

D.P.R. 10-11-1999

Approvazione del progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000».
Pubblicato nella Gazz. Uff. 22 novembre 1999, n. 274.

[Epigrafe](#)

[Premessa](#)

[1.](#)

[Allegato - Premessa](#)

[Allegato - Obiettivi e interventi](#)

[Allegato - Modelli organizzativi](#)

[Area organizzativa dei servizi di salute mentale](#)

[Appendice 1](#)

[Appendice 2](#)

[Appendice 3](#)

D.P.R. 10 novembre 1999 ⁽¹⁾.

Approvazione del progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000» ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Pubblicato nella Gazz. Uff. 22 novembre 1999, n. 274.

⁽²⁾ Il Ministro della sanità ha reso noto che in data 23 giugno 2000, la Corte dei conti ha registrato il presente decreto, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 novembre 1999, n. 274, che da tale data è divenuto giuridicamente efficace e suscettibile di esecuzione amministrativa (comunicato in Gazz. Uff. 22 agosto 2000, n. 195). Vedi, anche, l'art. 98, [L. 23 dicembre 2000, n. 388](#).

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 1 del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della [legge 23 ottobre 1992, n. 421](#);

Visto l'art. 2, quinto comma, della [legge 23 ottobre 1985, n. 595](#);

Visto l'art. 8, comma 1, della [legge 15 marzo 1997, n. 59](#);

Visto l'art. 3 del [decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#);

Visto l'art. 115, comma 1, lettera a), del [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#);

Visto il [decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998](#) recante: «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», pubblicato nel supplemento ordinario n. 201 alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998;

Vista la preliminare deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 9 marzo 1999;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni parlamentari permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 13 aprile 1999;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 24 settembre 1999;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per la funzione pubblica, per gli affari regionali, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e della giustizia;

Emana il seguente decreto:

1. 1. È approvato il progetto obiettivo: «Tutela salute mentale 1998-2000», di cui all'allegato al presente decreto.

Allegato

Progetto obiettivo

Tutela della salute mentale» 1998-2000

Premessa.

Il presente progetto obiettivo costituisce «adempimento prioritario» previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, che individua la salute mentale fra le tematiche ad

elevata complessità, per le quali si ritiene necessaria l'elaborazione di specifici atti di indirizzo. Esso ne riflette l'impostazione generale e gli indirizzi programmatici.

Il precedente progetto obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996» individuava quattro questioni principali da affrontare per dare basi più solide al settore dell'assistenza psichiatrica, riferita alla popolazione adulta, onde migliorarne la qualità complessiva:

- a) la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi;
- b) lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi di una precisa responsabilità tecnica e gestionale in grado di garantire il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi;
- c) l'aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, con particolare riguardo a quelle più gravi, attraverso interventi diversificati che prevedono la partecipazione di più soggetti, ivi compresi i familiari;
- d) il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico mediante l'attuazione di programmi mirati ad una nuova sistemazione dei degenti.

La strategia di intervento proposta nel progetto obiettivo ha fornito un quadro di riferimento determinante per dare finalmente avvio ad una riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica.

Gli aspetti più significativi possono riassumersi nei seguenti:

- 1) istituzione del Dipartimento di salute mentale (DSM) quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio;
- 2) individuazione della tipologia delle componenti organizzative del DSM (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale), e definizione dei relativi standard, in rapporto alla popolazione;
- 3) individuazione delle funzioni del DSM e di ciascuna delle componenti organizzative;
- 4) attivazione di collegamenti con altri servizi «confinanti» (medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile).

I dati conoscitivi disponibili consentono di affermare che, pur con differenti gradi di realizzazione, in tutte le regioni il processo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica in età adulta, secondo il modello dipartimentale è indiscutibilmente avviato e che il dinamismo che caratterizza il settore costituisce un fattore di indubbio sviluppo, rispetto al passato.

Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici, pubblici e privati convenzionati, fortemente sollecitato dalle ultime leggi finanziarie, può ritenersi avviato a conclusione,

anche se con tempi e modalità differenti da regione e regione. In ogni caso il fenomeno è oggetto di attento monitoraggio.

A fronte di tali positivi cambiamenti, occorre, tuttavia, segnalare alcuni aspetti, tuttora problematici, che devono essere affrontati:

- 1) assenza di una attenzione specifica ai problemi della salute mentale in età evolutiva, attenzione necessaria per sviluppare strategie complessive, mirate alla tutela della salute mentale di tutta la popolazione, nelle varie fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età giovanile, età adulta, età avanzata), garantendo la continuità della presa in carico;
- 2) carenza di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate e all'efficacia degli interventi attuati;
- 3) mancata attuazione, tranne che in poche realtà, del monitoraggio della spesa con istituzione di centri di costo;
- 4) rischio di interventi non coordinati e di conflittualità fra le varie figure professionali, in mancanza di una esplicitazione puntuale della «missione» affidata agli operatori ed ai servizi, e degli interventi che devono essere assicurati in via prioritaria;
- 5) presenza di situazioni di «istituzionalizzazione» che non sono state toccate dal processo di superamento degli ex O.P. Ci si riferisce all'istituzionalizzazione di pazienti in età evolutiva e alla realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari;
- 6) necessità di definire l'offerta complessiva e l'utilizzo di posti letto per media e lunga degenza, a fini terapeutico-riabilitativi, in strutture residenziali attualmente differenti per dimensione e tipologia; in questo contesto, non va sottovalutata la necessità di contrastare ogni forma di «nuova istituzionalizzazione» all'interno delle strutture residenziali;
- 7) relativa insufficienza per i servizi di salute mentale dei requisiti minimi di autorizzazione, approvati recentemente;
- 8) carenza del personale di assistenza e/o presenza di situazioni di eccessivo turnover, con conseguenze negative per la continuità terapeutica;
- 9) necessità di chiarezza e omogeneità nei rapporti con nuovi soggetti erogatori di servizi sociosanitari (ONLUS e privato imprenditoriale) che chiedono ai dipartimenti di salute mentale di definire modalità, requisiti e tipologie di possibili «mix» pubblico-privato;
- 10) necessità di sviluppare il ruolo strategico e le risorse degli enti locali (in particolare dei comuni), nel contribuire alla definizione e alla realizzazione di innovative politiche di salute mentale intersettoriali;
- 11) importanza di sviluppare la collaborazione con le associazioni dei familiari e degli utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes dei servizi;

