

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

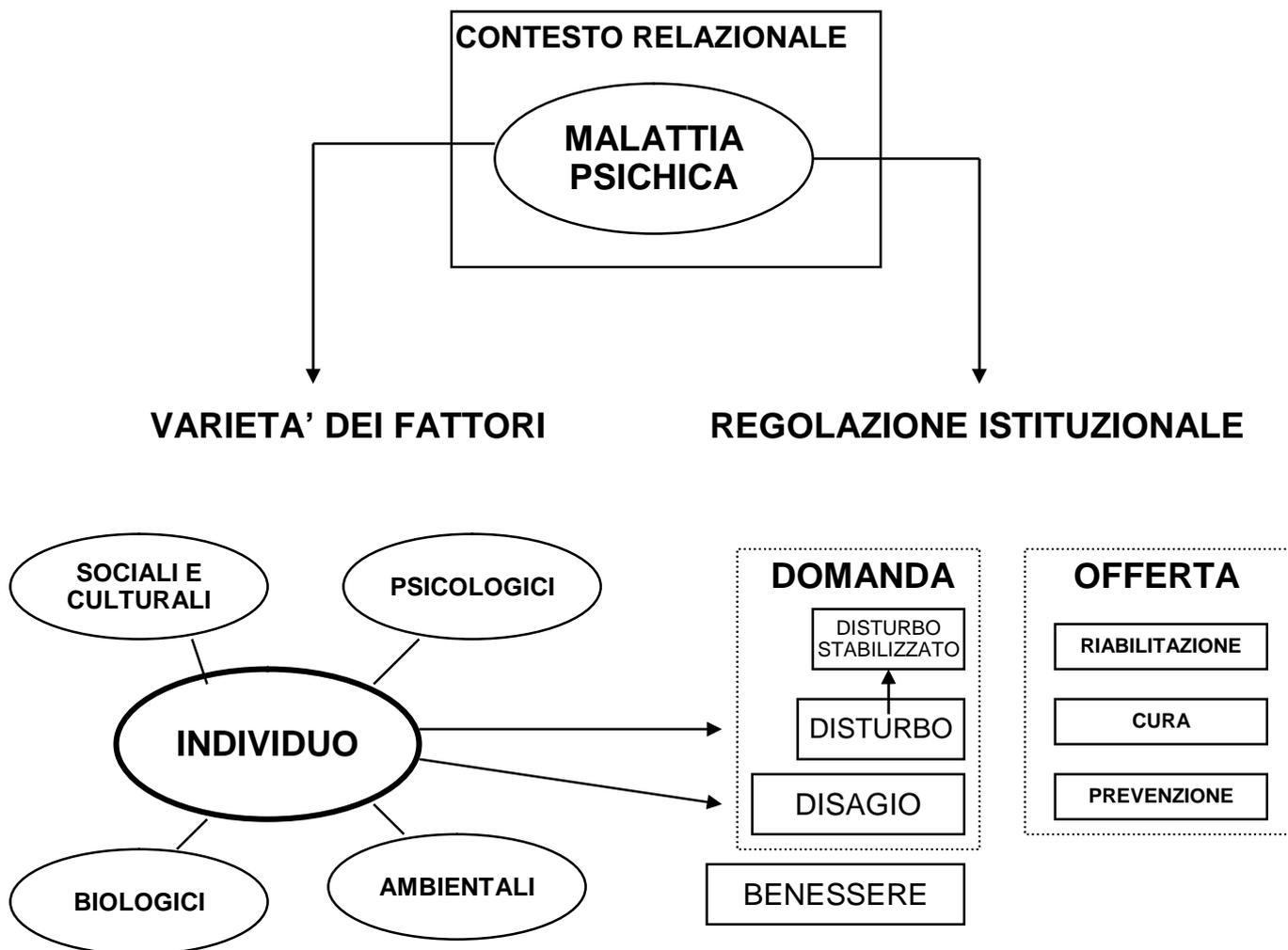
Le politiche legislative statali e della Regione Lombardia

a cura di Paolo Ferrario

7° incontro: 25 Novembre 2011

- Mappa cognitiva: i fattori della domanda psichiatrica
- due schemi utili ad esaminare gli sviluppi delle politiche psichiatriche
- il ruolo determinante dello psichiatra Franco Basaglia. Le biografie e le politiche
- periodizzazione delle politiche legislative statali per la salute mentale
- Erving Goffman, il concetto di “istituzione totale”
- le leggi del primo novecento: consolidamento delle istituzioni manicomiali attraverso i ricoveri coatti
- la legislazione della fine anni sessanta: ospedali psichiatrici specializzati e servizi territoriali
- la legge simbolo “180/1978”: le procedure per i trattamenti sanitari obbligatori. Matrice delle regole e diagramma di procedura
- le politiche psichiatriche della Regione Lombardia: periodizzazione
- Mappa delle unità di OFFERTA: Area riabilitativa, area assistenziale, area sociale
- Dati sul sistema regionale dei servizi psichiatrici
- i successivi PIANI SOCIOSANITARI
- la situazione istituzionale degli OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

FATTORI DELLA DOMANDA PSICHIATRICA



Fonte: Paolo Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma 2001, p. 407

Scaletta argomentativa della monografia Politiche e servizi per la salute mentale

