

LINEE D'INDIRIZZO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN SARDEGNA

Anni 2012-2014

Luglio 2012



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E
DELL'ASSISTENZA SOCIALE

LINEE D'INDIRIZZO PER LA
TUTELA DELLA SALUTE
MENTALE IN SARDEGNA

Anni 2012-2014

Sommario

CAPITOLO I - DISTURBI PSICHIATRICI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E BISOGNI DI SALUTE MENTALE IN SARDEGNA	6
1.1 Introduzione	6
1.2 Diffusione delle più frequenti e gravi malattie mentali in Sardegna	7
1.3 Schizofrenia	8
1.4 Disturbi dell'Umore	8
1.5 I Disturbi d'Ansia	9
1.6 I Disturbi del comportamento alimentare	11
1.7 L'uso di terapie nella popolazione generale	12
1.8 Il suicidio in Sardegna	13
1.8.1 Aspetti epidemiologici	13
1.8.2 Politiche di prevenzione del suicidio	16
CAPITOLO II - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	20
2.1 Articolazione attuale dei dipartimenti in Sardegna	20
2.2 Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	20
2.3 Personale impiegato nei servizi di salute mentale	23
CAPITOLO III - CENTRI DI SALUTE MENTALE	29
3.1 Definizione e ruolo	29
3.2 Entità, ubicazione e distribuzione dei CSM	29
3.3 Popolazione afferente al CSM	33
3.4 Accoglienza e processo diagnostico	35
3.5 L'offerta di salute mentale	36
3.6 Linee programmatiche di intervento	37
CAPITOLO IV - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	43
4.1 Definizione e ruolo	43
4.2 L'accesso agli SPDC	43
4.3 Numero delle strutture, ubicazione e distribuzione territoriale	43
4.4 Caratteristiche della popolazione afferente agli SPDC	46
4.5 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio	51
CAPITOLO V - STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	56
5.1 Tipologie	56
5.2 La situazione della residenzialità in Sardegna	56
5.3 La Semiresidenzialità: Centri Diurni in Sardegna	60
5.4 Linee programmatiche	60

CAPITOLO VI - CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI ALCOLCORRELATI	63
6.1 Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati	63
6.2 Proposta operativa	64
6.3 Linee di sviluppo	65
CAPITOLO VII - PSICHIATRIA FORENSE TERRITORIALE	67
7.1 Premessa	67
7.2 Funzioni ed obiettivi	68
7.3 Progetto per una psichiatria forense territoriale	68
7.4 Servizio di Psichiatria Forense	69
7.5 Programma operativo	71
CAPITOLO VIII - I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	73
8.1 Il modello organizzativo	73
8.2 Programma d'intervento	73
CAPITOLO IX - PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE (LIAISON PSYCHIATRY)	76
9.1 Indicazioni programmatiche	76
CAPITOLO X - OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI	78
10.1 Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari	78
CAPITOLO XI - LA SALUTE MENTALE NELLA CONDIZIONE DETENTIVA	80
11.1 La salute mentale nella condizione detentiva	80
CAPITOLO XII - MONITORAGGIO E SISTEMA INFORMATIVO	82
12.1 Monitoraggio, Sistema Informativo, Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)	82
CAPITOLO XIII - LINEE PROGRAMMATICHE IN TEMA DI FORMAZIONE PSICHIATRICA PERMANENTE	84
13.1 Linee programmatiche in tema di formazione psichiatrica permanente	84

CAP. I

DISTURBI PSICHIATRICI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E BISOGNI DI SALUTE MENTALE IN SARDEGNA

CAPITOLO I - DISTURBI PSICHIATRICI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E BISOGNI DI SALUTE MENTALE IN SARDEGNA

1.1 Introduzione

Per definire ed analizzare in maniera esaustiva la frequenza dei disturbi e i bisogni relativi di salute di una determinata regione non è sufficiente riferirsi ai soli soggetti che afferiscono alle strutture psichiatriche e/o ad altre strutture mediche. Occorre, come è noto, riferirsi anche ai dati relativi a coloro che, pur soffrendo di fenomenologie psicopatologiche, non cercano e/o non ricevono cure.

Questo discorso, se è valido, in generale, anche per altre patologie, lo è a maggior ragione per i sofferenti psichici, che non sempre hanno coscienza di malattia.

Le ragioni per cui i reali bisogni di cura non trovano risposta vanno, tuttavia, ben oltre l'assenza di consapevolezza del proprio stato morboso, disponendosi in una vasta e variegata gamma di motivi: carenza di servizi, difficoltà di accesso ad essi, discordanza tra gli orari di attività terapeutica e i ritmi di vita e di lavoro delle persone, aspetti culturali (paura dello stigma, pregiudizi, sfiducia nelle cure psichiatriche, ecc.). Questi sono solo alcuni tra i molti fattori che inducono il sofferente psichico a non ricorrere alle terapie nelle strutture psichiatriche territoriali.

In definitiva ciò che conosciamo delle persone "in carico" ai Servizi Psichiatrici regionali è solo la descrizione del sistema di risposta (cure erogate) ai bisogni espressi.

Ma il quadro che ne deriva non "fotografa" la realtà assai più ampia dei bisogni reali di cura della popolazione sarda.

Occorre, quindi, in una politica di Piano, tentare di definire proprio questi bisogni reali, valutare le richieste (bisogni diventati consapevoli) e predisporre risposte adeguate.

1.2 Diffusione delle più frequenti e gravi malattie mentali in Sardegna

In questa prospettiva, sono state esaminate:

- la diffusione di alcune malattie psichiatriche tra le più frequenti, gravi e invalidanti;
- alcuni rilevanti fenomeni ad esse correlati.

In particolare, si è cercato di stimare la frequenza delle seguenti malattie:

- schizofrenia e altre psicosi gravi (“casi difficili”);
- disturbi dell’umore (Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare, Distimia);
- disturbi d’ansia.

Le stime dei dati dei diversi quadri morbosi sono state condotte in base alle più accreditate rilevazioni epidemiologiche internazionali e nazionali.

Ci si è anche avvalsi di proprie ricerche regionali disponendo, la nostra Isola, di una consolidata tradizione ed esperienza d’indagine nel campo della Psichiatria Sociale.

Ricerche epidemiologiche nazionali (P. Morosini et al. – Istituto Superiore della Sanità, 2004) indicano che circa il 3% della popolazione italiana soffre di disturbi psichiatrici gravi (tra i quali primeggia la Schizofrenia, accompagnata dalle Psicosi funzionali e dai Disturbi della Personalità, ecc.).

Questa stima, trasferita alla popolazione sarda, porta a calcolare che circa 50.000 sardi sarebbero affetti da patologie psichiatriche severe con notevoli disfunzionalità in ambito familiare, lavorativo e sociale.

Conseguentemente ci si dovrebbe attendere un numero di persone vicine a questa cifra, in carico ai Servizi Psichiatrici operanti in Sardegna.

Considerando il fenomeno assai incidente, della comorbilità, elevata specie nelle malattie psichiatriche gravi (nelle quali si osserva l’abuso di sostanze come alcol e droghe illegali), questa cifra sarebbe destinata ad un ulteriore innalzamento.

Uno studio statunitense, condotto su un vastissimo campione (20.000 persone) ha, infatti, evidenziato che l’abuso di sostanze negli schizofrenici è molto alta (circa il 27%) e tende ad innalzarsi (40%) nei malati più gravi (Epidemiological Catchment Area – ECA, 1980).

I soggetti affetti da Disturbi di Personalità sono i maggiori abusatori di sostanze.

Studi europei tendono a confermare queste risultanze.

In base ad esse si potrebbe stimare che in Sardegna vivano circa 20.000 persone affette da disturbi psichiatrici gravi alcolodipendenti.

Altri 17.000, sempre sofferenti di patologie gravi, abusano di droghe illegali.

1.3 Schizofrenia

Gli studi epidemiologici sulla schizofrenia hanno riscontrato in passato gravi difficoltà, soprattutto a causa della assenza di criteri precisi di validazione diagnostica.

Prima dell'introduzione dei sistemi diagnostico-statistici, quali il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) gli psichiatri americani, ad esempio, adottavano una accezione più ampia della malattia, mentre quelli europei si attenevano ad un giudizio più restrittivo.

La diffusione dei criteri diagnostici atti a migliorare l'applicabilità dei giudizi clinici, ha permesso un salto qualitativo nella ricerca della schizofrenia, dando inizio ad una svolta negli studi epidemiologici replicabili.

Dalle risultanze così ottenute è emerso che la schizofrenia è una malattia ubiquitaria, la cui prevalenza oscilla entro un range abbastanza uniforme e ristretto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) che le ha dedicato molta attenzione, istituendo uno Studio Pilota (1973) ha confermato la sua prevalenza relativamente omogenea e stabile nei diversi Paesi e culture (4-6‰ abitanti).

Si calcola così che negli USA vengano diagnosticati circa 200.000 nuovi casi di schizofrenia ogni anno.

In Italia, unico paese in cui si è adottato un modello extramurario e territoriale e di assistenza psichiatrica, la rilevazione epidemiologica, pur avvalendosi dei moderni criteri, è divenuta più complessa poiché le fonti sono ora più diffuse.

Tuttavia esistono ormai vari studi che attestano una situazione non molto dissimile da quella media europea.

In Lombardia, ad esempio, si stima che le persone sofferenti di schizofrenia nel corso di un anno si aggirino tra 32.000 e 48.000.

Sulla base di queste valutazioni si può stimare che circa 5.300 sardi presentino questa malattia.

1.4 Disturbi dell'Umore

I Disturbi dell'Umore costituiscono un grave problema di Sanità Pubblica in tutti i Paesi sviluppati. Essi sono molto diffusi, incidendo pesantemente sia a livello individuale che familiare e sociale.

Benché, per concorde ammissione, rappresentino una patologia estesa, una precisa stima della loro frequenza ha incontrato molteplici difficoltà. Queste sono dovute a diversi fattori quali l'appartenenza a un gruppo disomogeneo di manifestazioni, l'incertezza e le discrepanze diagnostiche (solo recentemente attenuate dall'introduzione dei criteri diagnostico – statistici standardizzati, quali il DSM-IV-TR, ICD10) ecc.

Secondo l' O.M.S. i soli disturbi depressivi maggiori sono la seconda causa di disabilità nel mondo, mentre quelli bipolari sono annoverati tra le prime dieci diagnosi disabilitanti (Murray e Lopez, 1997).

Le ricerche epidemiologiche più recenti hanno dissolto molte incertezze e sono frequentemente in grado di fornire dati più attendibili.

L'alta prevalenza degli episodi depressivi unipolari nella regione sarda, è stata oggetto di discussione. Tuttavia, può essere considerata attendibile sulla base di alcune argomentazioni e conferme. Il dato rilevato si tradurrebbe in una stima di circa 110.000 casi "attuali" di episodi depressivi nell'Isola.

Sono stati inoltre segnalati altri fattori di rischio depressivo, particolarmente incidenti in Sardegna, come, ad esempio, l'autoimmunità tiroidea molto frequente nell'Isola specie fra le donne. Questa condizione, che si correlerebbe con i disturbi depressivi, agirebbe soprattutto nelle depressioni-post partum.

Meno probabile appare il rischio depressivo legato alla Talassemia G6PD carente, malattia storica dell'area sarda. Questa si assocerebbe ai disturbi bipolari ("Clinical Practice and Epidemiologic in Mental Health", 2005).

1.5 I Disturbi d'Ansia

I Disturbi d'Ansia sono i disturbi più diffusi e più rappresentati tra tutte le classi nosografiche - psicopatologiche.

Non a caso la cultura del nostro tempo è stata spesso descritta, anche al di là di un discorso psichiatrico, come cultura ansiogena.

I Disturbi d'Ansia si dispongono in un gruppo molto disomogeneo, sia per quanto riguarda l'inquadramento nosografico, sia per quanto riguarda la gravità.

Ciò rende ovviamente ancora più difficile una loro stima quantitativa e qualitativa. Pur con questi limiti si calcola che i Disturbi d'Ansia Generalizzati nelle società occidentali raggiungano una prevalenza nel corso della vita fra 3,7% e 6,5% e una prevalenza in un anno fra 2,7% e 5,2% (Horwat e Weissman, 1995). E' stato ipotizzato che questo disturbo possa presentare frequenze più elevate nelle società mediterranee.

In Sardegna questa ipotesi sembra confermata da tassi di 7,4% ad un anno e 11,2% nella vita. Ne soffrirebbero quindi oltre 100.000 sardi, benché le forme lievi raramente richiedano un trattamento clinico.

La prevalenza nella vita del Disturbo di Panico rilevata in indagini epidemiologiche, che hanno utilizzato interviste strutturate e criteri diagnostici (quali il DSM-IV), varia da 0,5% a 2,2%.

Lo studio “Health in Sardinia”, (2004) evidenzia una frequenza lifetime di 2,9% (“Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 2004) leggermente più in alto rispetto a quella rilevata in altri studi.

Il dato converge con la maggiore frequenza in Sardegna del disturbo Bipolare data la stretta comorbilità fra le due condizioni.

Assumendo questa misura come corretta soffrirebbero di disturbo di panico circa 50.000 sardi nel corso della vita. Una frequenza attuale è stimabile in 30.000 individui.

La prevalenza nella vita della Fobia Sociale in Europa varia notevolmente dall’ 1,0% (studio italiano) al 16% (studio svizzero).

Lo studio “Health in Sardinia”, ha mostrato una prevalenza nella vita di 2,2% e una prevalenza a sei mesi di 1,5%. Questi dati situano l’Isola nel range degli studi italiani, ovvero nella fascia più bassa, per frequenza, delle rilevazioni internazionali¹.

In base a questi dati i sardi affetti da questa patologia si aggirerebbero intorno a 44.000 unità.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (D.O.C.) presenta una prevalenza nella vita fra 1% e 2%, sostanzialmente equidistribuito fra i due sessi (“American Journal of Psychiatry”, 2006).

Gli studi sardi indicano tassi al limite superiore del range internazionale (“Psychological Medicine”, 1991; “Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 2002) con frequenze intorno al 2%.

Circa 30.000 sardi dovrebbero quindi soffrire di questo disturbo. Il Disturbo Ossessivo Compulsivo è – come noto – strettamente legato al Gioco d’Azzardo e ad altri comportamenti da discontrollo degli impulsi. Data l’alta frequenza del Disturbo Ossessivo Compulsivo nella popolazione sarda è ipotizzabile che lo stesso fenomeno interessi un cospicuo numero di persone.

¹ È tuttavia da considerare che la fobia sociale, nelle società occidentali sviluppate, è in progressivo e rapido aumento. Indagini epidemiologiche americane hanno segnalato un suo forte incremento (dal 2,4% al 13,3%) negli ultimi 15 anni.

Non si conoscono statistiche attendibili sulla frequenza dei Disturbi Post-Traumatici da Stress.

1.6 I Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare -DCA- in Sardegna, quasi sconosciuti sino ad un passato non molto lontano, sono nell'oggi sempre più preoccupatamente diffusi. Benché si concordi sull'aumento e diffusione dei DCA, i valori di incidenza e prevalenza di questi disturbi restano, per molteplici ragioni, tuttora imprecisi.

Le ricerche sono state quasi esclusivamente condotte su gruppi selezionati femminili a rischio. Altre rilevazioni sono state ricavate retrospettivamente sulla base delle cartelle cliniche.

Entrambe queste metodologie, come è noto, risentono di numerosi limiti e sembrano solo parzialmente capaci di cogliere l'intera realtà. Anche per questi motivi i valori di incidenza dell'Anoressia nei vari Paesi appaiono poco omogenei.

I DCA, pur oscillando, si attestano per lo più intorno al 0,5 – 1,0 per 100.000 abitanti.

L'età di esordio si aggirerebbe sui 17-18 anni, anche se non mancano numerosi casi più precoci (14-15 anni) e frange più tardive.

È interessante segnalare che studi epidemiologici statunitensi, che indicavano incidenze inferiori a quelle riportate, sottolineavano tuttavia un rapido incremento del disturbo, ricavato dall'analisi del confronto di vari decenni successivi.

La ricerca epidemiologia si è, soprattutto in passato, interrogata sulla vera consistenza dell'incremento del disturbo. Si è chiesta, cioè, se l'aumento dell'incidenza e della prevalenza fosse reale o non dovuto ad un affinamento delle tecniche diagnostiche e a una più vigilata attenzione verso quest'area psicopatologica. Le evidenze, recentemente acquisite, tendono inequivocabilmente a confermare che l'incremento sia tristemente reale.

La rapida e consistente estensione del disturbo ha portato così alcuni Autori a parlare, in termini impropri ed esagerati, di "epidemia" anoressica.

Non sono reperibili in Sardegna ricerche epidemiologiche sistematiche sull'Anoressia e sugli altri Disturbi della stessa area nosografica. Inoltre, l'assenza di strutture specifiche per questi pazienti e la loro conseguente dispersione, rendono più nebuloso il pianeta dei DCA.

1.7 L'uso di terapie nella popolazione generale

La prima parte di questo decennio ha visto un progressivo incremento dell'impiego di antidepressivi. Secondo il citato Report sulla Salute Mentale in Europa, il consumo degli antidepressivi in Italia è cresciuto del 25% all'anno dal 2000 al 2002.

La ricerca A.I.F.A. "The use of Antidepressant Drugs in Italy", (Meeting AIFA sulla ricerca indipendente sul farmaco, Roma, 2009), rileva un consumo di antidepressivi del 4% nella popolazione italiana e sarda.

Gli studi epidemiologici sardi mostrano un consumo 2,5 volte maggiore nelle donne.

Dalla stessa indagine A.I.F.A. sul campione sardo, si evince che circa il 50% delle persone affette da Disturbo Depressivo Maggiore assume antidepressivi.

È tuttavia da segnalare che quasi il 2% della popolazione sarda assume farmaci antidepressivi pur in assenza di una diagnosi di depressione maggiore. Si tratta per la maggior parte di disturbi depressivi "sottosoglia", condizioni per le quali non esistono, di fatto, studi che confermino l'efficacia dell'uso di tali farmaci.

L'utilizzo di antidepressivi negli individui con depressione è salito dall'8% degli anni '80 al 50% attuale in Sardegna: ciò dimostra che i bisogni farmacologici in questa area sono attualmente meglio corrisposti ("Psychological Medicine", 1991; "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 2002)².