12) necessità di rinnovare ed articolare l'offerta formativa degli operatori dei servizi, ma anche dei soggetti che, a diverso titolo, concorrono a pianificare e/o programmare, realizzare e valutare progetti di promozione e di mantenimento della salute mentale (enti locali, ONLUS, privato imprenditoriale).

Tutto ciò giustifica pienamente un nuovo progetto obiettivo mirato a individuare in maniera cogente obiettivi e interventi prioritari, precisare i modelli organizzativi, prevedere specifiche modalità di verifica dei risultati.

Obiettivi e interventi

Obiettivi di salute.

In accordo con il Piano sanitario nazionale sono, di seguito, indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale:

- a) promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- b) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
- c) prevenzione terziaria ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza;
- d) salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente; miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali;
- e) riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).

Interventi prioritari.

Nella progettazione delle attività atte a contrastare la diffusione dei disturbi mentali, i servizi di salute mentale, pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali medio-lievi, devono dare, nell'arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

A questo fine occorre:

assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento;

attuare, tramite specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, interventi di prevenzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, con lo scopo di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti.

Le azioni più opportune, per realizzare tali interventi, sono:

- a) l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
- b) la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica;
- c) l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali);
- d) l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata su prove di efficacia (Evidence based medicine);
- e) il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico; si sottolinea che tale coinvolgimento deve essere ovviamente volontario e che la responsabilità dell'assistenza è del servizio e non della famiglia;
- f) l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo anche da ridurre l'incidenza di suicidi negli utenti;
- g) il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo;
- h) l'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà. Ciò aumenterebbe, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.

Politiche e programmi di salute.

Per dare reale efficacia agli interventi in favore delle persone con disturbi mentali gravi, è necessario predisporre un quadro programmatico e organizzativo che punti alla coordinazione strategica di tutti i soggetti coinvolti.

Si tratta, da un lato di ottimizzare l'organizzazione e la coordinazione dei servizi formali e informali deputati alla tutela della salute mentale; dall'altro di definire strategie innovative che abbiano le caratteristiche di una sorta di «patto per la salute mentale» stipulato tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, forme della cittadinanza attiva, risorse del territorio), e volto alla valorizzazione delle risorse umane, materiali, territoriali.

Modelli organizzativi

Il modello organizzativo dipartimentale, previsto nel precedente progetto obiettivo per i servizi di salute mentale dell'età adulta, è da ritenere il modello più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica, come del resto indicato dal piano sanitario nazionale.

In questo progetto obiettivo si vuole sottolineare la necessità di un modello organizzativo anche per i servizi per l'età evolutiva, onde meglio realizzare l'integrazione e l'interazione con i servizi per l'età adulta e definire comuni politiche e strategie per la tutela della salute mentale in tutte le fasi del ciclo vitale.

Tuttavia, stante l'attuale complessità ed eterogeneità dei modelli organizzativi ed operativi che caratterizzano il settore dell'età evolutiva, rispetto ai quali è necessario acquisire un quadro conoscitivo più approfondito, si ritiene opportuno dedicare alla materia una sezione a parte per individuare i problemi specifici, le risorse necessarie e le possibili soluzioni organizzative, attivando, in collaborazione con le regioni e le province autonome, idonei processi conoscitivi e di sperimentazione, che possano consentire, alla fine del triennio, un più compiuto atto di indirizzo.

Il Dipartimento di salute mentale (DSM)

Nel presente contesto, pertanto, ci si riferisce a DSM dei servizi di salute mentale per gli adulti, anche se è evidente che la maggior parte delle indicazioni relative agli aspetti organizzativi, ai compiti, alle funzioni, alla formazione, ecc., sono da considerare validi anche per le soluzioni organizzative dei servizi per l'età evolutiva.

Indicazioni generali.

Ogni azienda sanitaria istituisce il Dipartimento di salute mentale (DSM), ispirandosi, secondo gli indirizzi delle regioni e province autonome, a modello organizzativo della struttura operativa o al modello tecnico funzionale, garantendo in ogni caso:

l'individuazione delle specifiche risorse, in particolare di organico, dedicate alle attività per la tutela della salute mentale, esercitate dalle unità operative territoriali e ospedaliere del Dipartimento;

omogeneità di programmazione del loro utilizzo, in collaborazione con le strutture operative dell'azienda USL e dell'azienda ospedaliera;

unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite una direzione unica del DSM.

Le regioni e le province autonome provvedono ad emanare direttive per l'istituzione e il funzionamento del DSM, all'interno delle quali sono individuati organi, figure professionali, funzioni e modalità di gestione dello stesso. Sulla base di tali direttive le aziende emanano un apposito regolamento.

Le regioni e le province autonome destinano, per le attività complessive del Dipartimento di salute mentale, in base alla propria realtà territoriale, quote adeguate del fondo sanitario regionale.