9.1. Introduzione

9.2. Malattie mentali e sistemi socio-culturali

9.3. Origini della psichiatria e dei manicomi

9.4. La prima legislazione sui manicomi

9.5. La modernizzazione psichiatrica

9.6. La riforma psichiatrica

9.7. I processi di chiusura degli ospedali
psichiatrici

9.8. Sistema dei servizi psichiatrici e Progetti
Obiettivo

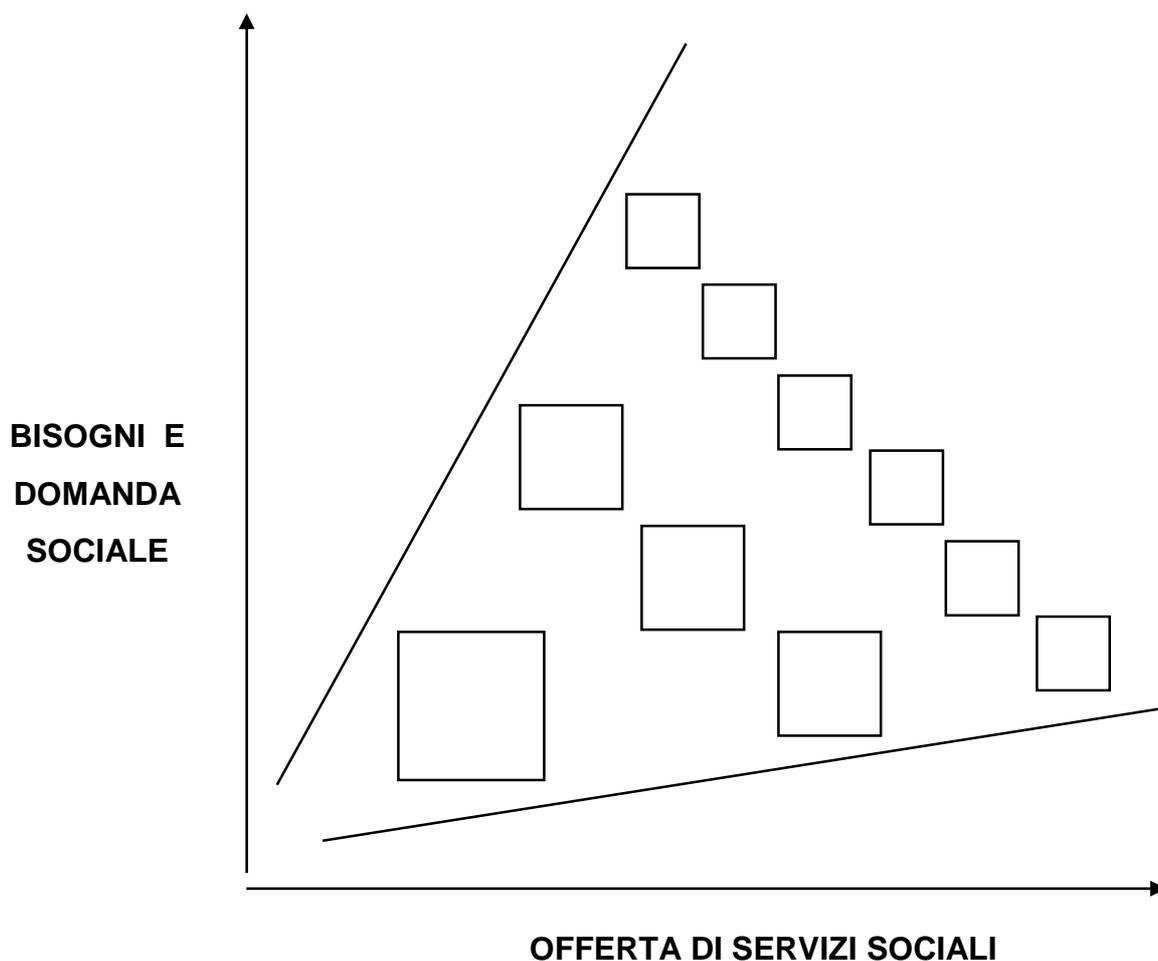
9.9. La riabilitazione psichiatrica

Legislazione statale

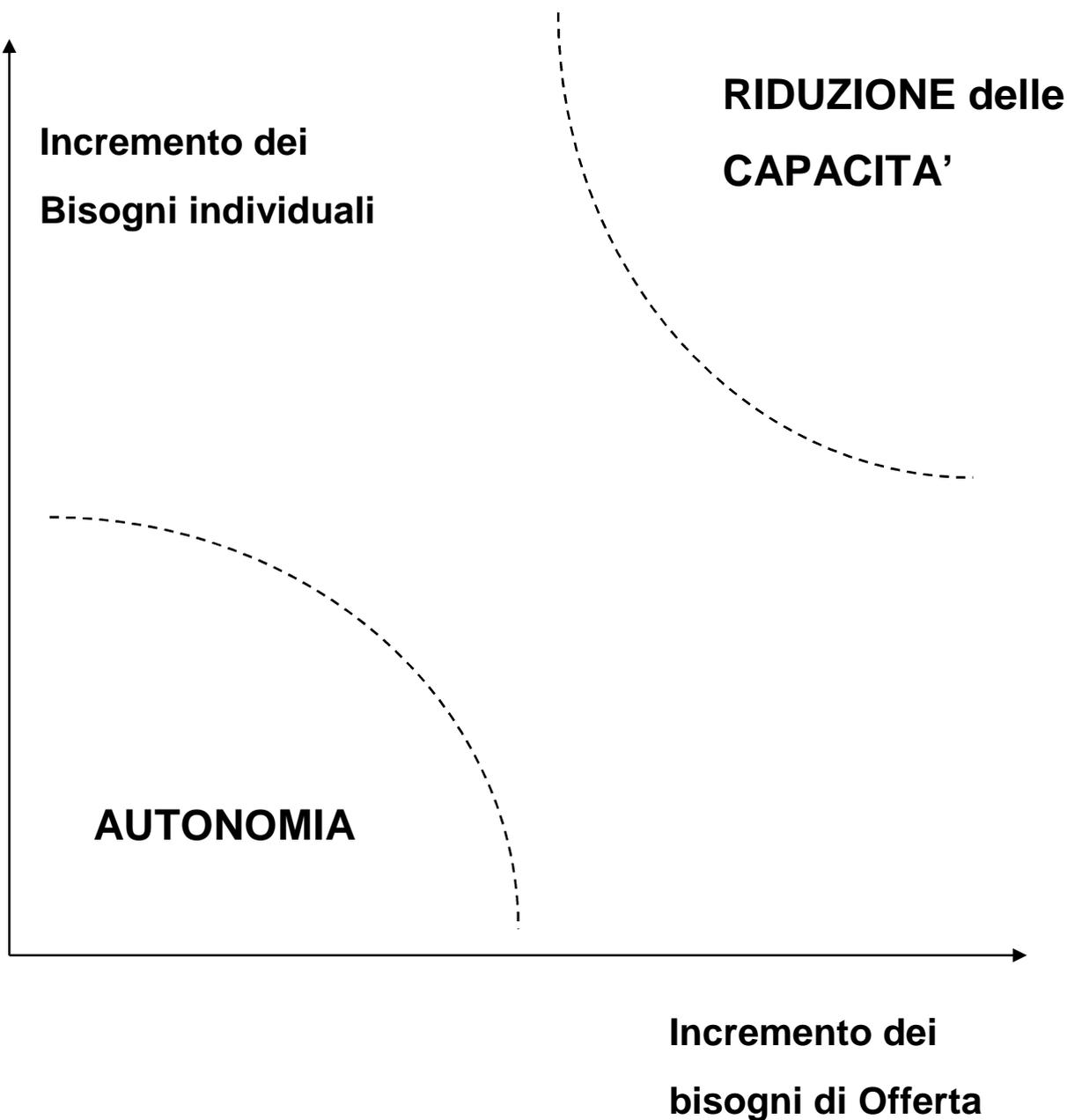
Bibliografia

In Paolo Ferrario, ***Politica dei servizi sociali.
Strutture, trasformazioni, legislazione,***
Carocci Editore

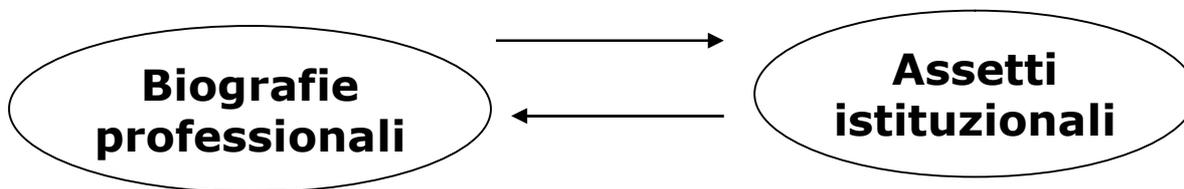
TENDENZA ALLA DIFFERENZIAZIONE DEI SERVIZI



DINAMICHE DELLA OFFERTA IN RAPPORTO ALLA RIDUZIONE DELLE CAPACITA'



STORIA DELLE POLITICHE DEI SERVIZI SOCIALI E PROFESSIONI SOCIALI



| PERIODI | BIOGRAFIE INDIVIDUALI |
|-------------------|-----------------------|
| Primo Novecento | |
| Secondo Novecento | |
| 1972 - 1977 | |
| 1978-1986 | |
| 1986-1991 | |
| 1990-1997 | |
| 1997-2001 | |
| 2001- | |

LETTURE INTERESSANTI SOTTO IL PROFILO PROFESSIONALE

- Franco Basaglia, **SCRITTI**, a cura di Franca Basaglia Ongaro
 - **Volume 1 1953-1968**,, Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia:
 - **Volume 2 1968-1980** Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica
- Franco Basaglia, **L'ISTITUZIONE NEGATA**, rapporto da un ospedale psichiatrico, Einaudi 1968
- Eugenio Borgna, **LE INTERMITTENZE DEL CUORE**, Feltrinelli, 2003
- Eugenio Borgna, **L'ATTESA E LA SPERANZA**, Feltrinelli, 2005

C'era una volta la città dei matti, di Marco Turco, 2010

Film Rai Tv sulla vita professionale di Franco Basaglia

Qui un dibattito sul film:

<http://cinrac.wordpress.com/2011/06/07/cera-una-volta-la-citta-dei-matti-di-marco-turco-sulla-vita-professionale-di-franco-basaglia/>

Qui un sito dedicato al film:

<http://www.lacittadeimatti.rai.it/dl/portali/site/articolo/ContentItem-5acb81fc-de6b-4ddf-8dde-85f3919fdd54.html>

Qui uno stralcio del film:

<http://www.youtube.com/watch?v=OcWCT8pJqd8>

SERVIZI PSICHIATRICI

POLITICHE LEGISLATIVE STATALI

FASI

AZIONI

1904 - 1907
LEGISLAZIONE SUI
MANICOMI

- CREAZIONE DI GRANDI STRUTTURE
- PREVALENZA DEL CONTROLLO (RICOVERO COATTO)

1968
RIFORMA
OSPEDALI PSICHIATRICI

- TENTATIVO DI RAZIONALIZZAZIONE OSPEDALIERA

1978
SUPERAMENTO
OSPEDALI PSICHIATRICI

- ATTENUAZIONE DEL CONTROLLO
- PRIMI SERVIZI TERRITORIALI
- MOVIMENTO DI “PSICHIATRIA DEMOCRATICA”

ANNI 80
Avvio POLITICHE REGIONALI
DELLA PSICHIATRIA E
TENTATIVI DI REVISIONE

- PROCESSI FINALIZZATI ALLA CHIUSURA DEGLI O.P. (“LEGGE 180”)
- REGIONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA
- TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI

1994
PROGETTO
OBIETTIVO “TUTELA
della SALUTE MENTALE

- LEGISLAZIONI REGIONALI
- SVILUPPO DELLA RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI
- VARI PROGETTI (NON RIUSCITI) DI REVISIONE

1999
PROGETTO
OBIETTIVO “TUTELA
della SALUTE MENTALE
1998-2000

- CONFERMA DELL' OBIETTIVO DEL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI
- INDICAZIONI DI CRITERI ORGANIZZATIVI

Situazione attuale
DEFINITIVA COMPETENZA
ORGANIZZATIVA
ALLE REGIONI

- RIBADISCE IL MODELLO DEL 1994

LE ISTITUZIONI TOTALI

"LUOGO DI RESIDENZA E DI LAVORO

DI GRUPPI DI PERSONE CHE – TAGLIATE FUORI DALLA SOCIETA’

PER UN CONSIDEREVOLE PERIODO DI TEMPO –

SI TROVANO A DIVIDERE UNA SITUAZIONE COMUNE

TRASCORRENDO PARTE DELLA LORO VITA

IN UN REGIME CHIUSO E FORMALMENTE AMMINISTRATO

in Erving Goffman, *Asylums – le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Edizioni di comunità, Milano 2001