Lo studio A.I.F.A. registra inoltre che lo 0,3% della popolazione generale fa uso di antidepressivi pur soffrendo di disturbo bipolare.

Benché si tratti di una frazione apparentemente esigua, si richiama che l'impiego di antidepressivi, senza stabilizzanti, in questa fascia di malati aumenta il rischio di suicidio. In definitiva l'incremento dell'uso degli antidepressivi in Sardegna ha certamente risposto a molti bisogni della popolazione, ma ha tuttavia aperto due aree critiche: 1) la necessità di un monitoraggio più attento nelle depressioni bipolari; 2) la necessità di potere disporre di alternative terapeutiche efficaci nelle forme sottosoglia.

Sulla base dello Studio "Health in Sardinia" circa il 5% dei depressi segue una psicoterapia di sostegno insieme al trattamento farmacologico e una percentuale analoga segue una psicoterapia senza intervento farmacologico. Tuttavia non si conoscono valutazioni circa il tipo di terapia seguita, nè i risultati secondo modelli di dimostrata efficacia.

Circa il 10% della popolazione sarda utilizza benzodiazepine, con una frequenza più che doppia fra le donne.

² Ricerche internazionali condotte in paesi come gli Stati Uniti indicano frazioni di bisogni terapeutici corrisposti molto inferiori: solo il 10% dei depressi della popolazione generale statunitense riceve un trattamento farmacologico adeguato

Il consumo di benzodiazepine è in linea con i dati su scala nazionale dello studio ESEMED (De Girolamo et al., 2005).

Considerato che attualmente nei disturbi d'ansia l'impiego delle benzodiazepine è consigliato per un periodo massimo di 3-4 settimane, mentre si ritiene che la maggior parte di forme di insonnia risponderrebbero ad una corretta igiene del sonno, questo consumo appare inidoneo e sproporzionato.

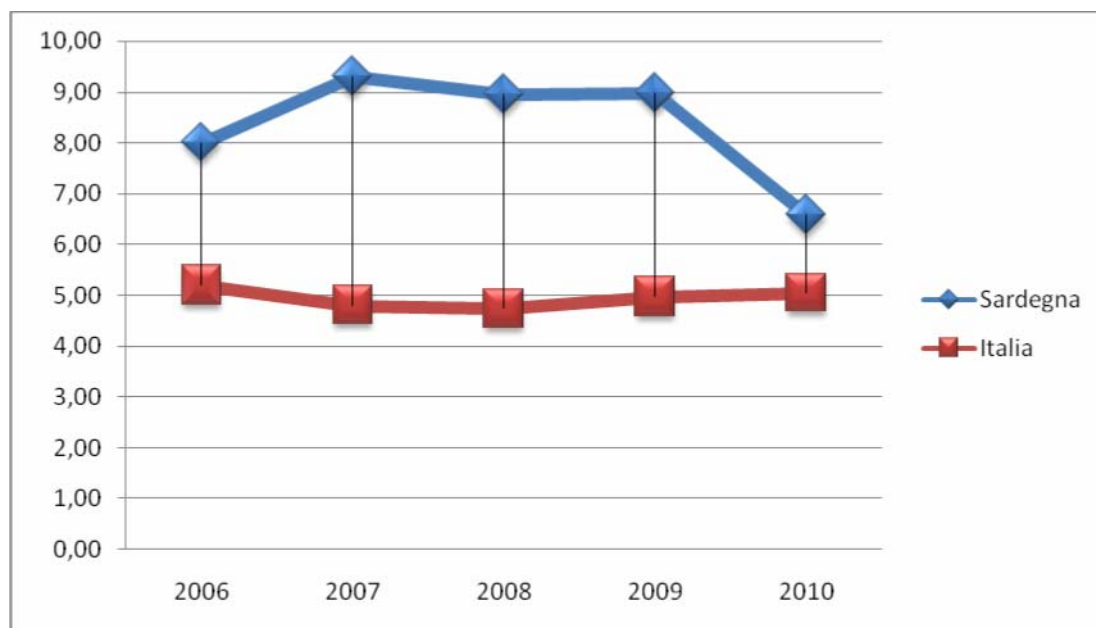
Ci si dovrebbe porre l'obiettivo di abbassare l'impiego delle benzodiazepine negli anni futuri. Poiché si è consapevoli che strategie di "svezzamento" in individui che da anni impiegano questo farmaco sono poco efficaci, sembra più opportuno in concreto limitare i "nuovi ingressi" nel loro impiego cronico.

1.8 Il suicidio in Sardegna

1.8.1 Aspetti epidemiologici

Nella nostra regione i dati ISTAT indicano che il tasso dei suicidi è stato di 8,9 per 100.000 abitanti nel 2008. Questo dato ha posto l'isola come seconda regione in Italia dopo la Valle d'Aosta, con tassi quasi doppi rispetto alla media nazionale e circa tripli rispetto alle altre regioni del sud Italia (ISTAT 2008). Successive rilevazioni hanno messo in luce un evidente decremento, tanto che, nell'anno 2010, il tasso dei suicidi è stato pari al 6,58 per 100.000, contro la media nazionale di 5,05 (Figura 1.1).

Figura 1.1 - Andamento del tasso, per 100.000 abitanti, dei suicidi in Sardegna e in Italia, anni 2006-2010.



Fonte: elaborazione su dati ISTAT.

Sebbene il suicidio non possa essere considerato una semplice conseguenza diretta dei disturbi dell'umore, la letteratura indica che una percentuale fra il 40% e il 60% di coloro che si suicidano soffrono di un disturbo dell'umore

Il tasso più elevato di disturbi affettivi, presente nell'isola, può quindi essere una fra le cause del maggior tasso suicidario.

Anche la più elevata frequenza specifica di Disturbo Bipolare potrebbe essere uno dei fattori del fenomeno che, come è noto, è multifattoriale.

Dati presentati nel corso di un Congresso regionale (Regione Autonoma della Sardegna, lo Stato della Salute Mentale in Italia, 2004), indicavano che durante gli anni '90 il suicidio nella regione sarda era cresciuto in controtendenza rispetto al trend nazionale ed europeo. In questo periodo, in Italia, il trend si manteneva pressoché costante con una lieve e progressiva contrazione.

Successive rilevazioni mostrano una generale stabilità dei valori nazionali ed un decremento nel 2010 del dato regionale (Tabella 1.1).

Tabella 1.1 - Tasso di suicidi per 100.000 abitanti, anni 2006-2010.

Anno	2006	2007	2008	2009	2010
Sardegna	8,00	9,30	8,95	8,98	6,58
Italia	5,20	4,80	4,74	4,97	5,05

Fonte: elaborazione su dati ISTAT.

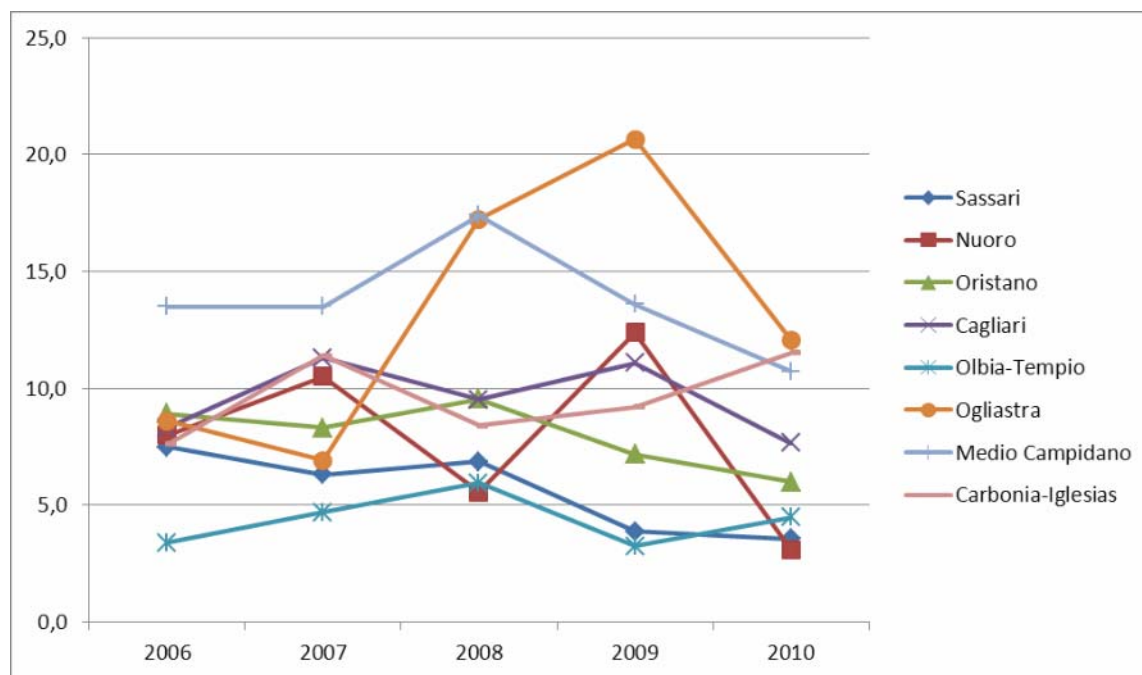
La tabella 1.2 illustra l'andamento del fenomeno nelle province sarde nel quadriennio 2006-2010.

Tabella 2.2 - Tasso di suicidi nelle province Sarde, per 100.000 abitanti, anni 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Sassari	7,50	6,30	6,87	3,86	3,56
Nuoro	8,00	10,50	5,57	12,39	3,11
Oristano	8,90	8,30	9,53	7,17	6,00
Cagliari	8,30	11,30	9,50	11,07	7,66
Olbia-Tempio	3,40	4,70	5,95	3,24	4,48
Ogliastra	8,60	6,90	17,24	20,66	12,07
Medio Campidano	13,50	13,50	17,40	13,59	10,72
Carbonia-Iglesias	7,60	11,40	8,41	9,19	11,52
Sardegna	8,00	9,30	8,95	8,98	6,58

Fonte: elaborazione su dati ISTAT.

Figura 1.2 - Andamento del tasso di suicidi, nelle province Sarde, per 100.000 abitanti, anni 2006-2010.



Elaborazione su dati ISTAT.

La distribuzione risente del noto andamento a “cluster” (sorta di “epidemie” in specifici paesi o in specifiche aree).

Un forte cluster rilevabile in alcuni paesi del Medio Campidano nel periodo di osservazione, produce un tasso elevato in questa provincia nel 2006-2008.

Un nuovo cluster emerso in Ogliastra nel 2009 produce un tasso più elevato rispetto ai due anni precedenti.

Le due province meno abitate, sono quelle che raggiungono i tassi più elevati, ciò amplifica l’effetto cluster perché il campione totale relativamente piccolo fa sì che forti variazioni, di anche modeste sottopopolazioni, possano inficiare più facilmente il tasso generale. Da notare, all’opposto di Medio Campidano e Ogliastra, il rischio più basso nella provincia di Nuoro.

1.8.2 Politiche di prevenzione del suicidio

Esistono ampi studi in letteratura che hanno indagato l’efficacia di politiche preventive sul suicidio. Sebbene i risultati di queste ricerche non sempre siano univoci, le indicazioni più consistenti sembrano dimostrare che:

- 1) Politiche di educazione e audit sui trattamenti antidepressivi indirizzate ai medici specialisti e (con maggiore evidenza negli studi) ai medici di medicina generale, possono migliorare, in aree definite, il rischio suicidario (Szanto K, et al, Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64: 914-20).
- 2) Politiche di supporto alle persone a rischio in relazione a programmi di identificazione di individui potenzialmente esposti nella popolazione generale (anziani soli, con gravi patologie che compromettono le potenzialità di relazione, anziani con lutto recente di convivente o confident), con coinvolgimento di reti di assistenza sociale strutturate e non strutturate, mostrano efficacia nella fascia a rischio anziana (Conwell Y, Duberstein P. In: Hawton K, ed. Prevention and treatment of suicidal behavior. New York: Oxford University Press, 2005: 221-37). Sono meno robuste, a questo proposito, analoghe evidenze di efficacia per la fascia a rischio giovanile, anche se, interventi di identificazione-formazione nelle scuole sembra possano raggiungere obiettivi significativi (Joe S, Niedermeier DM. Br J Soc Work 2006; 38: 507-530). Un dato preliminare, riportato dalla Ricerca Finalizzata Regionale 2005, sembra indicare che un progetto di counselling condotto da psicoterapeuti negli ambulatori di medici di base, possa attenuare un fenomeno di cluster suicidario in una area circoscritta. L'intervento preventivo può anche fornire assistenza alle due fasce a rischio (anziana e giovanile), che presentano difficoltà nel rivolgersi ai servizi specialistici.
- 3) Alcuni macrofenomeni quali il consumo pro-capite di alcool in un paese e, con meno evidenza, l'abuso di altre sostanze, si associano come trend temporali al rischio suicidario (The State of Mental Health in Europe, Consiglio d'Europa, 2004).
- 4) Una scorretta informazione mediatica sui suicidi è un importante determinante di rischio (Joe S, Niedermeier DM. Br J Soc Work 2006; 38: 507-530).

Tenuto conto di queste evidenze, la Regione Sardegna si è fatta promotrice, con altre regioni italiane ed europee, di una linea di ricerche-intervento, presentate alla Agenzia Europea della Salute, di una ricerca finalizzata e di una ricerca per la medicina preventiva al Ministero della Salute Italiano.

I punti chiave di queste linee di intervento, che si estrinsecano in un modello integrato e complesso, sono di seguito sintetizzati e possono essere il riferimento per azioni programmate a livello locale in aree definite di rischio:

I LIVELLO. Interventi psicoeducativi per i gruppi a rischio (adolescenti tra i 14 e i 19 anni e anziani con più di 65 anni), identificati attraverso gli assistenti sociali e le organizzazioni di volontariato. Gli interventi sono soprattutto di socializzazione negli anziani a rischio e di counselling e formazione nelle scuole.

II LIVELLO. Formazione dei medici di base, condotta congiuntamente alle associazioni di medicina generale, volta all'identificazione degli individui a rischio. Lavoro di audit sulle prescrizioni antidepressive nella medicina generale. Ove possibile, conduzione di interventi di counselling nello stesso setting della medicina generale.

III LIVELLO. Formazione degli operatori dei Servizi di Salute Mentale finalizzato all'area specifica del suicidio (nel contesto di quanto indicato in generale nello specifico capitolo). Lavoro di miglioramento continuo di qualità sugli interventi di crisi in collaborazione con la medicina di urgenza e i pronto soccorso ospedalieri.

A partire dalle evidenze di rischio nella nostra regione e dalla conseguente necessità di linee programmatiche di prevenzione, tenuto conto degli indirizzi sperimentali, frutto delle indicazioni epidemiologiche, verranno elaborate ulteriori linee d'indirizzo e d'intervento.

CAP. II
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E
DIPENDENZE
(DSMD)

CAPITOLO II - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

2.1 Articolazione attuale dei dipartimenti in Sardegna

In Sardegna operano sei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze (DSMD) e due Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) Cagliari e Sassari, (DGR n. 39/5 del 27/8/2009) che dispongono delle seguenti articolazioni:

- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC ove presente)
- Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS)
- Servizio di Psichiatria Forense (presente nella ASL 8)
- Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcool-Correlati (presente nella ASL 8)
- Servizio Dipendenze (SerD).

2.2 Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è deputato alla programmazione, organizzazione e valutazione delle strategie e del governo clinico e sociale della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Esso opera tramite le unità operative territoriali e ospedaliere ad esso afferenti e si rapporta alla rete dei servizi, enti (distretti, enti locali, associazioni ecc.) e garantisce la realizzazione di percorsi di cura appropriati e differenziati sulla base dei bisogni.

Le ASL sulla base delle linee guida, di imminente approvazione, per gli atti aziendali, definiscono l'articolazione organizzativa del DSMD in strutture complesse, semplici e funzioni; in particolare, dove possibile, dovrà essere contenuto il numero di strutture in favore del ricorso ad incarichi di elevata professionalità.

Il DSMD, come organo di coordinamento, deve articolare le proprie funzioni, sia a livello ospedaliero che territoriale, attraverso una rete di servizi.

L'Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS) viene ridefinita come Servizio Riabilitazione, Residenze e Semiresidenze (SRRS). Occorre, infatti, sviluppare l'assistenza territoriale e ridurre il ricorso al ricovero in SPDC. Il nuovo servizio, come struttura semplice dipartimentale, mantiene i compiti affidati all'ARIS e, al fine di rafforzare i collegamenti in rete con le agenzie del territorio e di potenziare i progetti

di riabilitazione ed inclusione sociale integra e coordina a livello dipartimentale le attività residenziali e semiresidenziali (CD) insieme alla rete sociale.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ha come obiettivi principali, in materia di salute mentale:

- la promozione della salute mentale in coordinamento con i servizi interni e in collaborazione con i servizi di prevenzione, delle dipendenze, dei consultori familiari, della medicina generale, attraverso la diffusione di contenuti culturali e informativi e di specifiche azioni rivolte alle scuole, ai luoghi di lavoro, agli ospedali, ai luoghi di aggregazione, alle associazioni culturali, con particolare attenzione agli individui e ai gruppi sociali più esposti;
- la prevenzione, attraverso l'intervento precoce sui gruppi a più alto rischio, con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare, agli esordi psicotici, all'abuso di alcolici tra i giovani, alla depressione e al suicidio;
- la diagnosi, cura e riabilitazione degli adulti con disturbi psichici, col fine di promuovere l'autonomia e assicurare loro la migliore qualità di salute e di vita possibile;
- l'accessibilità dei servizi e dei percorsi assistenziali, a partire dalla zona/distretto, su tutto il territorio aziendale e secondo le modalità e i livelli uniformi di assistenza, garantendone l'omogenea applicazione;

In risposta all'emergere di nuovi bisogni, è maturato un nuovo indirizzo teorico e organizzativo in tema di Sofferenza Mentale, sottolineando alcune aree prioritarie d'intervento, in particolare riguardanti:

1. Disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'Adolescenza e nella Giovane Età Adulta.
2. Disturbi psichici correlati con le Dipendenze Patologiche e i Comportamenti da Abuso.
3. Disturbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva e nell'Adulto.

Per quanto riguarda il punto 1 si evidenzia una linea di continuità temporale ed esistenziale dei processi evolutivi e delle loro devianze. In tale ottica la Psichiatria e la Neuropsichiatria Infantile, pur nelle loro diverse specificità fenomenologiche e cliniche, devono correlarsi in forme organizzative facenti capo al DSMD.