Le regioni e le province autonome destinano, inoltre, ai Dipartimenti di salute mentale quote di finanziamento per la realizzazione di strutture territoriali, in particolare residenziali e semiresidenziali. Dette quote possono derivare da programmi finanziati ex art. 20 della [legge n. 67/1988](#), dall'alienazione dei beni relativi agli ex ospedali psichiatrici (art. 32 della [legge n. 724/1994](#)), da altre disposizioni normative, da fondi propri.

L'attribuzione di risorse ai singoli DSM deve tener conto di specifiche esigenze documentate, ad esempio concentrazione di utenti gravi in particolari aree metropolitane, responsabilità del trattamento di soggetti extracomunitari, notevole dispersione territoriale, difficoltà di trasporti.

Il budget del DSM viene negoziato annualmente dal direttore del DSM con la direzione generale dell'azienda sanitaria, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti.

Il DSM, in relazione alla densità della popolazione o alla estensione territoriale, può essere articolato in più moduli tipo, «sottounità» del DSM che comprendono le componenti organizzative relative a corrispondente ambito territoriale. Ciascun modulo ha una direzione unica, sempre a garanzia dell'unitarietà e continuità degli interventi; esso serve un ambito territoriale, tendenzialmente coincidente con uno o più distretti e con un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti.

I moduli tipo del DSM sono anche centri di costo, per un corretto monitoraggio della spesa.

Organizzazione e compiti del Dipartimento di salute mentale

Con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private introdotti dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#), che qui si intendono richiamati per le parti che riguardano l'assistenza psichiatrica, si descrivono qui di seguito gli aspetti organizzativi fondamentali, i compiti e le funzioni principali del Dipartimento di salute mentale.

1. Funzioni generali della direzione del DSM.

Il direttore del DSM è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate. Promuove attività di prevenzione primaria, tramite ricerche

ed interventi sulle culture ed i contesti a rischio. Assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, anche al fine di garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno. Assicura, inoltre, la prevenzione e la verifica degli interventi preventivi, la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo ed in genere l'applicazione di questo progetto obiettivo, nei limiti delle risorse destinate dall'azienda.

Il direttore del DSM adotta un documento in cui sono esplicitati:

la missione, gli obiettivi generali e prioritari del DSM e le attività principali che il DSM si impegna a svolgere, in accordo con il presente progetto obiettivo, e con gli indirizzi programmatici delle regioni e le province autonome;

l'organigramma, con il quale e vengono individuate le linee di autorità e le responsabilità delle varie componenti organizzative e dei progetti specifici;

gli ambiti di attività per le varie figure professionali presenti nel DSM, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia dei rispettivi interventi, evitando, nel contempo, confusioni o conflitti di competenze.

Fatta salva la necessità di definire un piano annuale di attività, approva anche, in accordo con la direzione generale dell'azienda di appartenenza, il piano strategico, ossia un documento che specifica le linee di sviluppo del servizio (quello che il servizio si propone di essere e di fare) a medio termine, cioè a tre-cinque anni.

Per altri aspetti importanti della regolamentazione del DSM, vedere la sezione su procedure e linee guida.

2. Standard e gestione del personale.

Come previsto nel Progetto obiettivo 1994-1996, il DSM ha tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti. In tale rapporto sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psico-sociale, sociologi, assistenti sociali educatori, ausiliari od operatori tecnici di assistenza, personale amministrativo.

Il direttore del DSM, in accordo con la direzione generale dell'azienda sanitaria, definisce ed esplicita le politiche di gestione delle risorse umane.

In particolare, tenendo presenti gli standard suddetti e le disposizioni regionali in materia:

definisce il fabbisogno di personale in termini di equivalenti di tempo pieno per professionalità e posizione funzionale;

valuta il turnover e, se è elevato, propone interventi per diminuirlo;

verifica periodicamente l'adeguatezza dello standard di personale in rapporto alla tipologia e al volume delle attività svolte.

3. Nucleo di valutazione - Miglioramento continuo di qualità (MCQ).

Ogni DSM attiva un nucleo di valutazione e miglioramento di qualità che collabora con gli uffici centrali per la valutazione e il miglioramento di qualità e per le relazioni con il pubblico dell'azienda e agisce di supporto alle attività dirette a migliorare la qualità professionale, la qualità percepita e quella manageriale. Il nucleo è, pertanto, impegnato nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal DSM.

Ogni anno, ciascun DSM dovrebbe essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita.

Nel DSM, nel corso del triennio, dovrebbero essere effettuati almeno i seguenti progetti di MCQ:

un progetto che valuti la soddisfazione degli utenti, dei familiari e della popolazione entro la quale opera il DSM;

un progetto per migliorare la qualità della documentazione clinico-sociale degli utenti;

un progetto per migliorare la continuità dell'assistenza;

un progetto per la razionalizzazione dell'uso degli psicofarmaci;

un progetto sulla valutazione e sul miglioramento della soddisfazione degli operatori;

un progetto per migliorare la collaborazione con i familiari;

un progetto per la riduzione delle recidive.

Nell'ambito delle attività di valutazione, vengono anche effettuati studi di follow up su particolari categorie di utenti, e vengono identificati eventi sentinella (quali, ad esempio, i suicidi dei pazienti in carico, atti di aggressività, reati commessi, perdita di vista di pazienti gravi), sui quali attivare inchieste confidenziali.

