

PROCEDURE PER LA COSTRUZIONE COMUNITARIA DEI PIANI D'AZIONE LOCALE DISTRETTUALI

VERSO UNA VALUTAZIONE DI QUALITÀ COMUNITARIA DEI DIPARTIMENTI INTEGRATI DI SALUTE MENTALE

di Simone Bruschetta e Raffaele Barone

La costruzione del Piano d'Azione Locale si rivolge ad un dipartimento integrato di salute mentale che ha sviluppato una dimensione comunitaria in grado di coinvolgere le agenzie locali, gli utenti, i familiari e tutti gli stakeholders nelle azioni di programmazione strategica territoriale, e che è disponibile ad interconnettersi come nodi delle reti regionali delle ASP nella valutazione della qualità comunitaria dei gruppi di lavoro che concertano e programmano le linee strategiche di sviluppo locale.

Il Piano d'Azione Locale si rivolge ai Servizi Sanitari e Socio-Sanitari finalizzati alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute mentale di comunità, alle agenzie sociali territoriali ad essi connesse, alla società civile ed alle associazioni locali di utenti e familiari, e propone un percorso di intervento sulle *good practices* di concertazione sociale orientate alla salvaguardia del bene comune salute mentale. La costruzione del Piano d'Azione Locale propone una pratica di Programmazione tra pari del Dipartimento di Salute Mentale Integrato e Comunitario, attraverso la quale sono gli stessi portatori di interessi (stakeholder) che si mettono in gioco per valutare e valorizzare le prassi di partecipazione sociale e di cura comunitaria. Amministratori, Cooperatori, Operatori, Utenti, Familiari, Ricercatori, Volontari partecipano alla pari al processo di programmazione comunitaria dei Gruppi di Concertazione Sociale cui sono coinvolti, ciascuno dal proprio punto di vista.

Il Distretto, sotto il coordinamento del *Dipartimento di Salute Mentale* territorialmente competente provvede a costituire i seguenti *gruppi di concertazione sociale*, indicando le tematiche che programma di inserire nel proprio Piano d'Azione Locale Distrettuale. Le Tematiche ed i connessi Obiettivi del Piano d'Azione Locale Distrettuale sono indicati nel successivo *Schema Progettuale del Piano d'Azione Locale*.

I Gruppi di Concertazione Sociale per la realizzazione del Piano d'Azione Locale Distrettuale sono i seguenti:

- Tavolo di Concertazione Locale (TCL)
- Comitato Zonale per la Salute Mentale (CZ)
- Assemblea Direttiva del Piano d'Azione Locale per la Salute Mentale di Comunità del Distretto
- Gruppi di Concertazione Tematici (GCT)
- Gruppi di Coordinamento Tematici
 - 1° GCT: il Diritto alla Cura
 - 2° GCT: i Diritti di Partecipazione alla Cura
 - 3° GCT: il Diritto all'abitare
 - 4° GCT: il Diritto alla Salute
 - 5° GCT: i Diritti di Capacità Giuridica
 - 6° GCT: il Diritto al Lavoro
 - 7° GCT: i Diritti di Asilo e Cittadinanza
 - 8° GCT: i Diritti alla Conoscenza e all'informazione

Le 8 arre tematiche rappresentano le principali istanze sociali connesse alla salute mentale: Diritto alla Cura ed alla Partecipazione alla Cura, Diritto alla Salute, Diritto all'Abitare, Diritto al Lavoro, Diritti di Capacità Giuridica, Diritti di Asilo e Cittadinanza, Diritti di Informazione e Conoscenza.

Gruppi di Concertazione Sociale per la realizzazione del Piano d'Azione Locale per la Salute Mentale di Comunità dei Distretti

Comitato Zonale per la Salute Mentale

Rappresenta il Gruppo Sociale fondativo della Concertazione e della Programmazione Distrettuale.

Il **Comitato Zonale per la Salute Mentale** opera come un Gruppo di Sovra-Coordinamento dei Servizi Sanitari preposti alla Tutela della Salute Mentale (Servizi di Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Servizi per Dipendenze Patologiche, Servizio di Psicologia e Servizio Sociale) e della Consulta aziendale della Salute Mentale, con gli altri Servizi aziendali connessi alla Salute Mentale (Medicina di base, Servizi per la Disabilità, Servizi agli Anziani, Distretti Socio-Sanitari, Servizi di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro) e con i Comitati Consultivi Aziendali, in integrazione ove necessario con le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, anche fuori Distretto, ed in concertazione con tutte le Agenzie Sociali del territorio (Cooperative, Associazioni, Fondazioni, ecc.) del territorio di competenza, i Distretti socio-sanitari, gli Enti Locali, Imprese sociali e imprenditoriali, le Associazioni dei familiari e degli utenti, le Organizzazioni del mondo del lavoro, sindacali e del volontariato, le Organizzazioni culturali, ricreative e del mondo della formazione e dell'istruzione, le Università e le Associazioni scientifiche e professionali.

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Tavolo di Concertazione Locale

Il Comitato Zonale per la Salute Mentale individua al proprio interno un **Tavolo di Concertazione Locale**, con funzioni di **Gruppo di Coordinamento Tecnico del PAL**, che ha anche la funzione di integrarsi con il Tavolo di Concertazione del Piano di Zona previsto territorialmente dalla legge 328/2000. Il **Tavolo di Concertazione Locale** è composto da almeno 15 membri ed ha come componenti almeno un referente per ciascuna delle seguenti tipologie di stakeholder:

- Referenti del Dipartimento di Salute Mentale Integrato: SM, NPI, SerT dell'Azienda Sanitaria Locale
- Referenti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Universitarie e degli IRCCS
- Referenti Servizio Sociale del Dipartimento Integrato
- Referenti Servizio Aziendale di Psicologia
- Referenti del PdZ Enti Locali (Sindaci)
- Associazioni Familiari Salute mentale
- Associazioni Utenti Salute mentale
- Rappresentanti Cooperative Sociali tipo A
- Rappresentanti Cooperative Sociali tipo B
- Rappresentanti Associazioni di Categoria (Imprese e Sindacati)
- Rappresentanti Consulta Dipartimentale della Salute Mentale
- Rappresentanti Comitato Consultivo Azienda Sanitaria Locale

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Gruppi di Concertazione Tematici

Il Tavolo di Concertazione Locale programma i **Gruppi di Concertazione Tematici** sulle otto delle istanze socio-sanitarie che potranno andare a confluire nel Piano d'Azione Locale per la Salute Mentale Distrettuale. I Gruppi di Concertazione Tematici hanno il compito di condividere, scambiarsi e analizzare dati ed informazioni sul tema, per programmare le azioni previste dal PAL sulle specifiche istanze sociali e gli specifici diritti civili ad esso connessi e per monitorarne e valutarne la realizzazione. Ciascun **Gruppo di Concertazione Tematica** ha assegnato dal Comitato Zonale un conduttore.

Il Comitato Zonale può decidere di avviare la concertazione e programmazione sociale anche solo su alcune delle 8 tematiche (istanze sociali / diritti civili) che possono confluire nel Piano d'Azione Locale Distrettuale, e di conseguenza attiverà solo i **Gruppi di Concertazione Tematica** corrispondenti

Ciascun Gruppo di Concertazione Tematica indica al proprio interno un **Gruppo di Coordinamento Tematico** costituito da almeno 5 persone. I Gruppi di Coordinamento Tematico ed il Tavolo di Concertazione Locale formano **l'Assemblea Direttiva del Piano d'Azione Locale per la Salute Mentale di Comunità del Distretto**, che approva il *Piano Finanziario Distrettuale*. L'Assemblea elegge il proprio Presidente.

1° Gruppo di Concertazione Tematica: il Diritto alla Cura Area Sanitaria - Interaziendale - Interprofessionale

Partecipanti

Referenti dei Servizi di Salute Mentale Adulti, di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Servizi per Dipendenze Patologiche, Servizio di Psicologia e Servizio Sociale e degli altri servizi aziendali connessi alla salute mentale come la Medicina di base, Servizi per la Disabilità, i Servizi agli Anziani, i Distretti Socio-Sanitari, i Servizi di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, i Centri di Informazione e Consulenza Scolastica, i Consulenti Familiari e della la Consulta Dipartimentale dei Pazienti e dei Familiari

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale:

- III. Servizi per l'Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita
- IV. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani (sub-Obiettivi 2; 3; 4; Coinvolgimento delle famiglie e degli utenti; Terapia delle patologie comuni; Prevenzione dei suicidi)
- V. Doppia diagnosi e aree di confine
- VII. Qualità della Governance Clinica

2° Gruppo di Concertazione Tematica: i Diritti di Partecipazione alla Cura Area Interistituzionale - Area Socio-Sanitaria - Integrazione con il Piano di Zona

Partecipanti:

Dirigenti amministrativi e sanitari dei sub-distretti sanitari, la Consulta Dipartimentale dei Pazienti e dei Familiari, i Consulenti Familiari e tutte le Agenzie Sociali (Cooperative, Associazioni, Fondazioni, ecc.) del territorio di competenza. Le Agenzie del territorio sono i Distretti socio-sanitari, Enti Locali, Imprese sociali e imprenditoriali, Associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali, ricreative e del mondo della formazione e dell'istruzione).

