

DISPENSA N. 18

Lezione del 11 dicembre 2012

LE POLITICHE PSICHIATRICHE

Mappa cognitiva: i fattori della domanda psichiatrica

Le biografie e le politiche: il ruolo determinante di Franco Basaglia

Mappa cognitiva della storia della psichiatria

Erving Goffman, il concetto di “istituzione totale”

Definizione di “politiche psichiatriche”

Periodi chiave delle politiche legislative statali

Prima fase: manicomi e ricovero coatto

Seconda fase: ospedali psichiatrici e inclusione nel sistema sanitario

**Terza fase : chiusura degli ospedali psichiatrici e funzionamento
della “legge 180”**

Le Tre reti

Il punto di vista del paradigma Bisogni/Domanda/offerta

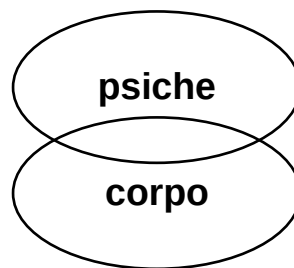
Il punto di vista istituzionale

Le politiche psichiatriche della Regione Lombardia

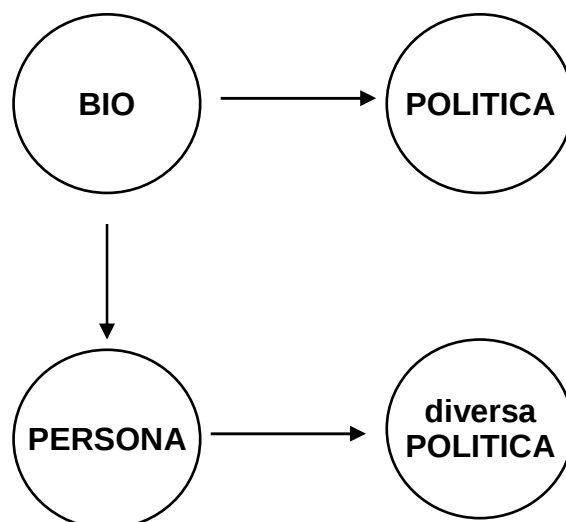
L'INTERESSE CONOSCITIVO E CULTURALE ATTORNO ALLE POLITICHE PSICHIATRICHE

**1. MOSTRANO LA STORIA SOCIALE DELLA FINE
OTTOCENTO E DEL 900 ATTRAVERSO IL FILTRO DELLA
IDEA DI "MALATTIA MENTALE"**

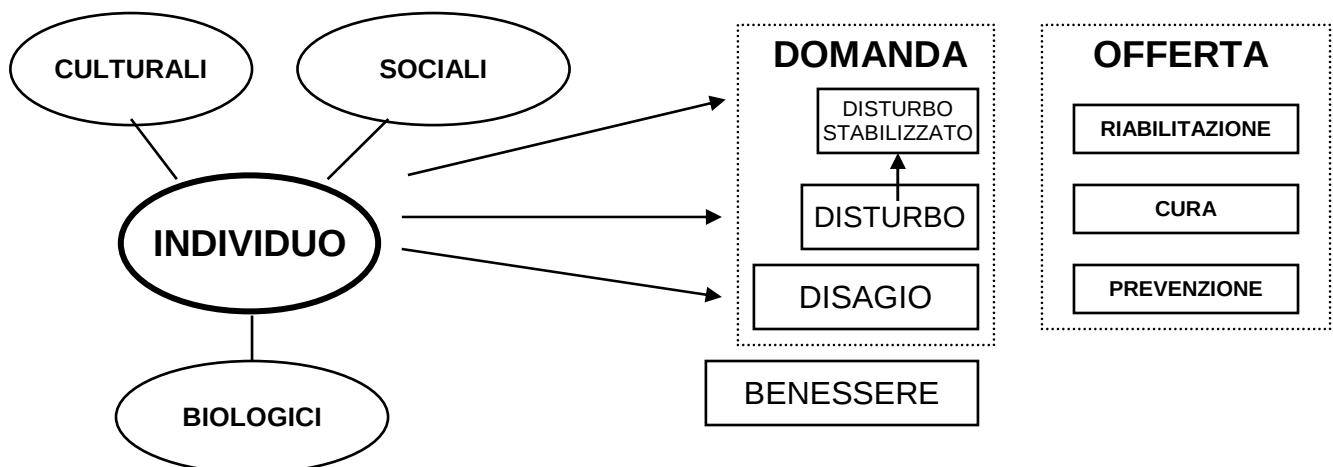
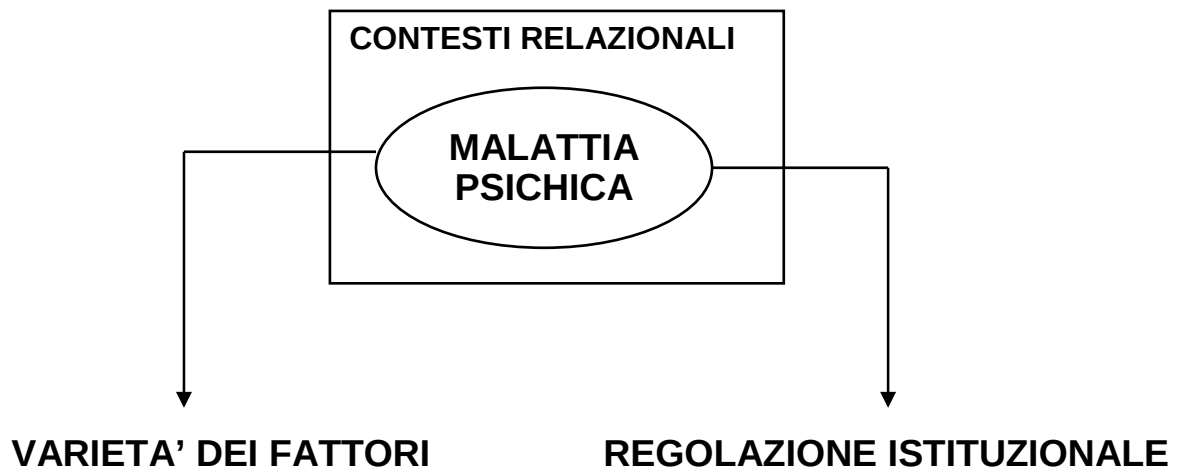
**2. INDICANO LE FORTI INTERAZIONI FRA "CORPO" E
"PSICHE" NEI PROCESSI DI STRUTTURAZIONE DEL
SISTEMA DELLA PERSONALITA'**



