clinico di Parma passa al Sistema Sanitario Regionale e come tale rientra all'interno di una programmazione unitaria regionale.

Il Centro Clinico di Parma manterrà una sua funzione specifica per i ricoveri, appropriati da un punto di vista clinico, di detenuti sottoposti a particolari misure di sicurezza (alta Sorveglianza, 41 Bis ecc.). Per quanto riguarda la programmazione dei posti letto bisognerà tenere conto sia della domanda proveniente dagli I.P. regionali, sia della necessità di dover rispondere, sulla base del piano complessivo che sarà concordato in sede di Conferenza Unificata come previsto alla lettera f) dell'accordo ex art.7 rep. n. 102/c.u. del 20/11/2008 , anche alle esigenze di ricovero di detenuti in regime di alta sorveglianza, 41 Bis ecc., provenienti da Istituti Penitenziari di Regioni limitrofe in uno schema organizzativo nazionale. Sulla base degli elementi di cui sopra, tenuto conto delle specificità del centro Clinico, l'AUSL di Parma, in accordo con il livello regionale, sentiti rispettivamente Il Direttore dell'Istituto Penitenziario e il PRAP, elaborerà un modello organizzativo specifico.

#### 6. L'osservatorio regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta.

Ai fini del monitoraggio congiunto tra Sistema Sanitario Regionale e Amministrazione Penitenziaria è istituito l'Osservatorio Regionale. Esso è previsto dal DPCM 1/4/2008, allegato A ed è composto per la parte del SSR dal Comitato Esecutivo, per il PRAP da personale da esso designato e infine da due Rappresentanti nominati dal Tribunale di Sorveglianza di Bologna .

L'osservatorio:

- Conduce ricerche epidemiologiche sulla popolazione ristretta;
- Monitorizza le risposte del sistema Ausl/I.P.;
- Individua e valorizza percorsi virtuosi di integrazione istituzionale nell'offerta di servizi sanitari;
- Propone pratiche di miglioramento organizzativo anche in riferimento a contesti locali.

L'Osservatorio, coordinato dal Responsabile del Servizio "Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri" della RER, opera a supporto della Direzione Generale "Sanità e politiche sociali" e si interfaccia con l'Osservatorio nazionale previsto a livello del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni e Province autonome.

#### 7. La Commissione regionale per l'esecuzione penale adulti.

Il "Protocollo d'intesa tra il ministero di grazia e giustizia e la Regione Emilia-Romagna per il coordinamento degli interventi rivolti ai minori imputati di reato e agli adulti sottoposti a misure penali restrittive della libertà" siglato il 5 marzo 1998( D.G. 279 del 10/03/1998), prevede al punto C. della Parte Terza la costituzione della "Commissione Regionale per l'area dell'esecuzione penale". Detta commissione costituita con Determinazione n.11745 del 16/11/1998 del Direttore generale alle Politiche Sociali e composta da rappresentanti della Regione Emilia-Romagna, del P.R.A.P., degli Istituti di Pena, del C.S.A. e dei Comitati locali per l'esecuzione penale adulti si riunisce sistematicamente con cadenza almeno annuale.

L'assistenza sanitaria negli Istituti di Pena, al di là degli aspetti di salute primaria e di salute pubblica, riveste anche un profilo etico-politico di tutela sociale fondamentale. Essa è in oltre un importante tassello della politica di welfare più complessiva per una popolazione ad alto rischio di emarginazione sociale. Per tutti questi motivi, nell'ambito del "Programma per la salute negli Istituti di pena" sarà predisposta una relazione annuale da presentare alla "Commissione regionale per l'esecuzione penale adulti" come previsto dall'atr. 9 della legge regionale n. 3/2008.

TABELLA 1 - GLI ISTITUTI PENITENZIARI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## ISTITUTI PENALI PER ADULTI

SEDE ISTITUTO	TIPOLOGIA	DETENUTI PRESENTI AL 30/06/2008		
		D	U	TOT
Bologna	Casa circondariale con sezione reclusi	49	997	1046
Piacenza	Casa circondariale	14	315	329
Parma	Casa circondariale	0	98	98
	Casa di reclusione con annesso Centro clinico diagnostico terapeutico	0	337	337
Reggio Emilia	Casa circondariale	12	272	284
	O.P.G.	0	289	289
Modena	Casa circondariale	28	393	421
Castelfranco	Casa lavoro	0	86	86
Saliceta San Giuliano	Casa lavoro	0	89	89
Ferrara	Casa circondariale con sezione reclusi	0	378	378
Ravenna	Casa circondariale	0	135	135
Forlì	Casa circondariale	24	200	224
Rimini	Casa circondariale	0	139	139
Totale		127	3728	3855

TIPOLOGIE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI PER ADULTI  
con riferimento alla posizione giuridica dei detenuti:

- Casa circondariale: accoglie detenuti a disposizione dell'autorità giudiziaria e condannati alla pena di reclusione non superiore a 5 anni;
- Case o sezioni di reclusione: accoglie detenuti anche con condanne all'ergastolo;
- Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza: case lavoro e ospedali psichiatrici giudiziari;
- Centri di osservazione, diagnosi e terapia; istituti o sezioni specializzate per infermi e minorati.

## ISTITUTI PENITENZIARI PER MINORI - CENTRO DI GIUSTIZIA MINORILE

SEDE	TIPOLOGIA		N. POSTI	INGRESSI anno 2007
Bologna	Istituto Penale per minorenni	I.P.M	16	119
Bologna	Centro prima accoglienza	C.P.A.	6	99
Bologna	Comunità ministeriale	C.M.	6	99

I.P.M.: accoglie minori e giovani adulti, fino al compimento dei 21 anni, sottoposti a provvedimento di custodia cautelare e/o in espiazione pena;

arrestati o fermati in flagranza di reato per max 72 ore;

C.M.: accoglie minori sottoposti al provvedimento della misura cautelare del collocamento in altra comunità; Nel I.P.M.: attualmente vi è una ricettività per 16 minori ma sono in corso di ultimazione lavori di ristrutturazione ed ampliamento che prevedono un aumento della ricettività complessivamente per 44 posti.





















## LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

**Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l.** – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)  
**Nuova Tipografia Delmaino S.n.c.** – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

**Libreria Incontri** – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)  
**Edicola Libreria Cavalieri** – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>  
Indirizzo di posta certificata: [bollettinoufficiale@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:bollettinoufficiale@postacert.regione.emilia-romagna.it)

## MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

- Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo
- Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

**Avvertenza** – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

**L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.**

**La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.**

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.