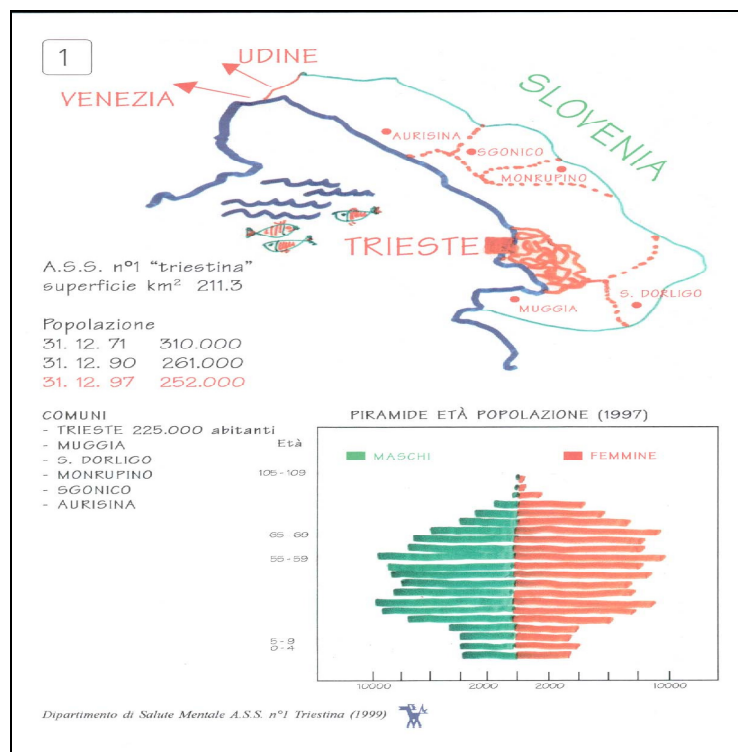


## 1-IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI TRIESTE NELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI\*

\* di Giuseppe Dell'Acqua

Il Dipartimento per la Tutela della Salute Mentale (DSM) è collocato all'interno dell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) Triestina. L'ASS di Trieste ha ridefinito il proprio assetto organizzativo nel corso degli ultimi. Infatti, fino all'anno 1997 vi è stata a Trieste un'unica azienda sanitaria che comprendeva sia l'attività territoriale che quella ospedaliera. Si è proceduto allo scorporo delle strutture ospedaliere e si è costituita l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti.

Tra il 1995 e il 1996 si è ritenuto che, dato il bacino d'utenza limitato (popolazione 249.392 abitanti, un solo grande comune, un territorio limitato e ben collegato - **figura 1**), non fosse necessario procedere a "smontare" l'impianto esistente ( territorio e ospedale) ovvero si riteneva utile continuare ad operare con un'azienda unica. Nonostante l'orientamento di base nel mantenimento dell'assetto unico, si poneva comunque il problema di modificare un sistema "ospedalocentrico" nell'attribuzione di risorse economiche e nell'offerta di servizi. Le strutture territoriali erano scarse e deficitarie nella loro articolazione (tranne quelle del DSM come si vedrà più avanti). Negli anni 1994/1996 ( a seguito della definizione degli assetti istituzionali ed organizzativi del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia con L.R. n° 12 del 30 agosto 1994) vi è stato a Trieste un forte sforzo di progettualità organizzativa al fine di individuare dei meccanismi di sviluppo per il territorio assicurando nel contempo una equa ripartizione di risorse tra ospedale e territorio.



Il direttore generale, nel 1995, costruisce un progetto integrato, reticolare e a matrice con l'obiettivo di governare il passaggio di risorse dall'ospedale al territorio. In tal senso erano state approvate delibere regionali che davano un'indicazione di ripartizione delle risorse all'interno della struttura ancora unica (45% al territorio e 55% all'ospedale). Contestualmente venivano istituite due divisioni: - Divisione Cura e Riabilitazione Territoriale (DCRT) e Divisione Cura Ospedaliera (DCO).

La DCRT progetta e attiva la rete dei servizi nella comunità sociale attraverso un forte investimento in uomini e strutture ,sviluppando nuove logiche di intervento, valorizzando professionalità e persone.

L'ASS1 accoglie oggi le strutture che costituivano la Divisione Cura e Riabilitazione Territoriale e la Divisione di Prevenzione dell'azienda unica.

L'ASS1 opera nel territorio con una articolazione organizzativa dipartimentale e per distretti. Eredita dunque una struttura già dipartimentale (il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Prevenzione), attiva il Dipartimento delle Dipendenze e procede all'identificazione dei distretti sanitari.

Sono stati creati 4 distretti :

Distretto 1	62.656 abitanti (al 31/12/04)
Distretto 2	56.680 abitanti
Distretto 3	62.910 abitanti
Distretto 4	58.643 abitanti

L'elemento di cambiamento e il dinamismo all'interno dell'ASS negli anni 1995/2000 è dato dalla necessità di articolare e dare contenuto alla realtà distrettuale.

## **IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI TRIESTE**

Il Dipartimento per la tutela della Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda per i Servizi sanitari (ASS1) finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e alla organizzazione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini.

### Il compito istituzionale

Il DSM deve operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale e partecipare a promuovere attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza.

Il dipartimento deve così garantire che i servizi e i presidi per la salute mentale operanti nell'ASS costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi, lo stretto raccordo con gli altri servizi dell'ASS, con particolare riguardo ai servizi distrettuali ed il raccordo con la comunità e le sue istituzioni.

### Le competenze del DSM (dal regolamento approvato con delibera del Direttore Generale, 28/12/ 1995)

Il DSM nel curare i rapporti con la Direzione Generale, garantendo il necessario coordinamento tra le unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il raccordo di queste con le altre strutture e unità operative aziendali funzionalmente connesse l'integrazione con Enti o altri soggetti pubblici o privati operanti in campi contigui, ha il compito di:

- assicurare che l'attività delle Unità Operative si svolga nel rispetto degli indirizzi e degli obiettivi fissati nel piano annuale dell'ASS;
- gestire le risorse assegnate dal Direttore Generale dell'ASS;
- curare gli adempimenti amministrativo- contabili ivi compresa la tenuta dei registri del personale e dell'utenza;
- controllare le modalità di gestione, da parte delle Unità Operative, delle risorse loro assegnate nell'ambito del budget attribuito al dipartimento;
- organizzare e gestire un sistema informativo basato sui flussi di dati provenienti dalle singole Unità Operative, in collegamento con il sistema informativo aziendale e regionale per la salute mentale, sia settoriale, ove attivato, che generale;
- svolgere attività di programmazione e verifiche di qualità;
- svolgere attività di ricerca anche e garantire l'aggiornamento e la formazione del personale;
- svolgere attività di informazione, comunicazione ed educazione sanitaria con particolare riferimento alle tematiche proprie della salute mentale;
- controllare la corrispondenza tra l'attività realmente prestata e quella contrattata relativamente a servizi esternalizzati, appaltati o convenzionati, riguardanti il DSM.

Tutti gli aspetti elencati verranno approfonditi oltre.

Prima di procedere all'analisi e alla descrizione dell'articolazione organizzativa del DSM di Trieste è opportuno fare un breve cenno dei cambiamenti istituzionali avvenuti nell'ultimo trentennio a Trieste, cambiamenti che hanno indirizzato culture e politiche che a loro volta condizionano oggi le scelte di fondo e caratterizzano l'attuale assetto organizzativo.

### **Gli ultimi 30 anni in breve**

Nell'agosto del 1971 Franco Basaglia assume la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste proveniente da Gorizia, città dove ha già messo in atto momenti di sperimentazione con l'apertura delle porte e l'avvio della comunità terapeutica. Vi sono 1.183 persone ricoverate presso l'O.P., il *turn over* annuale è di 2.500 pazienti, il 90% dei ricoveri sono coatti ( l. 36, 1904).

Per i primi cinque anni l'amministrazione provinciale presieduta da Michele Zanetti, democristiano, sostiene con convinzione il programma di Basaglia, media e gestisce le posizioni avverse dei partiti di opposizione e di alcuni settori dell'opinione pubblica che non condividono il cambiamento. L'apertura dell'ospedale psichiatrico rappresenta un gesto di rottura e manifesta nei fatti

l'intenzione di un radicale lavoro di deistituzionalizzazione. Le risorse a disposizione vengono utilizzate in forme nuove, non istituzionalizzate.

Fortissime sono le resistenze, la città si divide. Le opinioni *a favore* o *contro* "l'apertura" dividono tanto i conservatori quanto i progressisti, i laici e i cattolici, i partiti di governo e le opposizioni. La situazione se pur contraddittoria non impedisce che San Giovanni diventi un grande laboratorio, un cantiere aperto.

Dal '71 alla fine del '75 l'ospedale viene investito da un grande processo di cambiamento interno: progressiva apertura dei reparti, ridefinizione degli spazi interni, costituzione di gruppi di lavoro che vedono assieme medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, volontari italiani e stranieri fuori dalle forme gerarchiche dell'organizzazione del lavoro, avvio della partecipazione di pazienti e cittadini, critica del "ruolo", attività di formazione degli infermieri, organizzazione di gruppi di convivenze tra i pazienti (i gruppi appartamento). Molti internati, pur restando a vivere in ospedale nei gruppi di convivenza, vengono formalmente dimessi. Verranno chiamati *ospiti*. Si sottolinea, così, che non di ospedale hanno bisogno ma di programmi di sostegno e di inserimento sociale.