**3. FANNO VEDERE COME UN INSIEME DI IDEE SI SONO
TRASFORMATE IN POLITICHE SOCIALI**



FATTORI DELLA DOMANDA PSICHIATRICA



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

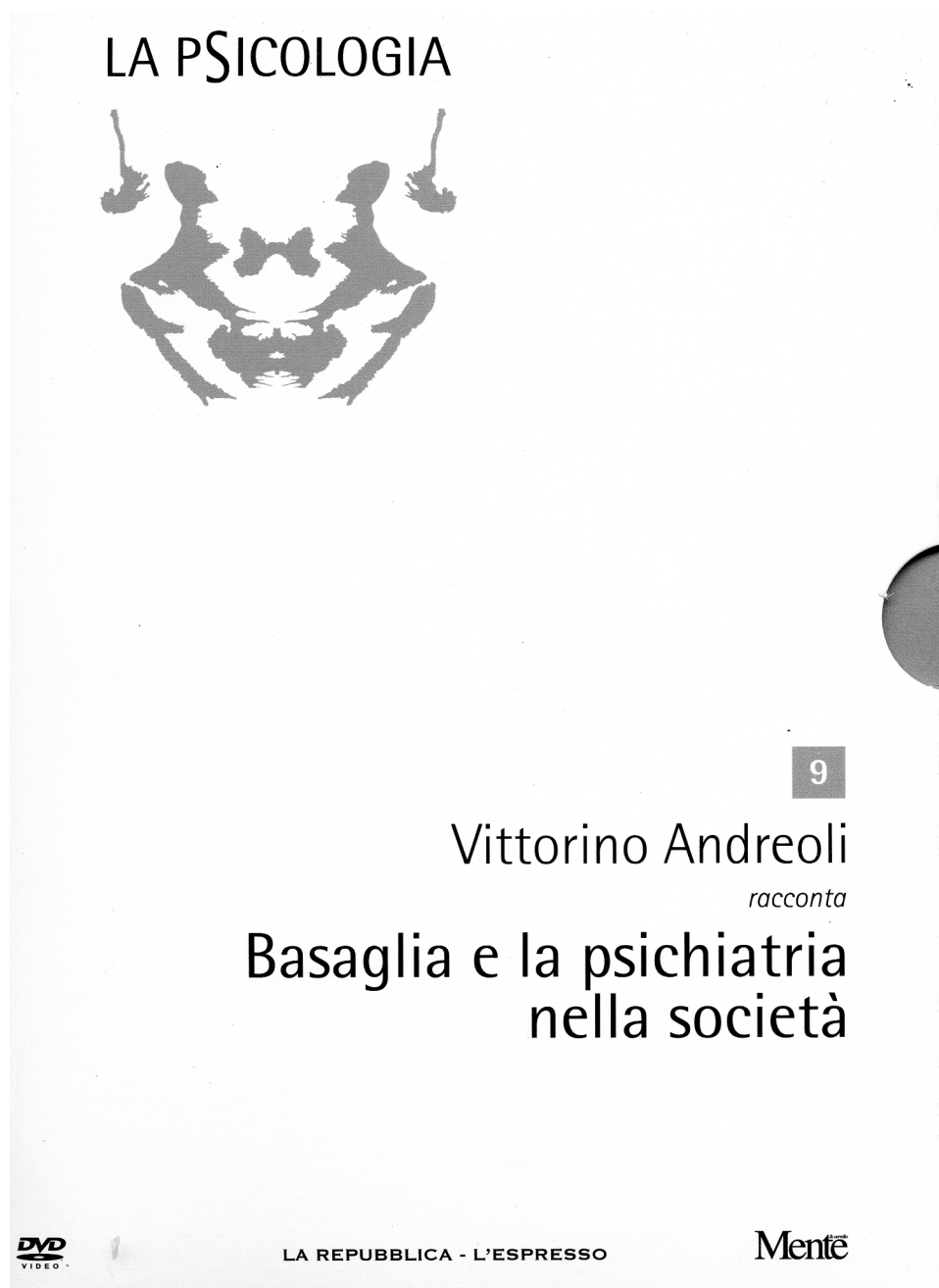
Legislazione statale

Bibliografia

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

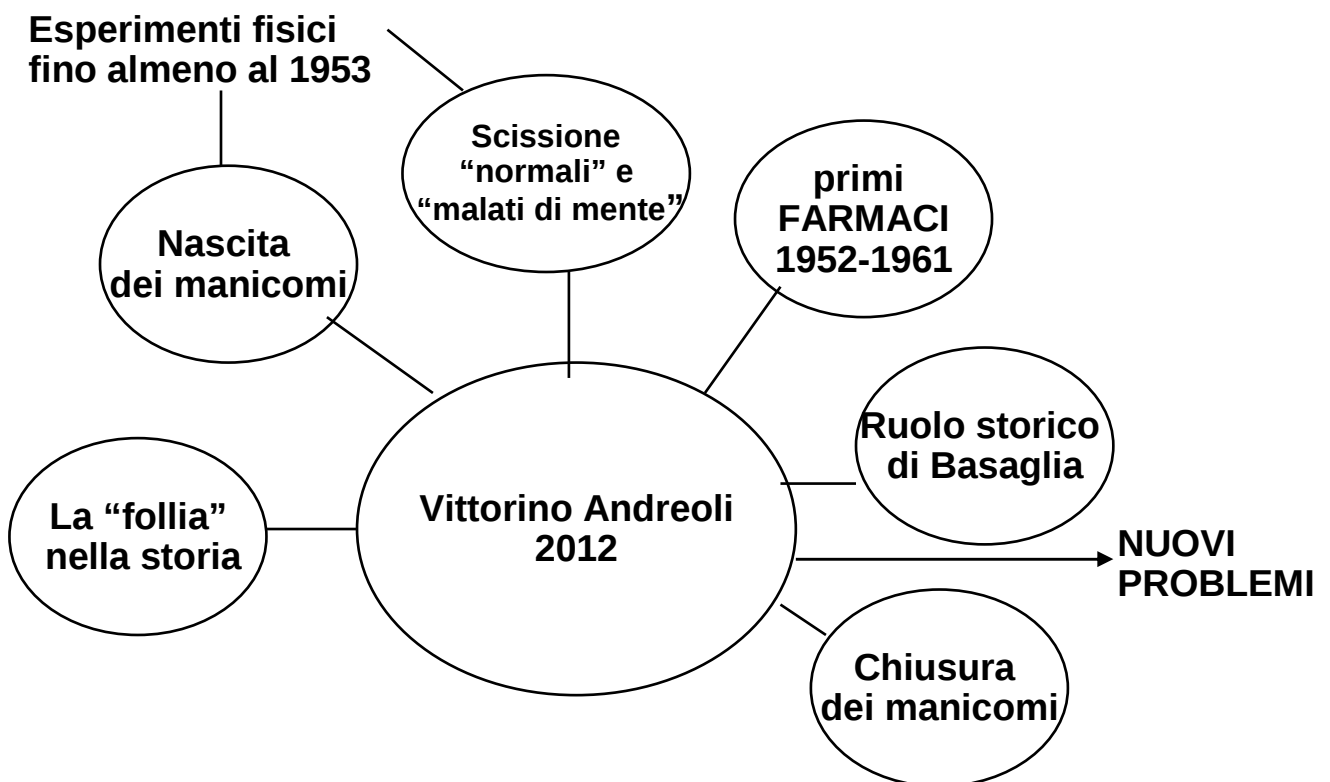
Alcune LETTURE INTERESSANTI SOTTO IL PROFILO CULTURALE E PROFESSIONALE

- 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
- Vitorino Andreoli racconta **BASAGLIA E LA PSICHIATRIA NELLA SOCIETA'**, Dvd, La Repubblica L'Espresso, 2012
- Eugenio Borgna, **LE INTERMITTENZE DEL CUORE**, Feltrinelli, 2003
- Gilberto Corbellini e Giovanni Jervis, **LA RAZIONALITA' NEGATA**, Bollati Boringhieri, 2008, p. 173
- Renzo Carli, **LA CULTURA DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA**, FrancoAngeli, 2011, p. 270
- Paola Carozza, **LA PSICHIATRIA DI COMUNITA' TRA SCIENZA E SOGGETTIVITA'**. FrancoAngeli, 2010 (le parti I e II sono centrate sugli aspetti diagnostici e terapeutici; le parti da III a VI sono sulla organizzazione dei servizi)