Per quanto riguarda il punto 2 è necessario attuare percorsi adeguati e convergenti che consentano l'utilizzo ottimale delle risorse impiegate sia nella salute mentale che nell'ambito delle dipendenze patologiche. A tal fine viene indicato come unico modello

di riferimento per tutte le ASL della Sardegna il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Per quanto riguarda il punto 3 si segnala la grande diffusione dei Disturbi Alimentari sia nell'età evolutiva che in quella adulta.

Inoltre, al fine di garantire il coordinamento degli interventi rivolti ai pazienti che necessitano di assistenza sia nell'ambito della salute mentale che delle dipendenze e di ottimizzare l'impiego delle risorse a disposizione, è previsto un unico Dipartimento (DSMD) anche nelle ASL di Cagliari e Sassari.

Quindi, la continuità delle cure si articola tra le varie Unità Operative dello stesso Dipartimento (DSMD):

- Centro di Salute Mentale (CSM),
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ove presente,
- Servizio Riabilitazione Residenze e Semiresidenze (SRRS),
- Servizio di Psichiatria Forense, ove previsto,
- Centro dei Disturbi Psichiatrici Alcool correlati (presso la A.S.L. 8),
- Servizio Dipendenze (SerD),
- Neuropsichiatria Infantile (NPI),

con il coinvolgimento delle Cliniche Psichiatriche a direzione universitaria (Cagliari e Sassari).

Il Dipartimento si propone inoltre di:

- stabilire obiettivi da realizzare con il coordinamento intra ed extra dipartimentale;
- predisporre ed implementare linee-guida per il governo clinico, valutando le procedure e i protocolli operativi in vigore;
- monitorare le attività e le prestazioni, attraverso l'istituzione di un sistema informativo dipartimentale;
- individuare precisi indicatori, idonei a valutare i percorsi terapeutici e riabilitativi seguiti;
- ottimizzare le risorse economiche e professionali;

- promuovere e verificare la qualità assistenziale valutandone l'efficacia e l'appropriatezza;
- uniformare e valutare gli interventi psicologici e psicoterapeutici;
- costruire modelli operativi di raccordo con la medicina generale al fine di costituire una rete integrata di servizi e razionalizzare risorse e percorsi di cura;
- sviluppare programmi e pratiche, volte a contrastare la stigmatizzazione e l'emarginazione e a favorire l'inclusione sociale delle persone con disturbo mentale;
- favorire l'associazionismo partecipativo di familiari e utenti;
- definire e attuare un piano per la formazione continua degli operatori;
- promuovere le attività di ricerca con la collaborazione delle Università.

In sintesi il DSMD tende a favorire:

- il carattere unitario della gestione e della organizzazione della rete dei servizi nello spirito di una Psichiatria di Comunità;
- l'integrazione multidisciplinare, mirando alla valorizzazione di tutte le figure professionali;
- la flessibilità operativa, ispirata ai principi della continuità terapeutica, dell'equità, dell'accesso e dell'unitarietà del percorso assistenziale;
- una maggiore offerta dei servizi di salute mentale, diversificando i percorsi di cura, specializzando i trattamenti per tipologie di bisogno/domanda e favorendo la libertà di scelta dei luoghi di cura;
- profili di trattamento e progetti terapeutici individuali per le persone affette da disturbi psichici gravi e a maggior rischio di abbandono sociale;
- il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle associazioni di cittadini, della cooperazione sociale e degli enti locali;
- una riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- il raggiungimento e il mantenimento di una buona qualità dei servizi attraverso la formazione e l'aggiornamento del personale e l'elaborazione di procedure per la verifica ed il controllo della qualità.

2.3 Personale impiegato nei servizi di salute mentale

Di seguito si riporta il risultato del monitoraggio sul personale impiegato nei servizi di salute mentale durante gli anni 2010 e 2011. Lo standard indicato dal Progetto obiettivo nazionale salute mentale 1998-2000 prevede la presenza di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti. Nel 2007 il tasso era pari a 0,79 per 1.500 abitanti e si è ridotto a 0,70 nel 2011. In valore assoluto, si è passati da 873 operatori nel 2007 a 775 nel 2011. La consistenza del personale è cambiata sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Si rileva l'incremento dei medici e degli psicologi e la riduzione degli assistenti sociali e delle altre figure del comparto (parzialmente attenuata da personale assunto mediante contratti atipici).

Tabella 2.1 - Personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale, anno 2010.

ASL	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI	INFERMIERI	ALTRI*	TOTALE
1	27	3	5	10	67	25	137
2	12	0	2	9	22	12	57
3	17	9	4	12	44	16	102
4	7	3	2	0	7	5	24
5	17	3	3	8	33	4	68
6	12	2,5	2		13,5	2	32
7	12	3	2	4	30	4	55
8	68	20	15	14	135	48	300
RAS	172	43,5	35	57	351,5	116	775

*OSS e OTA personale ausiliario in genere e personale amministrativo. Il personale a tempo parziale è considerato pro quota. Ad esempio, un part time al 50% è pari a 0,5 unità di personale (FTE).

Figura 2.1 - Personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale nell'anno 2010

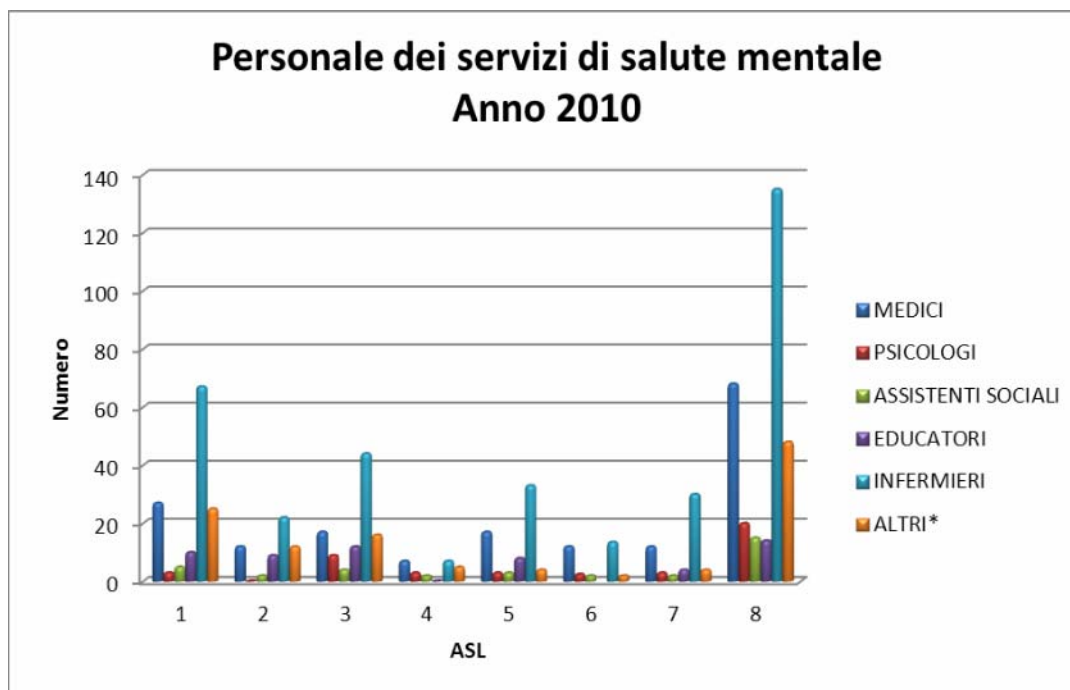


Figura 2.2 - Composizione del personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale, anno 2010.

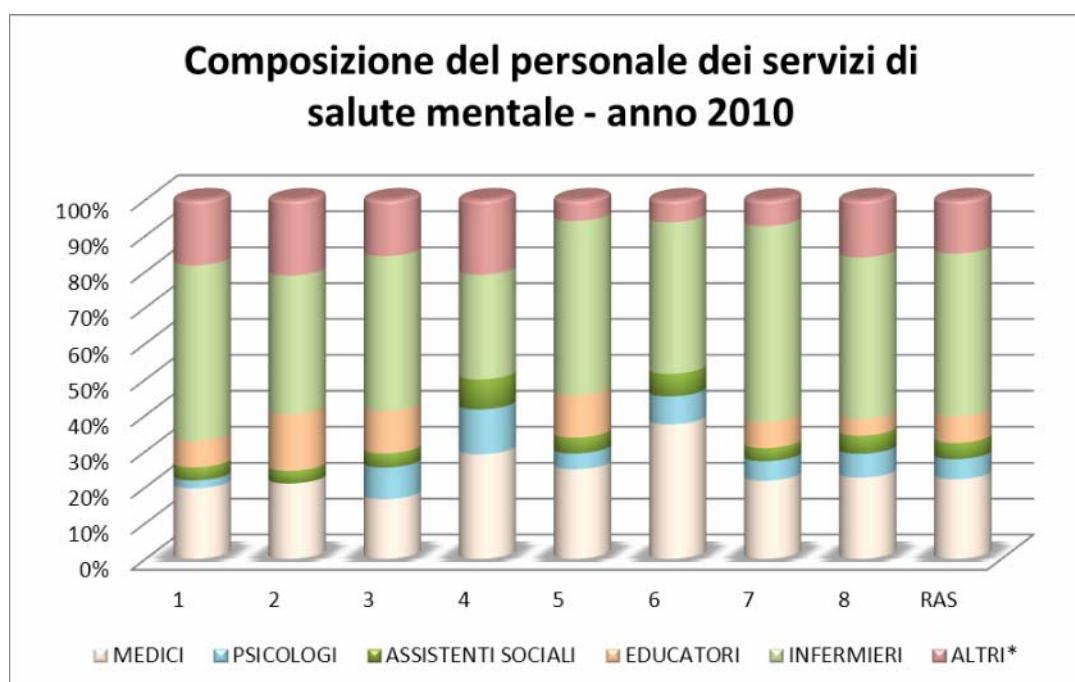


Tabella 2.2 - Personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale, anno 2011.

ASL	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI	INFERMIERI	ALTRI*	TOTALE
1	30	3	4	10	65	25	137
2	12	0	2	7	22	12	55
3	16	10	5	12	43	18	104
4	7	3	2	0	7	6	25
5	17	4	4	8	30	4	67
6	11	2,5	2		12,5	2	30
7	11	3	2	4	32	4	56
8	69	22	12	15	134	49	301
RAS	173	47,5	33	56	345,5	120	775

*OSS e OTA personale ausiliario in genere e personale amministrativo. Il personale a tempo parziale è considerato pro quota. Ad esempio, un part time al 50% è pari a 0,5 unità di personale (FTE).

Figura 2.3 - Personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale, anno 2011.

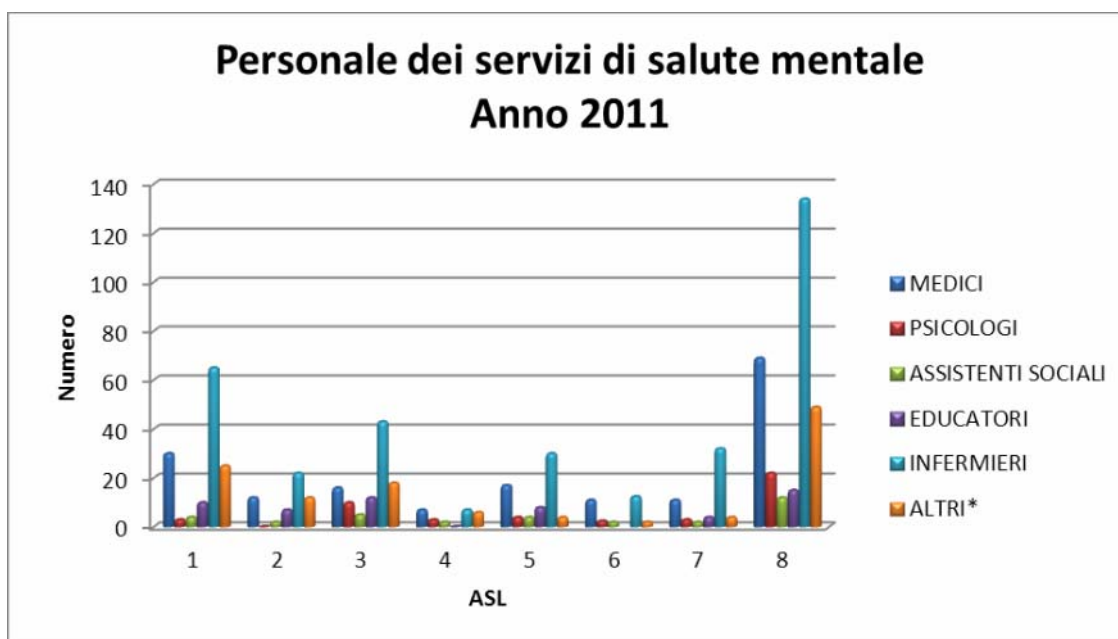


Figura 2.4 - Composizione del personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale, anno 2011.

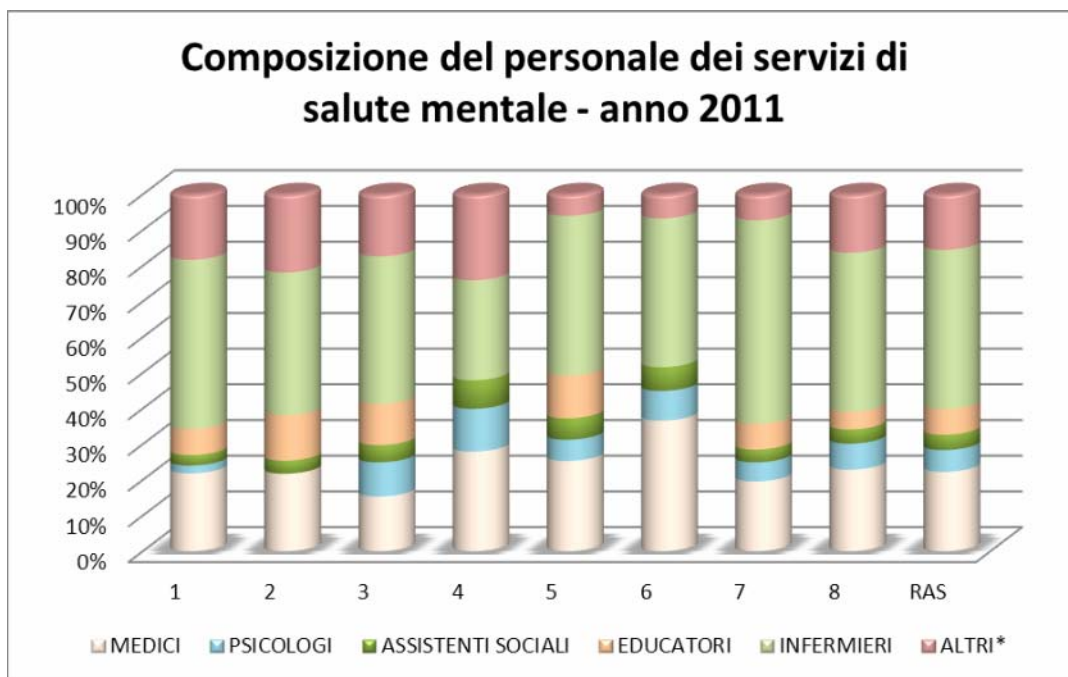
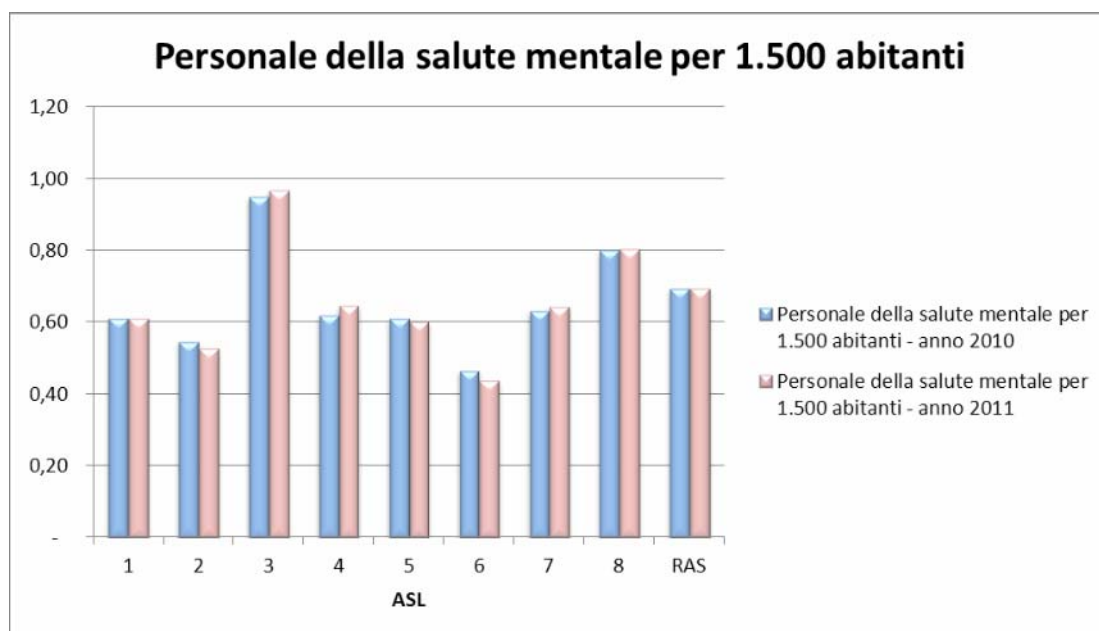


Figura 2.5 - Personale delle ASL impiegato nei servizi di salute mentale ogni 1.500 abitanti.



Dalle figure precedenti emerge il cambiamento qualitativo e quantitativo del personale impiegato nei servizi di salute mentale. Si rileva che solamente la ASL 3 (Nuoro) si avvicina al valore tendenziale di un operatore ogni 1.500 abitanti previsto

dal progetto-obiettivo 1994-1996 e richiamato dal progetto obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000.

CAP. III

CENTRI DI SALUTE MENTALE (CSM)

CAPITOLO III - CENTRI DI SALUTE MENTALE

3.1 Definizione e ruolo

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è l'unità operativa territoriale, preposta ad assicurare l'assistenza psichiatrica nel territorio di competenza.