Nel febbraio 1973, attraverso un profondo lavoro di critica dell'ergoterapia e coinvolgimento degli internati/lavoratori nelle assemblee generali, nasce la prima cooperativa di pazienti. Associa 60 persone, addetti ai lavori di pulizia dei reparti, delle cucine e del parco. Uno sciopero precede il contratto con la cooperativa neoformata. Il contratto e la cooperativa anticipa, siamo nel 1972, quelle che saranno le cooperative finalizzate prima e le cooperative sociali dopo.

Si organizzano laboratori di pittura, scultura, teatro. Nasce Marco Cavallo, il grande cavallo azzurro di legno e cartapesta simbolo di libertà e di emancipazione.

Si delineano alcune modalità operative che saranno proprie della futura organizzazione dipartimentale: fin dal 1972 i pazienti vengono raggruppati per provenienza territoriale (e non più per diagnosi) in base a una ripartizione dell'area urbana e provinciale in cinque zone (corrispondenti oggi ai quattro distretti sanitari), tutto il personale a sua volta viene diviso in cinque gruppi. Inizia il lavoro di équipe sul territorio, che ha come obiettivo la dimissione e il sostegno del paziente a casa, la presa in carico dei nuovi casi, la ricerca di un rapporto operativo con le istituzioni e i cittadini nell'area di riferimento.

Nel 1975 si apre il primo Centro di Salute Mentale in anticipo rispetto alla legge del '78 con un regolamento frammentario e riferimenti legislativi poco saldi (legge "Mariotti" 431 del 1968). I primi centri di salute mentale fanno riferimento per validare il loro assetto normativo ai *centri di igiene mentale* introdotti proprio da quella legge. La nuova legge introduceva due elementi molto rilevanti e *utili* per la "rivoluzione psichiatrica": la possibilità del ricovero volontario all'interno degli ospedali psichiatrici e la razionalizzazione delle strutture ospedaliere (gli ospedali avrebbero dovuto avere non più di 600 posti letto, essere ripartiti in divisioni con non più di 100 letti ed avviare una gestione sul modello dell'ospedale civile).

Nel 1975 i pazienti ricoverati sono 847, un terzo ha già trovato collocazione all'esterno dell'O.P. Non vi è nessun trasferimento ad altre istituzioni.

Alla data di attivazione dei primi presidi territoriali ancora funziona l'organizzazione dell'ospedale psichiatrico. E' questo il momento più delicato del processo di trasformazione: convivono due modelli culturali e organizzativi differenti e confliggenti, due modalità di spesa, due orientamenti per la gestione del tempo di lavoro degli operatori. Il rischio è il blocco. Questo passaggio "cerniera" viene superato con una scelta radicale di investimento nel territorio, con la crescita ed il rafforzamento progressivo dei centri di salute mentale aperti 24h.

Nel 1977 sono presenti in ospedale 340 persone, i ricoverati coatti sono 33, i volontari 44, gli ospiti 263. Si attiva un servizio di reperibilità 24 ore su 24 presso il pronto soccorso dell'ospedale generale. Nel maggio del 1978 viene approvata la legge 180 e nel 1981 il servizio di reperibilità si trasforma in SPDC in conseguenza proprio della legge.

Si sviluppa il lavoro di qualificazione e inserimento lavorativo attraverso l'ampliamento e la riqualificazione delle cooperative. In ogni zona vengono costituiti gruppi residenziali.

Nel 1980 l'amministrazione provinciale di Trieste sancisce le cessate funzioni dell'ospedale psichiatrico. Il manicomio chiude!

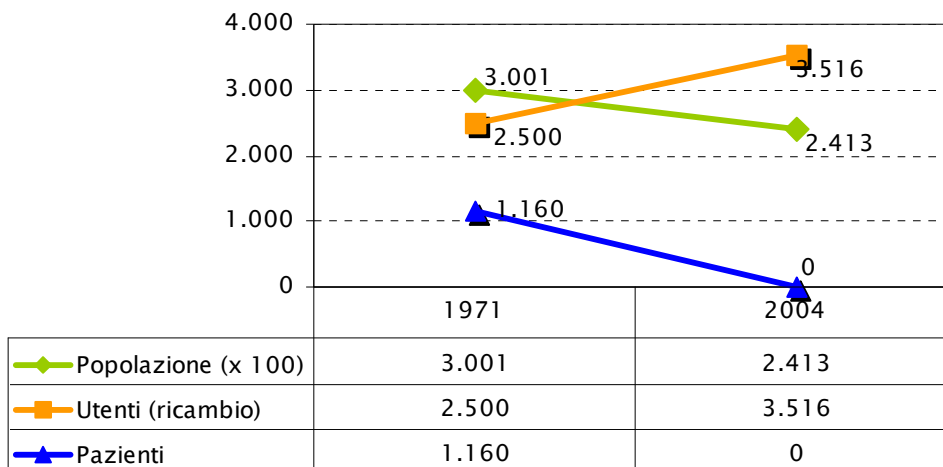
Nello stesso anno muore Franco Basaglia, che intanto aveva lasciato Trieste per assumere il compito di coordinamento dei programmi di salute mentale presso la Regione Lazio. Nel 1981 viene costituito il Dipartimento di Salute Mentale, la cui direzione viene assunta da Franco Rotelli.

Oggi il comprensorio di San Giovanni (sede del vecchio ospedale psichiatrico) ospita diverse strutture residenziali (7 case con circa 50 persone), la sede della Direzione Aziendale, della direzione del DSM, la sede di un Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento delle Dipendenze (SerT e Alcologia), laboratori, uffici ed officine delle cooperative, alcune facoltà dell'Università degli Studi di Trieste, l'Istituto Navico Internazionale, l'Istituto Professionale con lingua d'insegnamento slovena e.

L'organizzazione attuale del DSM è dunque completamente "altro" rispetto a quella che 30 anni fa era propria dell'ospedale psichiatrico. Il confronto attraverso alcuni grandi indicatori restituisce in sintesi l'immagine e la profondità di un difficile quanto articolato processo di cambiamento.

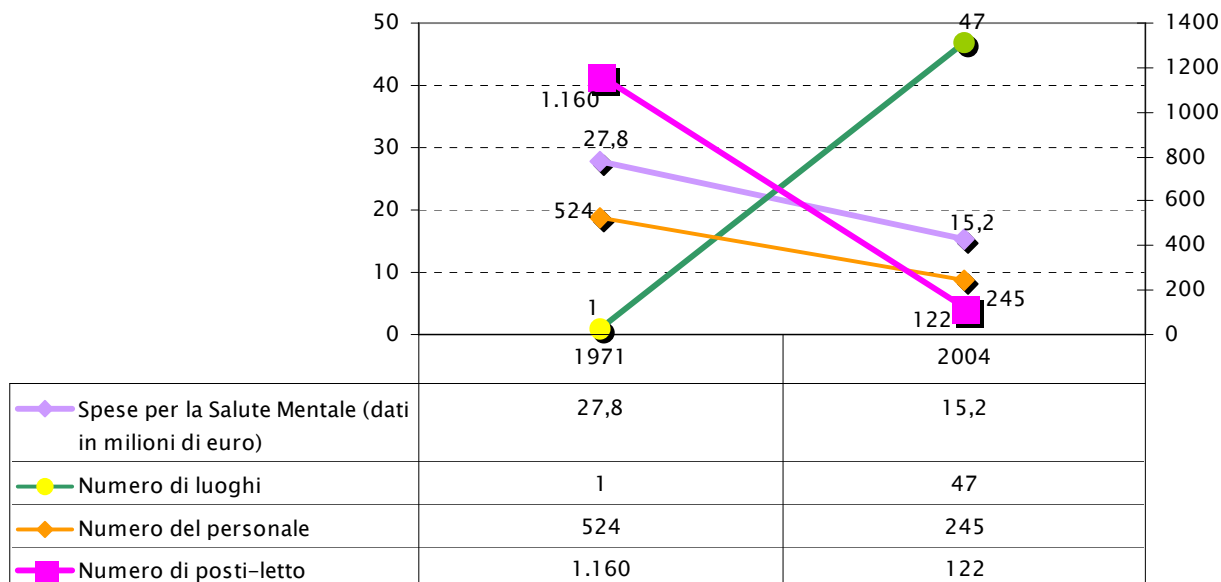
- ♦ Il bacino di utenza dell'Ospedale Psichiatrico nel 1971 era di 310.000 abitanti. Nel 2004, essendo la popolazione diminuita, gli abitanti che costituiscono il bacino di utenza del DSM sono poco meno di 241.330 (grf.1). Ciò nonostante il *turn-over* ovvero il numero di persone che nel 2004 ha avuto almeno un contatto con i servizi di salute mentale è superiore alle 3.500 unità. Nel 1971 il *turn-over* dell'O.P. era poco più di 2.500 unità per anno.

**Dipartimento di Salute Mentale - Utenti 1971 - 2004**



- ♦ Nel 2004 (ma già 20 anni prima) il numero di ricoverati in ospedale si è ridotto a zero. Erano 1.160 gli internati al 31.12.1971 (grf.2).
- ♦ Il costo dell'assistenza psichiatrica si è dimezzato nel corso di questi anni: a chiusura del bilancio nel 1971 l'O.P. costava all'Amministrazione Provinciale più di 5 miliardi di allora, circa 55 miliardi di lire attuali 28 milioni di euro. Di contro, a chiusura del bilancio nel 2004, il DSM è costato poco più di 15 milioni di euro (grf.3).