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale:

- I. Integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria (sub-obiettivo 1: PTI e mix gestionale)

3° Gruppo di Concertazione Tematica: il Diritto all'abitare Residenzialità e domiciliarità per la salute mentale

Partecipanti

Prestatori di servizi residenziali e abitativi: CTA, Comunità Alloggio, Gruppi Appartamento, Domiciliarità, Assistenza Domiciliare Integrata, Referenti clinici DSM: personale SM, NPI, SerT, Enti locali – Responsabili dei Servizi Sociali

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale:

- I. Integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria (sub-obiettivo 2: Sostegno Abitativo: Domiciliarità e Residenzialità)

4° Gruppo di Concertazione Tematica: il Diritto alla Salute Psichiatria di Collegamento e Consultazione e Psicologia di Base

Partecipanti

Referenti clinici DSM: personale SM, NPI, SerT, Pediatri e Medici di base, referenti dei consultori familiari, rappresentati ospedale e distretto, rappresentanti del Servizio 118, referenti pronto soccorso, referenti Servizio Aziendale di Psicologia, Referenti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Universitarie e degli IRCCS

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale:

- II. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale (sub-Obiettivo 3: psichiatria di collegamento e consultazione e psicologia di base)

5° Gruppo di Concertazione Tematica: i Diritti di Capacità Giuridica Aspetti giuridici e della sicurezza:

Partecipanti

Referenti clinici DSM: personale SM, NPI, SerT, Referenti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Universitarie e degli IRCCS, i referenti dei Gruppi Qualità dipartimentali, Rappresentanti dei Tribunali, della polizia penitenziaria, dell'avvocatura, responsabili dimissioni ex-OPG, Polizia Municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero, Servizio 118, Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco.

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale:

- II. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale (sub-Obiettivi 1 e 2: Integrazione con la Sanità Penitenziaria; Amministrazione di Sostegno)
- IV. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani (Obiettivo 1: La gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche)

**6° Gruppo di Concertazione Tematica: il Diritto al Lavoro
Inserimento lavorativo**

Partecipanti:

Referenti dei progetti di Sostegno all'Impiego e dei programmi IPS, referenti delle borse lavoro sociali e sanitarie, Cooperative di tipo b, Fattorie sociali, Uffici provinciali del lavoro, Servizi sociali dei Comuni

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale

VIII. Servizi di Inclusione Socio-Lavorativa

**7° Gruppo di Concertazione Tematica: i Diritti di Asilo e Cittadinanza
Popolazione migrante**

Partecipanti:

Referenti clinici DSM: personale SM, NPI, SerT, Referenti dei Servizi aziendali Associazioni Culturali e di Volontariato, Comuni, Enti Locali, Centri accoglienza migranti, Mediatori Culturali, Facilitatori e Counselor della Mediazione Culturale

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale

VI. Salute mentale della popolazione migrante

**8° Gruppo di Concertazione Tematica: i Diritti alla Conoscenza e all'informazione
Formazione, Ricerca e Sistema informativo**

Partecipanti:

Referenti Nucleo Operativa Formazione DSM, Referenti clinici DSM: personale SM, NPI, SerT, Referenti Nucleo Operativo Sistema Informativo, Rappresentanti Servizi ed Agenzie Formative Professionali e Universitarie (Facoltà Universitarie di Medicina, Psicologia, Scienze Politiche, e Scienze della Formazione), Rappresentanti Enti ed Associazioni di Ricerca Scientifica, Rappresentanti dalla Scuola, funzionari dell'assistenza sociale, operatori sociali e volontari.

Indicare il nome del Conduttore del gruppo:

Obiettivi ricadenti nel Piano d'Azione Locale

IX. Formazione per i sistemi di cura

X. Ricerca e Sistema Informativo

Schema Progettuale del Piano d’Azione Locale del Distretto

.....

Indice

1 Mission e Principi Metodologi del Piano	pag. 8
2 Lo scenario di riferimento	pag. 10
3. Fattori Critici e Proposte obiettivo	pag. 16
I. Integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria	pag. 17
II. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale	pag. 18
III. Servizi per l’Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita	pag. 20
IV. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani	pag. 22
V. Doppia diagnosi e aree di confine	pag. 23
VI. Salute mentale della popolazione migrante	pag. 24
VII. Qualità della <i>Governance</i> Clinica	pag. 25
VIII. Servizi di Inclusione Socio-Lavorativa	pag. 26
IX. Formazione per i sistemi di cura	pag. 28
X. Ricerca e Sistema Informativo	pag. 29
4. Piano Finanziario	pag. 31

1. Mission e Principi metodologici:

1. Distrettualizzazione dipartimentale

Obiettivo prioritario del Piano è la definizione e la realizzazione di una Salute Mentale di Comunità, che operi in un determinato territorio politicamente definito come Distretto, in un sistema a rete, con interventi integrati operati dai vari soggetti interessati, istituzionali e non (sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie), utilizzando al meglio le prescrizioni della Legge 104/92, del DPR 24 febbraio 94, della Legge 49/2006, del DPR309/90 e della Legge n. 328/00. A tal fine l'Azienda Sanitaria Locale implementa un processo amministrativo che prevede la dipartimentalizzazione territoriale e l'integrazione intra-aziendale e comunitaria dei Servizi di Salute Mentale.

Il Distretto rappresenta il luogo ove si realizzano le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio Integrato di Salute Mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto socio-sanitario di competenza territoriale ed amministrativa, attraverso la formulazione dei Piani di Azione Locale per la Salute Mentale, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale.

2. Concertazione locale

Ogni Dipartimento deve promuovere un Comitato Zonale, un Tavolo di Concertazione Locale, dei Gruppi di Concertazione Tematica ed una Assemblea Direttiva per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Questi gruppi di concertazione locale individueranno gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della *governance* clinica dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI), definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione per la costruzione del Piano d'Azione Locale (PAL). Il PAL, nell'individuare gli obiettivi, dovrà integrare come sotto-programmazioni, l'Area della Salute Mentale degli Adulti, l'Area della Neuropsichiatria Infantile e l'Area delle Dipendenze Patologiche; dovrà sviluppare Servizi di Alta Integrazione dedicata all'Adolescenza e Servizi di Integrazione Sperimentale per le patologie connesse alle migrazioni ed alle dinamiche psichiche Transculturali; e dovrà infine integrarsi con i Piani di Zona (PdZ) dei Distretti Socio-Sanitari.

3. Lotta allo stigma ed all'esclusione sociale

La salute mentale è un settore di lavoro ed un'area culturale centrale per lo sviluppo della comunità e come tale impone una *mission* di collaborazione reciproca tra le Istituzioni e le varie Agenzie della società locale che se ne occupano. Compito prioritario di tutti gli operatori coinvolti nel settore della salute mentale è quello di lottare contro lo stigma e la discriminazione dei gruppi sociali vulnerabili e delle categorie sociali a rischio disagio psico-sociale, anche attraverso la definizione di operatività condivise con gli utenti e le associazioni dei familiari. Le principali istanze civili ed i principali diritti sociali che la salute mentale di comunità contribuisce a presidiare/tutelare attraverso i suoi dispositivi di intervento, sono: il diritto alla cura ed a partecipare ad essa; il diritto alla salute; il diritto all'abitare, il diritto al lavoro; il diritto alla conoscenza ed all'informazione; i diritti di capacità giuridica; i diritti d'asilo e di cittadinanza.

4. Presenza in carico comunitaria della grave patologia mentale

Negli interventi di presa in carico comunitaria della grave patologia mentale che verranno coordinati in un'ottica di Dipartimento Integrato di Salute Mentale, si dovrà adottare una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione di *case manager*, all'interno di staff multidisciplinari e multi-istituzionali, il cui lavoro di gruppo verrà coordinato dagli stessi in conformità alla realizzazione, monitoraggio e valutazione dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) dei pazienti, la cui titolarità ricade sulla figura del medico istituzionalmente responsabile all'avvio della presa in carico, in integrazione con quelli che successivamente vi subentreranno. La metodologia del PTI si fonda su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale utilizzando lo strumento del *budget di salute*, condiviso con il paziente, i familiari, i servizi pubblici e le agenzie del privato sociale, in un'ottica di presa in carico globale-comunitaria e di terapia lungo tutto il ciclo di vita.

Il PTI presuppone sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche

attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e residenziali, di sostegno socio-familiare e scolastico, di inclusione socio-lavorativa, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio. In tal senso, al fine di definire una partnership di qualità, è auspicabile che ogni Dipartimento di Salute Mentale arrivi a predisporre Albi distrettuali delle imprese sociali e dei professionisti privati accreditati con gli Enti locali, per la realizzazione dei PTI, attraverso il Budget di Salute.

5. Pianificazione Finanziaria

Il Piano Finanziario del Piano d'Azione Locale si compone: dei capitoli di spesa distrettuali per i servizi dell'Area della salute mentale adulti, della neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche e per tutti gli altri servizi aziendali correlati alla salute mentale previsti dal PAL; dai capitoli della spesa consolidata per i servizi residenziali privati accreditati contrattualizzati; dai capitoli della spesa consolidata per servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari gestiti dal privato-sociale in convenzione con gli Enti Locali; dai capitoli di spesa di tutti i servizi previsti dai Piani di Zona distrettuali correlati al PAL; da tutti i finanziamenti pubblici e privati alle azioni correlate al PAL di Ricerca Scientifica, Formazione Professionale, Inclusione Socio-Lavorativa e Partecipazione Sociale; dai cofinanziamenti diretti ed indiretti dell'utenza e delle Associazioni, delle Cooperative e delle Fondazioni che partecipano al PAL. La composizione del Budget Distrettuale viene riportata nel documento del Piano d'Azione Locale, e l'allocazione delle risorse sarà finalizzata alla realizzazione dei servizi rispondenti ai bisogni rilevati dal PAL.