In tale ambito il CSM ha il compito di offrire alle persone con disturbi psichici interventi multidisciplinari per lo svolgimento di un percorso diagnostico e di un programma terapeutico riabilitativo individualizzato.

Inserendosi all'interno della rete dei servizi per la salute mentale territoriali, ospedalieri e residenziali, il CSM tende ad assicurare un'appropriata attività di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo la continuità dei percorsi assistenziali.

In questa prospettiva il CSM costituisce il principale presidio di risposta ai bisogni di salute mentale che emergono dalla comunità, nonché l'indispensabile anello di congiunzione di una rete coordinata di assistenza.

3.2 Entità, ubicazione e distribuzione dei CSM

In Sardegna sono operanti 19 Centri di Salute Mentale³, di cui 16 strutture complesse. Dalla figura 3.1 emerge la distribuzione dei CSM nel territorio regionale, atta a servire una popolazione effettiva di 1.415.070 (al di sopra dei 18 anni) su un totale generale di 1.673.001 abitanti.

³ Come risulta dagli atti aziendali delle ASL.

Figura 3.1 - Centri di Salute Mentale in Sardegna, strutture complesse e semplici dipartimentali: distribuzione territoriale.



La variabilità dei CSM per ASL e bacini di utenza risulta dalle Figg. 3.2 e 3.3 che mostrano la loro diversa grandezza. Essi variano da un minimo di 46.000 abitanti (Isili) ad un massimo di 160.000 abitanti (Oristano).

Figura 3.2 - Distribuzione dei CSM per ASL.

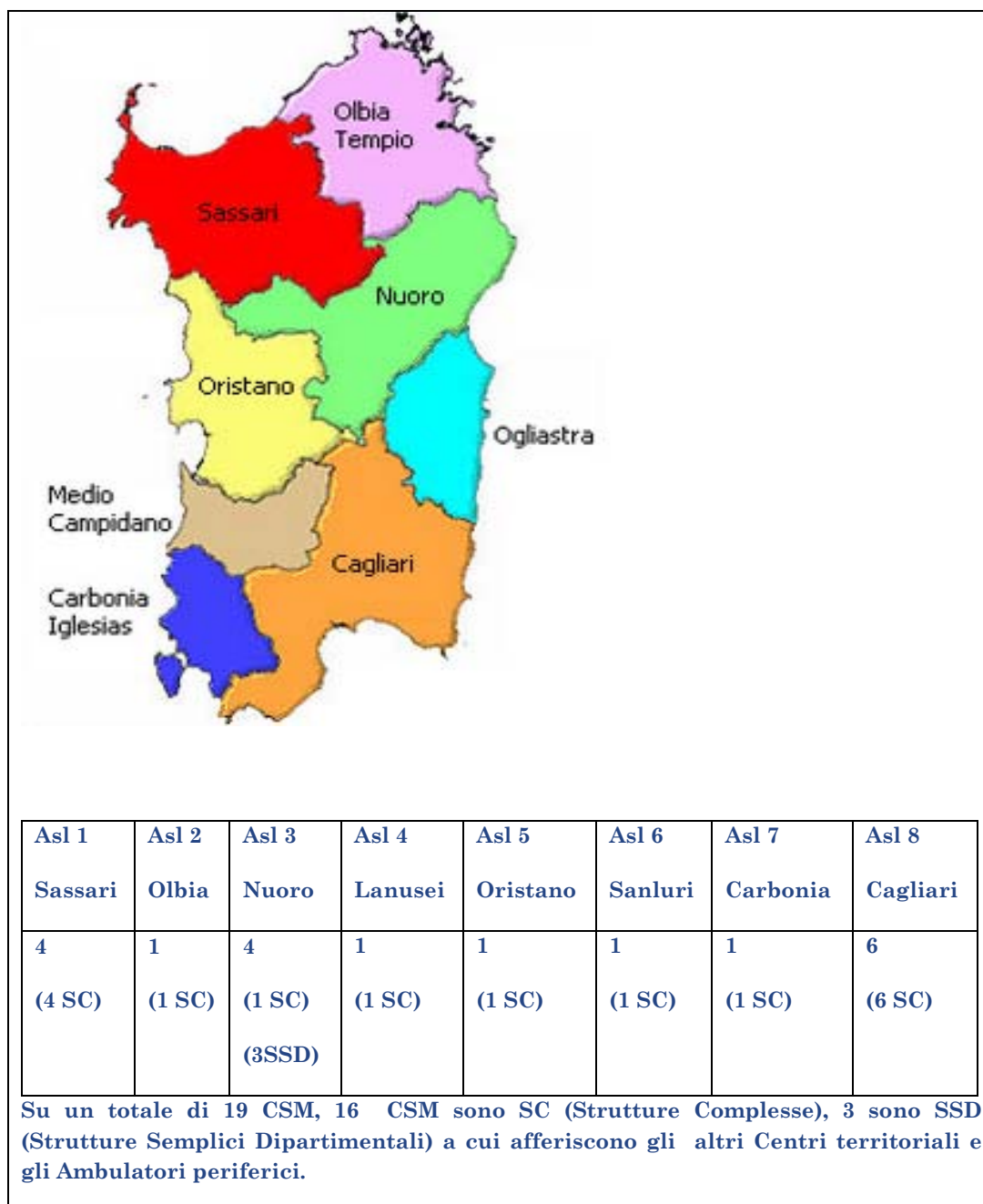
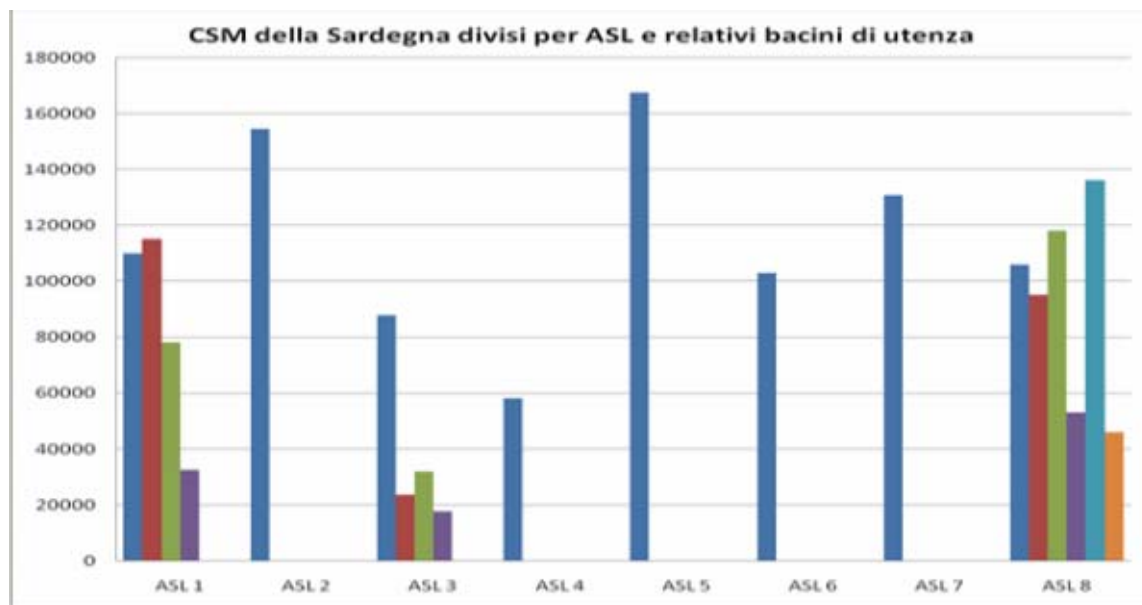


Figura 3.3 - CSM distinti per ASL e relativi bacini di utenza, anno 2008.



Legenda: il numero delle colonne rappresenta il numero dei CSM operanti, l'altezza delle colonne rappresenta la popolazione dei diversi CSM.

La concentrazione di popolazione nell'area metropolitana di Cagliari, che con i grossi comuni limitrofi comprende circa un quarto degli abitanti della Sardegna, giustifica la presenza di 5 CSM per rispondere ai complessi e articolati bisogni di salute emergenti dal territorio urbano.

Sassari rappresenta il secondo polo metropolitano e raggruppa nella sua provincia 4 CSM, che servono anche le popolose zone industriali di Porto Torres, quella turistica di Alghero e la città di Ozieri.

Anche i capoluoghi di provincia Tempio, Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri e Carbonia sono sede di CSM.

Gran parte della popolazione sarda risiede in comuni sotto i 10.000 abitanti, spesso mal collegati sul piano della viabilità e dei trasporti, soprattutto nelle zone dell'Ogliastra e del Nuorese, caratterizzate da rilievi montuosi e strade provinciali impervie.

Questo particolare aspetto del territorio rende utile la presenza degli ambulatori periferici.

La loro operatività, anche quando l'accesso è limitato ad alcuni giorni mensili, è soprattutto dettata dalla elevata dispersione dei piccoli comuni in aree spopolate dell'interno e rappresenta un'importante opportunità di collegamento tra i servizi di salute mentale e i medici di medicina generale che rappresentano un punto di riferimento insostituibile nel percorso terapeutico dei pazienti psichiatrici.

3.3 Popolazione afferente al CSM

I CSM sardi fanno fronte ad un'elevata richiesta di assistenza. Tuttavia, i dati sull'entità della loro operatività, sulle caratteristiche generali della popolazione afferente, sugli aspetti diagnostici e sui trattamenti praticati non sono attualmente disponibili nella loro chiarezza e completezza.⁴

E' possibile stimare che nel periodo 2007-2008 siano stati presi "in carico"⁵ dai CSM una media annuale di circa 27.000 pazienti (Tabella 3.1).

Tabella 3.1 - Pazienti in carico ai servizi di salute mentale (media 2007-2008).

ASL	Pazienti in carico	Proporzione per	Proporzione per
		10.000 abitanti >18 anni	10.000 abitanti Pop. totale
1. Sassari	2.726	95,9	81,0
2. Olbia	1.804	139,6	116,9
3. Nuoro	4.732	350,6	293,1
4. Lanusei	925	190,0	159,4
5. Oristano	2.432	170,1	145,4
6. Sanluri	1.307	148,8	126,9
7. Carbonia	2.757	245,2	211,1
8. Cagliari	10.029	211,3	167,2
Totale	26.712	188,8	159,8

La Tabella illustra le proporzioni per singole ASL e sul totale regionale per 10.000 abitanti.

⁴ In tema di sistema informativo regionale si rinvia al capitolo X.

⁵ Per pazienti "in carico" si considerano quelli che hanno effettuato almeno 3 contatti nel corso di un anno.

Si è ritenuto opportuno riportare due stime proporzionali: una sulla popolazione generale e l'altra sulla popolazione superiore ai 18 anni.⁶

Essa mette in evidenza un elevatissimo carico assistenziale (188,8 persone per 10.000 abitanti afferenti al CSM, mediamente, in un anno). Questa cifra non è uniforme, diversificandosi notevolmente nelle diverse ASL. L'affluenza massima si registra a Nuoro (350,6) e la minima a Sassari (95,9). Il dato è comunque per tutte le ASL sorprendentemente alto e non trova alcun riscontro in nessuna altra realtà regionale.

Si consideri, ad esempio, che la Lombardia indica un'affluenza di soli 13,7 per 10.000 abitanti d'età superiore ai 14 anni (versus Sardegna con 189 su 10.000 ab. di età superiore ai 18 anni).⁷

La proporzione elevata, stimata nei CSM isolani, si attesta costantemente più in alto rispetto anche ai sei servizi, qualificati di "eccellente qualità" dall'Istituto superiore della Sanità (P. Morosini et al, 2004) (Tabella 3.2).

Tabella 3.2 - Pazienti in carico ai servizi in Sardegna. Confronto con sei servizi territoriali "eccellenti".

Territorio	Pazienti in carico per 10.000 abitanti
Sardegna	189
Trieste	151
Arezzo	149
Verona Sud	67
Como	65
Trento	91
Campobasso	63

L'elevatissima affluenza sarda ai CSM potrebbe teoricamente essere spiegata secondo diverse ipotesi interpretative.⁸

⁶ La doppia stima è stata dettata da una duplice esigenza. Da una parte ci si è dovuti riferire a una popolazione depurata delle fasce infantili e adolescenziali (poiché i CSM servono solo persone adulte superiori a 18 anni). Dall'altra, essendo molte stime regionali condotte sulla popolazione generale, si è resa necessaria questa seconda stima ai fini di eventuali confronti.

⁷ La conseguenza diviene ancora più stridente ove si valuti che il dato lombardo è riferito ad un contatto, mentre il dato sardo è riferito alla "presa in carico" (che comporta almeno tre contatti in un anno).

L'entità del carico assistenziale non sembra momentanea, ma duratura, come risulta da pregresse rilevazioni.

Anche il *Rapporto Regionale sulla Salute Mentale della Sardegna 2004-2008* riporta frequenze di accesso ai CSM superiori agli ingressi nazionali.

Pur assumendo con cautela il sorprendente accesso ai CSM sardi (non modificato - lo ripetiamo - da ripetute rilevazioni), esso potrebbe suggerire un'elevata richiesta assistenziale, dettata dalla massiccia presenza di alcuni disturbi mentali nell'Isola.

Rilevazioni epidemiologiche scientificamente accreditate indicano una pesante presenza di alcuni disturbi psichici (specie dello spettro depressivo) nella popolazione isolana.

Dati ancora parziali e frammentari riguardano le caratteristiche della popolazione dei CSM, le diagnosi e i trattamenti seguiti.

Alcune indicazioni sembrerebbero confermare che i Centri di Salute Mentale drenano selettivamente dalla popolazione generale persone di età pienamente matura (prevalgono soggetti delle fasce tra i 40-55 anni). Sono tuttavia sempre più presenti i giovani e non mancano i soggetti anziani.

La scolarità si mantiene a livello medio, con qualche picco universitario.

I soggetti analfabeti sono ormai scomparsi.

Tra i pazienti si riscontra una diffusa precarietà o assenza dell'attività lavorativa (non occupati, disoccupati, persone con lavori saltuari, ecc).

Prevalgono i pazienti affetti da gravi psicosi. Le persone con diagnosi di schizofrenia, benché poco numerose nella popolazione generale (circa 5.300), sono tra le più assidue frequentatrici dei Centri e quelle che registrano il maggior numero di contatti e la più lunga durata di assistenza.

Seguono le persone affette dai Disturbi dell'Umore, delle Sindromi Ansiose nelle sue varie forme, dai Disturbi di Personalità.

Molto elevati sono i tassi di comorbidità.

Tra le tante domande di assistenza si segnalano le richieste per i disturbi alimentari, in rapida crescita, ma per i quali i CSM sono in grado di dare risposte solo parziali.

3.4 Accoglienza e processo diagnostico

⁸ Tra quelle più plausibili, le seguenti: a) il dato è inficiato da un *bias* (distorsione) rilevante; b) il dato è dovuto ad una maggiore richiesta assistenziale, c) il dato è dovuto ad una maggiore offerta alla domanda di salute.

Le persone che afferiscono al CSM sono generalmente inviate dal Medico di Medicina Generale, con indicazioni sintomatologiche e/o diagnostiche. Il paziente può accedere anche direttamente al Servizio.

Il processo diagnostico, l'elaborazione e la valutazione del progetto terapeutico coinvolge, soprattutto nei casi più complessi, l'operatività di una équipe multidisciplinare (psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere).

3.5 L'offerta di salute mentale

I Centri di Salute Mentale offrono:

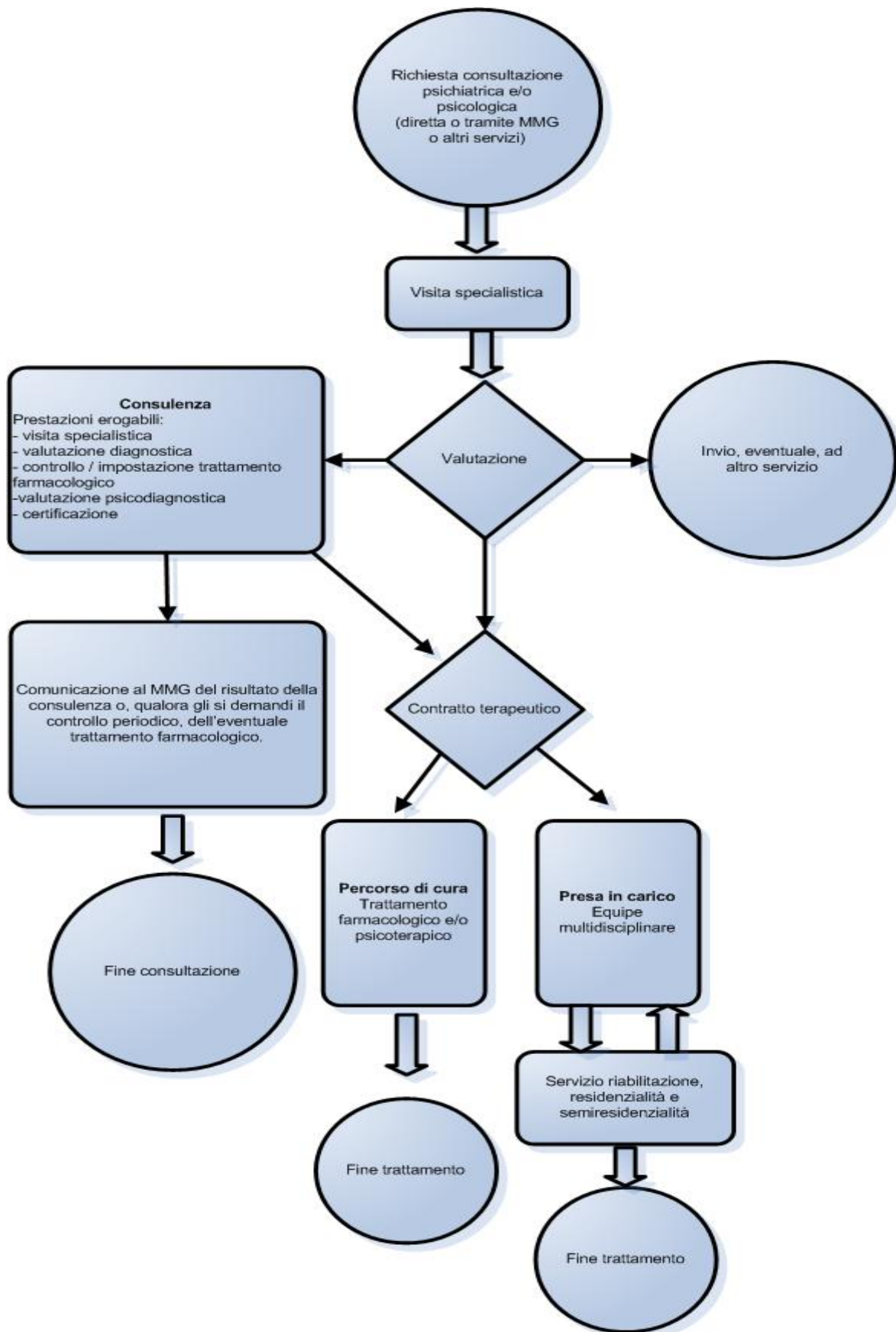
- visita psichiatrica
- visita psicologica
- attività di *screening* ambulatoriale in collaborazione dei Medici di Medicina Generale (MMG)
- trattamento psicofarmacologico
- psicoterapia nelle sue varie forme
- consulenza e assistenza sociale
- interventi psicoeducazionali per gruppi di utenti e / o familiari
- visite e sostegno domiciliare
- invio all' SPDC
- consulenze psichiatriche presso reparti ospedalieri-universitari
- consulenze a pazienti detenuti
- interventi di riabilitazione a livello singolo o di gruppo
- interventi di servizio sociale e di rete
- inserimento e intervento nelle strutture residenziali e semiresidenziali

Una recente sperimentazione con l'apertura di posti letto per pazienti psichiatrici all'interno dei CSM ha registrato forti limiti. Oltre al fatto che la legislazione vigente obbliga al ricovero esclusivamente negli SPDC ubicati in ospedali generali, l'utilizzo di posti letto nei CSM risulta essere una risposta impropria e rivolta ad esigenze di natura prevalentemente socio-assistenziale.