4. Sistema informativo.

Presso la direzione del dipartimento è collocato il sistema informativo dipartimentale, il quale raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

consentire di valutare e di ridefinire le politiche e gli obiettivi del dipartimento;

rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati;

integrare le informazioni prodotte dalle singole componenti organizzative del DSM, in modo ad esempio che sia possibile avere un quadro unico della prevalenza e dell'incidenza degli utenti in carico, senza duplicazioni;

fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati;

conoscere il numero dei persi di vista;

rilevare il numero e la proporzione di utenti provenienti da zone esterne al bacino di utenza e conoscere il numero degli utenti del proprio territorio che facciano ricorso a servizi esterni, differenziando tra gli utenti inviati e non inviati dal servizio;

rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza e i costi relativi, distinguendo tra i pazienti inviati e non inviati dal servizio stesso;

rilevare il numero di interventi riabilitativi individualizzati e gli inserimenti lavorativi in ambiente protetto e non protetto;

analizzare i dati relativi ai residenti nel territorio di competenza ricoverati con diagnosi psichiatrica nei reparti ospedalieri diversi dallo SPDC;

ricavare indicatori che permettano di valutare il carico di lavoro del personale e l'entità dell'assistenza fornita in rapporto alla popolazione del bacino di utenza, di confrontare le attività ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di ricovero (distinguendo tra ricoveri volontari e TSO);

diffondere i dati e gli indicatori da essi derivati a tutti gli interessati;

analizzare i dati sul turnover e l'assenteismo del personale forniti dall'azienda.

Il Ministro della sanità emanerà linee guida per la sperimentazione di un sistema di indicatori, omogeneo sul territorio nazionale.

5. Procedure e linee guida.

Nei 24 mesi dall'entrata in vigore del progetto obiettivo, i DSM adotteranno, attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi:

modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;

criteri per la presa in carico;

modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi;

modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza (coordinamento tra SPDC e territorio, turni di lavoro del personale che assicurino il minor numero possibile di cambiamenti di curanti, nomina di un operatore di riferimento);

modalità per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno;

criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO;

criteri, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari e negli altri ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;

riconoscimento e trattamento degli effetti collaterali dei farmaci;

modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie;

reazioni del servizio alla segnalazione di disturbo grave in persona che rifiuta l'intervento;

reazioni del servizio a mancata presentazione agli appuntamenti o ad abbandono da parte di paziente grave;

coordinamento con i servizi di salute mentale per l'età evolutiva;

rapporti di collaborazione e consulenza con gli altri reparti ospedalieri, inclusa la tutela del paziente in carico, ricoverato per patologia somatica;

rapporti di collaborazione e consulenza con i servizi per l'alcoolismo e le tossicodipendenze;

rapporti con i medici di medicina generale e con i servizi del distretto socio-sanitario;

collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari e di utenti della zona;

coordinamento con i servizi sociali e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti; iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e imprenditoriale;

rapporti con le strutture psichiatriche private accreditate, all'interno di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati;

collaborazione, nell'ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione, con gli ospedali psichiatrici giudiziari e con le case di cura e custodia esistenti nel territorio;

modalità di facilitazione dei reclami, di loro classificazione e di risposta agli stessi.

Il Ministro della sanità emanerà apposite linee di indirizzo sulla metodologia e i criteri fondanti la stesura delle suddette linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica.

6. Formazione e aggiornamento.

Il direttore del DSM predispone un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del dipartimento stesso, con indicazione di un responsabile.

Tale piano deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali, e nello stesso tempo favorire la capacità di lavoro in équipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale.

Gli interventi formativi riguarderanno in particolare i seguenti temi:

problematiche relative all'accoglienza, alla valutazione della domanda e alla presa in carico;

aggiornamento sulle metodiche diagnostiche, sugli interventi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi, familiari e sulle strategie di intervento integrato; va data priorità alle strategie terapeutico riabilitative la cui efficacia sia provata da evidenze scientifiche, secondo i principi della medicina basata su prove di efficacia (Evidence Based Medicine);

conoscenze di base sul riconoscimento dei disturbi psichici, sul loro trattamento e in particolare sul riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, soprattutto per quegli operatori privi di formazione specifica;

abilità di comunicazione e di relazione interpersonale;

identificazione e attivazione di risorse comunitarie e territoriali;

acquisizione di competenze sulle metodologie e sulle pratiche dell'intervento di rete;

principi e pratica del MCQ (miglioramento continuo di qualità);

rilevazione corretta dei dati per il sistema informativo.

Ogni programma formativo, promosso o patrocinato dal DSM, dovrà avere obiettivi di apprendimento ben formulati. Dovrà essere valutato il raggiungimento di tali obiettivi sia al termine del programma, sia successivamente, accertando le applicazioni di quanto appreso nel lavoro quotidiano.

7. Carta dei servizi.

La direzione del dipartimento provvede alla stesura e relativa diffusione della parte riguardante i servizi di salute mentale della carta dei servizi dell'azienda di appartenenza. La carta dei servizi comprende come minimo:

la descrizione delle strutture presenti, con modalità di accesso e orari;

la descrizione delle priorità del DSM e delle principali attività svolte;

l'indicazione dei responsabili;

le modalità di segnalazione dei reclami e l'impegno a dare loro risposta;

l'indicazione dei tempi di attesa prevedibili;

i costi per gli utenti;

l'impegno dei DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti e di volontariato.

Componenti organizzative del DSM.

Come già indicato nel precedente Progetto obiettivo, i servizi essenziali costitutivi del DSM (e di ciascun modulo tipo, ove presente) sono il Centro di salute mentale (CSM), il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il Day hospital, il centro diurno, la residenza terapeutico-riabilitativa e socio-riabilitativa.

Il Centro di salute mentale.

Il CSM è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il CSM svolge:

attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;

definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di «rete», ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica;

attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici ed attività formative;

consulenza specialistica ai servizi «di confine» (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), alle strutture residenziali per anziani e per disabili;

attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al fine di assicurare la continuità terapeutica;

valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Esso è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero esso, inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

Esso è ubicato nel contesto di Aziende ospedaliere, o di presidi ospedalieri di Aziende U.S.L., o di policlinici universitari. È parte integrante del dipartimento di salute mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. In tal caso, i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della regione. I rapporti con l'Azienda universitaria sono regolati in conformità ai protocolli d'intesa di cui all'art. 6, comma 1 del [decreto legislativo n. 502/1992](#) e successive modificazioni tra regioni, province autonome e università.