6. Struttura del PAL per il suo Monitoraggio e la sua Valutazione

- La missione che questa programmazione ha inteso assumersi
- Lo scenario di riferimento del piano
- I principi ed i valori che dovranno guidare il processo di cambiamento
- La visione strategica per il futuro
- I fattori di criticità da affrontare ed il sistema delle opportunità da valorizzare
- Gli obiettivi da perseguire
- Le proposte di azione per darvi attuazione
- Il piano finanziario locale



2. Lo scenario di riferimento

Descrivere la realtà del territorio distrettuale attraverso dati ed informazioni raccolte dai dati di concertazione sociale attivati, su almeno 5 dei 10 fenomeni indicati qui di seguito, ed eventualmente aggiungere la descrizione di altri fenomeni peculiari del distretto

2.A. La realtà distrettuale

1. L'aumento delle patologie mentali gravi, delle patologie dell'anziano e dell'età adolescenziale
2. Le Patologie di Confine e le "Nuove Droghe"
3. L'Alcolismo
4. Salute Mentale della popolazione migrante
5. La necessità di interventi clinici precoci
6. La Gestione delle Emergenze/Urgenze In Psichiatria
7. La frammentazione dei servizi
8. Le patologie "comuni" e l'immagine dei servizi
9. Il rischio di suicidio
10. La residenzialità terapeutica comunitaria
11. Altro (altri fenomeni peculiari del distretto)

2.B. I dati ufficiali: Il Sistema Informativo Regionale e i Flussi Finanziari

Accedere ai dati del sistema informativo regionale ed eventualmente ad altre fonti per compilare le seguenti tabelle

I.I Sistema Informativo Regionale – Area Salute Mentale Adulti

I dati riepilogativi distrettuali sono rappresentati dalle seguenti fonti:

- Riepilogo del Registro Epidemiologico Regionale - OER (solo per la Salute mentale Adulti e la Neuropsichiatria Infantile, a cadenza trimestrale):
- Riepilogo del Flusso CTA (istituito con D.A. 30 Maggio 2008 pubblicato sulla GURS n° 29 del 27.06.08; attività di assistenza nelle Comunità Terapeutiche Assistite, a cadenza mensile):
- Riepilogo dei Modelli annuali:
 - STS 11 (anagrafica delle strutture),
 - STS 21 (Volume complessivo di prestazioni "tariffabili" cioè quelle prestazioni che trovano un equivalente nel nomenclatore tariffario regionale);
 - STS 24 (numero posti e giornate di degenza in strutture residenziali e semiresidenziali).

Servizi di Salute Mentale per adulti attivati e numero Utenti al Dicembre 2013						
	CSM	Ambulatori	CTA	SPDC	CD	Totale
Numero e tipologie di Servizi						
Numero utenti in carico						

Fonti:

II. Il Sistema Informativo Regionale – Area Neuropsichiatria Infantile

Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza attivati e numero Utenti al Dicembre 2013					
	Centri NPI	Ambulatori distrettuali	U.O ospedaliere	CD	Totale
Numero e tipologie di Servizi					
N. utenti in incarico nei servizi territoriali (N. accessi) area psicopatologia + area neurologia + area neuropsicologia					

Fonti:

III. Il Sistema Informativo Regionale – Area Dipendenze Patologiche

Servizi dell'Area Dipendenze Patologiche attivati e Utenti in carico al Dicembre 2013						
	SerT	Bassa soglia	Numero posti in strutture riabilitative residenziali	Numero posti in strutture riabilitative semiresidenziali	N. utenti alcolisti	N. utenti tossicodipendenti
Servizi e Utenti						

Fonti:

IV. Anagrafica dei servizi

Inserire i nomi dei servizi nella colonna corrispondente assegnandogli un numero d'ordine

SCHEDA IDENTIFICATIVA DEI SERVIZI LOCALI										
Capitoli di spesa servizi locali										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L
N.	DSM Integrato CSM (Ambulatori, CD altro), SPDC, ecc. (x SM + NPI + Sert)	Altri servizi aziendali correlati (Psicologia, Servizio sociale, Medicina di base, ecc)	Residenziali privati Accreditato (CTA + RSA) della SM Adulti	Semi-Residenziali privati Accreditato della SM Adulti	Residenziali privati Accreditato della NPI	Semi-Residenziali privati Accreditato della NPI	Residenziali privati Accreditato (CT) dei SERT	Semi-Residenziali privati Accreditato dei SERT	Comunità Alloggio ed altri servizi del privato sociale di tipo socio-sanitario convenzionati con enti locali	Altre finanziamenti pubblici nel settore salute mentale (Ricerca, formazione, lavoro, prevenzione, volontariato, ecc.)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

V. Anagrafica degli utenti fuori Distretto

Inserire il numero degli utenti ed i costi stimati, nella colonna e nella riga corrispondenti

SCHEMA IDENTIFICATIVA DEI SERVIZI FUORI DISTRETTO FINANZIATI										
Capitoli di spesa utenti per utenti inviati fuori distretto										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L
FUORI DISTRETTI	DSM Integrato CSM (Ambulatori, CD altro), SPDC, ecc. (x SM + NPI + Sert)	Altri servizi aziendali correlati (Psicologia, Servizio sociale, Medicina di base, ecc)	Residenziali privato Accreditato (CTA + RSA) della SM Adulti	Semi-Residenziali privato Accreditato della SM Adulti	Residenziali privato Accreditato della NPI	Semi-Residenziali privato Accreditato della NPI	Residenziali privato Accreditato (CT) dei SERT	Semi-Residenziali privato Accreditato dei SERT	Comunità Alloggio ed altri servizi del privato sociale di tipo socio-sanitario convenzionati con enti locali	Altri finanziamenti pubblici nel settore salute mentale (Ricerca, formazione, lavoro, prevenzione, volontariato, ecc.)
ALTRI DISTRETTI della Stessa Azienda Sanitaria Locale										
Altre ASL della stessa REGIONE										
ALTRE REGIONI										
TOTALE										

VI. Flussi Finanziari

COSTO ASSISTENZA SANITARIA PSICHIATRICA E DIPENDENZE PATOLOGICHE a carico del SSR -						
LA quadrato CE 2009	Assistenza Psichiatrica			Assistenza Dipendenze Patologiche		
Tipologia	Ambulatoriale e domiciliare	Semiresidenziale	Residenziale	Ambulatoriale e domiciliare	Semiresidenziale	Residenziale
Euro						
totale						

Fonti:

Fatturato ricoveri Reparto Psichiatria (Cod. 40) anno 2010			
	Strutture Pubbliche	Strutture Private	Totale
Euro			

Fonti:

COSTO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA a carico di altri Enti -											
Assistenza Adulti						Assistenza Minori					
Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento		Servizi Semiresidenziali e Domiciliari		Altri finanziamenti pubblici (Ricerca, formazione, lavoro, prevenzione, volontariato, ecc.)		Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento		Servizi Semiresidenziali e Domiciliari		Altri finanziamenti pubblici (Ricerca, formazione, prevenzione, volontariato, ecc.)	
Numero identifi cativo	Erogazi one annuale Euro	Numero identifi cativo	Erogazi one annuale Euro	Numero identifi cativo	Erogazi one annuale Euro	Numero identific ativo	Erogazi one annuale Euro	Numero identifi cativo	Erogazi one annuale Euro	Numero identifi cativo	Erogazi one annuale Euro
Totale Num.	Totale Euro	Totale Num.	Totale Euro	Totale Num.	Totale Euro	Totale Num.	Totale Euro	Totale Num.	Totale Euro	Totale Num.	Totale Euro

3. Fattori Critici e Proposte obiettivo

Il presente Piano d'Azione Locale richiede a tutte le Agenzie coinvolte nella salute mentale comunitaria di intraprendere azioni nelle 10 aree tematiche sotto elencate, attraverso il coordinamento dei servizi sanitari preposti alla Tutela della Salute Mentale (Servizi di Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Servizi per Dipendenze Patologiche, Servizio di Psicologia e Servizio Sociale) con gli altri servizi aziendali ad essa connessa (come Medicina di base, Servizi per la Disabilità, Servizi agli Anziani, Distretti Socio-Sanitari, Servizi di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro), in integrazione con le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ove necessario anche fuori Distretto, ed in concertazione con la Consulta Dipartimentale dei Pazienti e dei Familiari e con tutte le Agenzie Sociali (Cooperative, Associazioni, Fondazioni, ecc.) del loro territorio di competenza. I seguenti 10 macro obiettivi raccolgono le istanze delle 8 aree tematiche sui diritti sociali sviluppate dai Gruppi di Concertazione Locale.

Le aree tematiche sviluppate di Gruppi di Concertazione Locale rappresentano i fatto critici su cui i PAL intendono costruire proposte obiettivo. Ciascun Distretto svilupperà solo gli obiettivi connessi alle istanze civili rappresentate dai Gruppi di Concertazione Tematica attivati.

I Macro-Obiettivi Strategici sono:

- 1. Integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria**
- 2. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale**
- 3. Servizi per l'Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita**
- 4. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani**
- 5. Doppia diagnosi e aree di confine**
- 6. Salute mentale della popolazione migrante**
- 7. Qualità della *Governance* Clinica**
- 8. Servizi di Inclusione Socio-Lavorativa**
- 9. Formazione per i sistemi di cura**
- 10. Ricerca e Sistema Informativo**

1. L'integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria

- I. PTI e *Mix Gestionale* – 2° GCT: **Diritti di Partecipazione alla Cura**
- II. Sostegno Abitativo: Domiciliarità e Residenzialità – 3° GCT: **Diritto all'Abitare**

Spetta al DSM elaborare metodologie che siano di sostegno allo sviluppo ed alla fornitura di servizi sanitari e socio-sanitari integrati ed alla creazione di una rete di connessione distrettuale. Il Servizio pubblico si confronta con il privato sociale e imprenditoriale costruendo cogestione sui Progetti Terapeutici Individualizzati e sui Servizi Socio-Sanitari Distrettuali, che prevedono la corresponsabilità anche della municipalità, con la partecipazione diretta dei protagonisti destinatari dei servizi, delle famiglie e del mondo associativo e del volontariato.

La partnership di qualità si fonda sulla co-progettazione del Piano d'Azione Locale e può essere identificata con la costituzione di albi aziendali delle imprese sociali disponibili a co-gestire PTI attraverso il *budget di salute* ed con il *mix gestionale*, che può essere realizzato distrettualmente per le attività abitative, formative e lavorative previste.

Il PTI garantisce un modello operativo di buona pratica clinica fondata sulla metodologia del *Case Management (CM)* e del *Community Mental Health Team (CMHT)*.

