

Decreto del Presidente della Repubblica

7 aprile 1994

(Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994)

Approvazione del

**PROGETTO OBIETTIVO
"TUTELA SALUTE MENTALE 1994-1996"**

PROGETTO OBIETTIVO

"TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1994-1996"

PREMESSA

La riforma psichiatrica varata nel 1978 con la legge n. 180, poi travasata nei contenuti sostanziali negli articoli 33 e seguenti della legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833, ha aperto la via a profondi cambiamenti culturali e organizzativi a tutti i livelli delle istituzioni pubbliche preposte al settore.

La nuova disciplina legislativa infatti, ha postulato un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali e spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali.

I quindici anni di lavoro e di sperimentazione nel settore psichiatrico che sono seguiti alla riforma hanno dato importanti risultati che sono documentati da una abbondante letteratura prodotta dagli stessi operatori coinvolti nel processo di cambiamento.

Tuttavia i risultati complessivi sono ancora insoddisfacenti. Soprattutto emergono situazioni alquanto differenziate tra le varie regioni italiane per quanto concerne il sistema dei servizi predisposti e le modalità di intervento, come è stato ampiamente documentato dalle ricerche svolte su tutto il territorio nazionale.

Tali ricerche e la letteratura del settore concordano nell'indicare quattro grandi questioni che devono essere affrontate per elevare ed omogeneizzare la qualità dell'intervento attualmente offerto:

- la costruzione in tutte le U.S.L. di una rete di strutture:
 1. strutture territoriali psichiatriche,
 2. strutture residenziali e semiresidenziali con particolare attenzione alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi,
 3. strutture ospedaliere;
- l'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori del settore per metterli in grado di svolgere la maggiore complessità dei compiti loro affidati. In particolare viene richiesta la messa a punto di una preparazione professionale aggiornata e accurata e la diffusione di una nuova cultura:

1. per affrontare le patologie più gravi che si concentravano in passato nei degenti degli ex ospedali psichiatrici, e che emergono ora nelle nuove forme di cronicità,
 2. per affrontare tutte le altre patologie, che sono in grande aumento forse proprio perchè la presenza di servizi ambulatoriali aperti al territorio ha permesso di convogliare verso il settore pubblico una domanda di intervento che prima restava inespressa e veniva vissuta negativamente nella sfera privata e riservata dei singoli e delle famiglie,
 3. per facilitare e promuovere, anche attraverso lo scambio di esperienze e l'integrazione della professionalità, pratiche cliniche e istituzionali, che prevedano il superamento di ogni forma di repressione, di restrizione fisica e di movimento, nonché di assolutizzazione delle tecniche di intervento, favorendo sempre più la partecipazione diretta degli utenti, dei familiari e delle reti sociali ai processi di cura e riabilitazione;
- lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi psichiatrici delle U.S.L. di una precisa responsabilità tecnica e gestionale, che garantisca il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi. Ciò è richiesto dalla pluralità di strutture psichiatriche che insistono sullo stesso territorio, dalla varietà delle figure professionali e dalla presenza di altri servizi non psichiatrici che hanno confini operativi che interessano la salute mentale (medicina di base, assistenza, tossicodipendenza, consultorio, medicina scolastica, neuropsichiatria infantile, ecc.). In questo contesto vario e complesso la continuità terapeutica può essere garantita al cittadino solo mediante un coordinamento dipartimentale del settore;
 - il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico. La progressiva delegittimazione che ha investito questo tipo di istituzione non è stata accompagnata da un uguale lavoro sul territorio per preparare prima, e seguire poi, le condizioni di inserimento non traumatico dei pazienti nel circuito dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo.

A quindici anni di distanza dall'emanazione della legge n. 180 si deve purtroppo rilevare che in alcune realtà tale problema non è stato affrontato con la necessaria decisione, determinando così uno stato di abbandono e di inaccettabile degrado della condizione di vita dei ricoverati.

L'insieme di questi elementi e soprattutto la scarsa articolazione dei servizi, nonché il ritardo nel predisporre strutture ed interventi sul territorio, complementari ed alternativi alla degenza ospedaliera, ha prodotto inevitabilmente un sovraccarico funzionale alla famiglia, che ha portato soprattutto in passato a diffusi fenomeni di rigetto della stessa filosofia della legge n. 180/1978. Tale disagio ha preso corpo, come è noto, in numerosi interventi delle associazioni dei familiari dei malati, nel frattempo costituitesi, finalizzati all'ottenimento delle risposte efficienti a bisogni sempre più complessi.