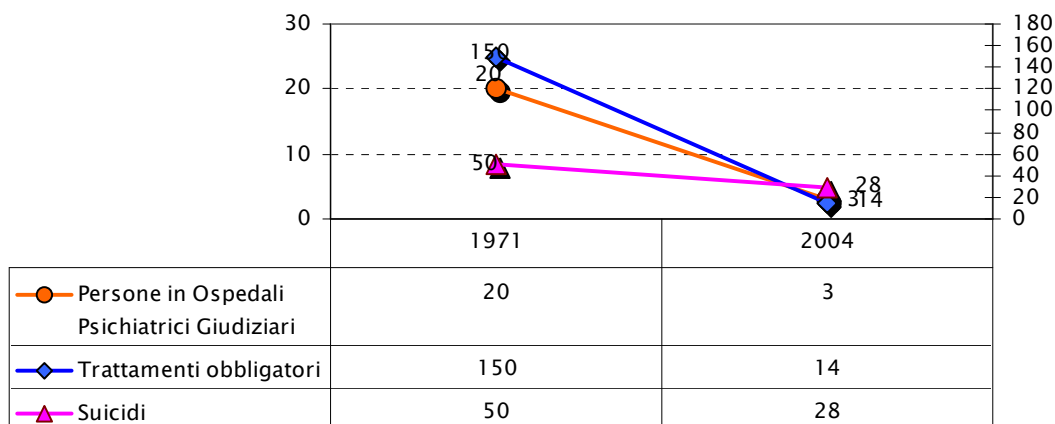
**Dipartimento di Salute Mentale di Trieste - Risorse 1971 - 2004**



- ◆ Conseguentemente si registra una riduzione del personale complessivamente impiegato da 524 unità nel 1971 a 245 unità nel 2004. A queste 245 unità (tutto compreso), che sono dipendenti dell'ASS, vanno aggiunti circa 25 operatori (accompagnatori, educatori), soci di cooperative sociali che gestiscono programmi residenziali/ riabilitativi .
- ◆ I posti letto sono passati da 1.160 (posti letto ospedalieri) nel 1971 a 125 posti letto variamente distribuiti nel territorio e con funzioni differenziate (77 posti residenziali con differenti livelli di protezione, quasi sempre 8 p.l. per CSM 24 ore per un totale di 30 posti letto, 4 posti letto territoriali della Clinica Psichiatrica, 8 posti letto nel SPDC. La Clinica Psichiatrica dispone inoltre di 6 posti letto per le sue attività didattiche e di ricerca).
- ◆ Il ricorso al privato è molto ridotto (nel 2002, ultimo anno per il quale è disponibile il dato, 82 triestini, pari al 2% dell'utenza, si sono riferiti a Cliniche Psichiatriche fuori dalla regione).
- ◆ Infine, a fronte di un unico luogo di cura, il manicomio, sono rilevabili poco meno di 50 differenti luoghi con funzioni e compiti diversificati.

A fronte di questi grandi indicatori di risorse e di popolazione, tre grandi indicatori che potremmo definire di esito danno ragione di alcuni risultati e sconfermano alcuni pregiudizi e luoghi comuni che si sono sedimentati intorno all'idea della chiusura dell'O.P.(grf.4-5):

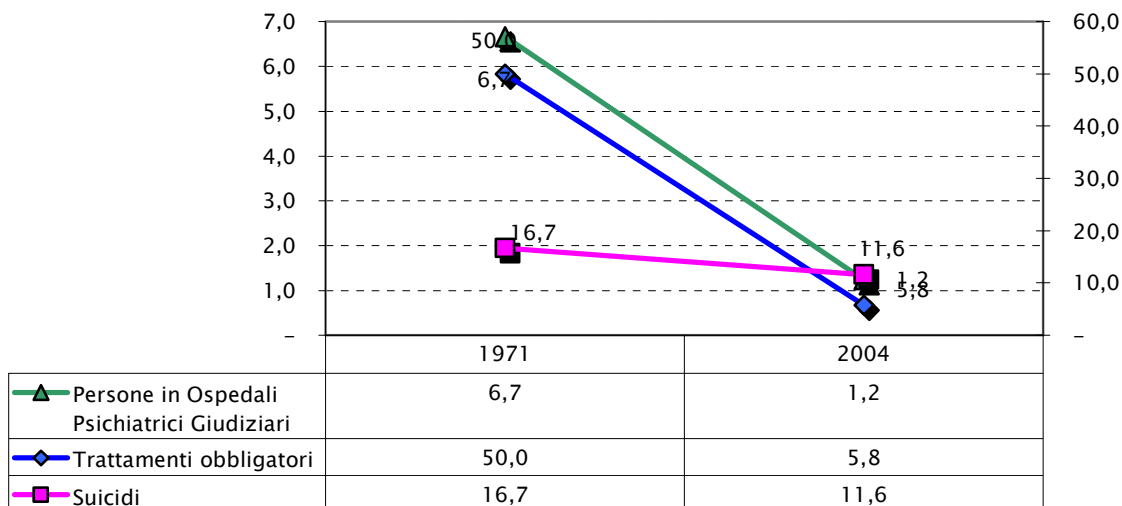
**Dipartimento di Salute Mentale di Trieste – Esito macroindicatori 1971 – 2004**



- 1.** il numero di persone ricoverate in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (*il pregiudizio della pericolosità*) era più di 20 nel 1971, mentre si registrano tre casi nel 2004;
- 2.** il numero annuale dei ricoveri coatti era mediamente 150 negli anni 70; ci sono stati 14 TSO nel 2004 (*il pregiudizio del rifiuto delle cure*);

3. il numero dei suicidi si è mantenuto costante fino alla fine degli anni '90 per calare sensibilmente nel corso degli ultimi 7 anni: erano più 50 i suicidi registrati nel 1971, sono stati 28 nel 2004 (*il pregiudizio dell'abbandono*).

*Dipartimento di Salute Mentale di Trieste – Esito macroindicatori x 100.000  
1971 – 2004*



La decostruzione della struttura manicomiale, delle istituzioni della psichiatria e la crescita della rete dei servizi territoriali sono la sostanza del percorso triestino (e per molti versi del più generale panorama italiano) e contribuiscono a rendere visibili i passaggi che sono stati necessari nel costruire reti e circuiti per la presa in carico di persone con disturbi mentali gravi. Molto semplificando, il lavoro di cambiamento avviato nel 1971 potrebbe essere riassunto intorno a tre grandi temi:

- ❖ La chiusura dell'ospedale psichiatrico come critica nella **prassi** della cultura e della clinica psichiatrica riconoscendo il fallimento della psichiatria istituzionale e la fine della grande utopia del manicomio.
- ❖ La costruzione di una rete di servizi concretamente alternativi come ricerca nella **prassi** di culture e procedure innovative e comunque necessariamente differenti.
- ❖ Il "malato e non la malattia" al centro della ricerca per costruire percorsi terapeutici, riabilitativi e di emancipazione come costruzione nella **prassi** di partecipazione attiva degli utenti nei servizi come attori di cambiamento.

## **LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEL DSM TRIESTINO**

Il DSM di Trieste è costituito da 7 Unità Operative ( Strutture Complesse) e da organi di staff.

Le unità operative attuali rappresentano il naturale sviluppo dei gruppi di lavoro che si costituirono già nei primi progetti di organizzazione territoriale.

Progressivi aggiustamenti sia relativi al miglioramento dei programmi territoriali, sia in rapporto ad una generale crescita qualitativa della domanda ,sia infine la diminuzione costante nel tempo della popolazione hanno portato alla strutturazione di 4 aree territoriali (5 con l'inserimento della piccola area sperimentale relativa alla clinica psichiatrica) che rappresentano la chiave di volta di tutta l'organizzazione. Non soltanto complementari ma intrinseche nel concorrere alla **coerenza del sistema** l'area che chiamiamo dell'emergenza e l'area del coordinamento dei programmi di riabilitazione.

Le unità operative così definite sono:

- ✓ 4 Servizi di Salute mentale di zona denominati Centri di Salute Mentale (24 h. x 7 g.x 60.000 ab. in media) – 4x 8 (6) posti letto territoriali
- ✓ Clinica Psichiatrica Universitaria / CSM (x 12.000 ab.) – 10 posti letto di cui 4 territoriali
- ✓ 1 Servizio Residenziale e Semiresidenziale di Abilitazione, Riabilitazione e Reintegrazione Sociale (coordina le cooperative sociali di cui alla legge n°381/91 e alla Legge Regionale n°7/92 convenzionate e/o accreditate con l'ASS e finalizzate alla formazione e all'inserimento lavorativo di utenti dei servizi di salute mentale)
- ✓ 1 Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura – 8 posti letto presso l'ospedale generale

A supporto dell'attività di programmazione e verifica della direzione del DSM sono attivi operatori e gruppi di lavoro che operano specificamente sulle aree di intervento sotto elencate.

1. Controllo del budget
2. Sistema Informativo
3. Rapporti con l'Amministrazione e registri del Personale e dell'Utenza
4. Valutazione e Revisione della Qualità della Cura (VRQ) e di Programma
5. Ricerche, Aggiornamento e Formazione del Personale
6. Informazione, Comunicazione ed Educazione Sanitaria

L'impianto organizzativo del DSM è stato sancito dal regolamento del dipartimento (D.D.G. dic. 1995) e riflette scelte e assetti che, come si è visto sopra, hanno una matrice storica. Infatti, il dipartimento mantiene la propria configurazione in un momento

di transizione, innervando la realtà distrettuale che si vuole andare a creare. Vi è stata una forte influenza culturale da parte del DSM nel processo aziendale di distrettualizzazione. Dal marzo del 2004 Franco Rotelli, già Direttore del DSM, è tornato per la seconda volta a fare il Direttore Generale dell'ASS dopo il periodo 1999/2001.