Implementazione delle Strategie

I. PTI e Mix Gestionale

Rappresenta una missione specifica del DSM Integrato e Comunitario e deve essere orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro tra tutti i componenti del sistema territoriale di rete a partire dai tavoli di lavoro e dai Piani di Zona (PdZ) dei Distretti Socio-Sanitari previsti dalla Legge 328/2000. Ciò comporta un forte investimento della équipe multi-professionale del DSM Integrato che, per prima e/o per competenza territoriale, prende istituzionalmente in carico il paziente, al fine di garantire una progettualità terapeutico-assistenziale, con la collaborazione multi-istituzionale dei *partners* della rete locale e della sua famiglia.

L'integrazione tra il servizio pubblico e il privato sociale e imprenditoriale trova senso e reciproca utilità quando è vincolata fortemente a strategie terapeutiche governate dal servizio pubblico e attivi la partecipazione dei soggetti privati alla *Progettazione Terapeutico-Riabilitativa Personalizzata* e alla *Programmazione Socio-Sanitaria Distrettuale*.

II. Sostegno Abitativo: Domiciliarità e Residenzialità

È necessario utilizzare lo strumento del PTI per la promozione della cura attraverso il trattamento residenziale, il sostegno abitativo e la clinica comunitaria. Vanno privilegiate la piccola dimensione della casa di civile abitazione quale elemento favorente le relazioni terapeutiche interpersonali nelle strutture residenziali per pazienti psichiatrici, ed i contesti sociali di partecipazione comunitaria quali luoghi in cui progettare e costruire dispositivi terapeutici di sostegno all'abitare e realizzare il coinvolgimento dei familiari anche attraverso la terapia multifamiliare e di comunità. La residenzialità terapeutica domiciliare, come quella espressa dal modello del gruppo-appartamento, delle case protette e delle comunità alloggio rappresenta un modello di integrazione socio-sanitaria altamente efficace.

Monitoraggio dei processi

I. Il PTI e il Mix Gestionale

- a. Istituire a livello Distrettuale un fondo unico di integrazione socio-sanitaria per il finanziamento, anche attraverso il *mix-gestionale*, dei servizi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, attraverso la pianificazione finanziaria comune con gli Enti Locali.
- b. Definire a livello distrettuale il fabbisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.
- c. Istituire gli Albi (Distrettuali e degli Enti Locali) delle imprese del privato sociale, imprenditoriale e delle associazioni di volontariato, che hanno i requisiti di legge previsti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, al fine di garantire all'utenza la libera scelta di accesso ai servizi.

- d. Il PAL deve integrare, in concertazione con gli Enti locali distrettuali, gli Albi Distrettuali per operatori di sostegno domiciliare, ove attivati.
- e. Integrazione della metodologia della Programmazione Socio-Sanitaria Distrettuale con quella del Mix di Gestione.
- f. Il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) si realizza attraverso il *Budget di Salute*, sarà finanziato dall'Azienda Sanitaria per la componente sanitaria e dagli Enti Locali per la componente socio-sanitaria, con la compartecipazione dell'utenza come previsto dalla normativa vigente.
- g. Accordi di programma distrettuali tra l'Azienda Sanitaria Locale ed Enti Locali per il finanziamento ed il coordinamento delle Comunità Alloggio, dei Gruppi-Appartamento, dei Centri Diurni, dei Servizi di Sostegno Domiciliare, Servizi a Bassa Soglia e di Strada.
- h. Accordi di programma distrettuali tra l'Azienda Sanitaria Locale, Istituti Scolastici ed Enti Locali per il finanziamento ed il coordinamento dei Servizi di Sostegno e Inclusione Scolastica e di Prevenzione del Disagio Psicico.

II. Integrazione nei PTI dei servizi residenziali

- a. Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti dai servizi residenziali, anche se effettuati dai DSM Integrati, avvengono con la partecipazione della persona assistita, della famiglia e di eventuali altri soggetti interessati (come il Curatore, il Tutore o l'Amministratore di Sostegno), in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.
- b. Gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche ad Alta Protezione sono disposti dal DSM di competenza territoriale, che elabora il programma terapeutico nel rispetto del PTI.
La CTAP riporta in cartella clinica tutti gli elementi che identificano il programma erogato, relativi alla tipologia quali-quantitativa degli interventi e al mix di attività previsto.
I programmi terapeutici ad alta intensità realizzati all'interno delle CTAP avranno una durata ordinariamente non superiore a 30 giorni, eccezionalmente prorogabili massimo a 60 giorni.
- c. I pazienti ricoverati nelle strutture residenziali con finalità terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative effettueranno uno o più dei programmi riabilitativi previsti, su proposta del DSM inviante, nel rispetto del percorso di recupero individuato nel PTI. Le aree di intervento e le tipologie di attività dei programmi terapeutici e riabilitativi saranno dettagliati nel progetto terapeutico che la struttura residenziale elaborerà per ciascun paziente.
- d. All'interno del PTI dei pazienti dimessi dalle strutture residenziali può essere previsto un intervento di sostegno alle dimissioni e inclusione sociale, da svolgere con le risorse della stessa struttura da cui è stato dimesso il paziente, in integrazione con le risorse del DSM e delle agenzie sociali locali.
- e. Le attività effettuate in regime di semiresidenzialità dovranno trovare coerente collocazione all'interno del PTI, prevedendo la durata del trattamento nonché i tempi e le modalità delle verifiche
- f. I soggetti ultrasessantenni con residualità psichiatrica e morbilità multifattoriale geriatrica-internistica, devono trovare allocazione, in comunità residenziali protette in base alla normativa vigente ed alle indicazioni di programmazione sanitaria.
- g. Le strutture residenziali vengono valutate sulla base delle dimissioni, degli esiti dei loro programmi terapeutici e dell'inclusione sociale e lavorativa dei pazienti
- h. Va definito a livello distrettuale il rapporto ottimale tra le necessità dei pazienti che usufruiscono delle Comunità Alloggio, il numero di comunità accreditate e la disponibilità finanziaria. A tal fine può essere creato un fondo di integrazione socio-sanitaria, in concertazione, a livello locale tra l'Azienda Sanitaria Locale e gli Enti Locali.
- i. A livello locale vanno attivati protocolli di integrazione socio-sanitaria, tra l'Azienda Sanitaria Locale e gli Enti Locali, al fine definire e garantire modalità di funzionamento dei progetti di sostegno abitativo domiciliare e di gruppo-appartamento, e individuando le forme di coinvolgimento del privato-sociale, dei familiari, degli utenti e del volontariato.
- j. Il privato sociale ed imprenditoriale che gestisce servizi di salute mentale in integrazione con il DSM deve garantire programmi di formazione continua a tutto il personale, mirati allo sviluppo professionale ed alla supervisione istituzionale della pratica clinica.

2. Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale

- I. Integrazione con la Sanità Penitenziaria - 5° GCT: Diritti di Capacità Giuridica
- II. Amministrazione di Sostegno - 5° GCT: Diritti di Capacità Giuridica
- III. Psichiatria di Collegamento e Consultazione e Psicologia di Base - 4° GCT: Diritto alla Salute

Il DSM Integrato, nella presa in carico istituzionale afferma la centralità della salute mentale nei processi di sviluppo della comunità; promuove l'integrazione, nella prassi clinica, degli aspetti giuridici, economici, sociali e culturali; incentiva l'integrazione tra i servizi di salute mentale e quelli di medicina di base e specialistica; attiva azioni di lotta contro lo stigma e la discriminazione dei gruppi sociali vulnerabili e della categorie a rischio disagio psico-sociale; sostiene la partecipazione dei pazienti e dei familiari ai processi di cura e di guarigione; valorizza l'immagine professionale dei servizi e degli operatori del settore.

La costruzione di servizi sanitari post-OPG, lo sviluppo di servizi domiciliari alternativi alla residenzialità, la riduzione degli istituti della Tutela e della Curatela a favore dell'Amministrazione di Sostegno e l'integrazione nelle pratiche sanitarie quotidiane della psichiatria di collegamento e consultazione e della psicologia di base, rappresentano i principi della presa in carico istituzionale.

Implementazione delle strategie

I. Integrazione con la Sanità Penitenziaria

Il Decreto Lgs n.230/99 ed il DPCM 01/04/2008 impongono una assunzione di responsabilità dei DSM Integrati e Comunitari, competenti per territorio, relativamente alla organizzazione di un servizio che, garantendo una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza, consenta da un lato di prendere in carico, all'interno delle carceri, i soggetti con patologia psichiatrica e dall'altro di operare per il definitivo superamento dell'OPG.

II. Amministrazione di Sostegno

La figura dell'Amministratore di Sostegno (AdS) trova la propria ragion d'essere nel fatto che questo istituto giuridico non limita la capacità di azione legale e sociale del soggetto cui si applica, pur sostenendolo e sostituendosi quando necessario per lo svolgimento di compiti specifici. La specificità dell'AdS è quella nella necessità di assolvere a compiti specifici e per tempi limitati (per il compimento anche di uno solo o più atti giuridici) alle azioni necessarie al soggetto debole e da esso non eseguibili.

La sua applicazione può coprire una amplissima fascia di intervento che va dalle stesse limitazioni prevista dall'istituto dell'interdizione fino ad una specifica obbligatorietà per assicurare anche un singolo intervento medico. Il paziente in tutti i casi non viene comunque mai privato completamente e definitivamente della libertà.

La conoscenza della normativa, l'ampiezza del "dovere" indicato dalla legge e la responsabilità connessa sono spesso fonte di perplessità interpretative ed attuative. Vanno previsti momenti formativi dei dirigenti e degli operatori chiamati all'applicazione della norma anche sotto il profilo squisitamente pratico, ossia sull'effettivo ambito di responsabilità del sanitario e gli adempimenti connessi e necessari.