Una delle motivazioni con le quali viene pressoché unanimemente spiegata la

situazione di crisi dell'assistenza psichiatrica è quella di una discontinua e carente azione di indirizzo, di promozione e coordinamento, ai diversi livelli di governo e di gestione del sistema sanitario.

Nell'ambito della psichiatria non sono infatti stati attivati fino ad oggi in sede nazionale adeguati interventi di rilievo per incoraggiare la piena attuazione della riforma. Nè può essere considerata sufficiente l'esperienza già operata di assegnazione di specifiche risorse finanziarie per il conseguimento di limitati obiettivi, in parte neppure utilizzate.

Va tuttavia segnalato che alcune esperienze programmatiche sono in atto in regioni che hanno varato progetti-obiettivo o hanno dedicato attenzione al settore all'interno del proprio piano sanitario regionale. Altre regioni, invece, hanno adottato provvedimenti di governo limitati a carenze specifiche.

Il risultato, in termini di rete dei servizi attivi sul territorio o di dotazioni di personale destinate al settore è, in ogni caso, al di sotto del fabbisogno e giustifica pienamente la necessità di uno specifico progetto-obiettivo all'interno della programmazione sanitaria nazionale per imprimere una svolta decisiva al processo di realizzazione e di adeguamento di una moderna politica sanitaria nel campo della psichiatria e della tutela della salute mentale.

Insufficienti inoltre sono state finora le iniziative formative per dare fondamento ad una cultura specifica che garantisca una organizzazione del lavoro efficace ed efficiente. Va a questo riguardo sottolineato come la valutazione del lavoro, basato su di un adeguato sistema informativo di settore, sia un aspetto molto sentito dagli operatori ed una adeguata verifica dello stesso non sia stata ancora idoneamente realizzata.

LA STRATEGIA DI INTERVENTO

A questo stadio di maturazione del settore psichiatrico diventa importante attivare una linea di governo che rafforzi il nuovo già emerso e completi quel disegno organizzativo che non può essere affidato soltanto a spinte spontanee.

Si tratta in linea concreta di:

- realizzare il presente progetto-obiettivo, che dovrà trovare attuazione a livello regionale mediante appositi strumenti di pianificazione e di governo del settore;
- razionalizzare l'impiego delle risorse impegnate nel settore, con un accrescimento di produttività da parte dei servizi integrati a rete e con la eliminazione di sprechi e diseconomie;
- attivare infine dei meccanismi di controllo partecipato sullo sviluppo del settore nei tre anni di validità del progetto-obiettivo, attraverso la valutazione tecnico-politica degli organi istituzionali (Conferenza permanente Stato-regioni, commissioni parlamentari), per determinare il

grado di conseguimento degli obiettivi programmati, valutare i risultati stessi rispetto ai costi sostenuti e procedere alla riprogrammazione del settore alla luce delle esperienze compiute, dei conseguimenti realizzati e dei nuovi bisogni emergenti.

Questa nuova filosofia di governo appare favorita anche dal fatto che nella letteratura, e soprattutto nella legislazione di diverse regioni, si sta verificando una sensibile convergenza in ordine ad un modello organizzativo del settore nel quale la protezione della salute mentale, nelle sue componenti preventive, curative e riabilitative, è garantita da:

- l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici che insistono sullo stesso territorio;
- l'azione congiunta e il coordinamento delle attività svolte dai servizi psichiatrici e da altri servizi socio-sanitari "confinanti" (consultorio, centri per tossicodipendenze, ecc.).

Tra i servizi che risultano avere una rilevanza maggiore, sia nella prevenzione precoce che nella riabilitazione, vanno tenuti presente: la medicina di base, la medicina scolastica, la guardia medica, l'assistenza sociale di base, i servizi ospedalieri (pronto soccorso), i servizi socio-sanitari e di neuropsichiatria infantile.