Il DSM ha un modello organizzativo caratterizzato da:

- la centralità delle strutture territoriali (CSM): costituiscono il punto di snodo di tutto il lavoro del DSM
- totale autonomia tecnico- organizzativa: in linea alla Direzione Generale dell'Azienda
- autonomia gestionale: ha responsabilità di budget



## **LA DIREZIONE DEL DSM**

Gli uffici e spazi della Direzione del DSM sono ospitati nel reparto ex infermeria all'interno del Comprensorio di San Giovanni/ ex O.P.P.. In questa sede si svolgono gli incontri e le riunioni che interessano gli operatori del Dipartimento, nonché gran parte del lavoro di formazione/ informazione rivolto alle famiglie e ai cittadini. La vicinanza ad alcune delle strutture che fanno parte delle unità operative del DSM (alcune residenze, la sede dell'Unità Operativa che gestisce il centro diurno, residenze e riabilitazione ma anche le cooperative sociali) fa sì che vi siano molteplici occasioni di scambio di informazioni tra gli operatori e gli utenti, con modalità flessibili e non programmate.

## **PIANTA ORGANICA DSM: IL PERSONALE NELLE SINGOLE UNITA' OPERATIVE**

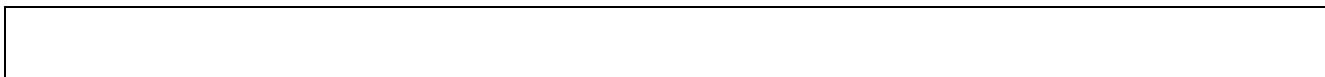
La pianta organica del DSM fu deliberata nel novembre del 1995. Tale pianta è stata il punto di partenza delle negoziazioni per l'acquisizione di risorse a livello aziendale e regionale. Venne realizzata l'analisi dei carichi di lavoro per la ridefinizione della pianta organica.

A fine del 1999 è stata ridefinita la dotazione organica per il triennio successivo.

Dalla lettura della pianta organica e del personale in organico si evidenzia che:

- sono del tutto assenti i sociologi tra il personale in organico;
- sono stati cooptati degli educatori dal privato sociale (cooperative di tipo A) per la gestione di 6 gruppi residenziali e il loro numero va a crescere nel tempo (a novembre 1996 la convenzione era attiva per 22 educatori, nel giugno 1997 ve ne sono 32, nel 1999 30. In realtà la convenzione sia nel '97 che nel '99 non ha per oggetto l'acquisizione di personale, ma la gestione in toto di strutture residenziali con la supervisione del DSM) con l'obiettivo di coinvolgerne un numero maggiore col decrescere progressivo della dotazione infermieristica e con la necessità di diversificare programmi e attività;
- l'allocazione delle risorse umane tra le diverse unità operative del DSM è flessibile e avviene mediante momenti di negoziazione tra il direttore del DSM e i responsabili delle U.O. La scelta di base è quella di garantire mediamente sempre comunque:

Presso ogni le 4 U.O / C.S.M. 4 medici 1 - 2 psicologi 1- 2 assistenti sociali 1 tecnico della riabilitazione 25 infermieri	Presso la U.O. /S.P.D.C. 2 medici 14 infermieri
Presso l'U.O. /Abilitazione e Residenza 1 medico 2 assistenti sociali 1 tecnico della riabilitazione 2 educatori 20 infermieri 10 OSS privato sociale	Presso l'U.O. /Clinica Psichiatrica 2 medici(+4 universitari) 1 tecnico della riabilitazione 1 assistente sanitario 20 infermieri



Gli organi di staff costituiti presso la direzione del DSM sono attualmente coperti per:

- Funzione Controllo del budget: 2 amministrativi 6° livello
- Funzione Sistema Informativo: 1 assistente sociale 5° livello
- Funzione dei Registri del Personale e dell'Utenza: 2 dirigenti infermieristici
- Funzione Rapporti con l'Amministrazione: 1 amministrativo 6° livello
- Funzione Economale: 1 amministrativo di 6° livello.

E' stato istituito nel 1999 un ufficio per la formazione che impiega a tempo pieno 2 unità infermieristiche. A supporto di tale funzione, Aggiornamento e Formazione del personale come pure per le Funzioni Ricerche, Funzione Informazione, Comunicazione ed Educazione Sanitaria, e per la Funzione Valutazione e Revisione della Qualità della Cura (VRQ) e di Programma il personale viene coinvolto di volta in volta e per particolari progetti vengono reclutati esperti della materia con brevi contratti a tempo. I progetti in genere assumono le caratteristiche dell'obiettivo annuale e vengono inseriti nel piano di lavoro annuale.

### **U.O. CENTRI DI SALUTE MENTALE**

Come già evidenziato, il DSM di Trieste si articola su 4 centri di salute mentale disposti sul territorio come segue:

<b>Distretto</b>	<b>n° abitanti</b>	<b>CSM</b>	<b>Orario apertura</b>
Distretto 1	62.656	"Aurisina/ Barcola"	24 ore
Distretto 2	56.680	"Molino a Vento"	24 ore
Distretto 3	62.910	"Domio"	24 ore
Distretto 4	58.643	"Via Gambini/ " (47.843 abitanti) Clinica Psichiatrica (10.800 abitanti)	24 ore

In ogni area distrettuale vi è almeno un CSM aperto 24 ore su 24. Il CSM "Aurisina/ Barcola" è articolato su due sedi. Solo una delle sedi ha funzioni di ospitalità completa, sia diurna che notturna.

### **Attività**

L'attività dei Centri di Salute Mentale è rivolta soprattutto ad accogliere le domande di cura delle persone adulte del territorio. Le attività sono estremamente variegata e si

possono sintetizzare come segue:

1. **ospitalità notturna/ ricovero:** in ogni distretto vi sono 8 posti letto (4 donne e 4 uomini). Gli utenti sono ospitati per tempi molto variabili (da una notte a più settimane), la media della permanenza è di 10 giorni.

2. **ospitalità diurna/ day hospital:** gli utenti vi accedono per alcune ore o per tutta la giornata. Si stimola la partecipazione ad attività di gruppo di tipo ricreativo, terapeutico e di orientamento. Si eseguono terapie psicofarmacologiche

3. **visita domiciliare** (programmata o a chiamata): può essere programmata o su chiamata. Le visite programmate rientrano nel progetto individuale di assistenza domiciliare e può vedere l'impegno sia del medico che quello dell'infermiere/ assistente sociale o entrambi. Le visite (programmate o a chiamata) sono utili per la verifica e la conoscenza delle condizioni di vita del paziente e della famiglia, la verifica della terapia psicofarmacologica, l'accompagnamento del paziente a/ da casa, in ospedale, in uffici pubblici.

4. **visita ambulatoriale:** di solito è la prima visita e/o prima segnalazione. Approccio alla famiglia, la verifica del programma terapeutico e della terapia psicofarmacologica, si effettuano interventi di crisi, si eseguono certificati medici e/o relazioni sanitari specialistiche.

5. **lavoro terapeutico individuale:** incontri programmati e ripetuti con lo scopo di approfondire i problemi personali, la storia e la condizione di vita del paziente, di facilitare nuovi punti di vista nel confronto, di offrire percorsi di apprendimento e rassicurazione, di stimolare maggiore consapevolezza della propria condizione.

6. **lavoro terapeutico con la famiglia:** consiste in incontri programmati con i membri della famiglia del paziente, intesi a verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, con lo scopo di favorire maggiore conoscenza e partecipazione nonché stimolare possibili cambiamenti.

7. **lavoro terapeutico di gruppo:** si tratta di incontri programmati con lo scopo di confrontarsi e informarsi sui problemi comuni.

8. **riabilitazione e prevenzione:** consiste in interventi diretti ed indiretti volti ad attivare percorsi utili all'accesso all'informazione e alla cultura, al mantenimento delle abilità sociali e professionali, alla formazione e all'inserimento lavorativo. La rete delle cooperative finalizzate, i laboratori, la scuola, le attività sportive e ricreative, i gruppi di aggregazione giovanile e di autoaiuto ne sono lo strumento.

9. **sostegno socioassistenziale:** si tratta di programmi a sostegno di pazienti che ne abbiano bisogno e delle loro famiglie, e che prevedono l'attribuzione in via diretta di assegni economici (assegni di integrazione sociale, di formazione al lavoro e per le attività riabilitative) oppure, in via indiretta, inviando o accompagnando il paziente presso enti e istituti con medesime finalità (IACP, tribunale, Fondazioni, INPS pensioni, ufficio di collocamento). I programmi possono inoltre attivare la gestione e l'amministrazione del patrimonio, concordata con il paziente.

10. **gestione strutture residenziali** (gruppi appartamento, comunità alloggio e comunità terapeutiche): i programmi terapeutici- riabilitativi in condizioni di residenzialità vengono attivati, gestiti e supervisionati dal CSM. Tali programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto al disturbo, alla disabilità e alla gravità del paziente.