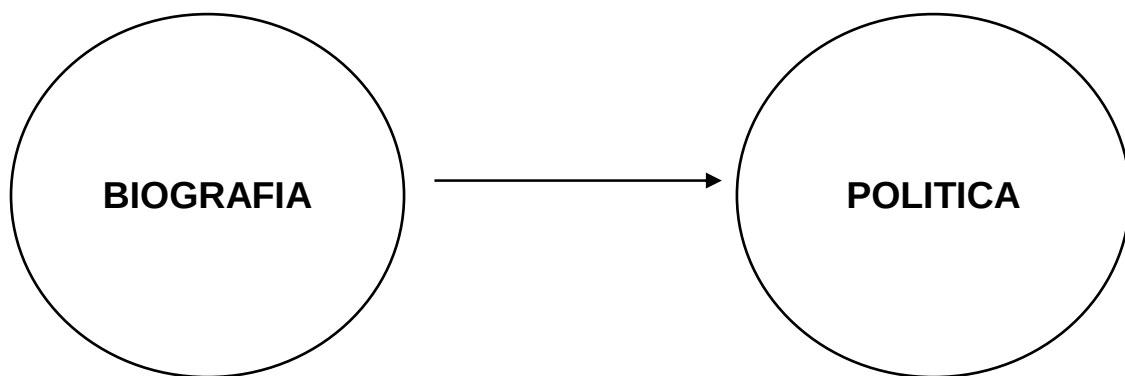


2012

Mappa cognitiva del video di **Vittorino Andreoli**



FRANCO BASAGLIA (1924 – 1980): Una biografia professionale che ha cambiato una politica



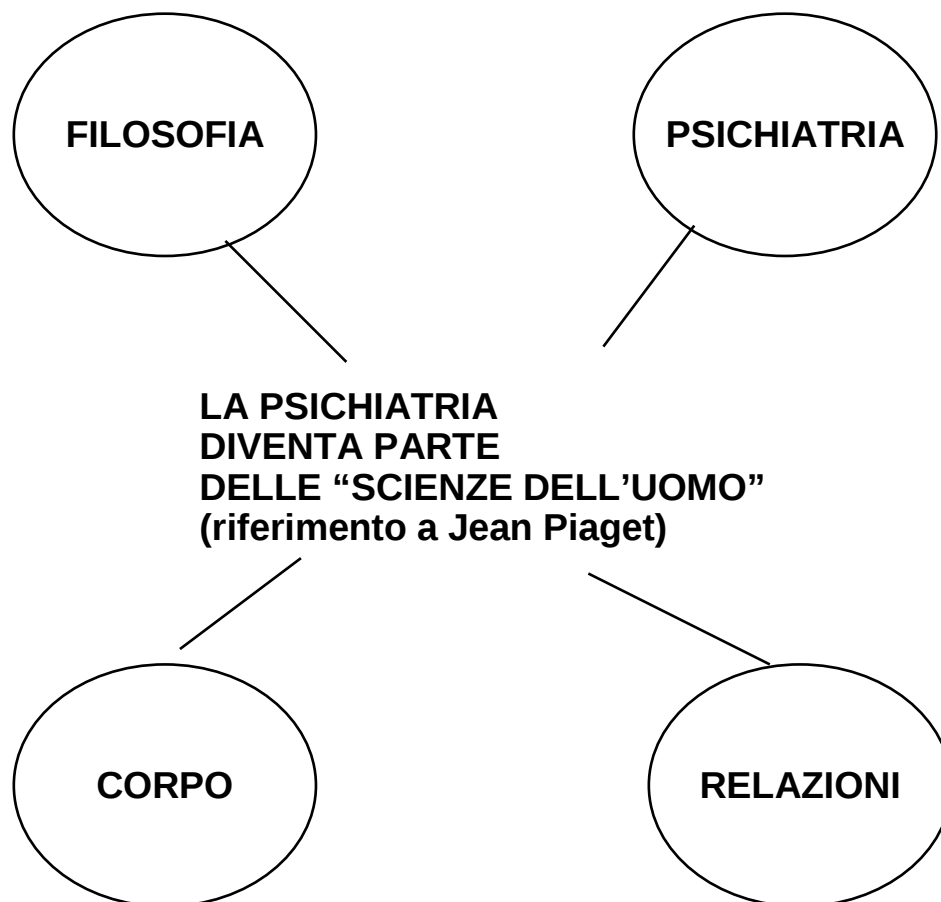
**Visione filosofica connessa
alla Fenomenologia**

**Esercizio attivo del ruolo di
Direttore di Ospedale
psichiatrici**

**Carisma nella promozione
ed organizzazione di gruppi**

**Continuo allargamento di
campo e ricerca di alleanze**

“TENERE ASSIEME” CORPO, RELAZIONI, PSICHIATRIA E FILOSOFIA



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 un sito dedicato al film:

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

LE ISTITUZIONI TOTALI

"LUOGO DI RESIDENZA E DI LAVORO

DI GRUPPI DI PERSONE CHE – TAGLIATE FUORI DALLA SOCIETÀ'

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, ...)**

CORBELLINI Quali furono le caratteristiche dell'esperimento di Gorizia? Nel suo libro su *La politica della salute mentale in Italia*, già citato, Michael Donnelly considera quello di Gorizia un «esperimento pilota», peraltro tanto importante quanto il lavoro che tu facesti, in seguito, a Reggio Emilia. Secondo Donnelly, Gorizia non suggeriva tanto un «modello tecnico» di comunità terapeutica, quanto «un potente strumento per scatenare relazioni interpersonali nuove e dinamiche».²

JERVIS Non sono del tutto d'accordo. L'esperimento di Gorizia ebbe caratteri di originalità e assunse un'importanza storica veramente notevole, maggiore di tutte le altre esperienze italiane di rinnovamento della psichiatria compresa quella di Reggio Emilia. Ciò che venne fatto nell'Ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia fu realmente importante, e fu essenzialmente il merito di una sola persona, proprio Franco Basaglia. Non si trattava di antipsichiatria e nessuno a Gorizia, a cominciare da Basaglia, aderiva alla tematica propria di quell'orientamento: non vi era alcuna idealizzazione dei deliri e della follia, non si affacciava nessun tentativo di limitare l'uso dei farmaci per motivi ideologici, non passava per la testa di sostenere che i disturbi mentali nascessero solo dalle contraddizioni sociali. Allo stesso modo, tutti i goriziani rimasero sempre lontanissimi dal credere che droghe o sregolatezze spontaneistiche producessero alcunché di buono. Negli anni sessanta il modello goriziano era invece quello, razionale e moderato, delle comunità terapeutiche britanniche: sostanziale accettazione del mandato sociale e però massima dignità e libertà possibile per i pazienti, riunioni frequenti a tutti i livelli, e il coinvolgimento dei meno gravi in un club parzialmente autogestito che, a Gorizia, si chiamava «Aiutiamoci a guarire». Gran parte dei reparti era «open door»; i settori che ospitavano i pazienti più disturbati o più regrediti rimanevano invece chiusi, nel senso che i ricoverati non potevano uscire liberamente nel parco interno all'ospe-