La tutela della salute mentale rappresenta una complessa finalità cui concorrono nei tre ambiti preventivo, terapeutico e riabilitativo, molteplici servizi e unità operative della U.S.L. in integrazione con il servizio di psichiatria.

In questa sede si intende per Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) l'assetto delle strutture proprie dell'assistenza psichiatrica delle U.S.L.

Il D.S.M. appartiene all'azienda-U.S.L. e rappresenta la forma organizzativa che meglio risponde alle esigenze di garantire:

- l'unitarietà della programmazione e della gestione delle attività in psichiatria;
- la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi di intervento.

Al D.S.M. fanno capo tutte le attività, territoriali e ospedaliere, dell'assistenza psichiatrica in modo da garantire:

- il riconoscimento in termini di rilevanza istituzionale e potenzialità operativa, all'interno dell'U.S.L. della sua parità con le altre strutture dell'azienda sanitaria;
- il coordinamento della gestione dei poli operativi nel contesto di una direzione affidata ad una delle figure mediche apicali;
- la programmazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione;
- l'integrazione con l'ospedale (con particolare riguardo al dipartimento di emergenza e alla consulenza nelle strutture di degenza), la medicina di

base (con particolare riguardo al distretto socio-sanitario), il dipartimento materno-infantile, i servizi per le tossicodipendenze, i servizi di assistenza agli anziani;

- il collegamento con l'associazionismo dei familiari degli utenti;
- il rapporto con le cooperative sociali e il volontariato;
- la limitazione dei ricoveri e delle situazioni di "porta girevole";
- la limitazione della cronicità e delle pratiche assistenzialistiche;
- la prevenzione e la gestione delle crisi;
- l'incremento degli interventi di rete sociale e familiare con riduzione della sofferenza e del disagio nel contesto di vita del paziente psichiatrico;
- la disponibilità ad accogliere i tirocini professionali delle varie figure professionali e le prestazioni degli obiettori di coscienza e di volontari;
- la rilevazione e la valutazione epidemiologica dell'attività svolta (sistema informativo di servizio);
- la responsabilizzazione nella gestione economico-finanziaria fino all'autonomia del budget.

Del D.S.M. fanno funzionalmente parte anche quelle strutture e quei presidi gestiti da altri enti o aziende pubbliche (università, aziende ospedaliere) che concorrono al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento. Il D.S.M. deve avere un bacino di utenza definito; garantire tutti gli interventi, compresa l'urgenza; avere un organico pluriprofessionale unico e adeguato ed una direzione unica; disporre di una sede, di ambulatori, posti letto ospedalieri, strutture semiresidenziali e residenziali.

Ogni D.S.M. per poter assicurare tutte le attività di prevenzione, cura (compresa la risposta all'emergenza e al ricovero ospedaliero), riabilitazione e reinserimento sociale adotta uno o più moduli-tipo riferiti tendenzialmente a bacini di utenza non superiori a 150.000 abitanti -ferma restando la potestà regionale di modificare tale indicazione di massima- dotati almeno di:

- una struttura territoriale, il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) sede organizzativa del Dipartimento con attività ambulatoriali e domiciliari;
- un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) dotato tendenzialmente di un posto letto ogni 10.000 abitanti;
- strutture per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o day hospital) con la ricettività tendenziale di almeno un posto ogni 10.000 abitanti;
- strutture per attività in regime residenziale con la ricettività tendenziale di almeno un posto ogni 10.000 abitanti;
- un organico in via tendenziale di almeno un operatore per 1.500 abitanti: in tale rapporto sono compresi psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori, ausiliari o Operatori Tecnici di Assistenza (O.T.A) e, inoltre, personale amministrativo adeguato per numero e qualifica;
- la regione determina l'organizzazione dei D.S.M. con riferimento alle indicazioni di cui sopra, adeguandola alla specificità delle diverse

situazioni locali.

Di seguito, si esemplificano le prestazioni e gli interventi del D.S.M.:

A) Il centro di salute mentale (C.S.M.).

- Il C.S.M. costituisce la sede organizzativa dell'équipe degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività sul territorio.

Svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri, programmazione terapeutica; garantisce inoltre un servizio specifico di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti.

E' aperto almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni a settimana e garantisce l'assistenza sanitaria specialistica al paziente sia presso il proprio domicilio privato che presso il domicilio sociale.