11. **consulenza:** il personale del CSM offre consulenza ai reparti ospedalieri ove siano ricoverati pazienti già in cura ma anche per pazienti non noti, al fine di ulteriori approfondimenti diagnostici e di avvio di terapie specifiche. La consulenza è attiva anche con il carcere, per persone detenute che accusino problemi psichici.

12. **assistenza telefonica:** segnalazioni, consigli, appuntamenti, verifiche. Anche in caso di urgenze. (**figura 3** - Le prestazioni del centro di salute mentale)

8

## ATTIVITÀ / RISPOSTE DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE 24 ORE.



OSPITALITÀ NOTTURNA / RICOVERO - (PROTEZIONE, TUTELA, TSV, CRISI, DISTANZIAMENTO TSO) NIGHT HOSPITAL.



LAVORO TERAPEUTICO DI / IN GRUPPO INCONTRI PROGRAMMATI TRA VARIE PERSONE ALLO SCOPO DI CONOSCERSI, ORGANIZZARSI, RAPPORTARSI, SELF - HELP / RETE SOCIALE.



OSPITALITÀ DIURNA/DAY HOSPITAL - PASTI, RICREAZIONE, ORIENTAMENTO, ATTIVITÀ DI GRUPPO, DISTANZIAMENTO.



RIABILITAZIONE / EMANCIPAZIONE - PERCORSI, PROGRAMMI, SPAZI, RISORSE, SOGGETTI, INTELLIGENZE, PROFESSIONALITÀ - LABORATORI, SCUOLE, SPORT, FORMAZIONE, COOPERATIVE, INSERIMENTO LAVORATIVO.



VISITA AMBULATORIALE - PRIMA VISITA, SEGNALAZIONE - VERIFICA, CONTROLLO TERAPIE E PROGRAMMI, FARMACI, CONSIGLI, INTERVENTO, CRISI.



INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI DIRETTI E ATTIVAZIONE DI ALTRI ENTI (IACP, TRIBUNALE, CARCERE, LAVORO, ECC.) SUSSIDI, HOUSING - SUPPORT.



VISITA DOMICILIARE - PROGRAMMATTA / SUCHIAMATA / VERIFICA. CONOSCENZA CONDIZIONI DI VITA, INTERVENTO IN "SITUAZIONI DI CRISI" CONTROLLO VERIFICA TERAPIE FARMACOLOGICHE, DINAMICHE FAMILIARI.



RESIDENZE / GRUPPO APPARTAMENTO ATTIVAZIONE, GESTIONE, SUPERVISIONE GRUPPI FAMILIARI.



LAVORO TERAPEUTICO CON LA FAMIGLIA - INCONTRI PROGRAMMATI - VERIFICA / DISCUSSIONE DINAMICHE E CONFLITTI. CONOSCENZA, PARTECIPAZIONE.



CONSULENZA OSPEDALE GENERALE. RAPPORTO CON I REPARTI OSPEDALIERI, SUPPORTO A PAZIENTI RICOVERATI, APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO.



LAVORO TERAPEUTICO INDIVIDUALE - PROGRAMMATO - APPROFONDIMENTO PROBLEMI PERSONALI, STORIA, CONFLITTI DINAMICHE.



TELEFONO: SEGNALAZIONI, CONSIGLI (ANCHE IN CASO DI CRISI O URGENZA) APPUNTAMENTI, VERIFICHE.



## **I CENTRI DI SALUTE MENTALE: CENTRALITA' NEL TERRITORIO**

Come si è già avuto occasione di segnalare, il perno del modello organizzativo del DSM è costituito dai CSM i quali si rapportano non solo con tutte le altre unità operative dipartimentali ma anche con le strutture sanitarie dell'ASS e con le strutture ed enti di carattere socio- assistenziale del territorio:

### AREA SOCIALE

- \*Servizi Sociali di Base del Comune
- \*Ministero di Grazia e Giustizia
- \*Istituzioni Giudiziarie
- \*IACP
- \*Uffici di collocamento
- \*INPS

### AREA "SANITARIA"

#### Distretto

- \*Servizi per l'Infanzia e l'adolescenza
- \*Consultori Familiari
- \*Dipartimento Dipendenze (Ser.t/Alcolismo)
  
- \*Servizi Anziani
- \*Servizio ADI
- \*Medicina generale
- \*Guardia Medica (gest. Urgenza)/118
- \*Ospedali Generali (visite parere)

La centralità delle strutture della salute mentale nel territorio ha dato luogo ad una sorta di consuetudine di delega da parte di soggetti istituzionalmente deputati a far fronte alla risoluzione di problemi sociali creando una sorta di "welfare psichiatrico". Infatti l'organizzazione dei Servizi Territoriali a Trieste si è sviluppata da un lato in totale alternativa dell'Ospedale Psichiatrico e dall'altro in maniera che potrebbe definirsi adattiva al vuoto di Servizi Territoriali Sociali e Sanitari. L'attuale evoluzione di questo settore del Servizio Sanitario comporta di conseguenza la possibilità di interfacciare e integrare l'intervento psichiatrico e di salute mentale con gli altri Servizi.

In questa direzione viene prevista l'attivazione di Presidi di Salute Mentale presso le Sedi Distrettuali comunque organicamente collegati ai C.S.M. territoriali e all'intera rete dei servizi del Dipartimento. Lo strumento (Ambulatorio di Salute Mentale Distrettuale) può rappresentare la "struttura evidente" di un reticolo che consiste nella relazione tra C.S.M. e M.M.G., Consultori Familiari – Servizio per le Tossico Dipendenze – Servizi per la tutela dell'Anziano, tutela salute Donna, progetto donna Salute Mentale, tutela salute Minori (ad es.: consulenza per la U.V.G. o per la A.D.I

Questo programma risponde evidentemente ad una domanda più diffusa di salute mentale di un'area di disagio psichico che nelle sue multiformi manifestazioni tocca più del 20% della popolazione. La funzione a vari livelli preventiva di questo piano di lavoro è evidente. La ricaduta di questi interventi sulla qualificazione ed evoluzione del lavoro del Centro di Salute Mentale funzionante 24 ore è altrettanto avviata.

## **U.O. ABILITAZIONE E RESIDENZA**

All'interno di un rapporto organico con i CSM, il Servizio coordina le strutture e le iniziative deputate ad attività formative, abilitative e riabilitative e di integrazione sociale a favore dell'utenza. Il Servizio articola i suoi programmi in luoghi differenziati (strutture residenziali, centri diurni) e coordina inoltre i rapporti con le cooperative sociali

convenzionate con l'ASS.

### Le strutture residenziali

Si tratta di case nelle quali convivono utenti dei CSM, la cui coabitazione è scelta e/o favorita dai centri stessi. Sono parzialmente o totalmente assistite nell'arco delle 24 ore e gestite da operatori, in base alle necessità degli ospiti e ai programmi terapeutici (individualizzati).

Le strutture residenziali coordinate dal Servizio Abilitazione e Residenze sono 11. Di queste, 7 hanno sede nel comprensorio di S. Giovanni (poco meno di 50 ospiti a ottobre 2005). Sono organizzate con differenti livelli di presenza degli operatori, in rapporto sia alle condizioni degli ospiti che al particolare momento riabilitativo.

Altre 11 sono collegate per l'organizzazione al CSM e vanno da piccoli gruppi di convivenza a residenze variamente gestite nell'arco delle 24 ore (circa 48 ospiti al luglio 2005).

Le strutture residenziali si distinguono in:

- Residenze di integrazione sociale

Per ospiti che hanno ridotte capacità di vita autonoma (alcuni già degenti dell'ex OP) e richiedono soprattutto un sostegno per le attività della vita quotidiana. Le attività degli operatori, diurne o continuative, sono differenziate in relazione ai diversi bisogni espressi dagli ospiti.

- Residenze terapeutico riabilitative

Gli ospiti presentano disturbi rilevanti, non possono contare sulla rete familiare o sociale. L'attività degli operatori è continuativa e insiste particolarmente sugli aspetti terapeutici e formativi della vita comunitaria e sull'apprendimento delle abilità sociali.

### Le cooperative sociali

Le cooperative sociali di cui alla Legge 381/ 1991 ed alla Legge regionale 7/ 1992 costituiscono risorsa operativa del Dipartimento, ovvero delle unità operative in cui lo stesso si articola.

Attualmente il DSM identifica e accredita le seguenti cooperative di tipo B:

- Cooperativa Sociale Lavoratori Uniti "F. Basaglia": nasce nel 1973, parallelamente all'opera di deistituzionalizzazione dell'Ospedale Psichiatrico. Oggi assicura occupazione a 120 soci (3 miliardi di fatturato), 50% dei quali provenienti dall'area del disagio. Impiega anche 25 persone in qualità di borsisti. E' una delle rare cooperative sociali che sta applicando il contratto collettivo nei confronti di tutti i lavoratori, indistintamente. Opera nei settori delle pulizie, del facchinaggio, delle mense, della legatoria, della lavanderia e dei trasporti.
- Cooperativa "Il posto delle fragole": fondata nel 1979 come impresa collettiva, con l'aiuto del DSM, del Dipartimento delle Dipendenze e alcuni progetti del Fondo Sociale Europeo, si è strutturata specializzandosi nella gestione di pubblici esercizi (estetica e acconciature, hotel, bar trattoria)
- Cooperativa Agricola "Monte San Pantaleone": è nata nel 1979 e ha svolto inizialmente attività agricola, inserendo prevalentemente persone provenienti dai servizi dell'handicap. Attualmente svolge attività di giardinaggio ed è diventata punto di riferimento per tutti i servizi territoriali.
- Cooperativa "La collina": si è costituita nel 1988 e opera nei settori dell'informatica/office e della comunicazione sociale ("Radio Fragola").