Da Corbellini G. Jervis G. , *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, 2008, pag. 84

POLITICHE PSICHIATRICHE

PROCESSI STORICI, POLITICI, LEGISLATIVI,

ORGANIZZATIVI E PROFESSIONALI

CONNESSI AI BISOGNI DI SALUTE MENTALE,

ALLA DEFINIZIONE DELLA DOMANDA PSICHIATRICA

ED ALLA PRODUZIONE DELLE RETI DI OFFERTA

PER LA CURA IN FASE ACUTA

E PER LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE ED

EDUCATIVA IN FASE CRONICA

SERVIZI PSICHIATRICI

POLITICHE LEGISLATIVE STATALI

FASI

AZIONI

1904 - 1907
LEGISLAZIONE SUI
MANICOMI

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

1968
RIFORMA
OSPEDALI PSICHIATRICI

- ATTENUAZIONE DEL CONTROLLO
- PRIMI SERVIZI TERRITORIALI

1978
SUPERAMENTO
OSPEDALI PSICHIATRICI

- MOVIMENTO DI “PSICHIATRIA DEMOCRATICA”
- PROCESSI FINALIZZATI ALLA CHIUSURA DEGLI O.P. (“LEGGE 180”)
- REGIONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA
- TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI
- LEGISLAZIONI REGIONALI

ANNI 80
Avvio POLITICHE REGIONALI
DELLA PSICHIATRIA E
TENTATIVI DI REVISIONE

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

1994
PROGETTO
OBIETTIVO “TUTELA
della SALUTE MENTALE

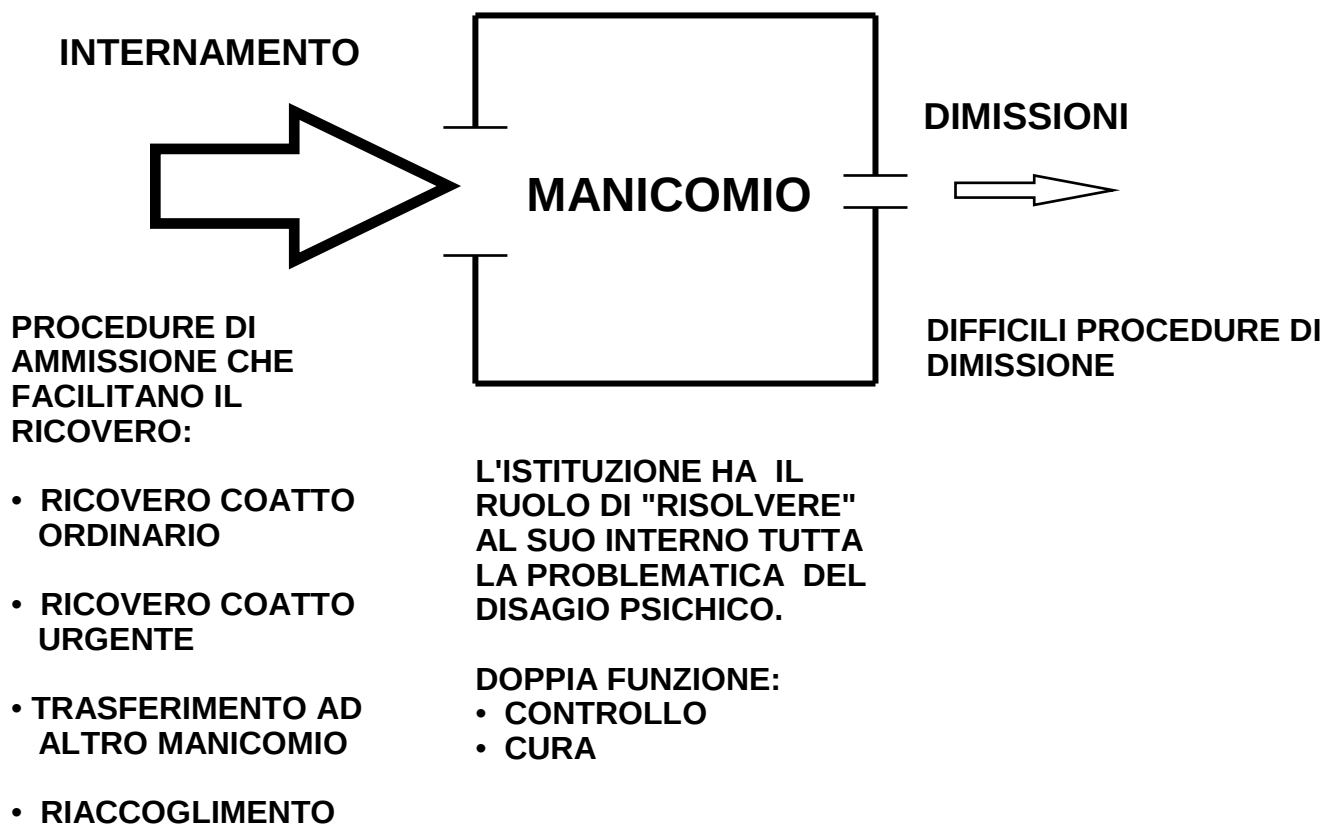
- CONFERMA DELL' OBIETTIVO DEL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI
- INDICAZIONI DI CRITERI ORGANIZZATIVI