In particolare il C.S.M. assicura:

- l'assistenza ambulatoriale a tutti coloro che si rivolgono alle strutture di salute mentale, con interventi medici e psicologici, assistenziali, sociali, farmacologici, informativi, ecc.;
- l'intervento al domicilio delle persone stesse o dei familiari;
- i rapporti a fini terapeutici con nuclei familiari o con gruppi;
- l'organizzazione di incontri di soggetti assistiti tra loro ed altri soggetti nel quadro di attività terapeutiche, sociali e di educazione socio-sanitaria;
- la sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati;
- la collaborazione con i servizi distrettuali di base, sociali e sanitari;
- l'intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale predisponendo piani di intervento per evitare il più possibile i ricoveri;
- la partecipazione ai programmi e alle iniziative di superamento delle strutture residue manicomiali di competenza, nell'ambito di specifici progetti regionali;
- la ricerca programmata di inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovani ed adulte, utilizzando sia cooperative integrate, sia esperienze lavorative di formazione presso enti appositi, sia inserimenti diretti;
- il filtro ai ricoveri e il controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private;
- adeguate modalità di rapporto con gli specialisti psichiatri convenzionati e di collegamento e collaborazione con i medici di base;
- la consulenza specialistica agli ospedali pubblici non dotati di servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- la promozione di programmi risocializzanti e riabilitativi anche integrati (vacanze, soggiorni, escursioni, campeggi) per gruppi omogenei di

- utenti;
- l'assistenza per il riconoscimento dei diritti previdenziali ed assicurativi degli utenti aventi diritto.

B) Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

1. Il S.P.D.C. provvede alla cura dei pazienti che necessitano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero. Accoglie trattamenti volontari e obbligatori, provvede all'assistenza di pazienti in condizione di emergenza ed è collegato al pronto soccorso. Il S.P.D.C. è ubicato presso ospedali generali pubblici del territorio di competenza.

Il S.P.D.C. è parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato sia amministrativamente autonomo dalla U.S.L. di competenza o appartenente ad altra azienda ospedaliera.

Le regioni individuano il fabbisogno complessivo dei letti negli S.P.D.C. riferendosi al parametro tendenziale di un letto ogni 10.000 abitanti.

La dislocazione degli S.P.D.C. è demandata al piano sanitario regionale o al progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale.

Va ricordata la particolare esigenza del paziente psichiatrico di disporre di spazi e non solo di letti, di movimento possibile e non solo di contenimento necessario, per cui le regioni debbono aver cura particolare nel garantire agli S.P.D.C. spazi adeguati.

C) Le strutture semi residenziali (day hospital psichiatrico e centro diurno).

1. Le strutture semiresidenziali sono destinate ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Comprendono:
 - il Day Hospital (D.H.).
Il D.H. è una struttura semiresidenziale in cui vengono attuati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati dal C.S.M. E' aperto almeno otto ore al giorno ed utilizzato da pazienti con psicopatologia subacuta aventi necessità di intervento farmacoterapico e psicoterapico-riabilitativo. Ha la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno nonchè di limitarne la durata quando questi si rendano indispensabili. La sua configurazione strutturale dovrà perciò prevedere momenti di medicalizzazione dell'intervento e garantire la presenza di locali idonei ad accogliere pazienti che necessitano di terapie infusive e sedative.
Il D.H. è una struttura in cui possono essere ottimizzate procedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso

descrittivo che in senso psicologico-clinico. Ciò può determinarsi attraverso un'attività psicodiagnostica e sistematiche procedure protocollate di valutazione delle risorse psichiche delle difettualità in ordine alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi. Il D.H. costituisce pertanto un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M.;

- il Centro Diurno (C.D.).

Il C.D. è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico) tese a prevenire e contenere il ricovero. E' aperto almeno otto ore al giorno. L'utenza del C.D. è costituita da soggetti i cui bisogni derivano da incapacità o difetti gravi nello stabilire validi rapporti interpersonali e sociali.

Il C.D. configura uno spazio in cui l'équipe operante offre strumenti e opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere idonee modalità di contatto interpersonale nella forma di rapporti individuali e di gruppo. L'offerta comprende anche una gamma di programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in senso lavorativo, per le quali andranno individuate le risorse personali e le attitudini di ogni singolo utente e progettati per ciascuno programmi adeguati.