- Cooperativa "Germano": nata nel 1983, per cercare di dare una risposta ai problemi di inserimento lavorativo di giovani in condizioni marginali. Conta circa 40 soci lavoratori, impegnati in lavori di facchinaggio, pulizia, manodopera per l'edilizia, traslochi.
- Cooperativa "Demos" che opera in attività di giardinaggio.
- Cooperativa "Querciambiente" che opera nei settori ecologia, ambiente e trasporti.

e cooperative sociali di tipo A:

- 2001 Agenzia Sociale: coordina e fornisce servizi alla persone, educativi, di assistenza e gestisce strutture residenziali per 20 persone.
- Cooperativa San Martino al Campo che gestisce una struttura residenziale per 8 persone.

### Centri Diurni

I centri diurni sono fruibili da utenti provenienti dai diversi servizi territoriali del DSM. Le loro attività sono finalizzate a sviluppare e promuovere in spazi idonei attività educative, formative, di apprendimento sociale, scolastico, di animazione, di espressione corporea e di sviluppo delle capacità cognitive.

Nei centri diurni può essere prevista la presenza di utenti di altri servizi socio sanitari e assistenziali. Alle attività dei centri diurni viene favorita la partecipazione di cittadini, operatori volontari e accompagnatori, come pure di professionisti.

Il Politecnico è il centro che meglio risponde alla descrizione fatta; è sede tra l'altro di cooperative sociali accreditate ed operanti in programmi comuni con il DSM. Il Centro Donne, come già detto, sviluppa le attività prima descritte e soprattutto programmi di promozione culturale intorno alla differenza di genere. Il Club Zip meglio si definisce come un'associazione di utenti particolarmente attenta a promuovere percorsi di crescita e rafforzamento delle persone, di partecipazione e di sviluppo della consapevolezza in ordine all'avere o aver avuto un disturbo mentale, a rafforzare e programmare interventi di fronteggiamento dello stigma e dell'esclusione sociale.

### **U.O. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

L'SPDC è situato presso l'Ospedale maggiore di Trieste ed è dotato di 8 posti letto. Fornisce una risposta all'emergenza di pronto soccorso psichiatrico (si relaziona anche con il dipartimento di emergenza), di consulenza presso i reparti ospedalieri e di filtro e avvio ai servizi territoriali di salute mentale.

Presso l'SPDC vengono espletati anche, in alcune circostanze, i ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che in maggior misura vengono eseguiti nei C.S.M.

Nel 2004 14 persone (di cui 7 presso l'SPDC) sono state sottoposte a TSO con un totale di 158 giornate di ricovero (di cui 50 presso nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e 108 nei CSM) in TSO.

Accedono all'SPDC circa 2000 cittadini all'anno per i motivi più disparati. Un terzo dei pazienti viene rimandato a casa (riferimento medico di base) e gli altri due terzi vengono indirizzati alle strutture territoriali di competenza, con modalità diverse a seconda della gravità del caso e delle condizioni di contesto.

Nel 2005 (OTTOBRE) 14 persone sono state sottoposte a TSO con un totale di 158 giornate di ricovero.

Nel corso degli ultimi 20 anni la media si è attestato sui 8 TSO x 100.000 abitanti (contro i 30/40 della media nazionale)

### **CLINICA PSICHIATRICA UNIVERSITARIA**

La Clinica Psichiatrica si rapporta funzionalmente alla direzione del DSM. svolge attività didattica, di ricerca e di assistenza nel campo della salute mentale. E' in fase finale la stipula di una convenzione Regione-Università che sancisce la presenza della funzione assistenziale della clinica all'interno del D.S.M. Dispone di 16 posti letto per la degenza e per day- hospital, di questi 4 sono dedicati all'area territoriale di riferimento. A partire dal gennaio 1999 , infatti ha dato inizio ad una attività territoriale sperimentale riguardante il bacino di utenza di una circoscrizione (S.Giovanni) con 10.800 ab. compresa nell'area territoriale del Distretto 4.

Attualmente sono impegnati presso la Clinica 16 infermieri/ ausiliari del DSM (i costi relativi al personale infermieristico ed ausiliario sono di competenza del DSM, così come il costo relativo a servizi in appalto e farmaci). Il personale medico è costituito da 2 medici del D.S.M. e 4 Universitari.

### **PROCEDURE/ PROTOCOLLI**

Il DSM di Trieste, a fronte di un'ampia e articolata organizzazione di strutture e programmi, è povero di procedure organizzative formalizzate. Sul versante delle attività non esistono protocolli formalizzati di "presa in carico del paziente" per il compimento del progetto terapeutico nonostante una radicata cultura di organizzazione della risposta complessiva ai bisogni delle persone. Questo è dovuto ad una scelta ben precisa e ad una filosofia di lavoro che fa sì che vi sia una presa in carico da parte della struttura territoriale (CSM) di afferenza del paziente. Qualora per esempio il paziente dovesse transitare dall'SPDC (che funge generalmente da filtro) ed essere indirizzato al CSM, viene concordata una linea comune di condotta terapeutica con l'obiettivo comunque che il CSM nel più breve tempo possibile (24-48 ore) assuma il carico del paziente.

Il regolamento del DSM è l'unico esempio di procedura formalizzata. Inoltre, tra le competenze del DSM elencate nel regolamento, non si fa nessun riferimento all'elaborazione di protocolli e/o procedure a fronte di una dettagliata descrizione e definizione delle funzioni, dei compiti e delle organizzazioni delle singole U.O. (CSM, SPDC, residenze). La definizione di procedure è oggi comunque in corso anche in rapporto alla necessità di rispondere in maniera più adeguata alla sempre più dettagliata attività pianificatoria aziendale. E' possibile oggi definire in termini di procedure le seguenti attività, prestazioni e programmi:

#### **Attività, prestazioni e programmi**

- Riconoscimento e gestione della crisi nel centro sulle 24 ore;
- Sviluppo di modelli di relazione e costruzione di rapporti terapeutici;
- Programmi terapeutici riabilitativi individualizzati;

- Formazione e coinvolgimento dell'utenza;
- In/formazione per i familiari;
- Promozione di attività di auto aiuto;
- Facilitazione percorsi dell'associazionismo;
- Attività ricreative e ludiche;
- Attività di formazione di base, professionale e di impresa sociale;
- Miglioramento continuo di qualità;
- Servizio di consulenza in carcere;
- Intensificazione rapporto con i distretti sanitari e con la medicina ospedaliera;
- Coinvolgimento medico di base (Tutor di salute)
- Prevenzione del disagio legato alla solitudine degli anziani (Progetto Amalia)
- Prevenzione suicidio (progetto Telefono speciale)
- Differenze di genere e salute mentale;
- Rapporti con le agenzie culturali della città;

## **MECCANISMI OPERATIVI DEL DSM**

### Meccanismi operativi di gestione del personale

La gestione del personale a livello dipartimentale è caratterizzata da un lato, dai forti vincoli posti dalle decisioni e contrattazioni a livello Regionale nella definizione della pianta organica, dall'altro dal tentativo di costruire meccanismi operativi formalizzati e di gestione del personale a partire dall'istituzione di un ufficio per la gestione della risorsa infermieristica.

Per quanto riguarda il primo aspetto, in realtà il DSM gestisce la "perdita" del personale (al 31.12.71 erano 535 le persone occupate in OP; al 31.3.2004 sono 245). Le politiche di acquisizione di personale sono state ridotte al minimo e vi è stata storicamente l'impossibilità di sostituire il turn-over. Questo problema ha determinato scelte di fondo che hanno dato un'identità nuova all'organizzazione con lo sviluppo di rapporti organici con il privato sociale. Ciò è avvenuto inizialmente per l'acquisizione di personale non infermieristico ma ad esso omologabile quali accompagnatori ed educatori. Le cooperative sono venute così a far parte dell'insieme di risorse che costituiscono e danno fondamento al DSM. Allo stato attuale le cooperative sociali gestiscono alcune residenze impegnando circa 30 unità di personale.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, l'ufficio infermieristico supporta la direzione del DSM che costituisce un luogo/spazio di forte coordinamento e gestione del personale. Le decisioni di allocazione delle risorse spettano esclusivamente al direttore, il quale negozia con i responsabili delle u.o. di volta in volta e secondo le necessità del caso, la composizione delle équipe assegnate alle strutture nell'unità di tempo. Tutti gli aspetti di amministrazione del personale sono delegati alle singole unità operative (composizione dei turni, ferie, ecc..). Tale livello di delega è considerato una dimostrazione del buono stato di salute del gruppo facendo leva sulla condivisione dei valori (meccanismi di "clan").

### Selezione del personale

Come si è detto prima, il DSM gestisce più che altro la "perdita" del personale. La selezione dei dipendenti DSM avviene per concorso pubblico. Per gli operatori dal privato

sociale invece, la selezione avviene una volta determinata (gara d'appalto pubblica) la cooperativa che fornirà il servizio. Attualmente 2 cooperative sociali di tipo A gestiscono strutture residenziali, circa 30 ospiti. Altre cooperative sociali di tipo B forniscono i servizi di pulizia, trasporti, mensa, giardineria. Il direttore del DSM è responsabile dell'operato del personale delle cooperative e ne stabilisce profili, competenze, requisiti necessari.