1999
PROGETTO
OBIETTIVO “TUTELA
della SALUTE MENTALE
1998-2000

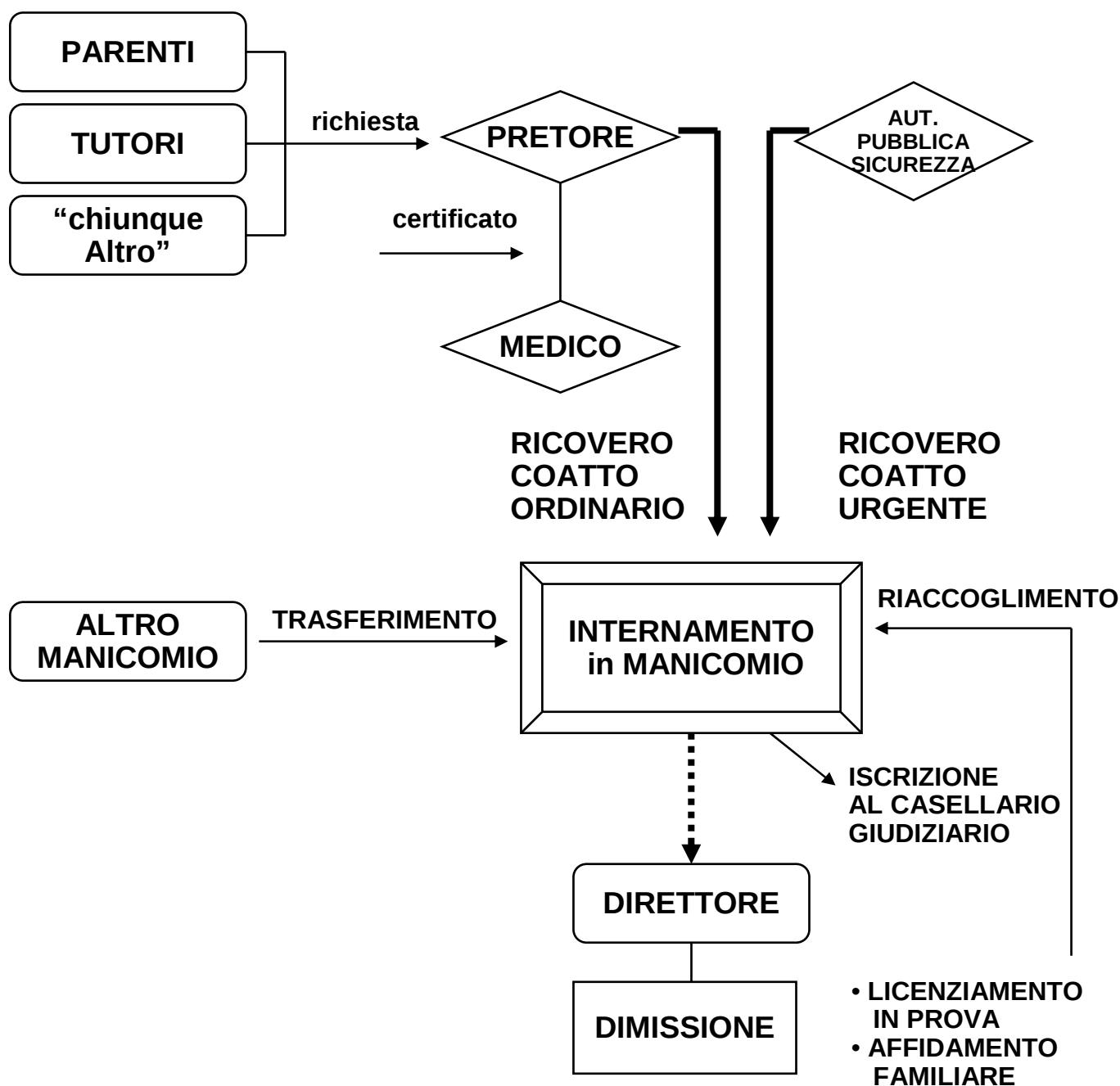
- RIBADISCE IL MODELLO DEL 1994

Situazione attuale
DEFINITIVA COMPETENZA
ORGANIZZATIVA
ALLE REGIONI

SERVIZI PSICHIATRICI MANICOMIO 1904-1909



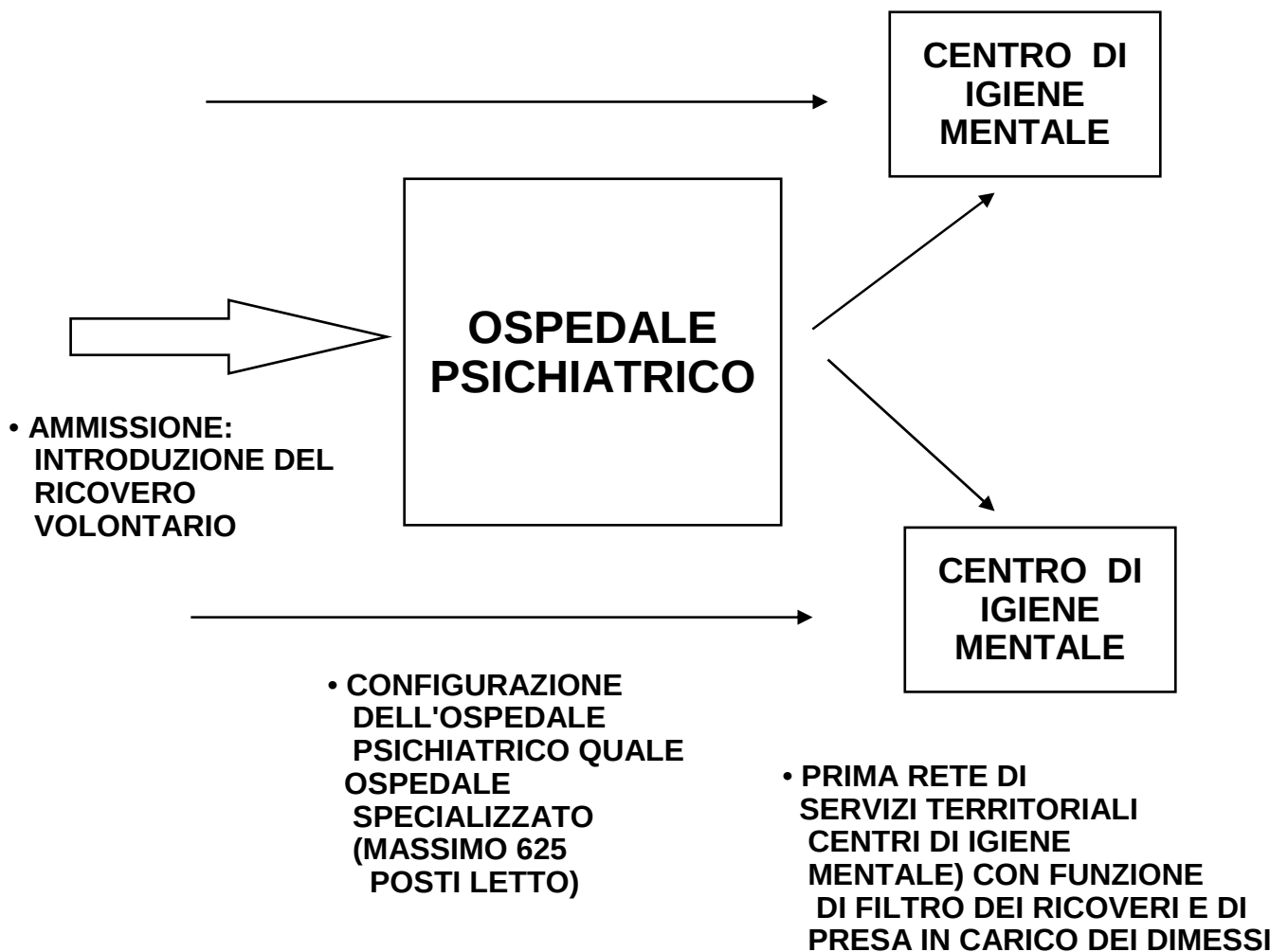
ASSISTENZA PSICHIATRICA: LE PROCEDURE DI INTERNAMENTO NELLA PRIMA LEGISLAZIONE MANICOMIALE (1904 – 1907)