Il C.D. può essere utilizzato da soggetti la cui sofferenza psichica è riferibile a cause diverse e iscrivibile in quadri psicopatologici molto differenziati. Il C.D. deve essere situato in locali idonei ed adeguatamente attrezzati.

D) Le strutture residenziali

1. I bisogni di lungo-assistenza e la domanda di residenzialità protetta e semiprotetta sono da leggere in rapporto sia al rallentamento delle attività di superamento del residuo manicomiali che al moltiplicarsi dei bisogni assistenziali, terapeutici e riabilitativi della cosiddetta "nuova cronicità".
Si possono al riguardo identificare almeno tre diverse situazioni:
- b. i casi per i quali non sussiste di norma alcuna competenza specialistica psichiatrica (ad esempio l'handicap adulto) e i cui programmi assistenziali e di socializzazione dovrebbero essere gestiti da servizi non psichiatrici;
- c. i casi con programmi assistenziali gestiti da servizi non psichiatrici, ma con la consulenza garantita dal D.S.M. (ad esempio anziani con patologia neuropsichiatrica, tossicodipendenti con problematiche psichiatriche, pazienti AIDS terminali, ecc.);
- d. i casi di esclusiva competenza psichiatrica.

Questa definizione permette di definire bisogni e titolarità di interventi sia per la "nuova" che per la "vecchia" cronicità.

Va ribadito che le strutture e i servizi di assistenza psichiatrica non devono nè possono farsi carico della domanda di residenzialità e di asilo riferibile alle situazioni a) e b).

In ogni caso una risposta che non sia neo-manicomiale deve prevedere l'accoglienza in piccole strutture con non più di 20 posti letto in grado di accogliere, con livelli di protezione medico-psico-sociale differenziati, pazienti del "residuo manicomiale" e i cosiddetti "nuovi cronici".

Per quanto riguarda i caratteri delle strutture riabilitative residenziali, in via pregiudiziale si respingono soluzioni che prevedano eccessive concentrazioni di popolazione assistita e una residenzialità in cui non sia garantita un'adeguata assistenza medico-psico-sociale dal D.S.M.

L'accesso può avvenire solo sulla base di uno specifico programma concordato fra i servizi, i pazienti e i familiari, tenendo conto della presenza di rilevanti problemi di salute mentale, della assenza o dannosità della rete familiare o sociale di supporto, delle disabilità che non consentono autonomia nell'abitare e nelle attività della vita quotidiana.

I principi cui si ispira la gestione delle strutture residenziali sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

Alla luce di questi enunciati, le strutture residenziali avranno caratteristiche che variano a seconda delle esigenze della popolazione servita e del territorio su cui insistono.

Esse potranno pertanto ospitare per periodi medio-lunghi pazienti in trattamento riabilitativo che necessitano dell'intermediazione dell'assistenza psichiatrica per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

E' da prevedere in fine la costituzione di gruppi-appartamento con pazienti giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale.

I presidi dell'area residenziale e semiresidenziale potranno essere garantiti sia direttamente dal servizio pubblico, sia dalla partecipazione del privato sociale o del privato imprenditoriale o di associazioni di volontariato familiare attraverso un rapporto di convenzione con il S.S.N. In questi casi, essi saranno sottoposti alla programmazione, al controllo e alla verifica di qualità da parte della direzione del Dipartimento e la

presa in carico di pazienti potrà avvenire solo su indicazione del Dipartimento stesso.

GLI INTERVENTI DA COMPIERE

Gli interventi da compiere nel triennio di validità del progetto-obiettivo sono:

1. realizzare il modello organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale su tutto il territorio nazionale;
2. promozione di progetti specifici per il superamento del residuo manicomiale;
3. promozione di un sistema informativo, con particolare riferimento al monitoraggio della spesa nel settore dell'assistenza psichiatrica, finalizzato anche alla costituzione di centri di costo;
4. individuazione a livello nazionale di un sistema di indicatori di qualità dell'assistenza psichiatrica;
5. promozione di progetti di formazione e aggiornamento degli operatori coerenti con le finalità del progetto-obiettivo.