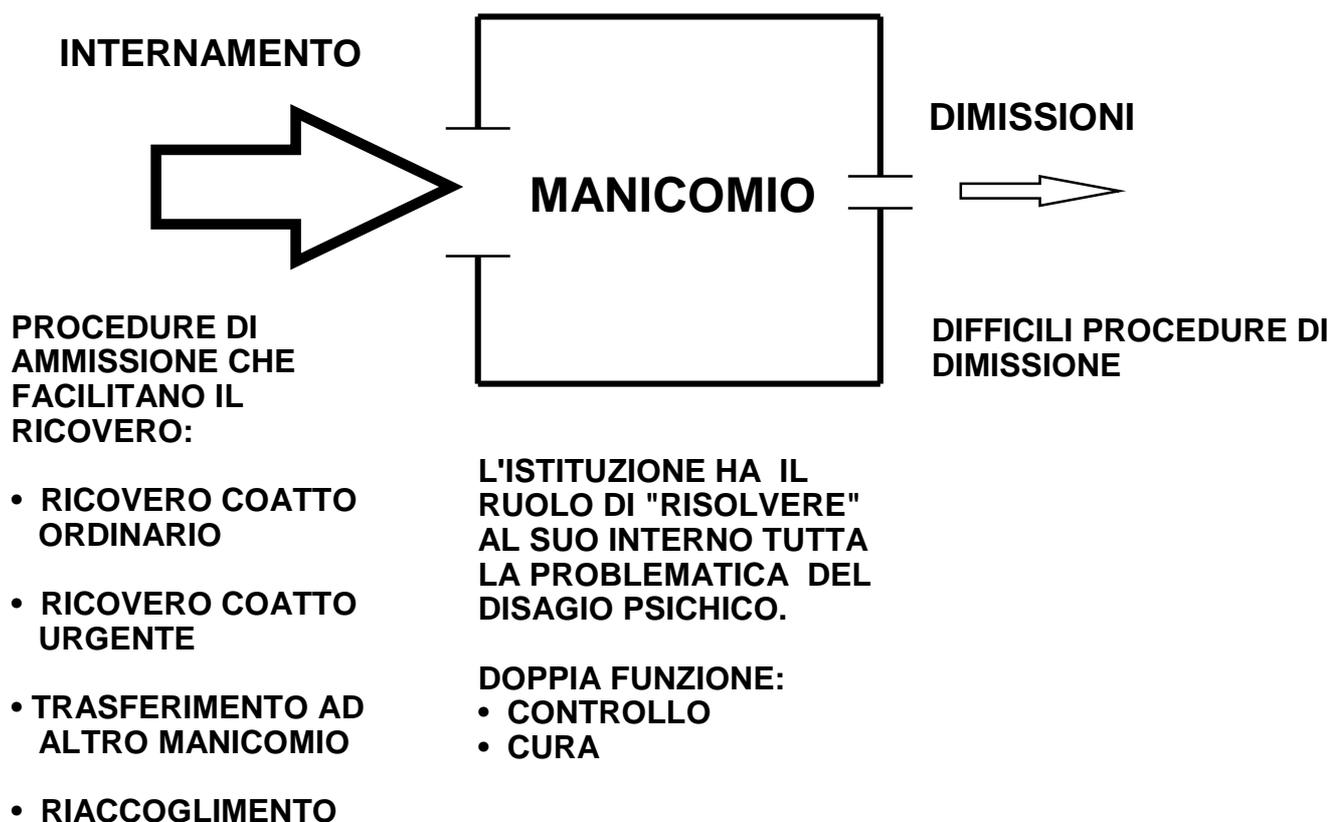
1° edizione americana: 1961

1° edizione italiana: 1968, nella traduzione di Franca Ongaro Basaglia

Le 5 categorie di ISTITUZIONI TOTALI nella “storica” analisi di Erving Goffman

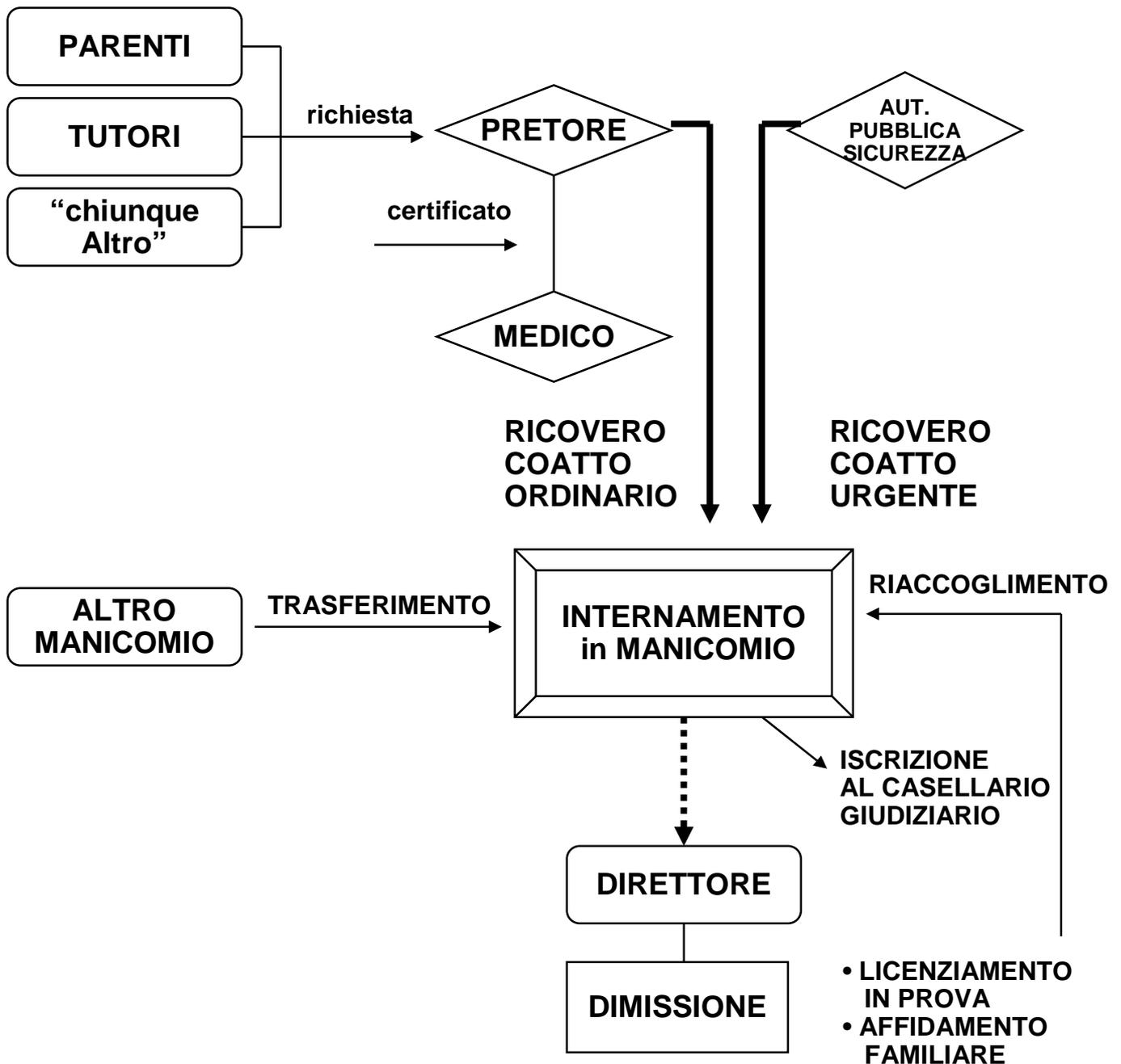
- **Per la tutela degli incapaci non pericolosi (vecchi, ciechi, orfani ...)**
- **Per coloro che, incapaci di badare a sé rappresentano un pericolo non intenzionale per la comunità (es. Tbc, manicomi, ...)**
- **Per coloro che rappresentano un pericolo intenzionale (prigioni, penitenziari, campi di concentramento, ...)**
- **Istituzioni per lo svolgimento di particolari attività (navi, collegi, grandi fattorie, piantagioni, ...)**
- **Istituzioni staccate dal mondo (monasteri, chiostri, ...)**

SERVIZI PSICHIATRICI MANICOMIO 1904-1909



Fonte: Paolo Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma 2001, p. 421

ASSISTENZA PSICHIATRICA: LE PROCEDURE DI INTERNAMENTO NELLA PRIMA LEGISLAZIONE MANICOMIALE (1904 – 1907)



SERVIZI PSICHIATRICI RIFORMA ANNI '60

- **INTRODUZIONE DEL RICOVERO VOLONTARIO
E PERMANENZA DEL RICOVERO COATTO**

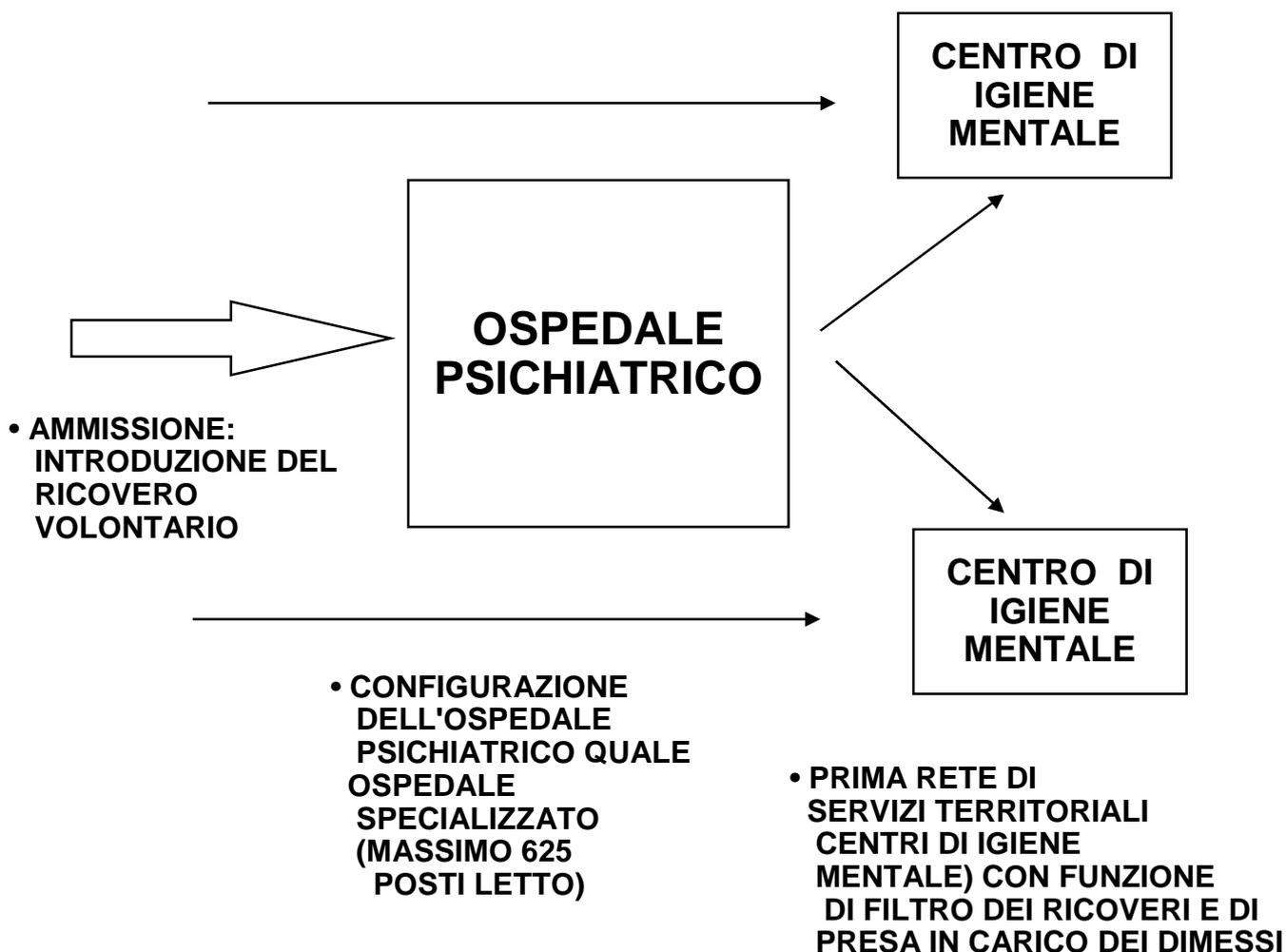
- **ABROGAZIONE DELL'ANNOTAZIONE NEL
CASELLARIO GIUDIZIARIO
E PERMANENZA DELL'OBBLIGO DI COMUNICARE LE DIMISSIONI
DALL'O.P. ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA
NEI CASI DI RICOVERO COATTO**