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**

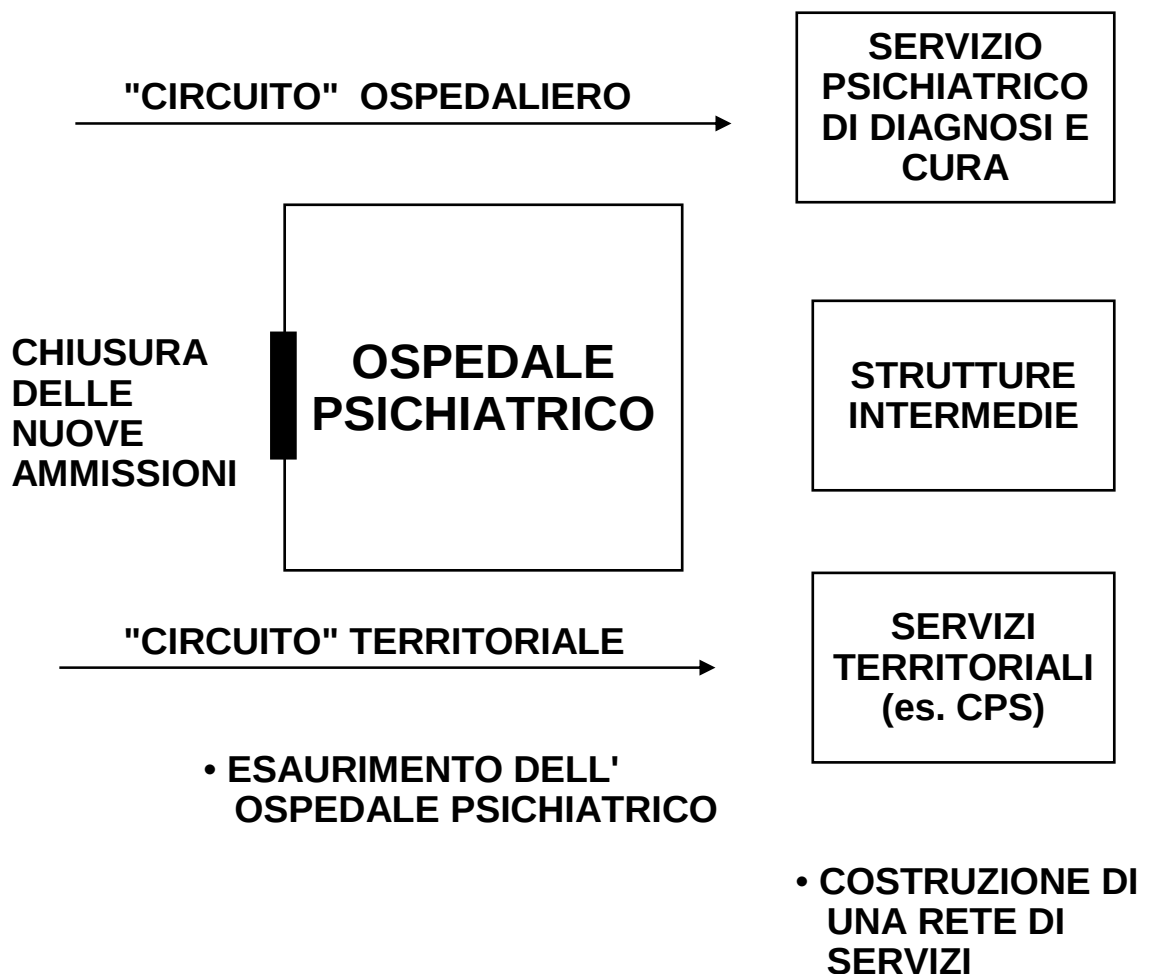
SERVIZI PSICHIATRICI: LA RAZIONALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO 1968



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

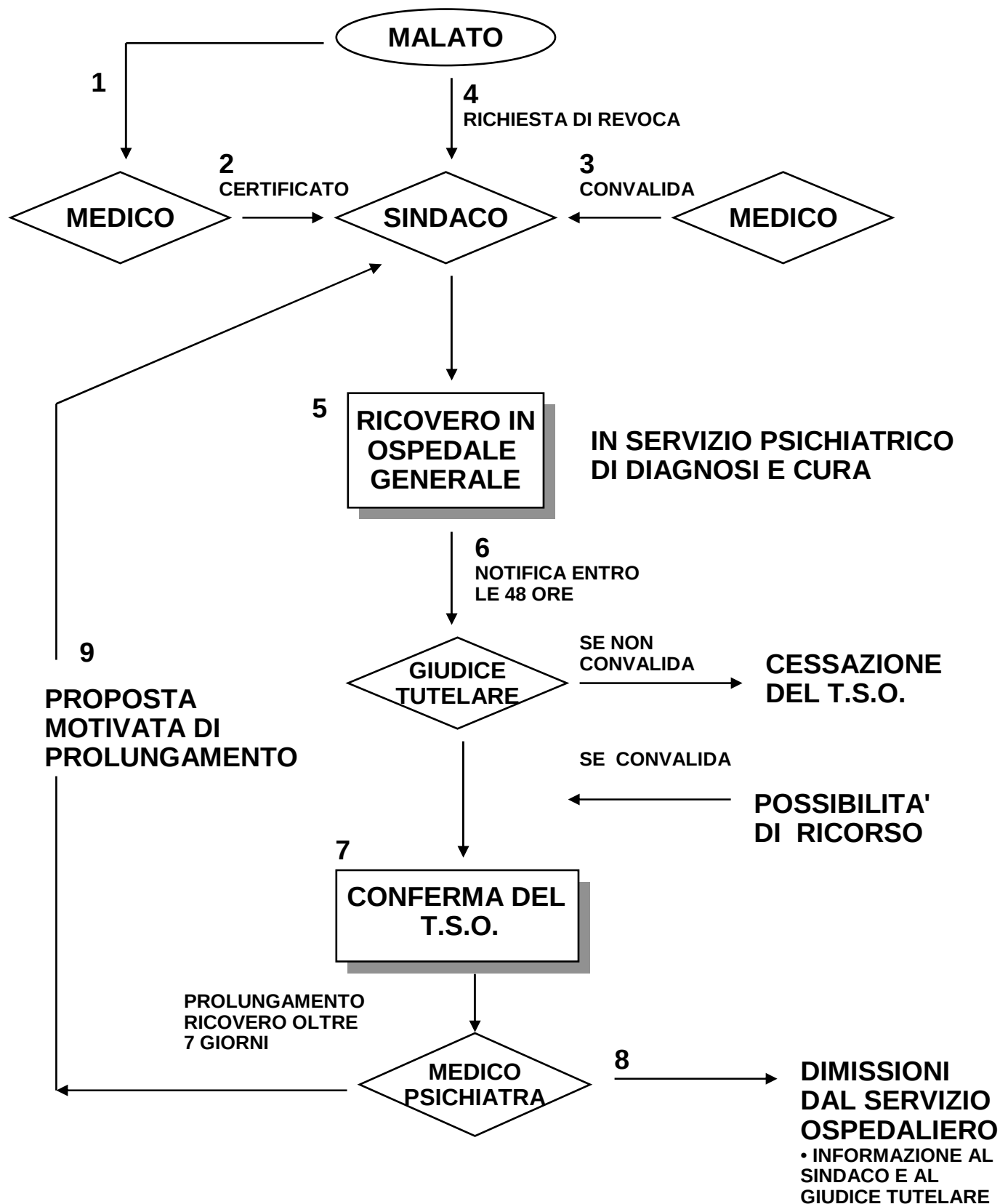


TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI
MATRICE DI LETTURA DELLA L. 833/1978

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.
INFERMI GIA' RICOVERATI IN O.P.	64/c1
SERVIZI PSICHIATRICI	
COMPITI DELLE REGIONI	34; 2/g;14/c1,2
SUPERAMENTO DEGLI O.P.	34/c1
DIRETTO RE DELL'O.P.	64/c3
TUTELA	35/c6

SERVIZI PSICHIATRICI: PROCEDURE DEI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI



LO SVILUPPO DEI SERVIZI PSICHIATRICI ALLA LUCE DEL PARADIGMA BISOGNI/DOMANDA/OFFERTA

1. FASE ORIGINARIA:



UNA SOLA ISTITUZIONE

PREVALENZA DEL CONTROLLO SOCIALE

Del tutto secondario il sistema delle CURE

2. ATTRAVERSO UNA FASE INTERMEDIA



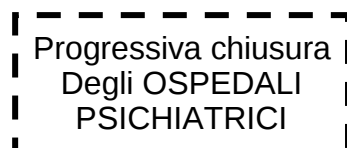
L'imporsi del MODELLO SANITARIO

Due reti di offerta: residenziale e territoriale



**Introduzione del principio della
VOLONTARIETA' DELLE CURE**

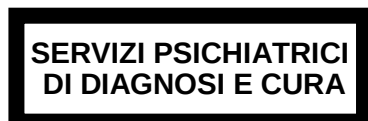
3. FINO ALLA FASE DELLA RIFORMA DEL 1978



Stabilizzazione del MODELLO SANITARIO



**Emersione di un MODELLO PSICO-SOCIO
EDUCATIVO orientato alla RIABILITAZIONE**



**Tre reti di offerta: 1. Servizi territoriali, 2.
Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura; 3.
servizi residenziali**



**Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) solo per i
trattamenti in fase acuta connessi al rifiuto
delle cure**

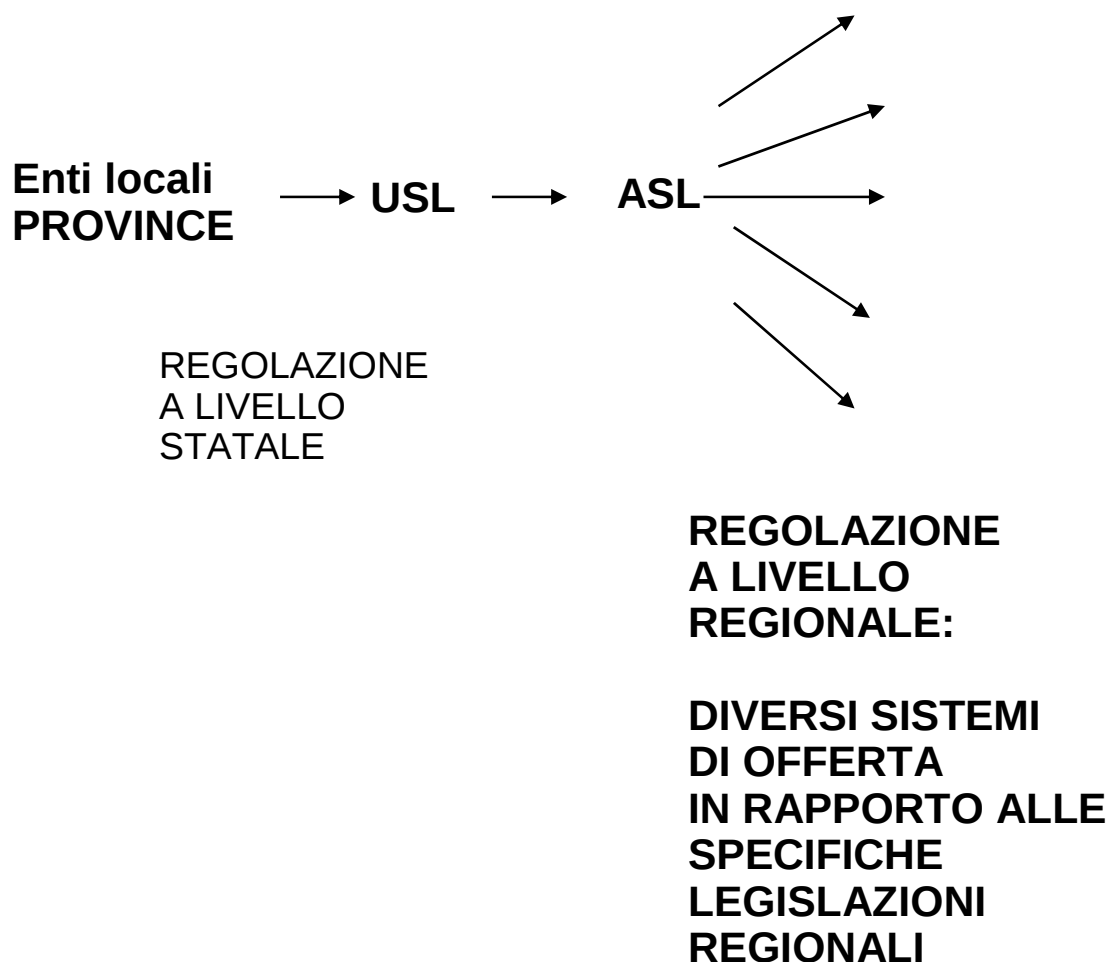
I PROBLEMI ATTUALI

IL SISTEMA DELLE CURE PER LE NUOVE CRONICITA'

COME AFFRONTARE I PROBLEMI QUOTIDIANI DELLA PERMANENZA NELLE RETI TERRITORIALI

I TRATTAMENTI IN CASO DI RIFIUTO DELLE CURE

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



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI nel Progetto Obiettivo 1994 - 1996

AZIENDA SANITARIA LOCALE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

modulo per 150.000 abitanti,
1 operatore ogni 1500 abitanti

**SERVIZIO
PSICHIATRICO
DIAGNOSI E CURA**

1 posto letto
ogni 10.000 ab.

**STRUTTURE
RESIDENZIALI**

piccole strutture con
non più di 20 posti letto,
1 posto ogni 10.000 ab.

**CENTRO DI
SALUTE
MENTALE**

aperto almeno 12 ore al giorno
per 6 giorni alla settimana

*attività
semiresidenziali
(1 posto ogni 10.000 ab.):*

**DAY
HOSPITAL**

aperto almeno 8 ore al giorno

**CENTRO
DIURNO**

aperto almeno 8 ore al giorno

interazione con altri servizi:

- DISTRETTI
- MEDICINA DI BASE
- MEDICINA SCOLASTICA
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- SERVIZI PER TOSSICODIPENDENZE
- GUARDIA MEDICA
- ASSISTENZA SOCIALE DI BASE
- SERVIZI OSPEDALIERI; PRONTO SOCCORSO

fonte: Progetto-obiettivo tutela della salute mentale 1994-1996

Commentato in:

Paolo Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, Carocci Faber, 2001, p. 443-451

REGIONE LOMBARDIA: SERVIZI PSICHIATRICI

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

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

Un punto chiave:

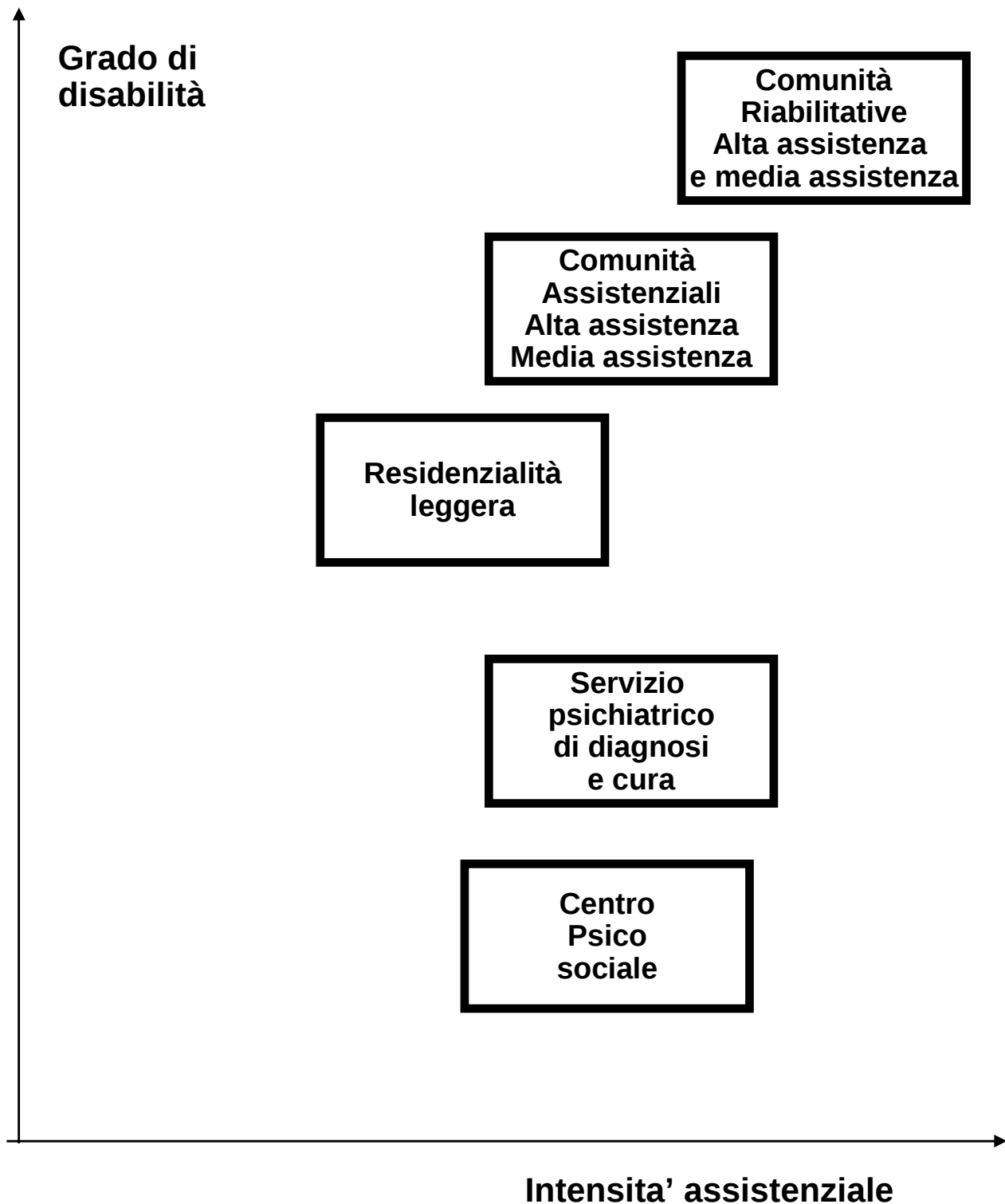
**“necessità di operare per una differenziazione delle strutture protette
allo scopo di qualificarne il funzionamento, sulla base di due assi:**

- 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: • CRA Comunità riabilitative ad alta assistenza • CRM Comunità riabilitative a media assistenza Strutture residenziali assistenziali: • CPA Comunità protette ad alta assistenza • CPM Comunità protette a media assistenza Strutture residenziali dell' "area sociale": • 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

programmi di "residenzialità leggera"	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 .
---	---

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.

https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.segnalo.it%2FLOMB%2F2007%2FDelibera2007_4221.pdf



IL SISTEMA DI SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA

Direzione Generale Sanità

Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme

A cura di Antonio Lora

https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.psychiatryonline.it%2Fital%2FSSM_LOMBARDIA.pdf

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
ADAMOLI Giuseppe
AGOSTINELLI Mario
ALBERTONI Enrico Adalberto
ALBONI Roberto
BECCALOSSI Viviana
BELOTTI Daniele
BENIGNI Giuseppe
BONETTI BAROGGI Alberto
BONFANTI Battista
BONI Davide
BORGHINI Gianpiero
BOSCALLI Giulio
BUSCEMI Massimo
CATTANEO Raffaele
CE' Alessandro
CECCHETTI Fabrizio
CIPRIANO Marco Luigi
CIVATI Giuseppe
COLUCCI Alessandro
CONCORDATI Gianfranco
CORSAPO Massimo Enrico
DALMASSO Sveva
DE CAPITANI Giulio Achille
DEMARTINI Lorenzo
FABRIZIO Maria Grazia
FATUZZO Elisabetta

FERRAZZI Luca Daniel
FERRETTO-CLEMENTI Silvia
FORMIGONI Roberto
FROSIO Gioacchino
GAFFURI Luca
GALLI Stefano
GALLINA Mauro
GALPERTI Guido
GIAMMARCO Giuseppe Angelo
GUARISCHI Massimo Gianluca
LUCCHINI Enzo
MACCARI Carlo
MACCONI Pietro
MAIOLO Antonella
MAULLU Stefano Giovanni
MAURO Rosa Angela
MIRABELLI Franco
MONGUZZI Carlo
MORETTI Enzo
MUEHLBAUER Luciano
NICOLI CRISTIANI Franco
ORLANI Antonia Maria Pia
PERONI Margherita
PISANI Domenico
PIZZETTI Luciano
PONZONI Massimo
PORCARI Carlo

PRINA Francesco
PROSPERINI Pier Gianni
QUADRINI Gianmarco
RAIMONDI Marcello
RINALDON Gianluca
RIZZI Monica
ROSSONI Giovanni
RUFFENELLI Luciana Maria
SAFFIOTTI Carlo
SALA Mario
SAPONARO Marcello
SARFATTI Riccardo
SCOTTI Mario
SERAFINI Giancarlo
SPREAFICO Carlo
SQUASSINA Arturo
SQUASSINA Ovidio
STORTI Alberto
TOSI Stefano Natale
VALENTINI PUCCITELLI Paolo
VALMAGGI Sara
VIOTTO Antonio
ZAMBETTI Domenico
ZAMPONI Stefano
ZANELLO Massimo
ZUFFADA Santo

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 Associazionismo evoluto e integrato 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 sociosanitario 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 <i>welfare</i>	97
5.6	La ricerca e l'innovazione	98
5.6.1	<i>Governance</i> 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 sociosanitari e la sanità digitale	102
5.7.1	Lo sviluppo dell' <i>e-Health</i>	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 (<i>mst</i> , <i>hiv</i> , <i>aids</i> e <i>tb</i>)	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>Proft</i> , <i>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.

SITOGRAFIA

Da [Mappeser: http://mappeser.com/2011/12/09/handicap-e-salute-mentale-sitografia/](http://mappeser.com/2011/12/09/handicap-e-salute-mentale-sitografia/)

[AccaParlante](#)

[Anffas](#)

[Amministratore di sostegno](#)

[Disabili.com](#)

[Dipartimento di salute mentale di TRIESTE, Peppe Dell'Acqua](#)

[Fadis federazione associazioni docenti integrazione scolastica](#)

[Fondazione Dopo di noi](#)

[Fenascop – servizi psichiatrici](#)

[Forum Salute Mentale](#)

[Friendlyhouse](#)

[HandyLex.org](#)

[Oltre Noi la vita](#)

[Portale della riabilitazione psichiatrica](#)

[Regione Lombardia: Servizi Psichiatrici](#)

[Rete sociale](#)

[SosPsiche.it](#)

[StopOpg – ospedali psichiatrici giudiziari](#)

[Superabile](#)