3.6 Linee programmatiche di intervento

Coerentemente agli obiettivi indicati per la Salute Mentale, nel Piano Sanitario Nazionale 2010-2013, viene ritenuto prioritario “Implementare la qualità dei CSM e la loro capacità di rispondere alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, contrastando la stigmatizzazione e riducendo le liste d’attesa, razionalizzando le modalità di presa in carico, creando percorsi differenziati per tipologie di pazienti, adottando linee guida e procedure di consenso, basati su prove di efficacia”. (Figura 3.1)

Figura 3.1 - Percorsi terapeutici



I percorsi differenziati per tipologie di pazienti dovrebbero definirsi secondo tre diversi momenti.

- La consulenza: risponde ad una richiesta di approfondimento diagnostico formulata dal medico di medicina generale o dai servizi medici di altre discipline. Esita in un accertamento che valuta la necessità di cure specialistiche.
- Il percorso di cura: definisce un piano di trattamento che prevede interventi specialistici, ma non richiede necessariamente il coinvolgimento dell'equipe multi professionale. Il percorso di cura si caratterizza per i seguenti aspetti:
 - valutazione delle esigenze, definizione degli obiettivi e condivisione del piano terapeutico;
 - offerta di interventi farmacologici e psicologici che rispettano standard di efficacia ed efficienza secondo le più aggiornate evidenze scientifiche;
 - definizione di un eventuale piano di psicoterapia privilegiando i trattamenti brevi di gruppo e quegli approcci che consentano una valutazione scientifica degli esiti.
- La presa in carico: richiede una risposta multidisciplinare integrata a fronte di bisogni "complessi" che necessitano di un progetto terapeutico riabilitativo sanitario e sociale.

Per l'individuazione dei casi complessi occorre considerare:

- la diagnosi nosografica, generalmente attinente allo spettro dei disturbi psicotici e dei gravi disturbi affettivi e di personalità;
- la gravità clinica;
- i livelli di autonomia personale;
- il funzionamento relazionale, sociale, lavorativo;
- le caratteristiche della rete familiare e ambientale;
- gli interventi terapeutico riabilitativi pregressi.

Per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi è necessaria una forte integrazione dell'operatività dei CSM con la famiglia e la rete delle altre agenzie di sostegno.

Il CSM è titolare della presa in carico del paziente e mantiene la continuità nelle attività di supporto.

Considerate le attuali condizioni di operatività del CSM ed i suoi limiti si propone di:

1. ridurre il carico assistenziale, tramite l'attivazione di percorsi assistenziali differenziati, specie dove l'affluenza dei pazienti è particolarmente elevata;

2. differenziare i percorsi terapeutici, anche sperimentando modalità innovative;
3. rendere più efficiente ed adeguato il filtro per l'accesso;
4. passare da un sistema di salute mentale imperniato sul trattamento dei disturbi mentali gravi ad uno che tratta anche i disturbi di "minore" gravità;
5. attrezzarsi per le nuove domande di assistenza (disturbi alimentari, etc.);
6. riqualificare la centralità del CSM attraverso:
 - l'analisi dei bisogni e delle risorse del territorio;
 - la valorizzazione delle competenze professionali;
 - la programmazione dell'impiego delle risorse;
 - l'integrazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi con la rete dipartimentale dei servizi e con la rete sociale e le agenzie territoriali;
 - le iniziative di prevenzione e promozione della salute mentale;
 - la valorizzazione del ruolo delle famiglie e delle associazioni di familiari e di pazienti;
7. ridurre le liste d'attesa;

CAP. IV
SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA
(SPDC)

CAPITOLO IV - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

4.1 Definizione e ruolo

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), come previsto dal progetto-obiettivo 1998-2000, è un servizio ospedaliero in cui vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in regime di ricovero. L'SPDC non si limita ad operare il ricovero, ma svolge una notevole attività di consulenza psichiatrica in tutti i reparti ospedalieri. E' ubicato nelle aziende ospedaliere, nei presidi ospedalieri di aziende sanitarie locali o in policlinici universitari.

E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), anche quando l'Ospedale di riferimento non sia amministrato dall'Azienda Sanitaria di cui il DSMD fa parte. In tal caso, i rapporti tra le due Aziende sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni regionali. I rapporti con le Aziende Ospedaliero-Universitarie sono regolati in conformità ai protocolli d'intesa (art. 6, comma 1, D.Lgs. 502/1992) tra Regioni, Province autonome ed Università.

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 mila abitanti. Ciascun SPDC dovrebbe avere un numero non superiore a 15 posti letto ed essere qualitativamente e quantitativamente adeguato alle sue complesse funzioni.

4.2 L'accesso agli SPDC

I pazienti afferenti all'SPDC, nella maggior parte dei casi sono inviati dal Pronto Soccorso o dai Centri di Salute Mentale. I ricoveri più raramente avvengono su segnalazione dei medici di medicina generale, degli specialisti privati, degli psichiatri delle carceri e dei servizi per le dipendenze (SerD). L'accesso in SPDC può avvenire anche per trasferimento a seguito di consulenza effettuata dagli psichiatri dei servizi di salute mentale in altri reparti ospedalieri. In via eccezionale esso avviene direttamente.

Le modalità di ricovero sono, come noto, di tipo volontario oppure obbligatorio e si svolgono secondo le disposizioni di legge.

4.3 Numero delle strutture, ubicazione e distribuzione territoriale

I posti letto al 2009 della Regione Sardegna (vedi Tabella 4.1) sono in totale 96 e sono distribuiti in 7 SPDC:

Tabella 4.1 - Posti letto attivati negli SPDC e posti letto previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale (PON) (Anno 2009).

Asl	Sede ospedaliera dell'Spdc	N° abitanti	N° posti letto x 10.000 abitanti	N° posti letto attuali	N° posti letto previsti dal P.O.N.*
N° 1 Sassari	SS. Annunziata	336.451	0,77	26	34
N° 2 Olbia	San Giovanni di Dio	154.319	0,39	6	15
N° 3 Nuoro	San Francesco	161.444	0,62	10	16
N° 4 Lanusei	-	58.097	-	0	6
N° 5 Oristano	San Martino	167.295	0,72	12	17
N° 6 Sanluri	-	103.020	-	0	10
N° 7 Carbonia	Sirai	130.555	1,15	15	13
N° 8 Cagliari	SS. Trinità	559.820	0,48	12 + 15	56
Totali		1.671.001	0,57	96	167

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

* P.O.N. (Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000).

Come si evince dalla Tabella 4.1:

l'ASL di Sassari ha un Spdc ubicato nell'Ospedale "SS Annunziata" con 26 posti letto;

l'ASL di Olbia ha un Spdc ubicato all'Ospedale "San Giovanni di Dio" con 6 posti letto;

l'ASL di Nuoro ha un Spdc ubicato nell'Ospedale "S. Francesco" con 10 posti letto;

l'ASL di Oristano ha un Spdc ubicato all'Ospedale "S. Martino" con 12 posti letto;

l'ASL di Carbonia ha un Spdc ubicato nell'Ospedale "Sirai" con 15 posti letto;

l'ASL di Cagliari ha 2 Spdc ubicati nell'Ospedale "SS Trinità", rispettivamente di 15 e 12 posti letto.

Le Asl di Lanusei e quella di Sanluri sono sprovviste di Spdc.

Dai dati relativi al 2011 i posti letto in SPDC sono variati come da Tabella 5.2.

Tabella 4.2 - Posti letto attivi negli SPDC, anno 2011.

<i>ASL</i>	<i>STRUTTURA</i>	<i>ORDINARIO</i>	<i>DIURNO</i>	<i>TOTALE</i>
1	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA – SASSARI	16	2	18
2	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO – OLBIA	6	0	6
3	OSPEDALE SAN FRANCESCO – NUORO	10	1	11
5	OSPEDALE SAN MARTINO – ORISTANO	15	0	15
7	OSPEDALE SIRAI – CARBONIA	15	1	16
8	OSPEDALE SS TRINITA' – CAGLIARI	13	1	14
8	OSPEDALE SS TRINITA' – CAGLIARI	11	0	11
	RAS	86	5	91

Come evidenziato in precedenza i posti letto devono essere ricondotti al numero massimo di 15 per singola unità operativa.

Tabella 4.3 - Posti letto attivi negli SPDC della Sardegna e numero di posti letto per 10.000 residenti, anno 2011.

POSTI LETTO IN SPDC IN SARDEGNA	91
RESIDENTI AL 01.01.2011	1.675.411
N. POSTI LETTO PER 10.000 RESIDENTI	0,54

L'indicatore pari a 0,54 segnala la necessità di procedere al potenziamento degli SPDC esistenti ed all'eventuale attivazione di nuove strutture per attenuare il divario con l'obiettivo di un posto letto ogni 10.000 residenti.

Attualmente è all'esame del Consiglio regionale un disegno di legge della Giunta contenente, tra l'altro, norme in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera. E' opportuno che la ridefinizione dei posti letto degli SPDC avvenga nel contesto della revisione dell'intera rete ospedaliera; in tale sede si dovrà tendere verso l'obiettivo di un posto letto ogni 10.000 residenti tenendo presente che, in varie esperienze

regionali, è stato indicato un valore obiettivo inferiore ad un posto letto per 10.000 residenti.

4.4 Caratteristiche della popolazione afferente agli SPDC

I pazienti che accedono agli SPDC, distinti secondo alcune variabili (numero di ricoveri volontari ed in TSO, età, sesso, diagnosi ed Asl di provenienza), sono riportati nelle seguenti tabelle (anni 2007-2011).

Tabella 4.4 - Ricoveri dei pazienti sardi in SPDC distinti per Asl di provenienza e modalità di ricovero (anno 2007).

Asl	N° abitanti totali	N° posti letto	N° ricoveri Totali	N° ric. tot. per 100.000 abitanti	N° ricoveri volontari	N° ric.vol. x 100.000 abitanti	N° ricoveri T.S.O.	N° ric.T.S.O x 100.000 abitanti
Sassari	336.451	26	523	155	457	136	66	20
Olbia	154.319	0 (SS)	113	73	72	46	41	27
Nuoro	161.444	10	192	119	159	98	33	20
Lanusei	58.097	0 (NU)	46	79	37	64	9	15
Oristano	167.295	13** (12)	222	133	195	117	27	16
Sanluri	103.020	0 Carbonia	104	101	80	78	24	23
Carbonia	130.555	15	430	329	399	306	31	24
Cagliari	559.820	26** (27)	787	141	757	135	30*** (137)	5*** (24)
Totale	1.671.001	90	2.417	145	2.156	129	261*** (368)	16*** (22)

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

** Dai dati forniti dal DSM di Oristano e Cagliari risultano rispettivamente 12 e 27 posti (questi numeri sono riportati tra parentesi).

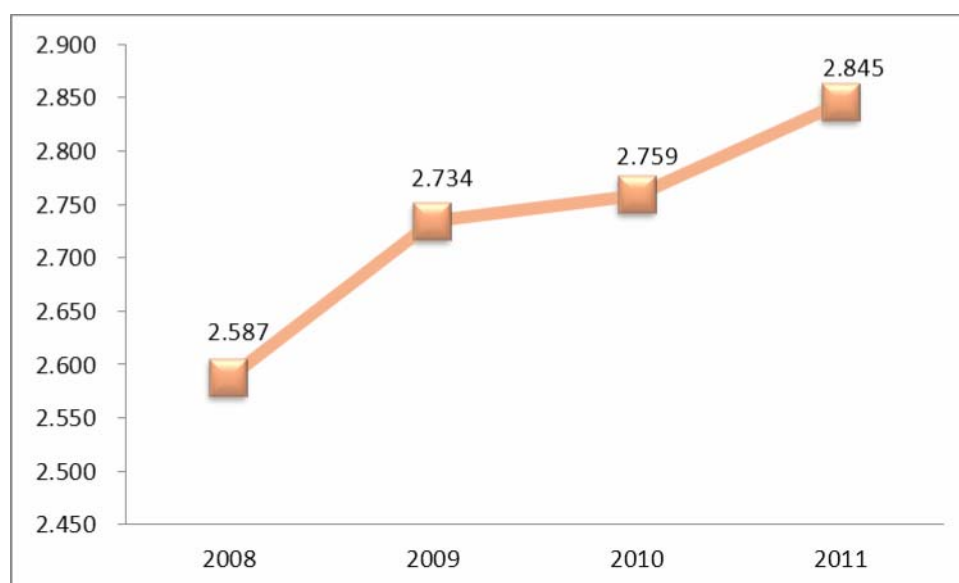
*** Dai dati forniti dal DSM di Cagliari risultano 137 TSO, per cui il N° di TSO per 100.000 abitanti diventa 24, (questi numeri sono riportati tra parentesi).

Di seguito vengono riportati i dati relativi ai ricoveri in SPDC per gli anni 2008-2011.

Tabella 4.5. Ricoveri in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011.

<i>Ricoveri in SPDC in Sardegna</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
	2.587	2.734	2.759	2.845

Figura 4.1 - Andamento dei ricoveri in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011.



Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Tabella 4.6 - Ricoverati negli SPDC distinti per sesso ed età (anno 2007).

SPDC	% M	25° p.le età	50° p.le età	Media età	75° P.le età	Max età
SS Annunziata SS	53,0%	33	42	42,4	49	87
S. Francesco NU	53,5%	33	41	43,0	52	82
Sirai Carbonia	60,7%	35	42	43,3	51	85
SS Trinità CA	60,3%	31	40	41,5	50	86
S. Martino OR	45,8%	29	42	43,4	55	82
Totale	56,2%	32	41	42,4	51	87

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

La tabella 4.6 evidenzia una prevalenza del sesso maschile in tutti gli SPDC, ad eccezione di Oristano. La sovra rappresentazione maschile, già sottolineata in precedenti rilevazioni, appare un dato consolidato, da noi interpretato come risultante di più forti valenze “espulsive” che colpiscono i maschi malati, sia dal contesto lavorativo, che familiare (N. Rudas et al., 1985).

La popolazione ricoverata, secondo la variante età, mostra un forte addensamento delle fasce di età pienamente mature (tra i 32 e i 52 anni), confermando una tendenza generalizzabile a molte altre realtà italiane.

Non mancano, seppure in maniera contenuta, frange di ottantenni.

Tabella 4.7 - Ricoverati negli SPDC distinti per sesso ed età (anno 2008).

SPDC	% M	25° p.le età	50° p.le età	Media età	75° P.le età	Max età
SS Annunziata SS	50,8%	32	41	42,4	50	92
S. Francesco NU	47,9%	34	43	44,2	51	84
Sirai Carbonia	64,9%	35	43	44,6	53	87
SS Trinità CA	56,9%	32	41	42,1	51	86
S. Martino OR	48,4%	36	45	49,0	63	88
<i>Totale</i>	<i>54,7%</i>	<i>33</i>	<i>42</i>	<i>43,8</i>	<i>53</i>	<i>92</i>

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il confronto tra il 2007 ed il 2008 conferma la prevalenza maschile ed una simile distribuzione per età.

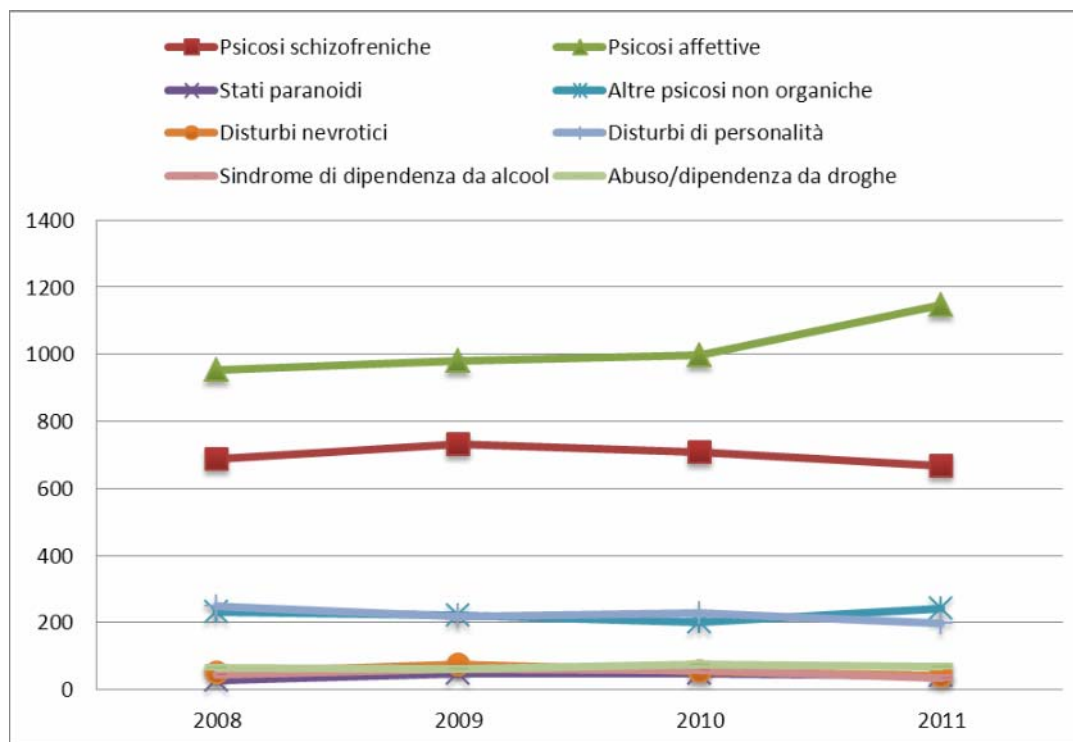
Nella Tabella 4.8 vengono raggruppate le principali categorie diagnostiche attribuite ai ricoverati negli SPDC della Sardegna.