Come previsto dal Progetto obiettivo 1994-1996, il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Day hospital

Il D.H. costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario è aperto almeno otto ore a giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di:

permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi;

effettuare trattamenti farmacologici;

ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Le regioni, province autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione ed il numero dei posti letto in D.H., tenendo presente che un posto letto in D.H. è equivalente ad un posto letto in SPDC, ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992](#), art. 2, commi 1 e 2.

Il Centro diurno (C.D.).

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. E' aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. È dotato di una propria equipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il Centro diurno può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso, fatti salvi i requisiti previsti dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) e dal presente p.o., i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Strutture residenziali.

Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come chiaramente indicato nel precedente Progetto obiettivo, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di

specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali e organizzativi, indicati dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#). Saranno, quindi, differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non avranno più di 20 posti.

Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, le SR vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. Opportuno, anche, prevedere la presenza di adeguati spazi verdi esterni.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso, fatti salvi i requisiti e gli standard previsti dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) e dal presente P.O., i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in conformità ad un programma personalizzato concordato, e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura residenziale, pazienti ed eventuali persone di riferimento.

Si conferma lo standard tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti, di cui al precedente progetto obiettivo. Tuttavia, per le necessità residenziali dei degenti di pertinenza psichiatrica, dimessi dagli ex ospedali psichiatrici, le regioni, province autonome possono stabilire una quota aggiuntiva di un secondo posto letto ogni 10.000 abitanti.

Le regioni, province autonome riesaminano l'offerta complessiva di posti residenziali, pubblici e privati convenzionati, anche in considerazione del fatto che la disponibilità in alcune regioni è superiore allo standard. Ai fini dell'accreditamento, valutano la corrispondenza delle strutture residenziali esistenti ai requisiti del [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) e ad eventuali ulteriori requisiti regionali.

Ruolo degli enti locali

Gli enti locali, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano con proprie specifiche risorse alla realizzazione del presente progetto obiettivo, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci.

In particolare:

i comuni ed i loro organismi di rappresentanza;

garantiscono il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria;

partecipano alla programmazione locale e regionale, ed alla verifica dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale;

assicurano la fruizione dei servizi sociali rivolti alla generalità dei cittadini;

garantiscono il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare; destinano strutture per assicurare i servizi.

Le regioni, province autonome e i comuni garantiscono la partecipazione degli utenti dei DSM alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo, programmate nel proprio ambito territoriale, anche con specifici interventi mirati.

Le regioni, province autonome definiscono criteri, modalità e strumenti certi per la formalizzazione dei rapporti fra Aziende sanitarie ed enti locali.

Ruolo delle università

Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi (ai sensi dell'art. 6 comma 2, del [decreto legislativo n. 502/1992](#), e successive modificazioni), vengono individuate le modalità per l'affidamento di almeno un modulo-tipo del DSM alle Cliniche psichiatriche universitarie, agli Istituti universitari di psichiatria e alle sezioni di psichiatria dei dipartimenti universitari, in relazione alle specifiche funzioni assistenziali svolte complementariamente a funzioni di formazione e di ricerca.

Vengono disciplinate, inoltre, nel rispetto dell'autonomia universitaria, intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del DSM nella formazione universitaria (facoltà di medicina, scuole di specializzazione, diplomi universitari, ecc.).

Area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva

Premessa.

L'esperienza organizzativa dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta, suggerisce che anche le attività di salute mentale dedicate all'età evolutiva (del bambino e dell'adolescente), possano essere realizzate all'interno di un modello dipartimentale, sia di tipo strutturale che tecnico-funzionale, a direzione unica che assicuri l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica e il collegamento funzionale fra tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute mentale, anche laddove collocati in differenti strutture operative.

L'individuazione di un modello organizzativo ottimale, tuttavia, non può prescindere da una più specifica definizione degli ambiti operativi di tale settore, rispetto alla tipologia dei bisogni assistenziali, e da un confronto fra le diverse formule organizzative adottate nel tempo nelle varie regioni, province autonome.

Per fornire un quadro operativo di riferimento per i Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, è necessario tenere presenti i seguenti punti:

a) fare riferimento ai valori demografici ed alle caratteristiche epidemiologiche della fascia di età 0-18 anni (e delle diverse sotto-fasce d'età);

b) considerare che la neuropsichiatria dell'età evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuro-psicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo;

c) considerare gli altissimi indici di comorbidità che esistono (anche in diverse e successive fasce d'età) tra i diversi disturbi seguiti dalla neuropsichiatria dell'età evolutiva, anche e soprattutto fra le tre aree di competenza indicate;

d) valutare con attenzione l'esigenza di mettere assieme, in unità funzionali integrate, diverse professionalità, tenendo presente che il lavoro nel campo della salute mentale in età evolutiva implica una specializzazione specifica per questa fascia d'età: neuropsichiatri dell'età evolutiva, psicologi clinici dell'età evolutiva, terapisti dell'età evolutiva (neuropsicomotricisti, fisioterapisti e logopedisti), assistenti sociali ed educatori specializzati su specifiche emergenze;

e) ponderare le esigenze di piante organiche che rispettino la reale composizione epidemiologica delle diverse patologie, ben distribuite per fasce d'età, e con le molteplici funzioni della psichiatria clinica, della riabilitazione e della psicoterapia.

Alcuni dati sul carico assistenziale.