III. Psichiatria di Collegamento e Consultazione (P.C.C.)

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. è determinata dall'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali, dal riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psicologico può essere determinante nell'incrementare la *compliance* con una migliore riuscita delle procedure diagnostico-terapeutiche previste. La P.C.C. dovrà: prendere in carico il paziente nei reparti ospedalieri, evitando l'automatico trasferimento in SPDC; incentivare i contatti tra l'equipe multidisciplinare che ha in carico il caso ed i medici di base e specialistici.

Va promossa una pratica psicologica che preveda: la presa in carico del paziente sin dal suo contatto con i medici ed i pediatri di base, al fine di sostenerne i percorsi di cura, di assistenza e di ripresa, in un'ottica di riduzione del ricorso al trattamento farmacologico come unica forma di assistenza sanitaria di base; l'orientamento istituzionale e comunitario all'utilizzo consapevole dei servizi sanitari e socio-sanitari locali.

Monitoraggio dei processi

I. Servizi di Salute Mentale nelle Carceri

- a. Realizzare accordi per gli internati negli OPG, appartenenti al proprio territorio distrettuale, al fine di costruire PTI che contengano programmi penitenziari alternativi.
- b. Programmare la definizione degli strumenti organizzativi necessari al superamento dell'OPG.
- c. Implementare modelli sperimentali di Comunità Terapeutica Residenziale per pazienti con grave patologia mentale soggetti a restrizione giudiziaria, anche conseguente a gravi reati, in maniera da salvaguardare il regolare decorso della pena senza compromettere il diritto alla cura.
- d. Attivare precorsi formativi congiunti per operatori della salute mentale nelle carceri ed operatori della sicurezza.

II. Gruppi di Lavoro dipartimentali sull'Amministrazione di Sostegno

- a. Costituire un gruppo di lavoro aperto alla collaborazione di tutti i soggetti coinvolti dalla normativa (appartenenti ai mondi associativo, giuridico, delle pubbliche amministrazioni, ecc.) con l'obiettivo di sviluppare attività formative e informative sulle pratiche di presa in carico dei pazienti con patologia mentale e connesso disagio psico-sociale, attraverso l'integrazione della funzione dell'Amministratore di Sostegno all'interno del lavoro multidisciplinare di cura.
- b. Avviare e sostenere la revisione per il maggior numero di pazienti interdetti del loro status giuridico, proponendone ai tribunali competenti la trasformazione in Amministrazione di Sostegno.

III. Rapporti tra i servizi del DSM Integrato ed i servizi ospedalieri e di base

- a. Attivare protocolli operativi di collaborazione tra il DSM e le varie discipline mediche specialistiche ospedaliere e di medicina territoriale.
- b. Definire procedure di collaborazione e consultazione degli operatori del DSM con i medici di base, i pediatri di libera scelta ed i consultori familiari.
- c. Realizzare azioni formative congiunte tra pediatri, medici di base e specialisti delle varie discipline mediche e psicologiche.

3. Servizi per l'Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita

- I. La patologia mentale in età evolutiva – 1° GCT: **Diritto alla Cura**
- II. L'Area Integrata per l'Adolescenza – 1° GCT: **Diritto alla Cura**

Promuovere attività indicate per le fasi di vita più vulnerabili, nel rispetto delle dinamiche specifiche del ciclo di vita degli individui e delle famiglie. In particolare costruire servizi specialistici dedicati all'adolescenza, in grado di integrare le pratiche terapeutiche sviluppate per l'età evolutiva con quelle tipiche dell'età adulta ed ancora, quando necessario, con quelle specifiche per le dipendenze patologiche.

Le azioni in favore della salute mentale degli adolescenti rappresentano un investimento strategico, tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società e il sistema sanitario.

Implementazione delle strategie

I. La patologia mentale in età evolutiva

Il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute in quest'ambito è profondamente cambiato negli ultimi anni, anche sotto la spinta delle profonde trasformazioni che hanno interessato i nostri contesti sociali. Se il miglioramento delle condizioni complessive che attengono alla gravidanza, al parto e alle cure perinatali ha ridotto la componente di grave disabilità neuromotoria e cognitiva, si presentano in incremento i bisogni correlati al disagio e alla sofferenza mentale, a volte con correlati comportamentali eclatanti, spesso con sintomatologia discreta, ma con uguale o maggiore probabilità di condizionare il percorso evolutivo.

II. L'Area Integrata per l'Adolescenza

Istituzione del coordinamento di un'Area ad Alta Integrazione per le patologie dell'Adolescenza, per ottimizzare le modalità di presa in carico, ed implementare azioni specifiche nel settore delle dipendenze patologiche. In questo settore il concetto di doppia diagnosi ha destato un particolare interesse che sembrerebbe riguardare non solo i clinici ma, più in generale, le persone e le organizzazioni che vi intervengono. Diventa fondamentale ed essenziale un lavoro di rete orientato sia alla presa in carico sia alla diagnosi precoce, alla prevenzione ed alla promozione della salute, che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi impegnati, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità.

Monitoraggio dei processi

I. La presa in carico della patologia infantile

- a. attivare procedure di individuazione precoce, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei consultori familiari, dei gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole ed una premessa alla possibilità di ridurre le conseguenze invalidanti;
- b. attivare procedure di individuazione delle patologie sottosoglia, spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive;
- c. prevedere pratiche di presa in carico dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso e delle loro famiglie;
- d. contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia maggiore, attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale;
- e. attivare procedure per la diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare.

II. La Prevenzione Secondaria

Implementare l'intervento di prevenzione secondaria con l'attivazione di servizi per l'adolescenza che intervengano sui soggetti a "rischio", attraverso :

- a. la collaborazione con i Centri di Informazione e Consulenza Scolastica e le altre agenzie istituzionali e sociali per l'individuazione dei casi a rischio;
- b. l'istituzione di un Centro Adolescenti dipartimentale in cui convergano figure professionali di NPI, SERT e Salute Mentale. Attraverso le attività del Centro (gruppi psicodinamici, psicodramma, laboratori di arteterapia, colloqui clinici...) dove si promuovono interventi sia a valenza preventiva, sia di tipo clinico, onde pervenire ad una eventuale diagnosi precoce di psicopatologia.

III. Equipe Distrettuale Integrata per Adolescenza

Creare una équipe distrettuale integrata "dedicata" all'adolescenza, con l'obiettivo e il compito di coordinare le attività previste per gli adolescenti:

- a. attività clinica per gli adolescenti inseriti in percorsi "speciali": residenzialità, semiresidenzialità, DH psichiatrico, Centri per la gestione del periodo sub-acuto o di eventi critici senza scompenso;
- b. creare un modello diagnostico e di presa in carico dell'adolescente, condiviso con le équipes di tutto il DSM Integrato, attraverso procedure definite e protocolli diagnostici omogenei nel metodo e nella codifica; adottando le linee guida già approntate dalle società scientifiche o creando percorsi originali, modellati secondo i criteri dell'EBM e della Recovery;

IV. Residenzialità e Semiresidenzialità per l'Adolescenza

Sviluppare i servizi di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in età evolutiva:

- a. provvedere, analogamente a quanto avviene per gli adulti, a inserire in nuove e più efficaci strutture comunitarie terapeutiche i minori che necessitano di tale intervento.
- b. inaugurare percorsi innovativi e sperimentali semiresidenziali e residenziali, nell'ottica dell'integrazione: inserimento di adolescenti con patologia psichiatrica in contesti aggregativi e/o residenziali che accolgono adolescenti che non presentano evidenza di psicopatologia.

- V. Protocolli distrettuali per la continuità terapeutica di adolescenti multiproblematici
Promuovere protocolli operativi, da elaborare in sinergia tra i vari servizi del Dipartimento Salute Mentale Integrato ed eventuali servizi di altri Dipartimenti, per la presa in carico globale e condivisa di soggetti e famiglie multiproblematiche, al fine di garantire la continuità terapeutica.
- VI. Disturbi del Comportamento Alimentare in Adolescenza
- Adottare linee guida dipartimentali per l'organizzazione dei servizi e la metodologia d'intervento per la diagnosi precoce e la presa in carico dei soggetti con DCA.
 - Consolidare l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, già positivamente sperimentati in alcuni contesti assistenziali, sia nell'ambito della NPI che dei SerT, estendendoli ad una gestione integrata del problema, alla quale partecipino psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, infermieri.
 - Favorire la gestione comunitaria della problematica clinica mediante la partecipazione delle Associazioni interessate, delle Agenzie sociali coinvolte (in primo luogo la Scuola), dei professionisti e delle istituzioni del privato-sociale.
 - Implementare opportuni protocolli che definiscano la fase dell'accoglienza, della diagnosi e del trattamento per una corretta presa in carico dei DCA dai casi di insorgenza precoce in età infantile e preadolescenziale, alle fenomenologie cliniche dei casi giovani-adulti, tenendo al centro del discorso metodologico la fase evolutiva dell'Adolescenza.

4. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani

- Gestione delle Urgenze/Emergenze - **5° GCT: Diritti di Capacità Giuridica**
- La Prevenzione del Suicidio – **1° GCT: Diritto alla Cura**
- Il Coinvolgimento della famiglia – **1° GCT: Diritto alla Cura**
- La Terapia delle patologie comuni – **1° GCT: Diritto alla Cura**

Attivare interventi direttamente nei contesti quotidiani di vita e di lavoro, soprattutto per i gruppi sociali emarginati ed a rischio, al fine di prevenire i fenomeni di emergenza/urgenza e di ridurre il rischio suicidio, attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli stessi pazienti e dei loro familiari nella programmazione dei servizi di promozione, prevenzione, cura e sostegno.