- **ASSIMILAZIONE DELL' O.P. AD UN
OSPEDALE SPECIALIZZATO DI PICCOLE DIMENSIONI
(MASSIMO 625 POSTI LETTO)**

- **TENDENZIALE MIGLIORAMENTO DEGLI STANDARD DI
PERSONALE (DIRETTORE, IGIENISTA, PSICOLOGO,
PRIMARIO-AIUTI-ASSISTENTI IN OGNI DIVISIONE OSPEDALIERA,
1 INFERMIERE OGNI 3 POSTI LETTO, 1 ASSISTENTE SANITARIA O
ASSISTENTE SOCIALE OGNI 100 POSTI LETTO**

- **AVVIO DELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI, DENOMINATI
SERVIZI DI IGIENE MENTALE, TENDENZIALMENTE
AUTONOMI E DOTATI DI PERSONALE SPECIFICO (DIRETTORE,
PSICHIATRI, PSICOLOGI, ASSISTENTI SOCIALI, ASSISTENTI
SANITARIE, INFERMIERI, AUSILIARI DI ASSISTENZA**

SERVIZI PSICHIATRICI: LA RAZIONALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO 1968



Fonte: Paolo Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma 2001, p. 432

SERVIZI PSICHIATRICI: “LEGGE 180” DEL 1978 (poi Legge 833/1978)

- **PRINCIPIO DELLA VOLONTARIETA' DELLA CURA E INTRODUZIONE DEI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI RIFERITI A SPECIFICHE MOTIVAZIONI E PROCEDURE**

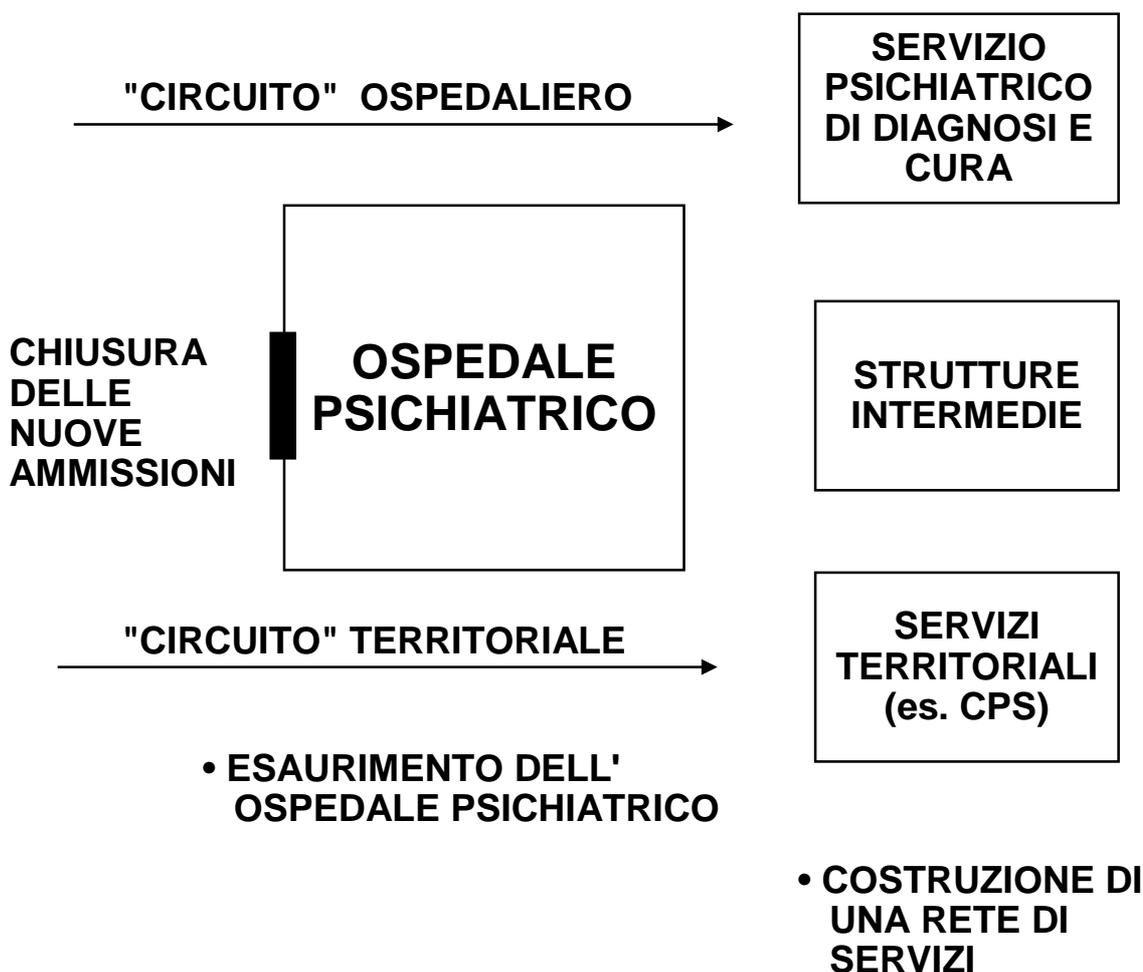
- **NORME GARANTISTE A TUTELA DEL MALATO**

- **INDIVIDUAZIONE DELL'OSPEDALE GENERALE QUALE SEDE DEI T.S.O.**

- **OBIETTIVO DELLA CHIUSURA PROGRESSIVA DEGLI O.P. TRAMITE IL BLOCCO DELLE NUOVE AMMISSIONI E LO SVILUPPO DEI SERVIZI ALTERNATIVI AL RICOVERO E DELLE STRUTTURE INTERMEDIE**

- **REGIONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA**

SERVIZI PSICHIATRICI: LA "CHIUSURA " DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO 1978

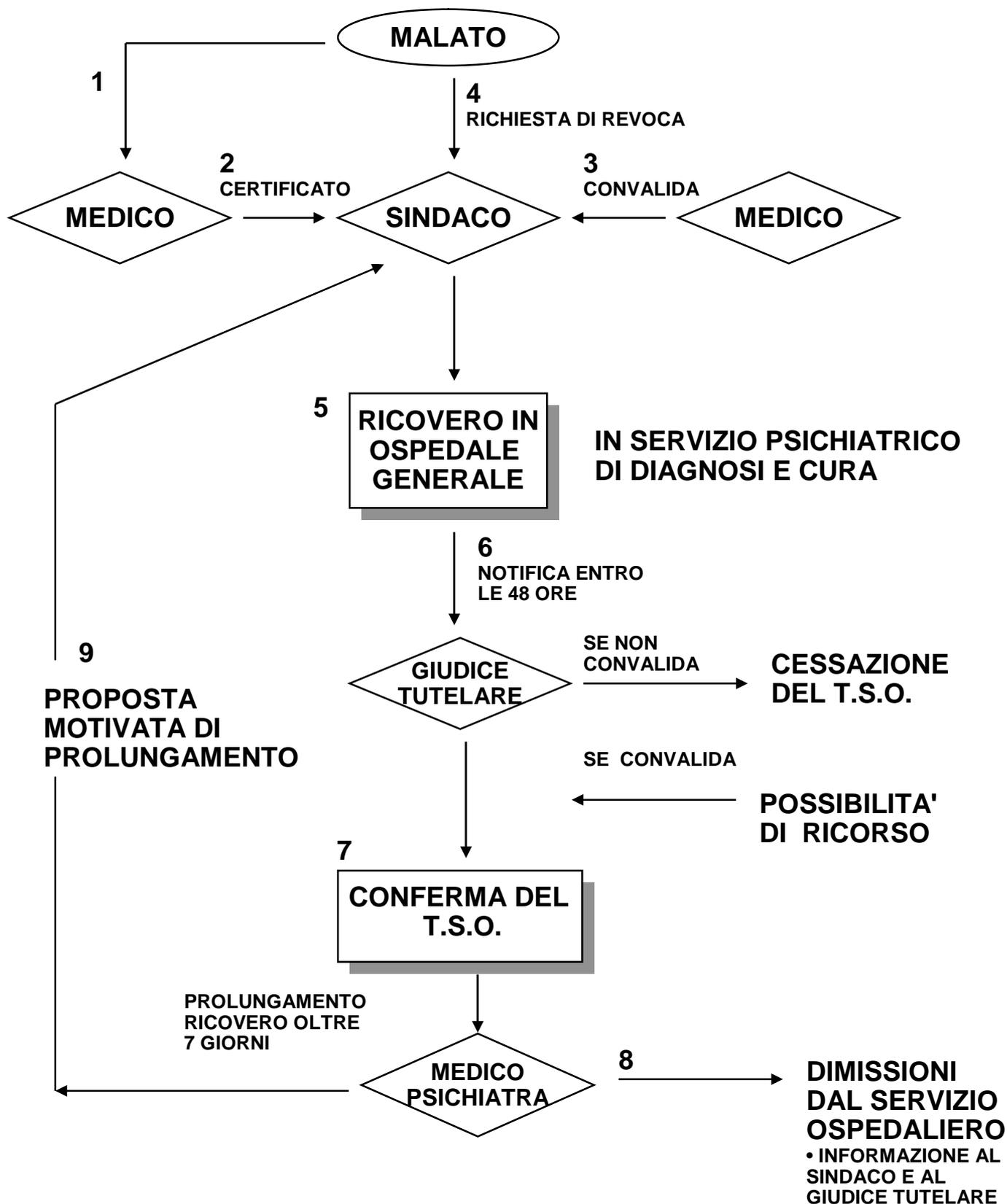


TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI
MATRICE DI LETTURA DELLA L. 833/1978