Il primo punto da considerare è che i servizi di salute mentale dell'età evolutiva seguono già una popolazione clinica imponente, che presenterà o non presenterà dei problemi in età adulta a seconda di quando, come e quanto sarà stata ben seguita. Un solo dato indicativo: i minori portatori di handicap presentano disabilità permanenti che tendono a prolungarsi nel corso della vita, determinando una condizione di non autonomia che oscilla, in rapporto all'appropriatezza o meno degli interventi, tra il 25 e il 50% dei casi. È questa una popolazione ad alto rischio di disturbo psichiatrico secondario, che ha da sempre rappresentato una fonte importante per l'istituzionalizzazione e per la manicomializzazione.

I dati più consolidati sulle patologie seguite sono:

1) circa 2 soggetti su 100 presentano handicap o patologie croniche per cui sono prevedibili interventi terapeutici superiori agli 8 anni;

2) circa 6 soggetti su 100 presentano disturbi neuropsicologici/psicopatologici con diverse occorrenze di comorbidità (nella stessa fascia d'età o in fasce d'età successive; sullo stesso asse problematico o su assi problematici diversi); questi soggetti tendono a richiedere interventi meno intensivi ma diluiti in un periodo che oscilla tra i due ed i cinque anni;

3) circa 4 soggetti su 100 contattano i servizi in età evolutiva in maniera sporadica oppure non li contattano; interventi di prevenzione dovrebbero essere massimamente rivolti su questa fascia di popolazione (che presenta le patologie NPI, con classici cluster di sintomi e di comportamenti pseudo protettivi).

Riportando i tre gruppi su una popolazione di 10.000 soggetti in età 0-18 anni, avremmo rispettivamente 200, 600, 400 soggetti da seguire con diversi tipi di intensità di interventi.

Caratteristiche logistico-organizzative.

Un altro punto da considerare è la complessità della collocazione logistico-organizzativa degli interventi e dei servizi:

collocazione territoriale sia a livello distrettuale sia a livello sovradistrettuale; nel 70% delle situazioni si tratta di ambulatori specialistici e di consultori che vengono frequentati dagli utenti in piccola parte per periodi brevi/lunghi (inferiori ai 18-24 mesi) ed in grandissima parte per periodi con cicli terapeutici-riabilitativi protratti (da un minimo di 3 ad un massimo di 8 anni); in circa il 30% delle situazioni i servizi per quest'ultimo tipo di utenza si sono organizzati con un modulo più economico ed efficiente tipo centro diurno/ospedale diurno. Pur nella differenza dei servizi sono stati realizzati collegamenti necessari ed indispensabili con i consultori materno-infantili, con le istituzioni educative e scolastiche (dai nidi alle scuole medie superiori), con i servizi sociali e i tribunali per i minorenni;

collocazione ospedaliera con degenza piena presso divisioni di neuropsichiatria infantile (o per i piccoli centri all'interno delle divisioni di pediatria, con una specializzazione da perfezionare);

collocazione per fasce d'età: quasi tutti i servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva si pongono l'obiettivo di approfondire la specializzazione degli interventi per fascia d'età, oltre che per patologia (in genere per le fasce 0-6, 6-12, 12-18; in alcuni servizi con interventi più differenziati ancora).

Interventi da compiere.

Per attuare un intervento efficace nel campo della tutela della salute mentale in età evolutiva è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita.

In questa ottica, è centrale:

a) considerare la necessità di un intervento globale che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, e che si sviluppi in stretta interazione con gli interventi socio-assistenziali, di competenza degli enti locali;

b) considerare la stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale, che richiedono un intervento allargato alla famiglia e all'ambiente educativo-scolastico;

c) tener conto della reciproca interazione delle varie aree di sviluppo (motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale), con la necessità conseguente di attuare interventi multidisciplinari;

d) porre attenta e specifica attenzione alle diverse fasce di età: prima e seconda infanzia, latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza.

Gli obiettivi generali possono riassumersi nei seguenti:

a) svolgere una effettiva azione di prevenzione mediante l'individuazione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva;

b) ridurre la prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche.

Obiettivi più specifici sono:

a) costruire una cornice organizzativa con una proporzionalità di investimenti per i Servizi per la salute mentale e la riabilitazione dell'età evolutiva, favorendo la massima integrazione degli interventi attualmente frammentati, e il collegamento delle diverse politiche fra i diversi dicasteri referenti (Sanità, Pubblica Istruzione, Grazia e Giustizia, Affari sociali);

b) razionalizzare secondo una coerente sequenza i diversi interventi, con una integrazione tra i diversi momenti della prevenzione, della diagnosi, della presa in carico, della terapia e dell'integrazione sociale;

c) realizzare progetti che superino l'istituzionalizzazione in età evolutiva e che impediscano la tendenza a «manicomializzare» silenziosamente i casi gravi e cronicizzati;

d) dare adeguato peso agli investimenti necessari per lo svolgimento di tutte le attività, con centri di spesa autonomi e con un monitoraggio della qualità degli interventi;

e) implementare il coordinamento funzionale con tutti gli altri servizi che operano per la tutela della salute mentale per attivare programmi comuni, con particolare riguardo ai servizi psichiatrici per soggetti adulti, ai fini della presa in carico di pazienti in fascia di età «di confine»;

f) promuovere un'attiva collaborazione con le università (istituti di neuropsichiatria infantile, facoltà di psicologia, scuole di servizio sociale ecc.) sia per specifiche funzioni assistenziali, sia per l'impostazione della ricerca clinica, sia per l'area della formazione e dell'aggiornamento.