Implementazione delle strategie

- Gestione delle Urgenze/Emergenze
Il Piano d'Azione Locale intende favorire, nel territorio di competenza, la partecipazione di tutte le Istituzioni coinvolte (Comune, Polizia Municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero, Servizio 118, DSM, SPDC, Servizi di NPI, Ser.T., Tribunale dei Minorenni, Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco, ecc.) in un coordinamento per l'attuazione di una corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio, anche attraverso la sottoscrizione di protocolli applicativi e l'attivazione di programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie.
- La Prevenzione del Suicidio
È necessario far comprendere alla popolazione generale e ai professionisti, attraverso azioni di informazione generale e formazione specialistica, che la sofferenza che porta al suicidio può essere intercettata, oltre nei contesti familiari, anche nei contesti sanitari di base, dove si recano con frequenza i futuri autori, ma anche, e soprattutto nei casi di età adolescenziale, nei contesti scolastici. Particolare attenzione va poi riservata alla prevenzione nei contesti penitenziari.

III. La Terapia delle patologie comuni

È necessario contrastare il sottoutilizzo dei servizi da parte dei cittadini che soffrono di patologie mentali comuni, a causa della stigmatizzazione dei contesti operativi della salute mentale, sviluppando nel DSM Integrato la flessibilità organizzativa utile ad intercettare i bisogni di terapia per disturbi mentali lievi. Va rafforzata la collaborazione tra il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, il Consultorio Familiare e il settore specialistico.

IV. Il Coinvolgimento delle Associazioni degli Utenti e dei Familiari

È necessario promuovere la costituzione di Associazioni di Utenti e familiari, di gruppi di lavoro e gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie. I gruppi per le famiglie vanno organizzati facendo riferimento alle esperienze ed alla matrice dell'Auto-Mutuo-Aiuto e dei Gruppi Multi-Familiari: in questa visione la famiglia, gli utenti e gli operatori diventano, protagonisti dei propri percorsi.

È considerato un obiettivo di qualità la realizzazione di percorsi strutturati di coinvolgimento attivo ai processi di cura di utenti e familiari finalizzati alla piena integrazione tra i diversi soggetti coinvolti a vario titolo nei progetti di cura.

La Consulta Dipartimentale per la Salute Mentale diventa in tal senso la cornice culturale e comunitaria nella quale trova riconoscimento politico ed istituzionale il ruolo interlocutorio dell'associazionismo dei familiari e degli utenti.

Monitoraggio dei processi

I. La gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche

- a. Il DSM Integrato deve attivare una convenzione con il servizio del 118 per il trasporto dei pazienti.
- b. Il DSM Integrato deve tendere alla realizzazione di un servizio di reperibilità medico-infermieristica territoriale notturno, prefestivo e festivo.
- c. Il DSM Integrato deve effettuare azioni di collegamento e di formazione congiunta, mirata ad integrare ed ottimizzare gli interventi di emergenza, con i corpi dei Vigili Urbani, delle Forze dell'Ordine e delle altre agenzie impegnate nel lavoro sulle emergenze/urgenze ed a prevenire situazioni a rischio per gli operatori e per i pazienti.

II. Prevenzione dei suicidi

- a. Il DSM Integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali (scuole, servizi sanitari di base, associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.), deve attivare in ogni distretto azioni di formazione e sensibilizzazione sulle competenze di sostegno sociale e primo aiuto alla risoluzione del disagio a rischio suicidio.
- b. Il DSM Integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali, deve redigere apposito regolamento in cui prevedere le modalità di integrazione di tutte le strutture dell'Azienda Sanitaria Locale per la prevenzione del suicidio, senza compromettere il diritto del paziente a scegliere autonomamente il professionista d'aiuto e la possibilità delle agenzie delle reti socio-sanitarie ed educative di base di attivare interventi specialistici.

III. Terapia delle patologie comuni

- a. Il DSM Integrato attiva iniziative, procedure e pratiche atte a favorire l'accesso all'utenza con patologia mentale lieve ed a destigmatizzare la percezione sociale dei servizi di Salute Mentale.
- b. Il DSM Integrato, in concertazione con i medici di base ed i pediatri di libera scelta, le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali, attiva procedure ed azioni atte a sviluppare Servizi di Psicoterapia e Ambulatori dedicati, in risposta ai bisogni emersi dal PAL e con l'obiettivo di promuovere le risorse professionali specialistiche locali.

IV. Coinvolgimento delle famiglie e degli utenti

- a. In Tutti i Servizi Sanitari del Distretto, il DSM Integrato deve, in collaborazione con le agenzie e le istituzioni sociali del territorio, promuovere la costituzione e l'attivazione di gruppi di lavoro e di gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie, tra cui:

- 1) Gruppi per familiari ispirati alla matrice dei gruppi di Auto-Aiuto
- 2) Gruppi di Uditori di Voci
- 3) Gruppi Multifamiliari
- 4) Gruppi psicoterapeutici o psicoeducazionali familiari.
- 5) Gruppi operativi di progettazione terapeutica personalizzata.
- 6) Gruppi-appartamento familiari.
- 7) Dispositivi di psicoterapia domiciliare d'appoggio e di psicoterapia familiare.
- 8) Dispositivi di consulenza fra pari e di affiancamento e sostegno reciproco tra familiari
- 9) Organizzazioni di Utenti e Familiari Esperti

b. Il DSM Integrato promuove la nascita di Associazioni di Utenti e familiari ed attiva la Consulta Dipartimentale degli Utenti e dei Familiari per la Salute Mentale.

5. La doppia diagnosi e le aree di confine

- I. Presa in carico dei pazienti con Doppia Diagnosi – 1° GCT: **Diritto alla Cura**
- II. Presa in carico dei pazienti con problematiche alcoliche – 1° GCT: **Diritto alla Cura**
- III. Presa in carico di pazienti con dipendenza in assenza di sostanze – 1° GCT: **Diritto alla Cura**

Il Piano d'Azione Locale promuove il confronto all'interno del Dipartimento Integrato fra servizi dell'Area della Salute Mentale, dell'Area delle Dipendenze Patologiche, dell'Area ad alta integrazione per l'Adolescenza, per elaborare nuovi modelli d'intervento sulle patologie di confine. La corresponsabilizzazione dei servizi pubblici e privati dei due settori della Salute Mentale Adulti e Minori e del Settore delle Dipendenze Patologiche rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con disturbi psichici e dipendenza da sostanze deve portare a forme di collaborazione rafforzata come formazione di equipe miste.

Implementazione delle strategie

- I. Presa in carico dei pazienti con Doppia Diagnosi
La presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi, data l'elevata complessità delle problematiche sanitarie, sociali e spesso legali/giudiziarie che li caratterizza, è molto impegnativa e deve prevedere la collaborazione delle diverse risorse del servizio pubblico (SerT, NPI, SSM, Ospedali, ecc.) e del privato sociale (comunità residenziali, diurne, comunità-alloggio, strutture a "bassa soglia", ecc.). A fronte di problematiche così complesse e onerose, è necessario attivare un lavoro di rete che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi impegnati nella gestione del caso, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità e superando la conflittualità tra i Servizi che spesso penalizza il diritto alla salute dei pazienti "difficili".
Il PAL può prevedere, l'attivazione di servizi per pazienti con doppia diagnosi, con priorità per pazienti a maggior indice di gravità psicopatologica.
- II. Presa in carico dei pazienti con problematiche alcoliche
Programmare interventi "after care" per alcolismo e patologie alcolcorrelate, attivando, ove necessario, servizi semiresidenziali e residenziali, in collegamento stretto con la "rete" territoriale e con il supporto di programmi ambulatoriali.
- III. Presa in carico di pazienti con dipendenza in assenza di sostanze (DAS).
Il PAL può attivare, ove necessario, servizi ambulatoriali per le DAS con la finalità di affrontare le nuove patologie da dipendenza, attraverso interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici e sociali erogati da équipe multiprofessionali.

Monitoraggio dei processi

I. Area Dipendenze patologiche

Nell'ambito del territorio di competenza, attraverso il coordinamento dell'Area Dipendenze Patologiche, il Dipartimento Salute Mentale Integrato, potrà attivare:

- a. Servizi per pazienti con doppia diagnosi, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali con priorità per le aree metropolitane, sulla base delle analisi epidemiologiche; alcuni dei quali potranno prevedere una gestione mista pubblico (SerT, CSM, NPI), privato sociale, associazione utenti e famiglie.
- b. Servizi semiresidenziali e residenziali destinati a persone con dipendenza alcolica e problematiche alcol-correlate, secondo il fabbisogno distrettuale espresso dal PAL.
- c. Protocolli tra l'Area delle Dipendenze Patologiche e le strutture ospedaliere dell'Azienda Sanitaria Locale al fine di attivare servizi di Day Hospital per soggetti con compromissioni internistiche e con deterioramento psichico causate dall'alcool.
- d. Servizi per le altre Dipendenze in Assenza di Sostanze rivolti a persone con problematiche da Gioco d'Azzardo Patologico; Dipendenza da internet; ...

II. Protocolli distrettuali per pazienti con doppia diagnosi

Il Dipartimento Salute Mentale Integrato curerà la stesura di protocolli operativi per il trattamento di pazienti con doppia diagnosi, utili a definire :

- a. I modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso;
- b. I tempi e le modalità di definizione dei Progetti Terapeutici Individualizzati compresa la individuazione del servizio referente, del *case manager* e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per gli psicofarmaci ;
- c. Le modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera ;
- d. La metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi di cura residenziale;
- e. Le modalità di presa in carico e di verifica dei Progetti Terapeutici Individualizzati per i pazienti residenti in strutture;
- f. Le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali ;
- g. I livelli di responsabilità nelle attività di cui sopra, all'interno del DSM Integrato.

III. La formazione e l'aggiornamento del personale

Il Dipartimento Salute Mentale Integrato deve promuovere un assessment più adeguato ai bisogni di cura per i pazienti con "doppia diagnosi" sviluppando stretti collegamenti tra i Servizi esistenti e curando la formazione specifica delle equipe multi professionali dei servizi dedicati.