Tabella 4.8 - Ricoveri in SPDC in Sardegna per diagnosi psichiatrica, anni 2008-2011.

<i>Diagnosi psichiatrica</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Psicosi schizofreniche	688	733	708	666
Psicosi affettive	952	979	999	1.147
Stati paranoidi	27	48	49	41
Altre psicosi non organiche	231	223	202	243
Disturbi nevrotici	52	75	56	42
Disturbi di personalità	249	220	227	199
Sindrome di dipendenza da alcool	45	61	58	34
Abuso/dipendenza da droghe	65	61	76	70
<i>Totale</i>	<i>2.309</i>	<i>2.400</i>	<i>2.375</i>	<i>2.442</i>

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Figura 4.2 – Andamento dei ricoveri in SPDC in Sardegna per diagnosi psichiatrica, anni 2008-2011.



Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Agli SPDC afferiscono pazienti affetti da Psicosi gravi (Disturbo dell'umore ed altre Psicosi), ai quali si aggiungono soggetti sofferenti di rilevanti Disturbi di Personalità.

La Schizofrenia, benché abbia un tasso di prevalenza relativamente basso nella popolazione generale, esprime un altissimo rischio di ricovero e di ripetitività dello stesso.

Specie i Disturbi dell'Umore, nel loro ampio e diversificato spettro, diffusamente rappresentati nella popolazione generale, sono molto presenti nei ricoveri ospedalieri.

I ricoverati nel SPDC registrano alti tassi di comorbidità con alcol e sostanze stupefacenti.

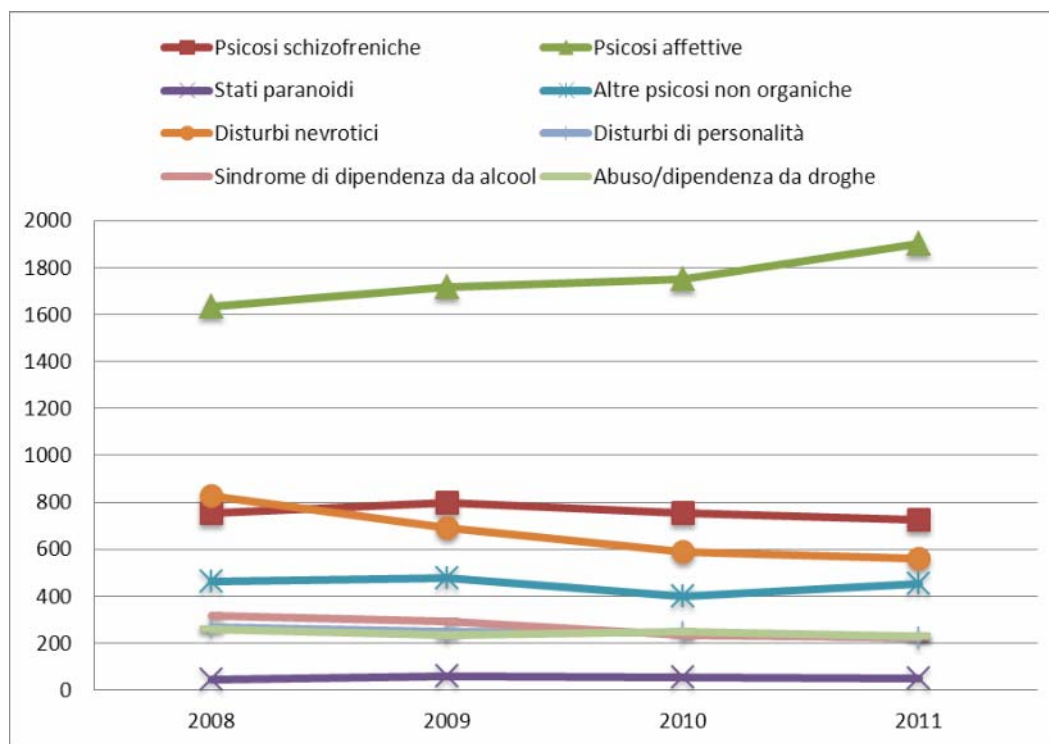
La tabella 4.9 e la figura 4.3 mostrano, rispettivamente, il numero e l'andamento, per diagnosi psichiatrica, dei ricoveri relativi agli anni 2008-2011.

Tabella 4.9 - Ricoveri per diagnosi psichiatrica in Sardegna, anni 2008-2011.

<i>Diagnosi psichiatrica</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Psicosi schizofreniche	753	799	753	726
Psicosi affettive	1.633	1.715	1.752	1.902
Stati paranoidi	45	60	56	51
Altre psicosi non organiche	463	477	398	452
Disturbi nevrotici	828	691	588	558
Disturbi di personalità	269	247	243	219
Sindrome di dipendenza da alcool	319	292	235	224
Abuso/dipendenza da droghe	258	235	247	231
Totale	4.568	4.516	4.272	4.363

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Figura 4.3 – Andamento dei ricoveri per diagnosi psichiatrica in Sardegna, anni 2008-2011.



Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

4.5 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), differenziandosi dagli altri ricoveri medici (che avvengono di norma con il consenso del paziente) e incrociando i temi-chiave della libertà e dei diritti costituzionali del cittadino, rappresenta un punto nodale della riflessione psichiatrica. Non a caso esso è stato oggetto, specie negli ultimi trenta anni, di accese discussioni e controversie.

Nel 2009 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nel documento 09/038/CR/C7, ha delineato indicazioni e raccomandazioni, tese a facilitare l'applicazione, coerente ed omogenea nelle diverse realtà regionali, del TSO.

Per tali motivi si è ritenuto opportuna, in sede di programmazione psichiatrica, una sua analisi dettagliata per quanto attiene la Regione Sardegna.

Iniziando a quantificare i ricoveri in regime obbligatorio, si possono osservare la Tabella 4.10 e la Tabella 4.11 che riportano il numero totale dei trattamenti sanitari obbligatori in SPDC in Sardegna, e la loro incidenza rispetto al complesso dei ricoveri in SPDC per gli anni 2008-2011. La figura 4.4 mostra l'andamento del tasso di TSO negli SPDC della Sardegna.

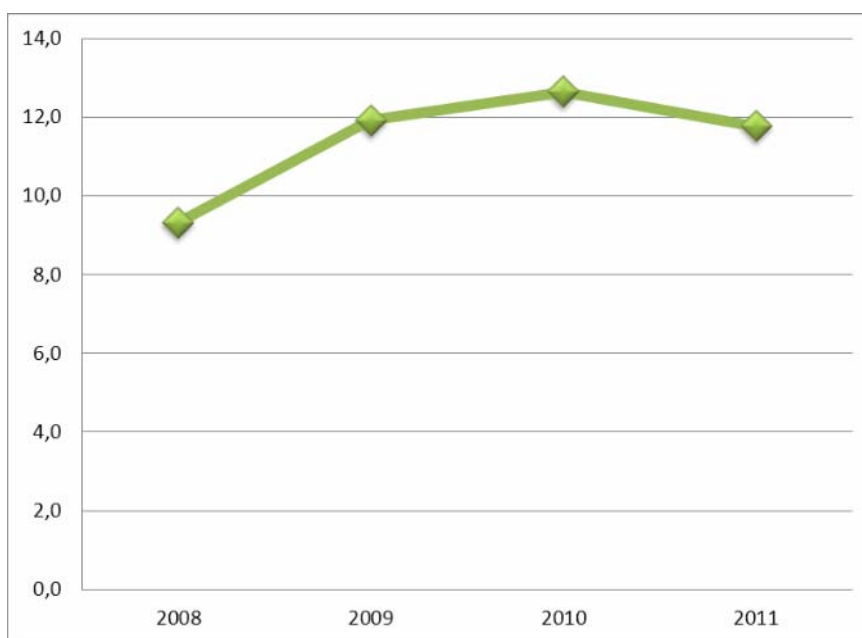
Tabella 4.10 - Trattamenti Sanitari Obbligatori in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011.

<i>TSO in SPDC in Sardegna</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
	241	326	349	335

Tabella 4.11 - Percentuale di TSO sul totale dei ricoveri in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011.

<i>Percentuale di TSO sul totale dei ricoveri in SPDC in Sardegna</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
	9,32%	11,92%	12,65%	11,78%

Figura 4.4 - Andamento dei TSO sul totale dei ricoveri in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011.



Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

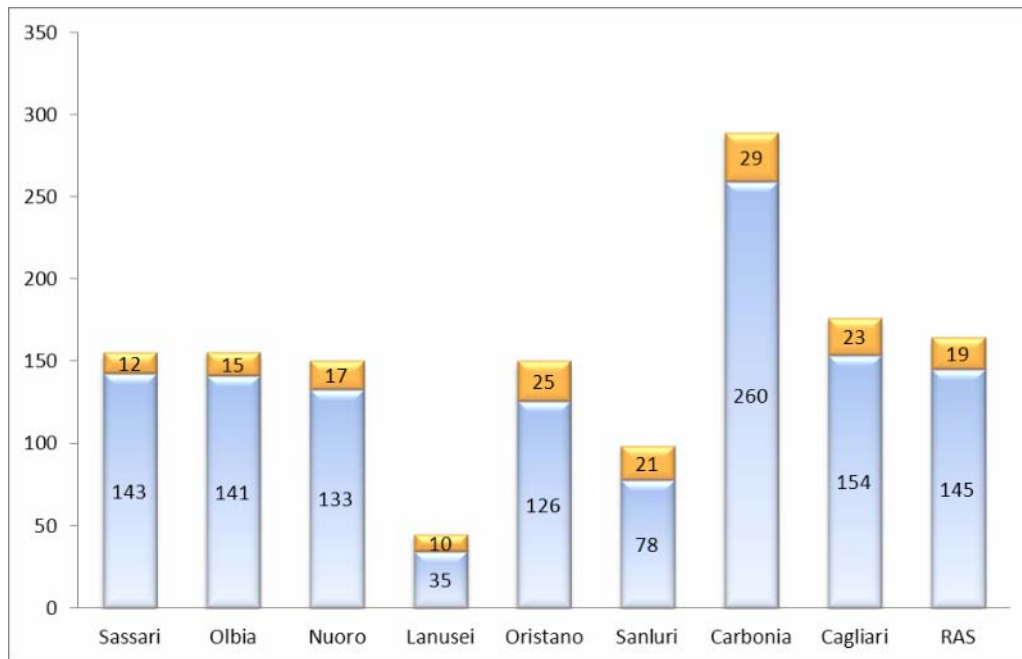
E' interessante notare la consistenza dei ricoveri in SPDC nelle varie ASL, per 100.000 abitanti. Dalla figura 4.5 si può notare la numerosità relativa dei ricoveri di pazienti assistiti dalla ASL di Carbonia.

Tabella 4.12 - Ricoveri in SPDC ogni 100.000 abitanti per ASL di residenza, anno 2011.

<i>ASL di residenza</i>	<i>N. Volontari</i>	<i>N. TSO</i>	<i>Totali</i>	<i>Residenti al 1.1.2011</i>	<i>Volontari</i>	<i>TSO</i>
Sassari	482	42	524	337.237	143	12
Olbia	223	23	246	157.859	141	15
Nuoro	214	28	242	160.677	133	17
Lanusei	20	6	26	57.965	35	10
Oristano	209	41	250	166.244	126	25
Sanluri	80	21	101	102.409	78	21
Carbonia	337	38	375	129.840	260	29
Cagliari	865	127	992	563.180	154	23
RAS	2.430	326	2.756	1.675.411	145	19

Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Figura 4.5 - Ricoveri volontari e TSO, in SPDC, ogni 100.000 abitanti per ASL di residenza, anno 2011.



Elaborazione su dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Al fine di garantire, tra l'altro, una migliore assistenza sanitaria ed il coordinamento delle professionalità coinvolte, con DGR n. 16/13 del 29.03.2011, sono state definite le linee guida in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e di Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO).

CAP. V
STRUTTURE RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI

CAPITOLO V - STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

5.1 Tipologie

L'Area della Residenzialità, attualmente, si articola essenzialmente in Strutture di Residenza sulle 24 ore e di Semiresidenzialità, estesa per fasce orarie dalle 6 alle 12 ore.

La Residenzialità, attualmente, si diversifica nelle seguenti tipologie:

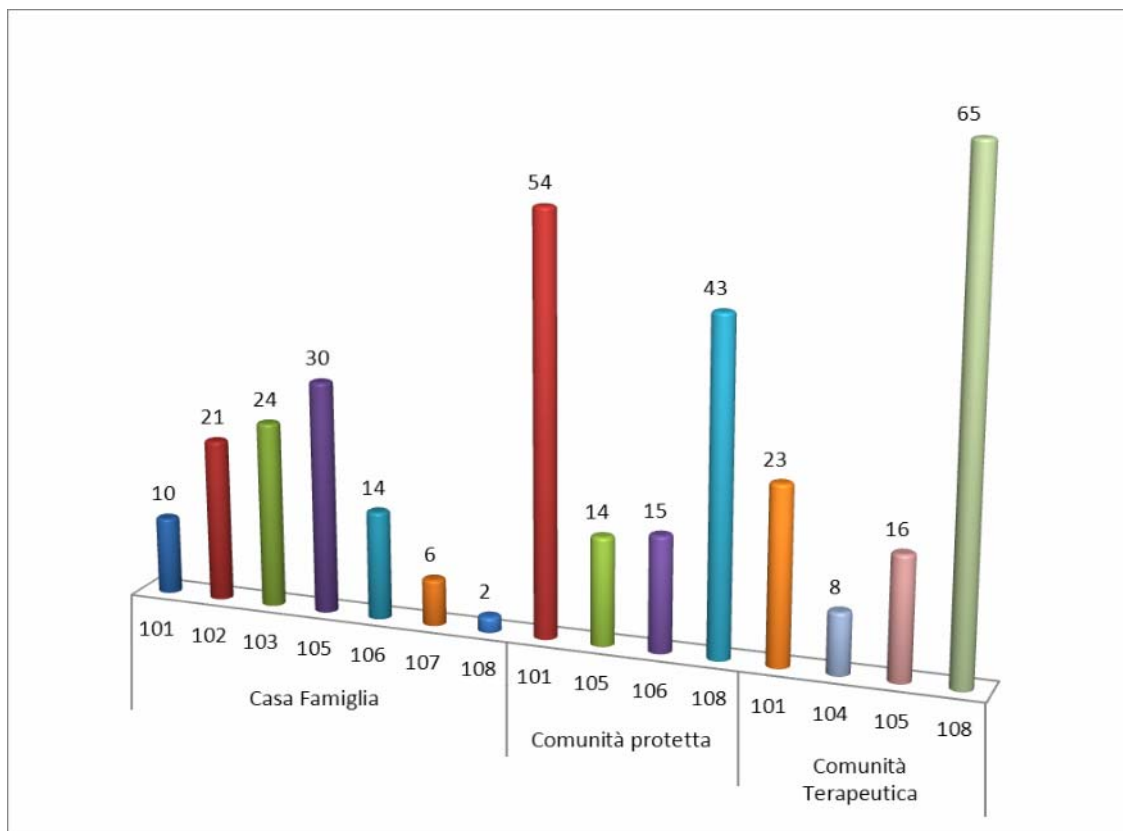
- **Comunità protetta (CP) e Casa famiglia (CF)**, dove l'assistenza riabilitativa è di natura prevalentemente sociale e l'intensità terapeutica è medio-bassa. Ospitano prevalentemente pazienti lungodegenti, con psicosi croniche, spesso provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici, con ridotte risorse sul piano delle autonomie personali, relazionali, sociali. Hanno bassi livelli di turnover.
- **Comunità terapeutica (CT)**, in cui l'intensità terapeutica è più alta. Questa si caratterizza per una tipologia di pazienti mediamente più giovani (le psicosi nelle loro varie forme restano tuttavia la diagnosi prevalente), per l'esistenza di programmi terapeutici orientati alla autonomizzazione degli ospiti in vista della dimissione e del reinserimento sociale e per un conseguente maggior livello di turnover.
- **Residenza sanitaria assistita (RSA) psichiatrica**, dove, pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi, presentano patologie organiche che richiedono un'alta intensità assistenziale. Gli inserimenti sono per brevi periodi e sono soggetti a valutazioni periodiche.

5.2 La situazione della residenzialità in Sardegna

La residenzialità in Sardegna ha una distribuzione disomogenea e risponde a una tipologia scarsamente differenziata. Le strutture residenziali si concentrano nei poli di Sassari, Cagliari e nell'area di Oristano.

Prevalgono le residenze con assistenza sulle 24 ore rispetto all'assistenza residenziale sulle 12 ore o per fasce orarie.