### Formazione

Nel corso degli ultimi anni sono stati prodotti percorsi formativi strutturati su tutte le tematiche che riguardano il D.S.M. (famiglia, riabilitazione, inserimento lavorativo, uso razionale del farmaco). Ogni anno un corso di avviamento al lavoro nel DSM viene rivolto agli infermieri di recente acquisizione, ai tirocinanti, ai volontari.

Esistono a livello dipartimentale percorsi formativi codificati. E' previsto un momento di formazione settimanale con gli "incontri del martedì", riunione a carattere assembleare in cui si affrontano tematiche specifiche, di interesse comune. Gran parte del personale del DSM che ha vissuto e partecipato al processo di cambiamento culturale della psichiatria sta lasciando il lavoro per pensionamento. E' residuo dalle esperienze di quegli anni una sorta di enfasi del "learning by doing/ learning by changing". Viene dato molto spazio ad iniziative spontanee presso le singole unità operative (soprattutto da infermieri) in un'ottica di condivisione delle esperienze.

Dal 2000 è attivo un ufficio di formazione e programmi formativi si sono sviluppati: corsi sul sistema informatico per tutti gli operatori, con un finanziamento dedicato, una serie di seminari sull'esordio psicotico e l'intervento di rete, un corso per l'apprendimento degli elementi di base della clinica psichiatrica (con l'ausilio del cinema), tre seminari finalizzati al lavoro sulle aree di confine con il 118, le tossicodipendenze, la guardia medica, ecc.

### Valutazione del personale

Non è nelle intenzioni della direzione del DSM l'implementazione di meccanismi formalizzati di valutazione ad personam. Gli obiettivi di attività negoziati con i responsabili delle unità operative non hanno nessuna correlazione con la valutazione personale degli operatori bensì con la valutazione dei progetti in cui si collocano.

Vi sono poi dei meccanismi informali di valutazione (non gerarchica) che si esplicano nella verifica della condivisione dei valori da parte dei collaboratori. A titolo di esempio si riporta uno stralcio di intervista sull'argomento ad un responsabile di U.O. territoriale (CSM):

"C'è un valore del gruppo, del lavorare insieme: ci si sente tutti parte di un sistema complesso cui si dà un contributo. Questo livello di condivisione e partecipazione è ciò che fa funzionare tutta la macchina. Ciò è frutto di una storia (con correttivi) e non di un'impostazione calata dall'alto. E' chiaro che in un'organizzazione così flessibile ci sono poi inerzie che tirano, frenano. C'è una sovrapposizione di riconoscimento orizzontale, non gerarchico: ad esempio il responsabile di servizio deve essere un trascinateur di gruppo. Non basta "essere il primario". Deve essere un propositore, un leader naturale oltre che istituzionale. Così vale per i singoli infermieri: quanto più uno riesce ad assicurarsi un pezzo di autonomia, tanto più viene riconosciuto dal gruppo. Il "movimento" del servizio viene creato attraverso questo equilibrio dinamico. La leadership si basa più sulla capacità dell'entrata in gioco, della proposizione che sulla carica formale o istituzionale. Valgono le dimensioni della scelta, ascolto e creatività oltretutto le capacità professionali e *del saper essere* nelle differenti situazioni.

### Incentivazione del personale

Sono state attivate le nuove modalità di incentivazione per obiettivi previste dai nuovi contratti collettivi di lavoro dell'area medica (incentivazione di risultato). I nuovi strumenti di incentivazione del personale infermieristico e assistenti sociali sono stati utilizzati su équipe/progetti specifici. Le modalità di incentivazione mostrano in generale la loro limitatezza nel produrre veramente una crescita, un miglioramento del sistema territoriale mentre il lavoro per piani e obiettivi ha prodotto un progressivo sviluppo di capacità programmatiche e di valutazione e di valorizzazione delle persone.

### **MECCANISMI OPERATIVI DI INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO**

Il DSM di Trieste è una struttura altamente flessibile e vive dunque, di coordinamento. Vi sono molteplici occasioni di incontro tra gli operatori, di cui pochi però sono formalizzati .

A livello di direzione DSM:

- Comitato tecnico di coordinamento ogni settimana: previsto dal regolamento, è costituito formalmente dai responsabili delle U.O. e dal Direttore
- Riunione settimanale informale tra i responsabili di distretto e i responsabili di U.O.: la creazione delle attività distrettuali
- "Riunione settimanale": a carattere assembleare, tematica, aperta a tutti gli operatori del DSM
- Riunioni settimanali su programmi con gruppi dedicati

A livello delle singole U.O.:

- Riunione giornaliera a cambio turno tra gli operatori di ogni U.O.
- Comitato di partecipazione attivo presso U.O. territoriali e formato da rappresentanti del personale, dall'utenza e dai familiari
- Riunioni su programmi specifici dell'U.O.

### **MECCANISMI OPERATIVI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

Tra le attribuzioni del DSM vi sono:

- gestione delle risorse assegnate dal Direttore Generale dell'ASS;
- cura degli adempimenti amministrativo- contabili ivi compresa la tenuta dei registri del personale dell'utenza;
- controllo delle modalità di gestione, da parte delle Unità Operative, delle risorse loro assegnate nell'ambito del budget attribuito al dipartimento;

#### Budget

Il meccanismo di attribuzione del budget non è ancora completamente strutturato presso l'ASS. Il budget viene attribuito annualmente al DSM tenendo conto del consuntivo dell'anno precedente. Il regolamento sancisce infatti che il budget assegnato al DSM è stabilito in una percentuale del budget complessivo dell'ASS pari a quella dell'anno precedente considerando progetti di riordino, di cessazione di alcune funzioni e di implementazione di altre. Assieme ad una migliore definizione dei centri di costo è ormai operante il budget per obiettivi. Le risorse vanno poi negoziate a livello di dipartimento con i responsabili delle U.O.

A livello di Dipartimento vi è una totale flessibilità nel riorientamento delle risorse tra le

U.O. in corso d'opera (da regolamento: "..... il responsabile del DSM ha piena titolarità nell'ambito di obiettivi concordati con l'ASS in ordine alle conversioni di destinazioni di spesa all'interno del budget prefissato che si rendano possibili a seguito di risparmi conseguiti").

Il budget del DSM si è attestato sul 4,4% del bilancio dell'ASS1 - Triestina (€ 359.000.000)

Il DSM non genera entrate proprie giacché nessuna delle prestazioni erogate è soggetta al pagamento di ticket (né sono previste ulteriori forme di partecipazione alla spesa), fatte salve:

la contribuzione per le spese alberghiere per gli ospiti delle residenze, che ammonta ad

- una diaria di € 7,00 e che ha prodotto nel 2004 un rientro di circa € 100.000
- il ticket pasti, che ammonta a € 0,50 a pasto e che ha prodotto nel 2004 un rientro di € 17.000 circa

#### Contabilità per centri di costo/ contabilità analitica

Il DSM dispone di un sistema di rilevazione dei costi in via di sviluppo. I centri di allocazione dei costi sono costituiti dalla diverse unità operative e le loro articolazioni (singoli CSM per unità operativa, SPDC, RSA, Clinica Psichiatrica) e dalla direzione DSM. Il criterio di identificazione dei costi è di tipo finanziario. Sono identificati i seguenti macro-fattori produttivi:

- personale
- farmaci
- beni di consumo
- servizi in appalto
- utenze
- spese economali varie
- attività extra-cliniche

si veda per es. la **tabella seguente** - i costi del Dipartimento di Salute Mentale)

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005 (previsioni)</b>
<b>Personale dip. e conv.</b>	<b>57,6 %</b>	<b>57,4 %</b>	<b>56,1 %</b>	<b>58,5 %</b>
Attività extracliniche	3,4 %	3,5 %	3,6 %	4,2 %
Farmaci	3,2 %	3,9 %	4,5 %	4,7 %
<b>Esternalizzazione Servizi</b>	<b>10,2 %</b>	<b>12,9 %</b>	<b>13,3 %</b>	<b>14,0 %</b>
<b>Convenzioni x Strutt. Res.</b>	<b>9,9 %</b>	<b>9,0 %</b>	<b>9,9 %</b>	<b>11,3 %</b>
Spese generali	2,0 %	2,6 %	2,7 %	0,2 %
Partecipaz. A progetti di ricerca	13,7 %	10,7 %	10,0 %	7,1 %
<b>Totale costi</b>	<b>€ 15.052.628</b>	<b>€ 16.206.977</b>	<b>E 15.539.528</b>	<b>€ 16.343.000</b>

Uno degli obiettivi dello stesso anno è stato proprio la costituzione di un vero e proprio ufficio di programmazione e controllo dipartimentale e un contestuale riordino delle spese.

A livello aziendale è in corso di implementazione un sistema articolato di controllo di gestione e di budgeting.

### Reporting

L'attività di reporting riguarda soltanto i livelli di attività.

La programmazione delle attività viene fatta a livello di direzione del DSM così come il controllo e la verifica del raggiungimento degli obiettivi. I livelli di attività vengono "negoziati" con la Direzione Generale dell'azienda annualmente.

## **I SOSTEGNI ECONOMICI PER GLI UTENTI**

### Assegni di integrazione sociale (AIS)

"Per finalità socio assistenziali, riabilitative, formative e di integrazione lavorativa a prevalente rilievo sanitario sono erogabili sostegni economici, ai sensi della normativa vigente, a favore della popolazione assistita dal DSM". Il Regolamento definisce la tipologia e finalità dei sostegni economici erogabili dal DSM ai propri utenti nell'ambito del budget assegnato al dipartimento stesso.