6. La salute mentale della popolazione migrante - 7° GCT: la Popolazione Migrante

Il PAL prevede l'attivazione di strategie per garantire l'accesso della popolazione migrante a cure primarie di qualità per la salute mentale, in particolare istituendo Servizi Sperimentali di integrazione Dipartimentale per i problemi di salute mentale connessi ai fenomeni interculturali ed alle dinamiche migratorie, promuovendo come fattore strategico l'approccio etno-psichiatrico e la mediazione linguistico-culturale.

A tal scopo è si promuovono i seguenti indirizzi operativi:

1. Sviluppo di strategie e metodologie interne ai Dipartimenti in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
2. Attivazione a livello locale di gruppi di iniziativa multiprofessionali e multilinguistici che, in modo coordinato ed integrato nella rete dei servizi, avviano programmi di intervento nell'ambito della salute mentale transculturale;

3. Sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali di cui sono portatrici le popolazioni migranti. Tali gruppi sono orientati all'innovazione clinica ed alla ricerca anche in specifici gruppi a rischio: rifugiati, minori non accompagnati e vittime della tratta.
4. Individuazione delle modalità con cui i mediatori linguistico-culturali, i counselor ed i facilitatori della mediazione culturale, devono essere formati (definizione di competenze, ruoli e funzioni) e preparazione degli operatori ad una collaborazione proficua con essi.
5. Incentivazione e sostenere, attraverso counselor e facilitatori, dell'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale. L'azione di mediazione deve riuscire a promuovere interventi che si dislocano nei vari nodi della rete sociosanitaria, assistenziale e legale. La formazione dei mediatori, dunque, non va limitata alla sola salute mentale perché ciò può comportare il rischio di non prendere in considerazione il bisogno complessivo di salute (psichico, sociale e somatico) soggiacente al problema psicopatologico.
6. Socializzazione diffusa, alla rete dei servizi, delle conoscenze e dei saper-fare accumulati dai gruppi di iniziativa istituiti e dalle sperimentazioni avviate in ambito transculturale.

Implementazione delle strategie

I. Servizi di Integrazione Sperimentale per la Salute Mentale Transculturale

Il DSM prevede l'attivazione di servizi ad integrazione sperimentale per la Salute Mentale Transculturale, che abbiano come obiettivo quello di affrontare le problematiche psicosociali degli immigrati seguendo la traccia culturale di provenienza, utilizzando tutte le risorse organizzative istituzionali e del volontariato esistenti nel contesto territoriale. Gli obiettivi che tali servizi dovranno perseguire sono i seguenti:

1. Sviluppo della sensibilità culturale generale e dell'attenzione alla variabile migratoria come qualità necessarie dei processi organizzativi
2. Sviluppo di competenze professionali e di strategie operative nell'ambito della clinica transculturale e del lavoro intersettoriale e comunitario in contesti multiculturali.

Monitoraggio dei processi

- I. Il PAL basa la valutazione dei servizi di integrazione sperimentale per la Salute Mentale Transculturale sulle seguenti rendicontazioni:
 - 1) la rendicontazione dei sistemi e delle strategie adottate per garantire l'equità delle prestazioni e la fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
 - 2) la rendicontazione delle strategie intersettoriali attivate e della effettiva messa in rete di istituzioni, servizi e agenzie che, a vario titolo, sono interessate dai processi migratori internazionali;
 - 3) la rendicontazione dei provvedimenti organizzativi e delle implementazioni operative adottate al fine di aumentare la capacità di risposta del DSM Integrato alle domande di cura provenienti dalle popolazioni migranti.

7. Qualità della Governance Clinica – 1° GCT: Diritto alla Cura

Per la grave patologia mentale è necessario che la presa in carico sia globale e comunitaria e che il Dipartimento di Salute Mentale Integrato ne mantenga sempre la titolarità e ne sostenga la condivisione della responsabilità con gli altri soggetti interessati, rispetto ai seguenti percorsi di cura: 1) accoglienza ed osservazione, 2) diagnosi e progettazione terapeutica, 3) trattamento terapeutico, 4) valutazione rispetto a dispositivi, esiti e processi.

Implementazione delle strategie

I. Governo clinico della presa in carico

Il Dipartimento Integrato e Comunitario offre assistenza efficace, integrata e di qualità nei servizi clinici e sociali di comunità alle persone che soffrono di gravi e persistenti problemi di salute mentale; attraverso le seguenti tipologie di servizi: 1) servizi sanitari e socio-sanitari domiciliari, ambulatoriali, residenziali ed ospedalieri, 2) servizi di educativa territoriale, sostegno scolastico, integrazione culturale, aggregazione giovanile, inclusione sociale, formazione professionale e collocamento lavorativo, 3) servizi di intervento clinico-sociale, prevenzione e riduzione del danno a bassa-soglia e di strada.

Monitoraggio dei processi

I. Gestione della Qualità e Sicurezza del Paziente

I programmi di valutazione sulla qualità delle cure della grave patologia mentale dovranno essere sviluppati dal DSM Integrato, almeno nel numero di uno l'anno.

Il programma di valutazione di qualità dovrà:

- a) Essere in accordo con gli obiettivi e le procedure dei programmi di qualità
- b) Essere elaborato e rivisto per la necessità di assicurare la loro efficacia

I programmi di garanzia di qualità devono includere attività quali:

- a) Periodica revisione degli strumenti e delle procedure del servizio
- b) Utilizzazione di *review* fra pari
- c) Sviluppo di almeno uno dei seguenti obiettivi: accessibilità e tempestività, sicurezza del paziente, diritti e soddisfazione degli utenti, soddisfazione degli operatori

I programmi dovranno inoltre includere studi diretti alla valutazione degli esiti delle attività cliniche delle UO come: Revisione statistica, Audit sui criteri, Revisione delle cartelle cliniche, Revisione morbilità e mortalità, Studio di suggerimenti e reclami degli utenti.

II Costituzione del coordinamento qualità.

Presso la Direzione del DSM Integrato è costituito il *Coordinamento Qualità*, con il supporto tecnico del Nucleo Operativo Miglioramento Qualità Inter-Aree e la partecipazione di tutti i Moduli Dipartimentali ed i coordinamenti professionali. Il Coordinamento è presieduto dal Direttore del DSM, o suo delegato, ed è aperto al contributo delle associazioni di utenti, familiari e volontariato, nonché a rappresentanze di Enti locali interessati (Comuni e Province)

In ogni Modulo Dipartimentale del DSM Integrato è costituito il *Gruppo Qualità Territoriale*, con il supporto tecnico del referente qualità del modulo, la partecipazione di tutte le unità operative e il contributo delle diverse presenze professionali.

8. Servizi di Inclusione Socio-Lavorativa – 6° GCT: il Diritto al Lavoro

Riconoscendo e sottolineando con forza il diritto di cittadinanza e definendo *co-partecipativo* il processo che porta alla costruzione di un progetto di vita, si afferma la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente, attraverso i quali si può favorire una reale occasione di cambiamento della condizione dello stesso.

Implementazione delle strategie

I. Network Locali e Dispositivi Distrettuali

- a. All'interno dei DSM Integrato bisogna promuovere un network locale di stakeholder per realizzare programmi di inclusione socio-lavorativa delle persone con patologia mentale. Il metodo che favorisce la rete e l'incontro tra strumenti di natura socio-assistenziale e interventi di politica formativa e del lavoro, si fonda su un modello di buona pratica, finalizzato alla promozione di una cultura della corresponsabilità tra tutti gli attori coinvolti (le istituzioni pubbliche, le imprese private, le cooperative

sociali, le agenzie di sviluppo locale e di microcredito, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e del volontariato) per favorire percorsi di inclusione attiva di persone in condizioni di svantaggio, soprattutto con disabilità mentale.

- b. Tra i programmi di intervento che attivano dispositivi di sostegno al lavoro vanno individuati e sviluppati, quelli Evidence-Based e quelli orientati al Recovery, sono quelli che raggiungono al meglio gli obiettivi di sostegno e collocamento individualizzato, in quanto si focalizzano sui seguenti aspetti:
 - 1. Lavori competitivi basati sulle preferenze della persona, sia per quanto riguarda il tipo di lavoro che per la quantità dell'impiego
 - 2. Ambiti lavorativi integrati
 - 3. Ricerca del lavoro quando la persona disoccupata mostra un interesse a riguardo
 - 4. Preparazione pre-lavorativa e assessment minimi
 - 5. Sostegno continuo da parte del servizio di salute mentale e dell'operatori di riferimento per cercare di mantenere il lavoro o durante il cambiamento di posto di lavoro
- c. Prevedere comunque esperienze di formazione sul campo come borse lavoro, tirocini e stage in azienda.

Monitoraggio dei processi

- I. Il PAL prevede la stipula di atti convenzionali tra il DSM Integrato e l' UPLMO (Ufficio Provinciale del Lavoro e della Massima Occupazione) e la presenza di tecnici della Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale all'interno del "Comitato Provinciale per il Sostegno dei Disabili" per la valutazione delle residue capacità lavorative dei disabili psichici e per la definizione di strumenti di intervento.
- II. Il DSM Integrato attiva almeno un Programma di Collocamento e Sostegno Individualizzato (IPS) attraverso la formazione di operatori che affiancano l'utente nella ricerca del lavoro.
- III. Il PAL costruisce almeno un network locale di stakeholder dell'inclusione socio-lavorativa, fra l'Azienda Sanitaria, gli Enti locali, gli Uffici Provinciali del Lavoro, la cooperazione sociale di tipo A e B, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e familiari, le associazioni imprenditoriali e di categoria, le agenzie di sviluppo locale e le Fondazioni di Microcredito e Bancarie.

9. Formazione per i sistemi di cura - 8° GCT: Diritti alla Conoscenza e all'informazione

Il PAL promuove la formazione attraverso il gruppo di lavoro, al fine di permettere a ciascuno operatore di sentirsi parte non solo della sua singola equipe di appartenenza, ma di un'intera unità operativa e del DSM nel suo complesso e, dunque, di sentirsi parte di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale.