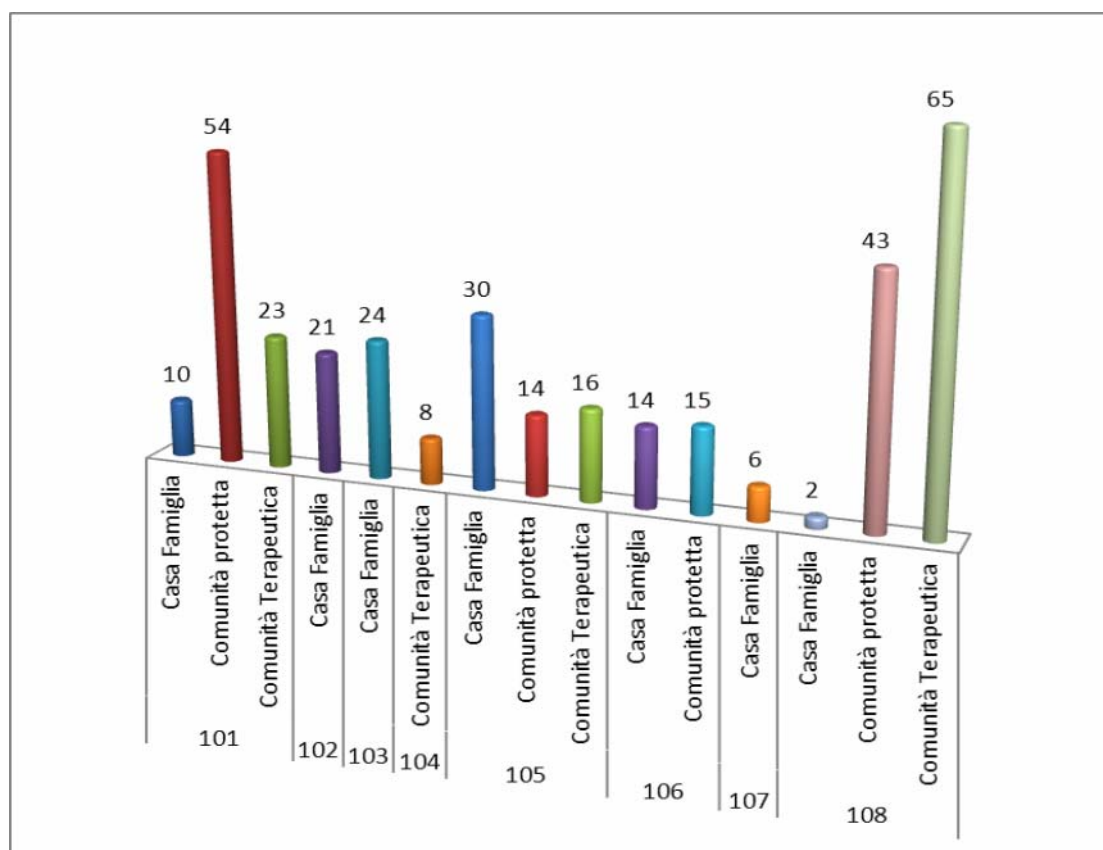
Figura 5.1 - Numero di posti letto di assistenza residenziale per tipologia di struttura ed ASL, anno 2011.



Fonte: flussi informativi NSIS.

Tenuto conto del progressivo passaggio dal regime di accreditamento provvisorio a quello definitivo, in ordine ai posti letto convenzionati per l'assistenza residenziale, è fatto obbligo per le ASL di verificare periodicamente la sussistenza dei requisiti di accreditamento mediante il sito istituzionale della Regione Sardegna.

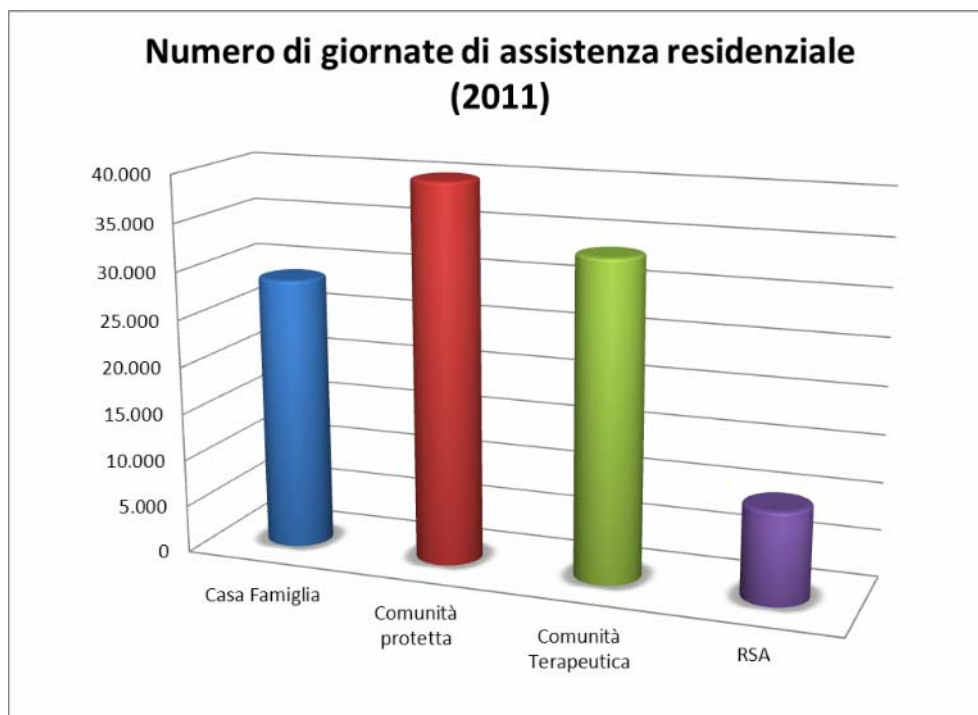
Figura 5.2 - Numero di posti letto di assistenza residenziale per ASL e tipologia di struttura, anno 2011.



Fonte: flussi informativi NSIS.

Ad integrazione dell'assistenza residenziale, per pazienti psichiatrici non autosufficienti anche a causa di patologie mediche concomitanti, operano le residenze sanitarie assistite (RSA). Nella figura 5.3 viene riportato il numero di giornate di assistenza residenziale erogate nel corso dell'anno 2011. Si evidenzia una carenza di offerta residenziale a minore intensità assistenziale.

Figura 5.3 – Numero di giornate di assistenza residenziale erogate in Sardegna, anno 2011.



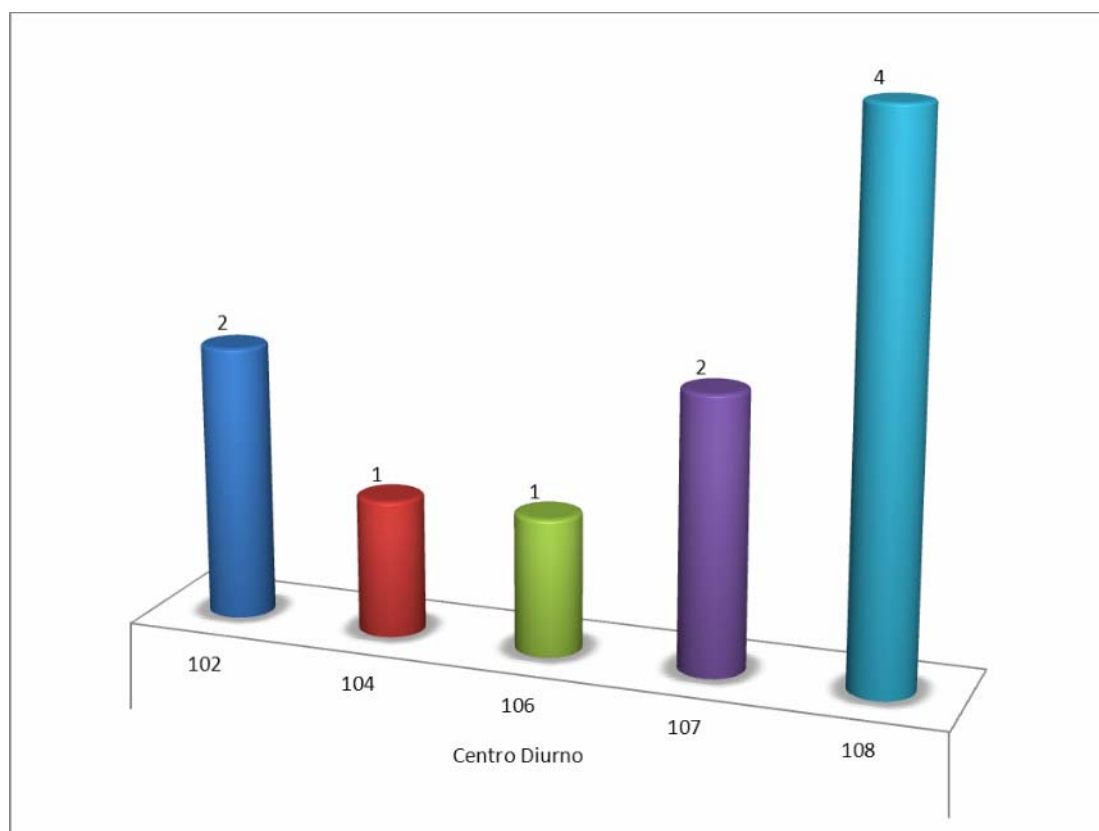
Fonte: flussi informativi NSIS.

Come evidenziato in precedenza, l'Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS) viene ridefinita come Servizio Riabilitazione, Residenze e Semiresidenze (SRRS). Occorre, infatti, sviluppare l'assistenza territoriale e ridurre il ricorso al ricovero in SPDC. Il nuovo servizio, come struttura semplice dipartimentale, mantiene i compiti affidati all'ARIS e, al fine di rafforzare i collegamenti in rete con le agenzie del territorio e di potenziare i progetti di riabilitazione ed inclusione sociale integra e coordina a livello dipartimentale le attività residenziali e semiresidenziali (CD) insieme alla rete sociale.

5.3 La Semiresidenzialità: Centri Diurni in Sardegna

Attualmente, i Centri Diurni (CD) presenti in Sardegna sono 10 di cui quattro presso al ASL di Cagliari come da figura 5.4.

Figura 5.4 – Distribuzione dei Centri Diurni, per ASL, anno 2011.



Fonte: flussi informativi NSIS.

5.4 Linee programmatiche

Considerata la centralità del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, al fine di riqualificare il sistema della residenzialità psichiatrica occorre:

1. distinguere le strutture per differenti livelli di intensità terapeutica (attraverso indicatori che qualifichino la struttura riabilitativa secondo i programmi terapeutici adottati e la presenza di personale qualificato);
2. applicare linee guida e procedure che definiscano i tempi di permanenza, i criteri e le modalità di ammissione e dimissione;

Le Strutture Residenziali, come da DGR n 35/6 del 12.09.2007, si articolano come segue:

1. **Comunità ad alta intensità terapeutica** con sostegno continuativo sulle 24 ore.
 2. **Gruppi residenziali di integrazione sociale** con sostegno tra le 10 e le 14 ore.
 3. **Gruppi di convivenza** con assistenza socio sanitaria limitata a fasce orarie.
-
- Le Strutture possono anche accogliere 2/3 pazienti che, per peculiari condizioni psicopatologiche e/o comportamentali, necessitano di cure particolarmente intense. In quest'ultima tipologia sono anche compresi i pazienti che possono beneficiare di programmi per la post acuzie rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico successivamente ad un episodio acuto di malattia e all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa. La durata massima di permanenza è di tre mesi.
 - I gruppi residenziali di integrazione sociale ospitano fino a otto utenti per un periodo di 18 mesi.
 - I Gruppi di convivenza ospitano da 3 a 6 utenti che godono di soddisfacente autonomia e che necessitano di interventi socio sanitari minimi (per fasce orarie settimanali) per periodi di tempo anche di lunga permanenza.

I pazienti vengono accolti sulla base di un progetto terapeutico riabilitativo disposto dal direttore del DSMD su proposta del direttore del CSM.

L'ammissione in regime residenziale, seguirà *il criterio della diagnosi* (Psicosi, Disturbi affettivi gravi e Disturbi della personalità con esclusione del Ritardo mentale grave e della Demenza primaria) e *il criterio anagrafico*. In ogni caso l'ingresso deve essere adeguato per potenzialità, aspettative realistiche e decorso terapeutico-riabilitativo alla tipologia della Struttura Residenziale.

Indicativamente, le strutture riabilitative ad alta intensità terapeutica, sono consigliabili per pazienti con elevate possibilità di miglioramento clinico e di reinserimento sociale.

CAP. VI
CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI
PSICHIATRICI ALCOLCORRELATI

CAPITOLO VI - CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI ALCOLCORRELATI

6.1 Il Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati

Poco più di trenta anni fa il problema del trattamento dell'alcolismo era affidato alle istituzioni psichiatriche e gli alcolisti costituivano mediamente quasi un terzo della popolazione manicomiale.

Le leggi n. 685 del 1975 e n. 180 del 1978 pur apportando, in generale, notevoli benefici, hanno determinato un certo disimpegno della psichiatria rispetto al trattamento dell'alcolista. Si è in tal modo spostato il suo asse assistenziale dalla Clinica Psichiatrica alle divisioni di Medicina interna, di Neurologia e Gastroenterologia degli Ospedali Generali, con difficoltà crescente di presa in carico globale della persona con problemi alcolcorrelati e con esasperata scissione dello psichico dal somatico.

In questo contesto, l'istituzione di un Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati, garantisce un Programma di cura integrato di farmacoterapia e supporti psico-terapico e psico-sociali individuali e di gruppo, compresi quelli familiari.

Il Centro eroga trattamenti appropriati e ad alta intensità assistenziale, per periodi compresi tra 12 e 18 mesi, per gli alcolisti con la Doppia Diagnosi.

Secondo il programma terapeutico il paziente è invitato a lavorare sulla condivisione dell'iter terapeutico e sull'accompagnamento motivazionale ad una maggiore compliance alle terapie farmacologiche coinvolgendo anche i familiari. Esso tiene conto, inoltre, della complessità del fenomeno e della multiformità dei fattori psicologici, psicopatologici, biologici, comportamentali, esistenziali e sociali implicati nella sua genesi.

Le fasi di intervento (programma stadiale), utilizzate nel Centro, prevedono :

- accesso preliminare e valutazione della domanda;
- eventuale invio per stabilizzazione o disintossicazione in regime ambulatoriale o di ricovero ospedaliero (ordinario o diurno);
- accesso formalizzato che comprende l'indagine psicologica, psichiatrica, motivazionale (mediante test psicodiagnostici) per il paziente e il familiare "accompagnatore";

- itinerario terapeutico riabilitativo integrato (psicofarmacologico, psicologico e sociale).

L'itinerario terapeutico riabilitativo integrato comprende:

1. Colloqui individuali
2. Terapia psicofarmacologica
3. Terapia di Gruppo
4. Conclusione del Programma terapeutico (gestito in accordo con il paziente, la famiglia, eventuale Servizio inviante)
5. Follow-up (protocollo di rivalutazione periodica)

6.2 Proposta operativa

Il Centro richiede specificità terapeutiche dedicate alla cura della co-presenza di disturbi e necessita di un costante approccio integrato, sia tra i servizi coinvolti, sia tra le diverse figure professionali impiegate (psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri).

La proposta operativa consiste nella definizione di Progetti Innovativi Integrati attraverso protocolli di intesa tra le Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Il progetto di ogni singolo paziente che deve essere definito concordemente dal Centro, funzionalmente afferente al DSMD.

Per quanto riguarda le procedure dell'integrazione esse possono declinarsi nelle seguenti modalità:

- Rapporto di consulenza specialistica su richiesta del Servizio con titolarità del caso clinico;
- Formazione di "Equipes funzionali" costituite da operatori del Centro e delle Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale;

Sul piano operativo, per favorire un approccio integrato al problema della "doppia diagnosi", il progetto innovativo dovrà considerare le seguenti aree tematiche:

1. Definizione di Protocolli diagnostici e di trattamento condivisi;
2. Individuazione di procedure per quanto attiene:
 - i ricoveri in SPDC;

- la cogestione dei casi con altri servizi sanitari soprattutto nelle situazioni di “crisi acuta”;
 - l’attivazione e il monitoraggio dei trattamenti psicofarmacologici;
 - i progetti di inserimento residenziale in comunità terapeutiche;
3. Rapporti di collaborazione con associazioni di volontariato e del 3° settore;
 4. Riferimento a linee guida internazionali/nazionali sugli interventi terapeutici in tema di “doppia diagnosi”;
 5. Sperimentazione di modelli di assistenza innovativi attraverso progetti che garantiscano la valutazione dei risultati raggiunti;

Le aree tematiche sono finalizzate a rendere più efficaci ed incisivi gli sviluppi delle attività e dei processi, e le risposte ai bisogni. L’individuazione delle aree tematiche appare particolarmente utile nei casi di esigenze trasversali a più strutture, oppure nel caso di nuovi bisogni, come quelli a cui si vuole dare risposta, che implicano l’analisi e la valutazione preliminare per la costruzione e la messa a regime di nuovi processi e competenze.

Tenendo conto che i dati della letteratura scientifica riportano elevate frequenze di malati mentali abusatori di alcol si ritiene opportuno dotare ogni Centro di un adeguato personale qualificato.

6.3 Linee di sviluppo

In tale prospettiva è necessario superare la criticità rappresentata dalla frammentarietà e sovrapposizione degli interventi garantendo il coordinamento e l’unitarietà tra i diversi soggetti istituzionali formalmente deputati all’erogazione di prestazioni nel campo della salute mentale. Pertanto, il servizio deve coordinarsi in maniera sistematica con il DSMD, i Medici di medicina generale, gli Enti locali, le Associazioni di Volontariato ed il mondo del lavoro.

La struttura Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati è finalizzata a rendere più efficaci ed incisive le attività ed i processi in atto per offrire risposte sistematiche a richieste di cura che, fino ad oggi, hanno trovato solo parzialmente risposta. Il fine è di garantire risposte ad esigenze trasversali a più strutture, e di offrire soluzioni diversificate alle richieste di cura, emerse negli ultimi anni, che implicano l’analisi e la valutazione preliminare rivolte alla costruzione e messa a regime di nuovi processi e competenze.

CAP. VII
PSICHIATRIA FORENSE TERRITORIALE

CAPITOLO VII - PSICHIATRIA FORENSE TERRITORIALE

7.1 Premessa

Gli ambiti della Psichiatria si sono progressivamente estesi, investendo sempre più ampiamente e profondamente le condizioni e le situazioni degli individui che si trovano in particolari rapporti con le norme che reggono la società. A volte tali rapporti assumono dimensioni e significati che suscitano allarme sociale. Non c'è giorno in cui i mass media, specie televisivi, non ci diano notizia di persone e fatti coinvolti in queste problematiche. D'altronde, anche in Sardegna, il tema dell'uomo in crisi con le regole del proprio contesto familiare, lavorativo e sociale, nonché con le norme giuridiche del nostro ordinamento, sono diventate acute e spesso conflittuali.