Da quanto sopra esposto consegue che l'area per la salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva dovrebbe comprendere una rete integrata di servizi, articolata nel modo seguente:

1) servizi ambulatoriali territoriali con funzioni preventive, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, rivolte a bambini e adolescenti con disturbi di natura neuropsicologica/psicopatologica. Detti servizi costituiscono la sede organizzativa della équipe multidisciplinare ed il riferimento per la definizione e la valutazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati, rivolti al bambino ed all'adolescente ed allargati al contesto di vita. Assicurano il collegamento con altre strutture sanitarie (consultori familiari, pediatria di comunità, medicina generale, servizi di ostetricia e di neonatologia, reparti ospedalieri, centri di salute mentale per adulti) e con quelle educative, scolastiche e giudiziarie; partecipano all'attuazione della [legge n. 104/1992](#) per i soggetti in età evolutiva; forniscono consulenza specialistica ai servizi integrativi o sostitutivi della famiglia;

2) polo day-hospital e polo ospedaliero di neuropsichiatria Infantile;

3) comunità diurne e residenziali per adolescenti, il cui contesto psicologico ed educativo garantisca trattamenti prolungati.

Il problema di articolare gli interventi sull'adolescenza è cruciale. Gli adolescenti infatti hanno bisogno di un ventaglio molto ampio di interventi: dal consultorio per adolescenti al servizio di psicoterapia per adolescenti, al ricovero per i casi acuti, ai centri di accoglienza; scelte intempestive potrebbero aumentare il rischio di cronicizzazione, tenendo presente che il rapporto tra segnalazioni e presa in carico è di circa 10:1.

Una programmazione flessibile ed economica, che consenta di dare il massimo delle terapie necessarie in tempi utili (consentendo una valutazione costi-benefici ed impedendo il cronicizzarsi di interventi costosi e magari inadatti per la fascia d'età) e che fornisca risorse sufficienti per abbassare le età medie delle diagnosi e per attivare realmente progetti preventivi dimostrabili, dovrebbe:

1) impostare il lavoro diagnostico e terapeutico coinvolgendo attivamente la rete familiare, con spazi formalizzati, nelle strutture appena indicate;

2) impostare i poli ambulatoriali, con la massima agibilità organizzativa per facilitare una percentuale significativa di attività preventiva su popolazione sana e su popolazione a rischio;

3) investire in posti per le degenze diurne (ospedali diurni e centri diurni), per bloccare le degenze piene inutili, per favorire i cicli terapeutici intensivi (per la riabilitazione) e brevi (per le psicoterapie) per sollecitare il massimo delle integrazioni con le strutture parallele;

4) individuare i posti di degenza piena, con una previsione su scala provinciale-regionale di poli per fascia d'età, per controllare correttamente i turn over veramente utili e per consentire i collegamenti con altre realtà di assistenza comunitaria adeguata.

Conclusioni.

La sintetica ricognizione, che qui è stata presentata, della situazione attuale, operativa e professionale nell'area della salute mentale del bambino e dell'adolescente, fornisce indicazioni orientative che consentono di sviluppare nel territorio nazionale i servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo, sempre tenendo conto delle esigenze prospettate, si ritiene opportuno attivare una fase sperimentale in 3-4 realtà regionali, in cui vengano messi a confronto differenti modelli di organizzazione, tenendo conto delle diverse realtà locali, rispetto ai collegamenti con il Dipartimento per la salute mentale e il Dipartimento materno-infantile.

Tale sperimentazione deve essere concordata, definita e gestita in seno alla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni, province autonome.

Realizzazione del progetto: valutazioni, verifiche, ricerca

L'attuazione del presente progetto obiettivo deve essere accompagnata da azioni di verifica in ordine alla validità degli indirizzi programmatici forniti, attraverso la valutazione dei risultati raggiunti, in rapporto alle risorse umane e finanziarie messe in campo. Devono, inoltre, essere messe a punto mirate attività di sperimentazione e di ricerca.

Per tale scopo il Ministero della sanità, le regioni e province autonome, anche in concorso tra loro, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, delle università e di altri enti di ricerca, promuovono almeno le seguenti attività:

studio delle esperienze esistenti sull'assetto dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva, e sperimentazione dei modelli organizzativi più idonei a garantire gli interventi assistenziali più efficaci ed il raccordo funzionale con i servizi di salute mentale per l'età adulta;

il monitoraggio della spesa tramite l'istituzione di centri di costo;

studio dei sistemi di finanziamento dei servizi di salute mentale;

verifiche sui requisiti per l'accreditamento;

definizione di indicatori demografici e socioeconomici da utilizzare come possibili fattori di correzione degli standard strutturali;

verifiche sulle dotazioni organiche e sulle tipologie delle varie figure professionali, in ordine e fabbisogno e alle necessità formative;

definizione di percorsi di trattamento per patologia e di standard minimi sotto i quali ogni attività risulta inefficace;

diffusione della cultura della valutazione;

ricerca epidemiologica e clinica. Effettuazione di indagini su campioni rappresentativi della popolazione sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici e sui fattori di rischio noti. Attenzione specifica deve essere anche dedicata alla ricerca finalizzata a sperimentare interventi di prevenzione primaria;

definizione di protocolli e modalità di collaborazione fra operatori del dipartimento di salute mentale e operatori dell'amministrazione penitenziaria nel trattamento dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari e in altre strutture psichiatriche penitenziarie, tramite un apposito accordo fra il Ministero della sanità, il Ministero della giustizia, le regioni, province autonome e i comuni;

coinvolgimento delle associazioni scientifiche dei medici di medicina generale nella messa a punto di protocolli di collaborazione con gli operatori di salute mentale per la presa in carico e il trattamento di pazienti psichiatrici.

Piano sanitario nazionale 1998-2000
(Capitolo dedicato alla salute mentale)

Salute mentale.

La complessa problematica della tutela della salute mentale richiede l'elaborazione di uno specifico progetto obiettivo al quale è demandata la definizione di dettaglio degli obiettivi e delle linee di intervento. Di seguito sono richiamati solo alcuni aspetti di carattere generale.