Il PAL prevede di formare a pratiche di salute mentale di comunità gli operatori degli altri settori, quali insegnanti, funzionari dell'assistenza sociale, operatori sociali, volontari ed altri soggetti portatori di interesse. Le nuove opportunità di formazione, a cominciare da quella psico-sociale di base e da quella orientata allo sviluppo locale di comunità, devono corrispondere al fabbisogno di competenza previsto del PAL. Il PAL promuove la partecipazione ad azioni a valenza regionale che mirano a sviluppare di una sempre maggiore corrispondenza ed integrazione tra formazione universitaria e competenze che vengono richieste agli operatori del SSN.

Implementazione delle strategie

- I. La Formazione e la Supervisione

La Formazione deve mirare a sostenere l'integrazione tra i servizi, in particolare alla costruzione di un DSM Integrato e Comunitario, e deve avere una ricaduta pratica sul lavoro con i pazienti, fornendo una formazione continua e progetti di supervisione per gli operatori ed il sistema di cura nel suo complesso. Deve inoltre essere mirata al raggiungimento degli obiettivi del PAL.

La Formazione, la Ricerca e la Qualità devono agire parallelamente, in una prospettiva che si potrebbe

definire di *Formazione Totale*. I processi formativi, pur attingendo, per quel che riguarda le tematiche, alla quotidiana operatività, devono integrarsi anche con il lavoro di altre Istituzioni, prime tra tutte quelle Universitarie. Il DSM Integrato intende chiedere la collaborazione di Facoltà Universitarie quali quelle di Medicina, Psicologia, Scienze Politiche, e Scienze della Formazione o, comunque, di Corsi di Laurea attinenti alle professionalità presenti.

Monitoraggio dei processi

- a) Istituire il Nucleo Operativo per la Formazione presso la Direzione del Dipartimento Integrato di Salute Mentale.
- b) Attivare protocolli di collaborazione tra il DSM Integrato e le Università e le Scuole di Specializzazione con riconoscimento ministeriale.
- c) Attivare progetti di formazione che favoriscono l'integrazione delle Aree del DSM Integrato attraverso il confronto sia sull'operatività clinica che sulla costruzione di azioni innovative.
- d) Sviluppare una formazione mirata alla costruzione della rete dei servizi connessi al lavoro del DSM Integrato e Comunitario
- e) Sviluppare una formazione basata sull'interscambio di esperienze, pratiche e conoscenze tra il sociale ed il sanitario, il pubblico ed il privato, tra gli operati della salute e gli amministratori, fra i curati e i curanti.
- f) Promuovere un'attività di supervisione – intesa come co-visione – mirata a sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica.
- g) Realizzare la stipula di protocolli di intesa e di accordi di collaborazione con le Università per la formazione specialistica applicata alla Salute Mentale di Comunità, in grado di generare ricadute operative nei servizi territoriali locali.
- h) Promuovere la stipula di convenzioni per la realizzazione di Servizi di Salute Mentale a gestione mista tra Azienda Sanitaria Locale e Strutture Universitarie per contestualizzare la formazione di personale medico e sanitario afferente alle Scuole di Specializzazione Universitarie e ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie.
- i) Le azioni formative devono avere:
 - carattere permanente;
 - una stretta connessione fra pratica e teoria;
 - il gruppo di lavoro come sede privilegiata di ricerca culturale e formativa;
 - la tendenza a valorizzare tutti i soggetti coinvolti nel campo della promozione e tutela della salute mentale nella comunità locale.

10. La Ricerca ed il Sistema Informativo - 8° GCT: Diritti alla Conoscenza e all'informazione

I. Istituzione del Sistema Informativo Dipartimentale

II. Convenzione e Accordi Quadro di Ricerca Scientifica

Per sviluppare buone politiche e buone pratiche è necessario rendere disponibili informazioni di qualità sullo stato corrente della salute mentale, sulle attività correlate e sui flussi economici che le finanziano. Lo stato di salute mentale e la domanda di assistenza delle popolazioni, dei gruppi specifici e dei singoli individui devono essere misurati in modo tale da consentire il confronto dei dati e delle informazioni anche rispetto al panorama regionale, nazionale ed europeo. La ricerca è al momento in costante progresso, ma alcune strategie ed interventi mancano tuttora della necessaria base scientifica, per cui si rendono necessari ulteriori investimenti. Inoltre, è indispensabile investire nella diffusione dei dati, poiché le evidenze scientifiche esistenti relative all'efficacia di nuovi interventi e di esempi regionali, nazionali ed internazionali di buone prassi, non sono ancora ben conosciute da politici, dirigenti, professionisti e ricercatori

Implementazione delle strategie

I. Sistema Informativo Salute Mentale

Istituire presso la Direzione del DSM Integrato il *Nucleo Operativo Sistema Informativo* che coordina le attività dei referenti individuati presso le articolazioni organizzative del Dipartimento stesso.

Gli indicatori del Sistema Informativo Regionale e dei Sistemi Informativi Aziendali e Dipartimentali devono essere standardizzati e comparabili a livello locale, nazionale e internazionale al fine di poter essere efficacemente utilizzati nella pianificazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione di dispositivi intervento, progetti terapeutici e soprattutto piani d'azione per la salute mentale, che siano basati su evidenze scientifiche e sui bisogni dell'utenza, ancorati ai contesti locali di applicazione e soprattutto fondati sui fondi finanziari distrettuali ed sui flussi che li alimentano.

Il sistema Informativo Dipartimentale deve rispondere alle seguenti funzioni:

- Monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento
- Supporto alle attività gestionali del DSM Integrato, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- Supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello locale che regionale e nazionale
- Supporto ai sistemi di finanziamento e di pianificazione economica
- Supporto alla Ricerca Scientifica ed al Miglioramento Continuo di Qualità.

II. Convenzione e Accordi Quadro di Ricerca Scientifica

Il DSM Integrato e Comunitario collabora ad attività di ricerca sulla salute mentale basate su concrete evidenze scientifiche ed ancorate ai contesti sociali di applicazione. La ricerca dovrà assumere come priorità l'analisi delle politiche e dei finanziamenti relativi alla salute mentale, la valutazione dell'impatto di strategie più generali sulla salute mentale, la valutazione dei programmi di promozione della salute mentale, la creazione di una base di dati più solida in materia di attività di prevenzione, nuovi modelli di servizi e dispositivi terapeutici ed aspetti economici della salute mentale.

Tali Ricerche oltre a seguire le usuali linee tecnico-scientifiche, dovrà anche essere orientata alla valutazione delle prassi di lavoro clinico-sociale e dei loro esiti, in raccordo con le organizzazioni degli utenti e con agenzie pubbliche e private di ricerca presenti sul territorio locale, regionale, nazionale ed internazionale.

Monitoraggio dei processi

I. Istituzione del Sistema Informativo Dipartimentale

Costituire il *Minimum Data Set* condiviso ed omogeneo in grado di fornire dati epidemiologici sull'utenza trattata, i prodotti erogati e le attività ad essi collegati. Per la NPI è necessaria l'individuazione di un tracciato record compatibile con il sistema informativo di analisi clinico-epidemiologica della salute mentale adulti, ma idoneo a rilevare compiutamente le specificità della disciplina.

II. Individuazione del Responsabile Dipartimentale del Nucleo Operativo Sistema Informativo e dei Referenti delle articolazioni organizzative afferenti

III. La ricerca Scientifica ed Empirica

Il PAL promuove lo sviluppo di collaborazioni ed accordi di programma per effettuare ricerca empirica e scientifica sulle aree di sua competenza, con Università, Enti pubblici di ricerca, Agenzie private di ricerca, Associazioni Scientifiche e Professionali, ecc., ed integrare tali pratiche ed i risultati ottenuti nei processi di programmazione, gestione e valutazione dipartimentali in un'ottica di integrazione *Evidence Based/Clinic Governance* e *Community-based/Recovery-oriented*.

4. Piano Finanziario

Il Piano Finanziario del Piano d'Azione Locale si compone dei seguenti cinque capitoli di spesa distrettuali, finalizzata alla realizzazione dei servizi rispondenti ai bisogni rilevati, secondo la seguente allocazione delle risorse:

CAP. 1 SPESA AZIENDALE INTERNA
1.1 Totale per Servizi dell'Area della salute mentale adulti.
1.2 Totale per Servizi dell'Area della neuropsichiatria infantile
1.3 Totale per Servizi dell'Area delle dipendenze patologiche
1.4 Totale per tutti gli altri Servizi aziendali correlati alla salute mentale previsti dal PAL
CAP. 2 SPESA AZIENDALE ESTERNALIZZATA
2.1 Totale per Servizi residenziali privati accreditati contrattualizzati, di tipo
2.1.a -residenziale
2.1.b -semiresidenziale
2.1.c -domiciliare
CAP. 3 SPESA ENTI LOCALI
3.1 Totale per Servizi socio-sanitari gestiti dal privato-sociale in convenzione con gli Enti Locali, di tipo
3.1.a -residenziale
3.1.b -semiresidenziale
3.1.c -domiciliare
3.2 Totale per tutti gli altri Servizi previsti dai Piani di Zona distrettuali correlati al PAL;
CAP. 4 SPESA FINANZIAMENTI ALTRI FINANZIAMENTI PUBBLICI E/O PRIVATI
4.1 Totale per tutte le Azioni correlate al PAL di:
4.1.a -Ricerca Scientifica
4.1.b -Formazione Professionale
4.1.c -Inclusione Socio-Lavorativa
4.1.d -Partecipazione Sociale
CAP. 5 SPESA COFINANZIAMENTI DIRETTI E INDIRETTI
5.1 Totale per tutte le Azioni cofinanziate direttamente o indirettamente dai soggetti che partecipano al PAL
5.1.a -l'utenza del Dipartimento
5.1.b -l'Associazionismo degli Utenti e dei Familiari
5.1.c -le Associazioni Culturali
5.1.d -le Cooperative Sociali
5.1.e -le Fondazioni