L. 833/1978

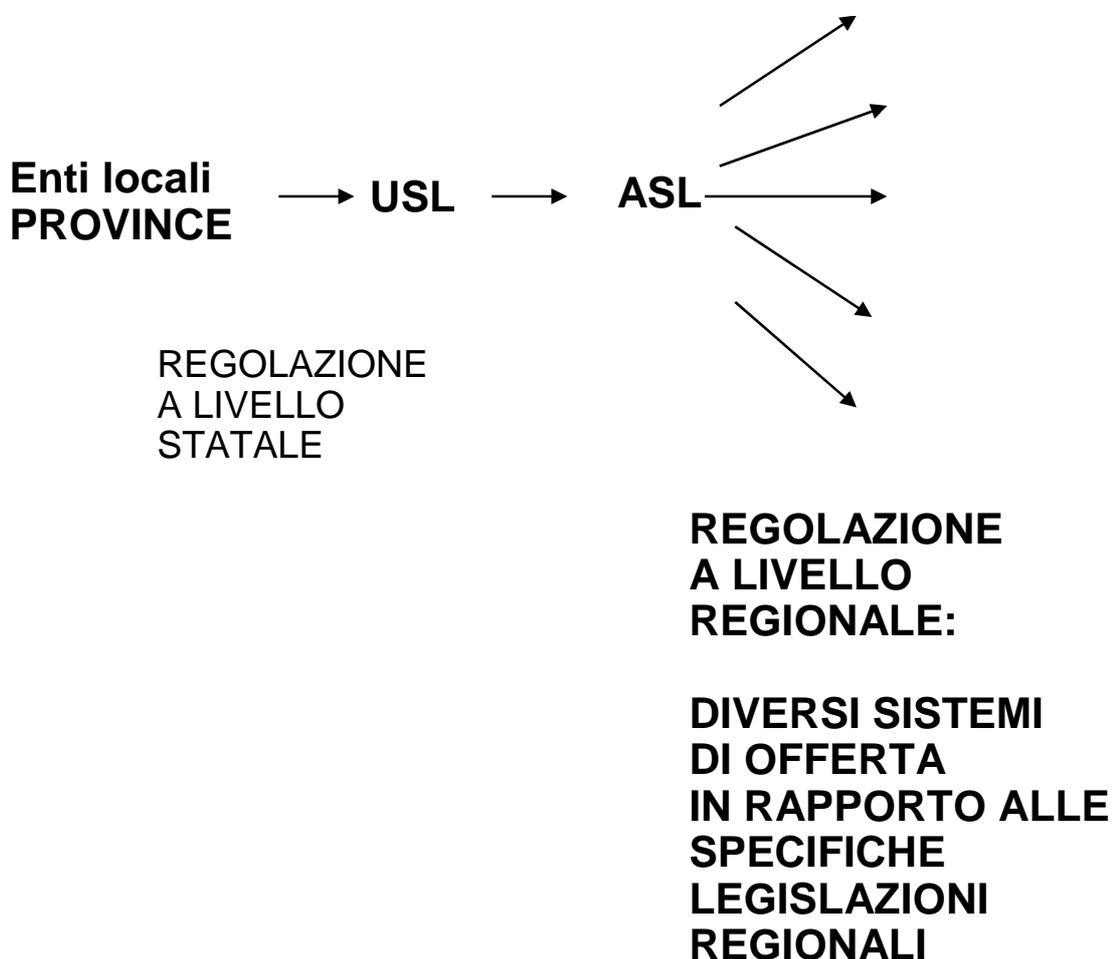
| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI | 33 |
| TSO IN CASO DI MALATTIA MENTALE | 34 |
| TSO IN CASO DI DEGENZA OSPEDALIERA | 33/c2 |
| RICOVERO OBBLIGATORIO | |
| MOTIVAZIONI | 34/c4 |
| PROCEDURE | 34/c4 |
| SCADENZE DI TEMPO DEL TSO | 35/c1 |
| DURATA DEL TSO IN OSPEDALE | 35/c4,c5 |
| RICORSI E REVOCHE | 33/c8,9; 35/c8 e seg. |
| INFERMII GIA' RICOVERATI IN O.P. | 64/c1 |
| SERVIZI PSICHIATRICI | |
| COMPITI DELLE REGIONI | 34; 2/g;14/c1,2 |
| SUPERAMENTO DEGLI O.P. | 34/c1 |
| DIRETTORE DELL'O.P. | 64/c3 |
| TUTELA | 35/c6 |

SERVIZI PSICHIATRICI: PROCEDURE DEI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI



Fonte: Paolo Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma 2001, p. 437

POLITICHE PSICHIATRICHE DAL PUNTO DI VISTA DELLE ISTITUZIONI RESPONSABILI NELLA LORO GESTIONE



LOMBARDIA

POLITICHE LEGISLATIVE UN MATERIA DI SERVIZI PSICHIATRICI

PROCESSI ISTITUZIONALI

AZIONI

1980 - 1983
COSTITUZIONE DELLE
USSL E PRIME
PROGETTAZIONI

- **AMMINISTRAZIONE DELLA**
SITUAZIONE ESISTENTE

1984 - 1985
PROGETTO OBIETTIVO
E LEGGI SPECIFICHE

- **INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' DI**
OFFERTA E DEL MODELLO
ORGANIZZATIVO
- **SVILUPPO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO :**
LR 31/12/1984, PROVVEDIMENTI PER LA TUTELA
SOCIO – SANITARIA DEI MALATI DI MENTE
E PER LA RIORGANIZZAZIONE
DEI SERVIZI PSICHIATRICI

1995-1997
P.O. Tutela
Socio-sanitaria
Dei malati di mente

1997
RIORGANIZZAZIONE
SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE

- **LA RETE DI OFFERTA PSICHIATRICA**
VIENE AFFIDATA ALLE AZIENDE OSPEDALIERE

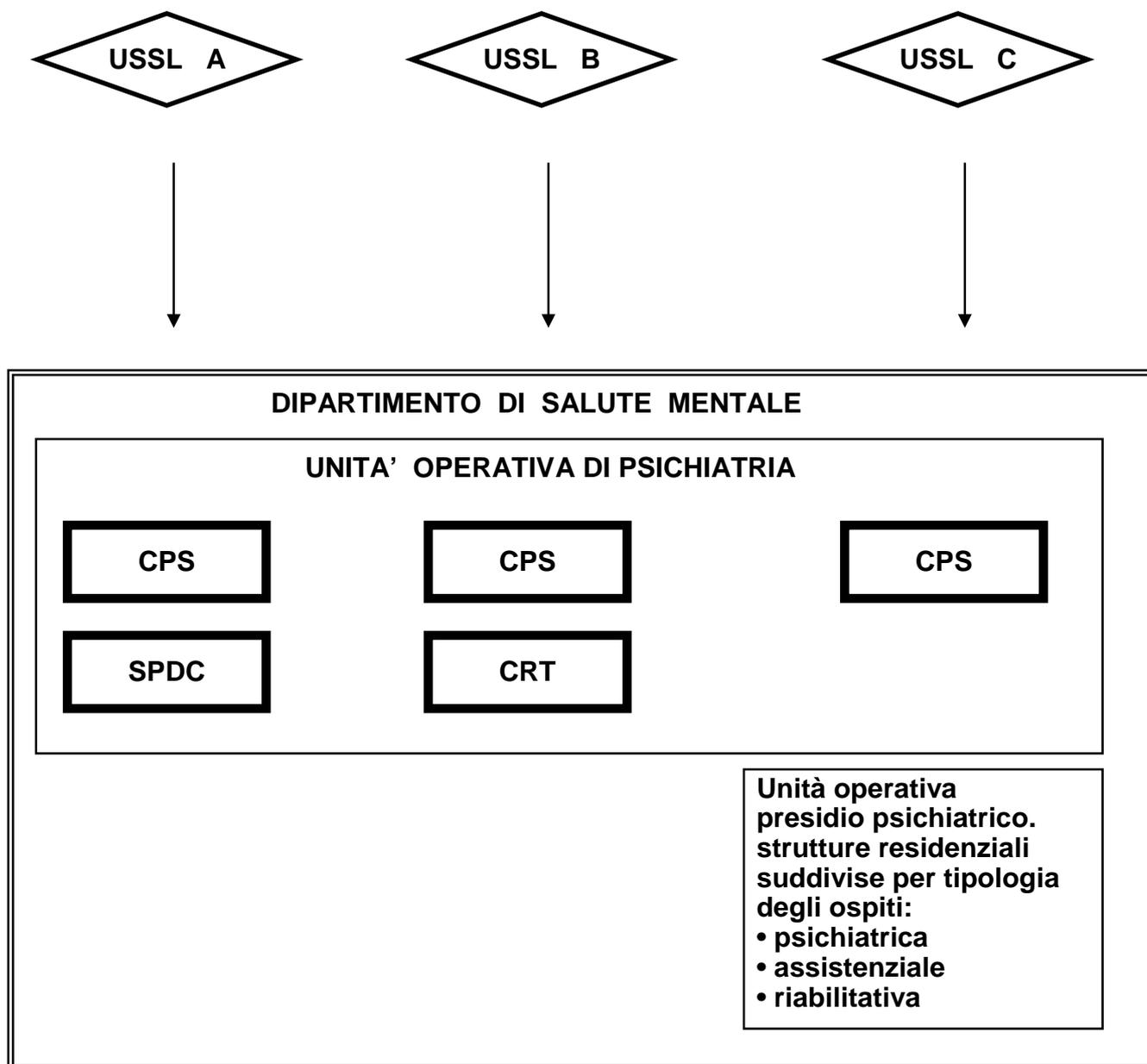
2004
PIANO REGIONALE
SALUTE MENTALE

- **RIORGANIZZAZIONE DELLE RESIDENZIALITA'**

2007
PIANO
SOCIO SANITARIO
2007-2009

2009
PIANO
SOCIO SANITARIO
2010-2014

SERVIZI PSICHIATRICI: IL MODELLO LOMBARDO negli anni '80



CPS: Centro psico-sociale

SPDC: Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

CRT: Centro residenziale di terapie psichiatriche e di risocializzazione

Piano regionale per la salute mentale in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2002/2004 DCR n. 7/17523, 17 maggio 2004

Un punto chiave:

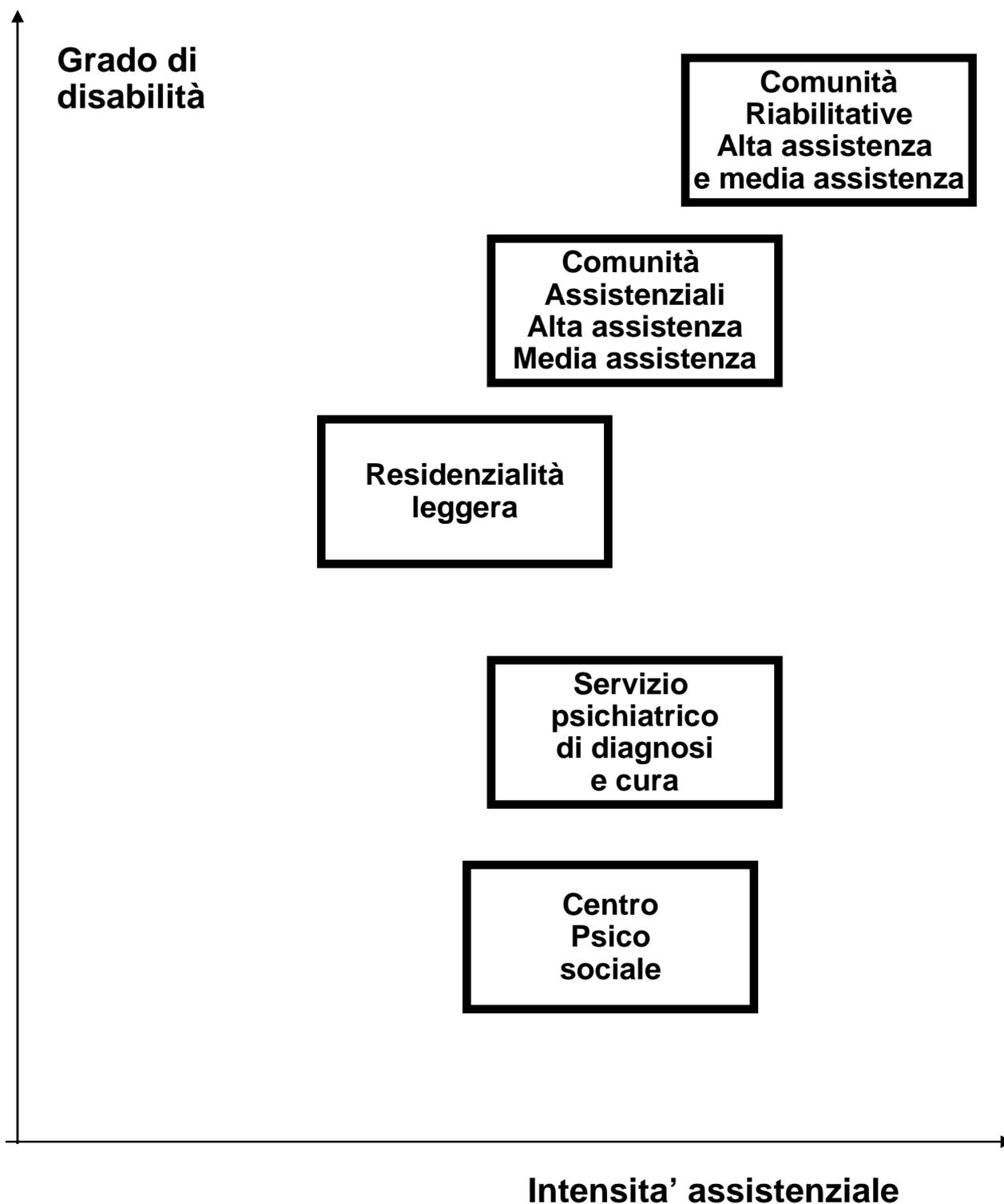
“necessità di operare per una differenziazione delle strutture protette allo scopo di qualificarne il funzionamento, sulla base di due assi:

- a) Livello di intervento terapeutico e riabilitativo**
- b) Grado di intensità assistenziale offerto”**

(pag 84)

| PUNTI CHIAVE | capitoli |
|--|--|
| Domanda psichiatrica | 1.1 |
| Offerta | 1.2 |
| Istituzioni: regione, enti locali, asl, aziende ospedaliere | 2.1 |
| Percorsi assistenziali | 3.1 3.2 3.3 |
| Strutture residenziali riabilitative: <ul style="list-style-type: none">• CRA Comunità riabilitative ad alta assistenza• CRM Comunità riabilitative a media assistenza Strutture residenziali assistenziali: <ul style="list-style-type: none">• CPA Comunità protette ad alta assistenza• CPM Comunità protette a media assistenza Strutture residenziali dell' "area sociale": <ul style="list-style-type: none">• Casa alloggio, Casa famiglia, Appartamento autonomo | 3.4 |

LA RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI **Piano regionale per la salute mentale** **2002/2004**



SERVIZI PSICHIATRICI NELLA REGIONE LOMBARDIA

Tipi di unità di OFFERTA

1

| Denominazione | Definizione |
|--|---|
| SPDC servizio psichiatrico di diagnosi e cura | trattamenti in fase acuta da attuarsi in regime di degenza ospedaliera, volontaria o in TSO |
| CPS (centro psico sociale) | struttura territoriale che ha il compito di fornire attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche (individuali e di gruppo), attività riabilitative e il coordinamento delle visite domiciliari |

AREA RIABILITATIVA

| | |
|---|---|
| CRA Comunità Riabilitativa Alta assistenza | struttura residenziale a riabilitazione intensiva; propone una offerta assistenziale di alto grado estesa sulle 24 ore, una adeguata presenza di personale psico-socio-educativo accanto a quello sanitario, con programmi ad alta intensità riabilitativa della durata massima di 18 mesi e programmi per la post-acuzie della durata massima di 3 mesi. |
| CRM Comunità Riabilitativa Media assistenza | struttura residenziale a riabilitazione intensiva; propone una offerta assistenziale di medio grado estesa sulle 24 ore, una adeguata presenza di personale psico-socio-educativo accanto a quello sanitario, con programmi ad alta intensità riabilitativa della durata massima di 24 mesi |

SERVIZI PSICHIATRICI NELLA REGIONE LOMBARDIA

Tipi di unità di OFFERTA

2

AREA ASSISTENZIALE

| Denominazione | Definizione |
|---|--|
| CPA Comunità Protetta Alta Assistenza | struttura residenziale a riabilitazione estensiva; propone una offerta assistenziale estesa sulle 24 ore; una prevalenza di personale sanitario e di assistenza alla persona; deve comunque essere garantito un organico adeguato per attuare i progetti riabilitativi; programmi di media intensità riabilitativa delle durata massima di 24 mesi estendibili a 36 mesi in specifiche situazioni e in coerenza con il PTI; programmi di bassa intensità riabilitativa delle durata massima di 36 mesi rinnovabili |
| CPM Comunità Protetta Media assistenza | struttura residenziale a riabilitazione estensiva; propone una offerta assistenziale di medio grado estesa sulle 12 ore; con personale di assistenza alla persona dedicata al supporto abitativo; deve comunque essere garantito un organico adeguato per attuare i progetti riabilitativi; programmi di media intensità riabilitativa delle durata massima di 24 mesi estendibili a 36 mesi in specifiche situazioni e in coerenza con il PTI; programmi di bassa intensità riabilitativa delle durata massima di 36 mesi rinnovabili |

SERVIZI PSICHIATRICI NELLA REGIONE LOMBARDIA

Tipi di unità di OFFERTA

3

AREA SOCIALE

| | |
|---|---|
| <p>programmi di “residenzialità leggera”</p> | <p>programmi individuali che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata al fine di consentire il completamento del percorso riabilitativo del paziente. Il Piano Regionale sottolinea che questi programmi <i>“sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria territoriale, in piccoli nuclei, offre un essenziale supporto al vivere”</i>. Pertanto, la durata di tali programmi può essere quella di un breve periodo o dell'intera vita. Le strutture di Area Sociale possono essere di varie tipologie: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA. Si tratta di strutture con caratteristiche sociali e socio-assistenziali che possono ospitare fino ad un massimo di 10 posti letto e che sono reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale .</p> |
|---|---|

Residenzialità leggera /Normative

- PRSM 17/5/2004: Agli Enti Locali, in particolare ai COMUNI spetta il compito dell'intervento socio-assistenziale
- DGR VIII/004221 del 28/2/2007 :
I Programmi di RESIDENZIALITA' LEGGERA necessitano del reperimento di soluzioni abitative da individuarsi con il concorso degli Enti, in particolare il COMUNE.



IL SISTEMA DI SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA

Direzione Generale Sanità

Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme

A cura di Antonio Lora

A partire da qs [LINK](#) è possibile scaricare il documento in pdf
[IL SISTEMA SALUTE MENTALE DELLA REGIONE LOMBARDIA](#)

Elaborato dalla Direzione Generale Sanità

Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme
e a cura di Antonio Lora

Lo trovi anche [Qui](#)

Oppure qui: [sistema di salute mentale lombardia-antonio Lora](#)

| | |
|---|----------|
| Introduzione | Pag. 4 |
| Materiale e metodo | Pag. 6 |
| Il Sistema Informativo Psichiatrico della Regione Lombardia | Pag. 12 |
| Il personale in servizio nelle Unità Operative di Psichiatria pubbliche e nelle Strutture Private accreditate | Pag. 18 |
| Prevalenza trattata | Pag. 26 |
| Incidenza trattata | Pag. 42 |
| Centri Psicosociali e Ambulatori | Pag. 56 |
| Centri Diurni | Pag. 86 |
| Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura | Pag. 106 |
| I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche | Pag. 132 |
| Le Comunità Protette | Pag. 156 |
| Conclusioni | Pag. 180 |
| Appendice | Pag. 190 |

IL PERSONALE IN SERVIZIO NELLE UNITÀ OPERATIVE DI PSICHIATRIA PUBBLICHE E NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

1) IL SETTORE PUBBLICO

| TABELLA 1: PERSONALE DIPENDENTE, CONVENZIONATO E A CONTRATTO NEL 2005 OPERANTE NEL SETTORE PUBBLICO | | |
|---|-------------|----------------------------|
| | DIPENDENTE | CONVENZIONATO/ A CONTRATTO |
| Medici | 747 | 34 |
| Infermieri /coordinatori pers. Infermieristico /ass. Sanitarie | 2374 | 30 |
| Auxiliari/ato | 779 | 7 |
| Psicologi | 176 | 59 |
| Assistenti sociali | 155 | 6 |
| Educatori professionali | 397 | 49 |
| Personale amministrativo/altro personale | 94 | 23 |
| TOTALE | 4722 | 208 |

| TABELLA 2: PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SETTORE PUBBLICO NEL 1999 E NEL 2005 | | |
|---|-------------|-------------|
| | 1999 | 2005 |
| Medici | 737 | 747 |
| Infermieri /coordinatori pers. Infermieristico /ass. Sanitarie | 2609 | 2374 |
| Auxiliari/ato | 744 | 779 |
| Psicologi | 179 | 176 |
| Assistenti sociali | 176 | 155 |
| Educatori professionali | 295 | 397 |
| Personale amministrativo/altro personale | n.r. | 94 |
| TOTALE | 4740 | 4722 |

SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sono strutture operative interdisciplinari, deputate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale).