Molteplici e complesse sono le radici di questa diffusione che ha, in un crescendo, implicato psichiatri, criminologi, psicologi, comunità e istituzioni. E' indubbio che questa vasta e specifica area della psichiatria non possa avere, per la sua stessa importanza, ignorata dal presente Rapporto.

La Commissione Tecnica si è potuta, al proposito, avvalere di esperienze scientifiche maturate storicamente in questo campo e dell'attività di un Servizio di Psichiatria Forense territoriale, unico in Italia.

Sin dal 1989 è stato infatti istituito, presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Cagliari il primo Centro di Psichiatria forense, difesa sociale e criminologia.

Nel suo versante clinico-applicativo, come Servizio di Psichiatria forense, esso svolge, pur tra mille difficoltà, la sua intensa attività, afferendo dal 2001 alla ASL 8.

In realtà la sua operatività sovra dipartimentale tende a corrispondere al territorio della Corte d'Appello di Cagliari, includendo le ASL 5-6-7.

L'attività di tale Servizio, scientificamente attestata in molte assise nazionali e internazionali, risalta da una serie di indicatori positivi, tra i quali, ad esempio, l'efficace funzione di filtro al ricovero dei pazienti nei Servizi di Diagnosi e Cura, ma, soprattutto, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (vedi relativo Capitolo).

Il Servizio di Psichiatria forense, oltre agli usuali accertamenti (peritali e di consulenza), richiesti dalla Magistratura competente, svolge un'attività con spiccata valenza assistenziale (terapeutica, riabilitativa psicosociale).

7.2 Funzioni ed obiettivi

Le funzioni e gli obiettivi del Servizio di Psichiatria Forense sono:

- Ridare dignità di malati agli autori di reato infermi di mente, superando in questo modo lo stigma di devianti, che connota socialmente la loro condizione.
- Intervenire sulla persona, valutando la natura e l'entità delle infermità di mente e approntando un programma terapeutico individualizzato e specifico, mirato al recupero clinico e psicosociale del soggetto, garantendo in questo modo il suo diritto costituzionale alla salute.
- Valutare e proporre un programma terapeutico adeguato alle esigenze di salute del soggetto e alla tutela della collettività.
- Riportare l'infermo di mente autore di reato al suo naturale circuito territoriale, evitando così lunghi e spesso destrutturanti ricoveri presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari continentali.

Verrebbero così abbattuti non solo i costi economico-sociali ma soprattutto evitati quelli dello sradicamento ambientale, familiare e interpersonale, che contraddistinguono la permanenza presso queste Istituzioni totali.

- Individuare e mettere in atto, in collaborazione con gli organi e le strutture territoriali di competenza, tutti quegli interventi riabilitativi necessari per il recupero psicosociale ed esistenziale del soggetto e favorire, quando possibile, il suo reinserimento lavorativo.
- Operare in stretta collaborazione con le diverse figure della Magistratura.
- Promuovere programmi e iniziative culturali, tendenti a contrastare l'emarginazione e lo stigma.

7.3 Progetto per una psichiatria forense territoriale

Nello specifico, il Servizio di Psichiatria Forense svolge la sua attività operativa per la tutela della Salute Mentale e dei diritti dei cittadini affetti da disturbo psicopatologico autori o vittime di reato.

In tal senso, esso si pone - come già detto - tra esigenze giudiziarie e della collettività e bisogni di tutela della salute mentale del paziente, mediando col Magistrato il diritto-dovere alla cura da parte dell'autore di reato

Come primo momento, viene ampliato il significato del ruolo dello psichiatra forense, dando ad esso una spiccata valenza assistenziale.

In tal senso lo psichiatra forense, valutata l'entità della malattia anche nei suoi aspetti medico-legali, deve prospettarsi pienamente come medico, proponendo un idoneo programma terapeutico e cercando di ottenere un consenso alle cure. Due punti sono imprescindibili: lo psichiatra forense deve avere formazione e competenze specifiche che permettano valutazioni del massimo rigore.

Il percorso terapeutico non può essere indicativo di una possibile e generica cura, ma dovrà rispondere ad un preciso programma individualizzato per quel determinato soggetto. Il programma terapeutico, tenendo conto delle sue vere esigenze, non solo mediche ma anche psicologiche ed esistenziali, dovrà considerare il contesto "di rete".

Il programma dovrà altresì coinvolgere la famiglia e le altre agenzie al fine di mettere in atto tutti quegli interventi atti ad abbattere, attraverso una presa in carico "forte", i rischi di una recidiva di reato.

In tal modo lo psichiatra forense presenta al Magistrato le istanze di cura del soggetto, tutelandolo nei suoi diritti di malato e non solo dunque valutandolo come autore di un reato.

7.4 Servizio di Psichiatria Forense

Il Servizio di Psichiatria Forense (SPF) svolge la sua attività operativa per la tutela della Salute Mentale e dei diritti dei cittadini affetti da disturbo psicopatologico autori o vittime di reato. Il SPF dal primo novembre del 2011 è diventato "Struttura Semplice Dipartimentale di Psichiatria Forense"

Il SPF, integrato nella struttura assistenziale "di rete" del Dipartimento di Salute Mentale), svolge in realtà una attività interdipartimentale, coordinando gli interventi terapeutici con i CSM territoriali che insistono sul territorio di competenza della Corte d'Appello di Cagliari.

Il Servizio di Psichiatria Forense, nel suo programma operativo, si propone i seguenti obiettivi:

- Censimento dei ricoverati sardi presso gli O.P.G. continentali e coordinamento con i CSM di competenza territoriale, per la loro dimissione, secondo requisiti clinici e giuridici specifici e univoci.
- Intervento di prevenzione sulla applicazione di una misura di sicurezza detentiva (carcere, casa di cura e custodia, O.P.G.), con la presentazione al Magistrato di competenza di un progetto terapeutico, elaborato ed attuato in collaborazione ai Servizi Territoriali, mediando, in tal senso, col Tribunale, le esigenze giudiziarie e la tutela della salute mentale degli utenti.

- Risposta alle richieste psichiatrico-forensi degli Uffici Giudiziari di Cagliari (Procura, Tribunale ordinario, Tribunale di sorveglianza, Corte d'appello, Tribunale civile) , comprese le urgenze (direttissime, compatibilità con la condizione carceraria, ecc.) e per la nomina dell' amministratore di sostegno (vedi Appendice).

Nello specifico, tale attività si esplica:

TRIBUNALE ORDINARIO :

1) URGENZE (direttissime)

- Partecipazione alle udienze con valutazione hic et nunc dell'intervento terapeutico più idoneo con indicazione del luogo di cura
- Valutazione della capacità processuale.

2) PROCESSO

- Partecipazione alle udienze, e, nell'ambito dell' incarico peritale,
- Valutazione psichiatrico-forense e indicazione di un progetto terapeutico alternativo ad una misura di sicurezza (O.P.G., Casa di cura e custodia)

TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA:

- Valutazione sulla compatibilità con la condizione detentiva e sulle possibili alternative a detta condizione (arresti domiciliari; inserimento in strutture terapeutiche; affidamento sul territorio).
- Nuova valutazione della pericolosità sociale per i detenuti a fine pena che abbiano anche una misura di sicurezza presso una Casa di cura e custodia
- Accertamenti clinico-personologici su detenuti che abbiano richiesto l'applicazione di misure alternative
- Intermediazione fra il Tribunale di Sorveglianza e i servizi territoriali
- Monitoraggio delle persone internate negli O.P.G. (con supporto ai DSM e ai CSM, referenti) per il progetto finalizzato alle dimissioni dei soggetti stessi e la loro presa in carico da parte delle strutture territoriali.
- Supervisione del programma terapeutico e psicoriabilitativo.

PROCURA DELLA REPUBBLICA:

- Proposta, sulla base di una valutazione psichiatrico forense, di intervento terapeutico alternativo ad una misura restrittiva (O.P.G., Casa di cura e custodia).

- Quando necessario, affiancamento al magistrato o ad altre figure da lui indicate negli accertamenti di legge.

7.5 Programma operativo

Oltre ai punti già richiamati il Servizio di Psichiatria Forense tende ad assicurare:

- Coordinamento attività assistenziale in carcere per i detenuti extra ASL 8.
- Consulenza Carcere minorile per detenuti giovani adulti.
- Formazione col Dipartimento Salute Mentale degli operatori del carcere.
- Collaborazione con l'Osservatorio Giuridico del Tribunale di Cagliari per lo studio di interventi a favore degli imputati e dei detenuti affetti da malattia mentale
- Rilevazione dati del carcere (malattie mentali, reati, misure di sicurezza, ecc.)

CAP. VIII
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE (DCA)

CAPITOLO VIII - I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

8.1 Il modello organizzativo

L'Anoressia è un disturbo complesso che interessa vari livelli (biologico, psicologico, familiare, sociale, esistenziale ecc.) della persona sofferente. Pertanto richiede, per il suo trattamento terapeutico - riabilitativo, l'impiego di una equipe multiprofessionale. Questa dovrebbe essere composta da psichiatri, psicologi specie cognitivisti, internisti, pediatri, endocrinologi, nutrizionisti e dietisti che operino con metodologia integrata.

Numerosi studi e l'esperienza ormai consolidata di altre regioni più avanzate suggeriscono interventi integrati erogati in centri specificatamente istituiti, dotati di servizi ambulatoriali coordinati con unità operative ospedaliere di ricovero per il trattamento delle fasi acute.

Questo tipo di intervento terapeutico, in specifici Centri, permette sia una fase preventiva e valutativa di pre-trattamento che un iter terapeutico-riabilitativo controllato.

Il trattamento integrato deve essere monitorato e coronato da un follow-up. L'attività operativa di contrasto ai disturbi del comportamento alimentare si realizza sul territorio mediante attività di tipo ambulatoriale coordinate con le prestazioni di ricovero ospedaliero e con le attività del Centro Obesità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

8.2 Programma d'intervento

Il programma d'intervento terapeutico – riabilitativo prevede un percorso che si svolge in diverse fasi.

La prima fase, ambulatoriale, costituisce il momento di accettazione, di valutazione e di motivazione alla cura. Se questa è accettata e conduce a sensibili miglioramenti essa può continuare ambulatorialmente. Questa forma terapeutica è generalmente seguita dai casi iniziali e più lievi. La fase di terapia ambulatoriale, oltre ai colloqui tendenti alla motivazione terapeutica e al suo regolare proseguimento, prevede trattamenti psicofarmacologici, psicoterapici individuali e di gruppo, compresi i gruppi psicoeducazionali.

Gli interventi durante le degenze in regime di Day-Hospital (DH), effettuati presso specifiche unità di medicina nei presidi della ASL, seguono un iter diagnostico e terapeutico che prevede un approccio medico sia di tipo psichiatrico che internistico e pediatrico (per soggetti sino ai 14 anni) dietologico, intervento psicoeducativo e

psicoterapico. Nei casi più gravi, fallendo il programma in DH, la fase successiva è rappresentata dall'ospedalizzazione ordinaria in Medicina Generale e/o Psichiatria.

Anche nella fase di ricovero continuativo l'équipe ospedaliera deve operare in stretta interazione con l'équipe multiprofessionale specifica per i DCA.

CAP. IX
**PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE (LIAISON
PSYCHIATRY)**

CAPITOLO IX - PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE (LIAISON PSYCHIATRY)

9.1 Indicazioni programmatiche

Le attività di Liaison Psychiatry, all'interno del Dipartimento di salute mentale e Dipendenze, sono finalizzate alla:

- 1) formazione di medici ospedalieri e di base (non psichiatri) in ordine all'individuazione dei disturbi psichiatrici più diffusi;
- 2) educazione degli stessi ad una più adeguata relazione medico-paziente;
- 3) risposta tempestiva alla richiesta di consulenza ospedaliera;
- 4) presa in carico del paziente che resta nel reparto non psichiatrico;
- 5) collegamento con i medici di famiglia per prevenzione, diagnosi e terapia di pazienti affetti da disturbi psichici che non necessitano dell'ingresso nella rete assistenziale psichiatrica;
- 6) promozione di programmi tendenti al miglioramento della qualità delle cure e delle condizioni di vita del paziente.

Le attività sopra esposte sono svolte dagli operatori dei CSM di riferimento.

CAP. X
OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI
(OPG)

CAPITOLO X - OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

10.1 Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) con il passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (previste nell'art. 3 bis della legge del 17 febbraio 2012 n. 9.) pone l'esigenza di programmare un assetto organizzativo capace di garantire un corretto e armonico equilibrio fra i provvedimenti sanitari e le esigenze di sicurezza.

A tal fine è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la Magistratura.

In particolare la vigente normativa prevede:

- la creazione di almeno una *struttura ad alta intensità terapeutico-riabilitativa* e ad *elevato grado di sicurezza perimetrale*, dotata di 15-20 posti letto;
- strutture residenziali, già esistenti e rese idonee per i pazienti meno gravi e che hanno ottenuto risultati terapeutico-riabilitativi;
- la valutazione ed il monitoraggio dei pazienti di tutte le strutture nel loro percorso terapeutico-riabilitativo;
- stretta collaborazione con la Magistratura;
- collegamento con i Servizi Territoriali del DSMD.

CAP. XI
LA SALUTE MENTALE NELLA CONDIZIONE
DETTENTIVA

CAPITOLO XI - LA SALUTE MENTALE NELLA CONDIZIONE DETENTIVA

11.1 La salute mentale nella condizione detentiva

La situazione del carcere in Italia risente di molte criticità (sovraffollamento, locali inadeguati, scarsità di personale e risorse, ecc.).

Nel quadro della “questione carceraria” insiste anche in Sardegna una grave emergenza psichiatrica ove solo si consideri che circa il 23% dei detenuti sono affetti da patologie mentali anche gravi. I tossico e alcol-dipendenti si attestano al 37% e la comorbilità multipla è elevatissima.

Le condizioni di disagio, sofferenze e abbandono che i detenuti vivono nella detenzione si esprimono anche nelle condotte suicidarie, che raggiungono in Sardegna alti livelli (180 x 100.000 detenuti per anno).

Da un’analisi condotta su un ampio arco di tempo (1997-2007) sul totale dei suicidi avvenuti nelle carceri sarde, è emerso che il plesso motivazionale si articola nell’esperienza di perdita e di abbandono, sia nella sua espressione francamente depressiva (Disturbi dell’Umore), sia in una più ampia accezione esistenziale.

È importante inoltre ricordare che questa complessa problematica s’inquadra in una peculiare fase di passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Salute e, consequenzialmente, al Sistema Sanitario Nazionale.

Il D.P.C.M. del 1 aprile 2008 (G.U. n. 126 del 30 maggio 2008), entrato in vigore il 14 giugno dello stesso anno, recepito dalla RAS con il Decreto Legislativo n.140 del 2011, sancisce il passaggio delle funzioni sanitarie in tutti gli Istituti Penitenziari (adulti, minori, OPG) dal Ministero della Giustizia, come già detto, a quello della Salute.

Nel suddetto decreto si individuano gli interventi clinico-riabilitativi delle funzioni sanitarie, che passano al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e quelli della sicurezza che rimangono di competenza al Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) e alla Magistratura. Inoltre, viene sottolineato che *l’ambito territoriale costituisce la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali*, analogamente a quanto aveva previsto, per la psichiatria generale la legge 180 recepita dalla legge 833 del 1978.

CAP. XII
MONITORAGGIO E SISTEMA INFORMATIVO

CAPITOLO XII - MONITORAGGIO E SISTEMA INFORMATIVO

12.1 Monitoraggio, Sistema Informativo, Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)

Tra gli obiettivi prioritari, al fine di migliorare l'assistenza erogata, occorre prevedere un moderno sistema di monitoraggio dell'entità, operatività e qualità dei servizi.

Attualmente, è in fase di implementazione il Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), successivamente, compatibilmente con le risorse a disposizione, sarà implementato il Sistema informativo salute mentale (SISM), in applicazione del decreto 15 ottobre 2010.

L'obiettivo è garantire che in ogni dipartimento si possa procedere alla realizzazione di un set minimo di indicatori, relativi all'attività assistenziale, che permettano semestralmente di verificare l'attività dei singoli servizi.

E' compito del dipartimento istituire e promuovere le condizioni per un monitoraggio continuo delle performance, dotandosi del personale idoneo e collaborando con tutti i soggetti coinvolti nello sviluppo del nuovo sistema informativo.

Il Direttore del DSMD verifica i flussi informativi attinenti la salute mentale e le dipendenze al fine di garantire qualità e completezza dei dati inviati.

In sintesi occorre:

- adottare indicatori di struttura, di processo e di esito,
- monitorare periodicamente gli indicatori,
- stabilire standard di riferimento a garanzia della qualità dell'assistenza.

Accanto a queste attività vanno favorite indagini di miglioramento della qualità della assistenza, condotte secondo il cosiddetto "ciclo della qualità" (cfr P.Morosini, 2004).

Tali attività dovranno essere indirizzate verso il miglioramento previsto dalle linee programmatiche precedentemente proposte. Ciascun Dipartimento deve promuovere almeno un'indagine per anno e predisporre incentivi per sostenere questo tipo di attività.

CAP. XIII

**LINEE PROGRAMMATICHE IN TEMA DI
FORMAZIONE PSICHIATRICA PERMANENTE**

CAPITOLO XIII - LINEE PROGRAMMATICHE IN TEMA DI FORMAZIONE PSICHIATRICA PERMANENTE

13.1 Linee programmatiche in tema di formazione psichiatrica permanente

La formazione dello psichiatra e di tutte le figure che operano nella campo della Salute Mentale costituisce un obiettivo fondamentale di ogni Piano Psichiatrico.

In questo campo la formazione riveste una peculiare specificità, declinandosi primariamente sulla *dimensione relazionale* dell'operare psichiatrico.

Nessuna formazione psichiatrica può prescindere da una umana e corretta (oltre che tecnica e professionale) *relazione medico (operatore)/paziente*.

I bisogni formativi riguardano non solo gli psichiatri, ma tutte le figure che operano nel campo della Salute Mentale. Essi si dovrebbero articolare, come segue, in percorsi differenziati, relativi:

- *all'infermiere* con particolare attenzione formativa alla:

assistenza al paziente

assistenza all'emergenza / urgenza psichiatrica

assistenza domiciliare

- *All'assistente sociale*
- *All'educatore professionale*
- Al volontario.