Gli obiettivi.

Per il triennio di validità del Piano sanitario nazionale sono indicati i seguenti obiettivi prioritari:

migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali;
ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Le azioni.

Gli interventi da compiere prioritariamente nel triennio di validità del Piano sono:

completamento su tutto il territorio nazionale del modello organizzativo dipartimentale;

stretta integrazione delle strutture operative coinvolte in modo tale che la presa in carico del paziente sia chiaramente evidenziata nella sua globalità, anche per gli aspetti riguardanti le risorse impiegate;

riconversione delle risorse recuperate dalla chiusura dei manicomi, destinandole alla realizzazione di condizioni abitative adeguate (residenziali e diurne) e alle attività dei dipartimenti di salute mentale;

riqualificazione e formazione del personale sanitario, in particolare di quello già operante negli ex ospedali psichiatrici;

realizzazione di interventi per la tutela della salute mentale in età evolutiva;

adozione di programmi di aiuto alle famiglie con malati mentali, per sostenere i gravi carichi assistenziali che esse affrontano quotidianamente.

(dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#))

Centro di salute mentale

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#).

Requisiti minimi strutturali e tecnologici.

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di:

locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;

locale per attività diagnostiche e terapeutiche;

locale visita medica;

locale per riunioni;

spazio archivio.

Requisiti minimi organizzativi.

Presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura.

Presenza programmata delle altre figure professionali di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#), in relazione alla popolazione del territorio servito.

Apertura 12 ore al giorno per sei giorni la settimana, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza urgenza.

Collegamento con il Dipartimento di emergenza-urgenza.

Collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#).

Presidi di tutela della salute mentale

Centro diurno psichiatrico e day-hospital psichiatrico

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#).

Requisiti minimi strutturali del centro diurno:

locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro diurno, senza altre particolari connotazioni;

locale per colloqui/visite psichiatriche;

collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;

numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita;

Requisiti minimi organizzativi del centro diurno:

presenza di personale medico specialistico e di psicologici programmata o per fasce orarie;

apertura otto ore al giorno, per sei giorni la settimana;

collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#);

presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

Requisiti minimi strutturali del day hospital psichiatrico:

la tipologia dei day hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#);

locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

Requisiti organizzativi del day hospital psichiatrico:

apertura otto ore al giorno, per sei giorni la settimana;

di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di salute mentale o centri diurni), garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;

collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#);

presenza di personale medico ed infermieristico;

presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

Presidi di tutela della salute mentale

Struttura residenziale psichiatrica

Spiega le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#), per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non

risulti utile il ricovero ospedaliero; per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico - riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere, con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Requisiti minimi strutturali:

numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita;

numero massimo dei posti 20;

per strutture fino a 10 posti letto caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni;

per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989](#) allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a) e b); punto f) in relazione alle dimensioni della struttura) e 10;

collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

Requisiti minimi organizzativi:

presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#), programmata o per fasce orarie;

per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;

per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;

per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;

collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994](#).

Le dimissioni di ex degenti degli ospedali psichiatrici, dimessi ai sensi della [legge n. 724/1994](#), art. 3, comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata, da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in RSA.

Glossario e abbreviazioni

Articolazione organizzativa: equivale a modulo tipo.

Componente organizzativa: equivale a struttura assistenziale o a servizio facente parte del DSM e/o del modulo tipo. Il PO individua i seguenti tipi di componenti organizzative: centro di salute mentale, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, day hospital, centro diurno, struttura residenziale.

CD: Centro diurno.

CSM: Centro di salute mentale.

DH: Day hospital.

DSM: Dipartimento di salute mentale.

Linea guida professionale: procedura (vedi) relativa a comportamenti professionali che va vista come aiuto alle decisioni cliniche e non come qualcosa di vincolante e di eccessivamente limitante la libertà clinica. In altri termini, si riconosce che la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali degli utenti è tale che può essere lecito o addirittura doveroso scostarsi da quanto suggerito dalla linea guida; in questo caso però bisognerebbe specificare i motivi di tale scostamento.

Modulo tipo: sottounità organizzativa del DSM.

NPI: Neuropsichiatria infantile.

Obiettivo di apprendimento o educativo : ciò che i discenti devono sapere fare alla fine di un programma di formazione e che non erano in grado di fare prima.

ONLUS: Organizzazione non lucrativa di utilità sociale.

Procedura: documento scritto che facilita l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi e rende più difficili variazioni di comportamento non giustificate e quindi serve a prevenire gli errori. Secondo i documenti ISO 9000, comprende il titolo e il codice, lo scopo, l'ambito di applicazione il responsabile della stesura, la firma di approvazione del responsabile dell'unità organizzativa dove dovrà essere applicata, le date della prima stesura e delle versioni successive, la precisazione delle modalità di archiviazione e di distribuzione. Il testo della procedura tratta ciò che dovrebbe essere fatto, chi lo deve fare (le responsabilità), quando e dove deve essere fatto, con quali materiali e strumenti e come monitorare (verificare) e documentare ciò che viene fatto. La esposizione deve essere chiara, comprensibile facilmente da parte di coloro che dovranno utilizzare la procedura. Le procedure vengono indicate anche con i termini regolamento, documento di servizio, protocollo. Per la differenza rispetto a linea guida, vedi quest'ultima.

Servizio o servizio di salute mentale: in questo documento viene usato genericamente per indicare una qualsiasi componente organizzativa del DSM.

SPDC: Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, reparto di psichiatria di un ospedale generale dove si effettuano trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

SR: Struttura residenziale.

TSO: Trattamento sanitario obbligatorio.