In Lombardia, con la Legge 31 sono afferiti alle Aziende Ospedaliere

PIANO SOCIO SANITARIO 2007-2009

DCR VIII/0257 26 ottobre 2006

VIII LEGISLATURA

ATTI: 004563

SEDUTA DEL 26 OTTOBRE 2006

DELIBERAZIONE N. VIII/0257

Presidenza del Vice Presidente LUCCHINI

Segretari: I Consiglieri FERRAZZI e BONFANTI

Consiglieri in carica:

| | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ABELLI Gian Carlo | FERRAZZI Luca Daniel | PRINA Francesco |
| ADAMOLI Giuseppe | FERRETTO CLEMENTI Silvia | PROSPERINI Pier Gianni |
| AGOSTINELLI Mario | FORMIGONI Roberto | QUADRINI Gianmarco |
| ALBERTONI Enrico Adalberto | FROSIO Gioiud | RAIMONDI Marcello |
| ALBONI Roberto | GAFFURI Luca | RINALDEN Gianluca |
| BECCALOSSI Viviana | GALLI Stefano | RIZZI Monica |
| BELOTTI Daniele | GALLINA Mauro | ROSSONI Giovanni |
| BENIGNI Giuseppe | GALPERTI Guido | RUFFONELLI Luciana Maria |
| BONETTI BAROGGI Alberto | GIAMMARIO Giuseppe Angelo | SAFFIOTI Carlo |
| BONFANTI Battista | GUARISCHI Massimo Gianluca | SALA Mario |
| BONI Davide | LUCCHINI Enzo | SAPONARO Marcello |
| BORGHINI Gianpietro | MACCARI Carlo | SARFATTI Riccardo |
| BOSCALLI Giulio | MACCONI Pietro | SCOTTI Marco |
| BUSCEMI Massimo | MAIOLO Antonella | SERAFINI Giancarlo |
| CATTANEO Raffaele | MAULLU Stefano Giovanni | SPREAFICO Carlo |
| CE' Alessandro | MAURO Rosa Angela | SQUASSINA Arturo |
| CECCHETTI Fabrizio | MIRABELLI Franco | SQUASSINA Oswald |
| CIPRIANO Marco Luigi | MONGIZZI Carlo | STORTI Alberto |
| CIVATI Giuseppe | MORETTI Enzo | TOSI Stefano Nando |
| COLUCCI Alessandro | MUHLBAUER Luciano | VALENTINI PUCCITELLI Paolo |
| CONCORDATI Gianfranco | NICOLI CRISTIANI Franco | VALMAGGI Sara |
| CORSARO Massimo Enrico | ORLANI Ardemia Maria Pa | VOTTO Antonio |
| DALMASSO Sveva | PERONI Margherita | ZAMBETTI Domenico |
| DE CAPITANI Giulio Achille | PISANI Domenico | ZAMPONI Stefano |
| DEMARTINI Luciano | PIZZETTI Luciano | ZANELLO Massimo |
| FABRIZIO Maria Grazia | PONZONI Massimo | ZUFFADA Sante |
| FATUZZO Elisabetta | PORCARI Carlo | |

Consiglieri in congedo: BECCALOSSI, GUARISCHI e MAIOLO.

Consiglieri assenti: BORGHINI e ZAMPONI.

Risultano pertanto presenti n. 75 Consiglieri

Assiste il Segretario dell'Assemblea Consiliare: MARIA EMILIA PALTRINIERI

OGGETTO: PIANO SOCIO SANITARIO 2007-2009.

INIZIATIVA: GIUNTA REGIONALE

COMMISSIONE REFERENTE: III

CODICE ATTO: PDA/0076

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 7 |
| 1. IL MODELLO FEDERALE DI GOVERNO | 7 |
| 2. LA MISSIONE E GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA LOMBARDO | 10 |
| 2.1 Il governo del sistema sanitario | 10 |
| 2.2 La rete dei servizi | 11 |
| 2.3 I sistemi di valutazione, la qualità dei servizi e l'analisi di impatto delle politiche | 12 |
| 2.4 Il Terzo settore sanitario, sociosanitario e sociale | 14 |
| 2.5 L'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socioassistenziali | 14 |
| PARTE I | |
| 1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO | 15 |
| 1.1 Il miglioramento continuo della qualità nel sistema: prospettive future | 15 |
| 1.2 Il ruolo della Regione e delle ASL | 20 |
| 1.3 L'attività progettuale | 22 |
| 1.4 Le collaborazioni pubblico privato | 22 |
| 1.5 Il sistema sanitario e socio-sanitario in Italia ed in Europa | 23 |
| 1.6 LEA: ulteriori livelli regionali | 24 |
| 1.7 L'accessibilità delle prestazioni | 24 |
| 1.8 I tempi di attesa | 26 |
| 1.9 La valorizzazione delle professionalità per migliorare il SSR | 28 |
| 1.10 La libera professione | 29 |
| 1.11 La promozione del governo clinico nell'organizzazione sanitaria | 30 |
| 1.12 La valutazione permanente e la responsabilizzazione delle risorse umane | 32 |
| 1.13 La gestione del rischio in sanità | 32 |
| 1.14 I cittadini e la famiglia: partecipazione, educazione, informazione e comunicazione | 34 |
| 1.15 L'area delle funzioni informative e di ascolto | 34 |
| 1.16 L'accoglienza degli utenti | 35 |
| 1.17 L'area delle funzioni di comunicazione | 36 |
| 1.18 Le nuove sfide: linee di sviluppo delle politiche sociosanitarie in continuità con le azioni attuate nell'ultimo triennio | 37 |
| 2. LOMBARDIA: IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO | 40 |
| 2.1 Il contesto demografico e sociale | 41 |
| 2.1.1 Famiglia | 42 |
| 2.1.2 Minori | 42 |
| 2.1.3 Giovani | 43 |
| 2.1.4 Anziani | 44 |
| 2.1.5 Disabili | 44 |
| 2.1.6 Poveri | 45 |
| 2.1.7 Immigrati | 46 |
| 2.1.8 Dipendenti da droga ed alcool | 46 |
| 2.1.9 Terzo settore | 47 |
| 2.2 Il quadro epidemiologico | 47 |

| | |
|--|-----------|
| 3. IL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO | 49 |
| 3.1 La prevenzione: il rilancio sulla base dell'evidenza scientifica | 49 |
| 3.2 Le cure primarie | 51 |
| 3.3 La formazione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta | 52 |
| 3.3.1 La continuità assistenziale | 53 |
| 3.4 Associazione evoluta e integrata in medicina generale | 53 |
| 3.5 Ospedale: il mantenimento dell'alto livello qualitativo delle attività per acuti | 53 |
| 3.6 Il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale | 54 |
| 3.7 La rete dell'emergenza urgenza – l'Azienda regionale lombarda | 54 |
| 3.7.1 Pronto soccorso/DEA/EAS | 55 |
| 3.7.2 Filtro e ricoveri | 56 |
| 3.7.3 Reti per patologie ad alta complessità | 56 |
| 3.7.4 La rete del trasporto sanitario di soccorso | 57 |
| 3.7.5 Emergenza per eventi straordinari di bioterrorismo | 57 |
| 3.7.6 L'emergenza urgenza come sistema regionale. Il nuovo soggetto gestionale | 57 |
| 3.8 La rete delle strutture riabilitative | 58 |
| 3.9 L'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio | 60 |
| 3.10 I processi di riforma: le strategie, gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio | 60 |
| 3.11 La famiglia tra fragilità e risorse | 60 |
| 3.12 Gli anziani | 62 |
| 3.13 I disabili | 63 |
| 3.14 Continuità del percorso assistenziale ospedale territorio per il paziente disabile | 64 |
| 3.15 I minori | 64 |
| 3.16 Povertà, emarginazione, carcere | 65 |
| 3.17 Immigrazione, rifugiati e richiedenti asilo | 66 |
| 3.18 Emigrazione e frontalierato | 68 |
| 3.19 Le dipendenze | 68 |
| 4. LE REGOLE DI GOVERNO DEL SISTEMA | 69 |
| 4.1 Il finanziamento del sistema | 69 |
| 4.2 La negoziazione ed i contratti | 71 |
| 4.3 L'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità | 72 |
| 4.4 Il sistema dei controlli | 73 |
| 4.5 I controlli sulle prestazioni dei servizi sanitari | 74 |
| 4.6 I controlli contabili | 75 |
| 4.7 La programmazione sociale e sociosanitaria | 75 |
| 4.7.1 I piani di zona | 76 |
| 4.7.2 I piani aziendali | 77 |
| 4.8 I soggetti della programmazione a rete: i soggetti pubblici | 77 |
| 4.8.1 Il ruolo dei comuni | 77 |
| 4.8.2 Il ruolo delle ASL | 78 |
| 4.8.3 Il ruolo delle province | 79 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.9 | Il privato sociale | 80 |
| 4.9.1 | Il Terzo settore | 80 |
| 4.9.2 | L'impresa sociale | 80 |
| 4.9.3 | Fondazioni di erogazione (<i>grant making</i>) | 81 |
| 4.9.4 | Associazionismo di solidarietà familiare | 82 |
| 4.9.5 | Il servizio civile | 83 |
| 4.10 | La semplificazione amministrativa in ambito socio-sanitario e sociale | 84 |
| 4.11 | Il governo degli ospedali pubblici | 84 |
| 4.11.1 | L'attivazione di sperimentazioni gestionali/collaborazioni pubblico privato e la trasformazione di aziende o parti di esse in fondazioni | 84 |
| 4.11.2 | Gli investimenti | 86 |
| 4.11.3 | Il patrimonio strutturale ed i finanziamenti in conto capitale | 87 |
| 5. | LA FORMAZIONE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE | 90 |
| 5.1 | La valutazione delle tecnologie in termini di efficacia e di costi come priorità di un programma di eccellenza | 90 |
| 5.2 | La formazione | 91 |
| 5.3 | Il ruolo dell'università | 92 |
| 5.4 | La rete regionale della formazione, della ricerca e dell'assistenza | 93 |
| 5.5 | La formazione del personale del SSR | 94 |
| 5.5.1 | Sviluppo e diffusione della formazione manageriale | 95 |
| 5.5.2 | La formazione continua/ECM – CPD | 95 |
| 5.5.3 | La formazione degli operatori del welfare | 97 |
| 5.6 | La ricerca e l'innovazione | 98 |
| 5.6.1 | Governance della ricerca | 99 |
| 5.6.2 | La ricerca biomedica e tecnologica | 100 |
| 5.6.3 | I settori strategici nei prossimi anni | 101 |
| 5.6.4 | Le sinergie tra ricerca e formazione | 101 |
| 5.7 | Lo sviluppo dei sistemi informativi socio-sanitari e la sanità digitale | 102 |
| 5.7.1 | Lo sviluppo dell'e-Health | 103 |
| 5.7.2 | La telemedicina | 104 |
| 5.7.3 | Il sistema informativo socio sanitario (SISS) | 105 |
| 5.7.4 | Il sistema direzionale | 105 |
| 5.7.5 | I sistemi informativi aziendali | 106 |

PARTE II

| | | |
|-----------|--|------------|
| 1. | LE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIO | 107 |
| 1.1 | La promozione della salute dall'età evolutiva: punti strategici di innovazione | 107 |
| 1.2 | Promozione degli stili di vita | 107 |
| 1.2.1 | Prevenzione e controllo delle malattie infettive | 108 |
| 1.3 | Accertamento del diritto all'indennizzo ex l. 210/1992 | 109 |
| 1.3.1 | Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (mst, hiv, aids e tb) | 109 |
| 1.4 | Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ad ampio impatto sociale | 110 |
| 1.4.1 | Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica | 110 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 1.4.2 | Prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiocerebrovascolari | 111 |
| 1.4.3 | Il sistema sangue regionale | 112 |
| 1.5 | Prevenzione delle malattie cronico degenerative ad ampio impatto sociale | 113 |
| 1.5.1 | Il diabete | 113 |
| 1.5.2 | Obesità | 113 |
| 1.5.3 | Patologie dell'apparato respiratorio | 114 |
| 1.5.4 | Malattie allergiche | 114 |
| 1.5.5 | Le malattie reumatiche | 115 |
| 1.5.6 | Le malattie renali | 115 |
| 1.5.7 | Le malattie neurologiche | 116 |
| 1.6 | La promozione e tutela della famiglia | 116 |
| 1.7 | Il governo della rete socio-sanitaria | 116 |
| 1.8 | Il consolidamento istituzionale della sussidiarietà e lo sviluppo del Terzo settore | 117 |
| 1.9 | La coesione sociale | 117 |
| 2. | GLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI BENESSERE SOCIALE | 118 |
| 2.1 | La salute della donna e del bambino, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti | 118 |
| 2.1.1 | L'équipe ostetrica (ginecologo e ostetrica) | 119 |
| 2.1.2 | Ospedalizzazione in età pediatrica | 120 |
| 2.1.3 | Urgenza – emergenza pediatrica | 120 |
| 2.1.4 | Prevenzione della sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS) e della morte inaspettata del feto | 121 |
| 2.2 | Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro | 121 |
| 2.2.1 | Piano regionale amianto | 122 |
| 3. | PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA | 123 |
| 3.1 | Prevenzione degli infortuni domestici | 124 |
| 3.2 | Prevenzione degli incidenti stradali | 124 |
| 3.3 | Sicurezza alimentare | 124 |
| 3.4 | Ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale | 126 |
| 3.5 | Prevenzione delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo | 126 |
| 3.6 | Tutela del benessere animale | 126 |
| 3.7 | Lotta al randagismo | 127 |
| 4. | LA SALUTE MENTALE: PSICHIATRIA, DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA E DISABILITA' CORRELATE, PSICOLOGIA | 127 |
| 4.1 | Psichiatria | 127 |
| 4.2 | I disturbi del comportamento alimentare | 128 |
| 4.3 | La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza | 128 |
| 4.4 | Psicologia | 129 |
| 4.5 | Livelli di cura ad elevate intensività ed integrazione assistenziale | 130 |
| 4.5.1 | L'ospedalizzazione domiciliare (OD) | 130 |
| 4.5.2 | La rete delle cure palliative e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita | 131 |

| | | |
|--|---|------------|
| 4.5.3 | La terapia del dolore e l'ospedale senza dolore | 132 |
| 4.5.4 | Patologie cronico degenerative | 132 |
| 5. | I PROGETTI INNOVATIVI - IL SOSTEGNO E LO SVILUPPO DELLE RETI | 134 |
| 5.1 | Il <i>Network</i> di patologia | 134 |
| 5.2 | La rete delle farmacie | 135 |
| 5.3 | La politica del farmaco | 135 |
| 5.4 | La medicina complementare | 136 |
| 5.5 | La rete lombarda <i>Health Promoting Hospitals</i> (HPH) | 137 |
| 5.6 | Ospedale di comunità: cure intermedie | 137 |
| 5.7 | Internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo | 138 |
| 5.8 | Emergenze sanitarie internazionali | 138 |
| 5.9 | La coprogettazione come risorsa | 139 |
| 5.10 | <i>Profit, no profit</i> e quasi mercato | 139 |
| 5.11 | Impresa sociale e fondazioni | 140 |
| 5.12 | Monitoraggio dei costi nelle residenze socio assistenziali (RSA) | 140 |
| 5.13 | Case management | 140 |
| 5.14 | Custode sociosanitario | 140 |
| 5.15 | Iniziative in quartieri periferici disagiati | 140 |
| 5.16 | Telefonia sociale | 141 |
| 5.17 | Innovazione tecnologica (domotica) | 141 |
| 5.18 | Sportello disabili | 141 |
| ALLEGATI | 142 | |
| GLOSSARIO | 180 | |
| Principali fonti normative citate | 183 | |

DCR IX/0088, 17 Novembre 2010

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

2010 – 2014

PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La piena attuazione del Piano regionale sulla Salute Mentale del 2005 non può che avvenire realizzando compiutamente l'integrazione sia delle politiche di welfare a favore della persona con patologia psichiatrica e della sua famiglia, sia dell'erogazione di servizi ed interventi, specialistici e territoriali, propri dei diversi enti istituzionali.

Gli organismi di coordinamento per la salute mentale ed i tavoli territoriali interistituzionali, per la psichiatria e per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sono strumento fondamentale per il raggiungimento di tale obiettivo, andrà perciò sviluppata e consolidata la loro istituzione su tutti i territori delle ASL, anche attraverso il coinvolgimento delle rappresentanze delle famiglie ed impegnando le ASL nel loro ruolo di regia e di coordinamento.

Prioritariamente si dovrà intervenire per:

- promuovere ulteriormente l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni residenziali per adulti prevedendo, al termine del percorso riabilitativo ad alta o media complessità, il passaggio verso la residenzialità leggera e la piena integrazione sociale della persona;
- promuovere, in tema di autismo, una organizzazione della presa in carico multi professionale che possa favorire la diagnosi precoce e tempestiva e sviluppare piani terapeutici individualizzati di qualità;
- sviluppare la rete attuale dei servizi così da poter rispondere in modo più adeguato a patologie emergenti quali i disturbi dell'alimentazione, intesi nei due estremi della anoressia e della bulimia;
- sviluppare e sostenere il tema dell'inclusione sociale della persona con patologia psichiatrica e della sua famiglia attraverso la formalizzazione e valorizzazione dei patti territoriali di salute mentale che riguardino tutte le politiche di welfare, che siano condivisi con tutti i soggetti coinvolti, pubblici, del Terzo Settore e dell'associazionismo e che contengano le specifiche operative di ogni istituzione, con particolare attenzione al sostegno alla persona ed alla sua famiglia, in particolare i patti territoriali potranno promuovere azioni che favoriscano processi di autonomia e di sviluppo di legami sociali, anche attraverso la collocazione in contesti lavorativi;
- sviluppare il tema della cronicità psichiatrica in età anziana;
- sviluppare e sostenere la cura e l'assistenza delle persone affette da autismo e delle loro famiglie, favorendo il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati, in particolare del *no profit* e dell'associazionismo;
- migliorare la presa in carico e la formulazione dei Progetti Terapeutici Individuali (PTI) che considerino nuove forme di assistenza nel contesto di vita del paziente per favorire la costruzione di legami sociali significativi nell'ambito lavorativo, della residenzialità e della socialità.

Nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è necessario effettuare una mappatura dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali oggi presenti sul territorio e procedere, in collaborazione con gli operatori professionali dei diversi settori, con gli Enti locali e le associazioni dei familiari ad una valutazione obiettiva dei nuovi bisogni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie determinandone gli interventi conseguenti. Particolare attenzione andrà posta alle condizioni di acuzie degli adolescenti ed alle doppie diagnosi di dipendenze da sostanze/comportamenti additivi e di patologia mentale, che richiedono sempre più di potenziare e meglio qualificare l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze oltre l'offerta già esistente sul nostro territorio.

OPD ospedali psichiatrici giudiziari

sono strutture giudiziarie dipendenti dall'Amministrazione penitenziaria del ministero della Giustizia che, a metà degli anni Settanta, hanno sostituito i precedenti manicomi criminali. Il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario è regolamentato dall'articolo 222 del codice penale, su cui si è più volte espressa la Corte Costituzionale che, con la sentenza n° 253 del 2003, ne ha dichiarato l'illegittimità costituzionale «nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale». Si deve cioè preferire, ove possibile, la libertà vigilata. Analogamente la sentenza 367 del 29 novembre 2004 ha sancito l'illegittimità costituzionale di parte dell'art. 206 del codice penale.

Leggi il resto: <http://www.linkiesta.it/ospedale-psichiatrico-giudiziario#ixzz1efRxjyKq>

Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia

| Ospedale Psichiatrico Giudiziario | Periodo 2011 | Pazienti ricoverati | Pazienti dimissibili | Pazienti dimessi | Pazienti prorogati | Deceduti |
|-----------------------------------|------------------|---------------------|----------------------|------------------|--------------------|----------------|
| AVERSA | Marzo - Giugno | 282 | 105 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 221 | 66 | 21 | 44 | 1 |
| BARCELLONA POZZO DI GOTTO | Marzo - Giugno | 360 | 81 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 367 | 106 | 29 | 74 | 3 |
| CASTIGLIONE DELLE STIVIERE | Marzo - Giugno | 280 | 66 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 289 | Non dichiarati | Non dichiarati | Non dichiarati | Non dichiarati |
| MONTELUPO FIORENTINO | Marzo - Giugno | 158 | 60 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 141 | 45 | 10 | 15 | |
| REGGIO EMILIA | Marzo - Giugno | 279 | 37 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 245 | 106 | 43 | 63 | |
| SECONDIGLIANO | Marzo - Giugno | 120 | 39 | | | |
| | Luglio - Ottobre | 141 | 45 | 19 | 26 | |

DOCUMENTAZIONE SUGLI OSPEDALI PSCHIATRICI GIUDIZIARI

<http://mappeser.com/category/5-servizi-alla-persona-e-alla-comunita/tipi-di-servizio/servizi-psichiatrici/ospedali-psichiatrici-giudiziari/>