Gli assegni di integrazione sociale possono essere erogati sia come intervento occasionale ed eccezionale per eventi quali manutenzione urgente della casa, acquisto di abiti, necessità di autonomia di giovani o donne dalla famiglia (fino ad un massimo una tantum di € 1.500 pro-capite) che come aiuto mensile dalla durata indefinita (fino ad un massimo di € 155 mensili pro capite). Nel 2004 sono stati assegnati 119.643 € in AIS. Le proposte di AIS vengono inoltrate dai CSM e discusse mensilmente presso la direzione del DSM per l'inoltro alla Direzione Generale.

### Attività extracliniche

La legge regionale 72/80 ha finanziato fino al 1999 attività finalizzate alla promozione della salute mentale e alla crescita dei relativi servizi.

Si tratta fondamentalmente di risorse economiche finalizzate all'attivazione di borse di inserimento lavorativo, sostegni alle cooperative che operano l'inserimento lavorativo degli utenti, fondi per le attività ricreative e per la formazione degli utenti dei servizi di salute mentale. Il dipartimento ha avuto a disposizione nel corso degli ultimi 4 anni circa 700 milioni di lire per anno. La scelta operata dal DSM si è caratterizzata per una progressiva riduzione della spesa relativa agli AIS a fronte di una crescita di qualità e di quantità degli interventi per l'inserimento lavorativo, la formazione e la socializzazione.

Nel 2004 a questo titolo sono stati utilizzati € 433.074 così ripartiti:

- borse di inserimento al lavoro (302.714 €)
- attività ricreative (€ 51.010): sostanzialmente soggiorni vacanze degli utenti
- corsi e attività di formazione per gli utenti/ percorsi pre- formativi (€ 6.000)
- sostegno alle cooperative sociali di tipo B (€ 73.350)

Il settore della formazione nel corso degli ultimi anni si è sempre più sviluppato in sinergia con partners formativi, quale ad es. l'ENAIP, utilizzando apposite risorse di progetti a sostegno del lavoro sia regionali che europee.

## **IL SISTEMA INFORMATIVO**

“Il DSM ha il compito di organizzare e gestire un sistema informativo basato sui flussi di dati provenienti dalle singole unità operative, in collegamento con il sistema informativo aziendale e regionale per la salute mentale, ove attivato”. La situazione attuale è caratterizzata da una discreta implementazione del sistema informativo ed informatico dipartimentale che comincia a trovare correlazioni con sistemi analoghi in via di sviluppo nei differenti DSM regionali.

Le fonti per i dati di attività sono le cartelle di ricovero ospedaliero (presso SPDC) e le schede cliniche personali (accese presso le strutture territoriali) e il quaderno per la registrazione delle attività esistenti in ogni U.O. (“il diario di bordo”). Per la rilevazione delle attività si utilizzano diverse codifiche<sup>1</sup>. Le attività svolte vengono rilevate giornalmente presso le singole unità operative. Fino allo scorso anno si trasmetteva mensilmente alla direzione del DSM il resoconto delle attività per i singoli pazienti su supporto informatico (dischetto); attualmente attraverso la rete Internet attivata. Le elaborazioni vengono svolte centralmente. Le elaborazioni negli ultimi anni sono state effettuate con criteri omogenei; i dati di attività sono quindi raffrontabili.

Sono stati esplicitati a livello dipartimentale gli obiettivi di sviluppo del sistema informativo per l'anno in corso e cioè:

- la messa a punto di un sistema integrato “on -line”: la rete informatica del DSM
- la rilevazione delle attività e l'elaborazione di report mensili
- attivazione di programmi di formazione per tutti gli operatori su sistema informatico/ rete

Ad oggi il sistema informativo, pur continuando a registrare con puntualità prestazioni e attività, ha migliorato la sua capacità di registrazione del dato relativo alla persona che riceve le prestazioni. L'utente del servizio viene così identificato attraverso dati socio-anagrafici e di riferimento all'albero diagnostico dell'ICD-10. In tal modo il sistema è disponibile ad essere facilmente interrogato e comincia a prestarsi come supporto a progetti di ricerca più dettagliati e precisi.

## **GLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA'**

La Funzione Valutazione e Revisione della Qualità della Cura e di Programma, al fine di avviare ed implementare un progetto permanente di valutazione della qualità delle prestazioni (VRQ), è sostenuta dalla direzione attraverso l'impegno costante e sistematico di differenti operatori, dirigenti e non, dislocati nelle diverse U.O. su programmi ed attività specifiche. Il DSM Triestino è arrivato finalista al premio Golden Helix (promosso da Hewlett Packard) nel 1994. Tale progetto ha avuto come punti fondamentali:

- l'habitat delle strutture per la salute mentale

---

<sup>1</sup>visita ambulatoriale, visita domiciliare, terapia familiare, di gruppo, terapia farmacologica, ecc.

- la partecipazione a programmi di lavoro da parte delle famiglie
- i casi di alta priorità (disagi gravi pazienti psicotici)/ continuità terapeutica.
- le forme di partecipazione e aggregazione dell'utenza giovanile

Lo specifico obiettivo del 2000 è stato, ad esempio, quello di monitorare e sviluppare la qualità in 10 aree:

1. collaborazione e coinvolgimento dei familiari;
2. programmi di formazione ed inserimento lavorativo con particolare attenzione a percorsi di pari opportunità;
3. ottimizzazione dell'impiego della risorsa residenziale;
4. uso razionale dello psicofarmaco;
5. qualificazione dell'habitat;
6. MMG come tutor di salute;
7. continuità terapeutica;
8. programmi terapeutico riabilitativi specifici di genere;
9. protagonismo e partecipazione dell'utenza;
10. programmi di sostegno in carcere ed evitamento O.P.G.

### **LA CARTA DEI SERVIZI**

Il DSM dispone di una "Guida ai Servizi per la Salute Mentale" (carta dei servizi) dal 1997, rieditata nel 2001, 2003, 2004. Vi si riportano:

- nozioni fondamentali di approccio al disturbo o al disagio psichico
- notizie fondamentali di carattere storico
- l'esplicitazione della filosofia di lavoro del personale del Dipartimento
- l'articolazione delle unità operative del DSM
- l'articolazione territoriale delle strutture, indirizzi, orari di apertura, modalità di accesso e attività svolte
- accenni alla legislazione vigente per la salute mentale

Il materiale della guida è stato organizzato durante il corso del 1995 "per la comunicazione sociale" e successivamente aggiornato nell'ambito dei programmi di formazione rivolti agli utenti dei Servizi, che a più riprese sono stati coinvolti insieme ai loro familiari per formulare e verificare i contenuti della guida. La guida costituisce un esempio lampante di quanto esposto precedentemente è cioè, della capacità di coinvolgimento di più soggetti (in questo caso, Fondo Sociale Europeo ed ENAIP) nello svolgimento dei propri compiti istituzionali.

### **DATI DI FLUSSO/ LE ATTIVITA'/ LE PRESTAZIONI**

Di tutta la mole di dati a disposizioni si riportano qui per brevità e perché molto esemplificativi i seguenti:

- 1) Il *turn-over* si è stabilizzato a 3.500 utenti all'anno;

- 2) vi è stata una ulteriore riduzione dei posti letto in CSM e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura , da 64 nel 1991 (+30 Clinica Psichiatrica) a 40 del 1999 (+16 Clinica Psichiatrica) fino al quadro odierno;

	1991	1999	2005
CSM e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	64	40	38
Clinica Psichiatrica	30	16	10
Totale p.l.	94	56	48

- 3) il n° di TSO si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo oscillando tra 15 a 20 per anno, mai più di 11 x 100.000 (media di 6 x 100.000 abitanti, molto bassa rispetto alla media nazionale che si fissa intorno ai 30-40 TSO x 100.000 per anno);

## **CONCLUSIONI**

E' opportuno fare qualche accenno al "mercato della salute" a Trieste, come indicazione di carattere qualitativo sulla presenza del servizio pubblico di salute mentale nel territorio:

\*Le cliniche private: esiguo il circuito privato/privato; assenza totale di privato convenzionato in regione (poco meno del 2,% dell'utenza ricorre a cliniche private fuori regione);

\*Attività della Clinica Psichiatrica molto contenuta sul piano assistenziale,è operativo,come detto,in via sperimentale un'attività territoriale per una circoscrizione di quasi 11.000 abitanti;

\*Attività libero- professionale "sofferente": non è rilevante il ricorso alla psichiatria mercantile.

A Trieste circa 3516 pazienti per anno ( prevalenza di 15 per mille) conferma la notevole penetrazione del servizio pubblico di salute mentale nel territorio. I 2/3 di questi si collocano in aree diagnostiche e in livelli di problematicità di media alta gravità.

L'organizzazione e la struttura del DSM nella realtà triestina confermano la necessità di confrontarsi con una domanda che per sua natura è caratterizzata da forte variabilità ( per età,fascia sociale di appartenenza, urgenza , iteratività e prosecuzione nel tempo), formulata da parte di soggetti diversi (,famiglia,vicini/contesto, istituzioni, agenzie del controllo sociale), che determina un confronto necessario spesso conflittuale con le altre istituzioni del territorio e che deve arginare scarichi di responsabilità, rischi striscianti di "psichiatrizzazione" di bisogni, forti conflitti di competenza. Le strategie di intervento ,piuttosto che rinviare devono tendere alla costruzioni attraverso lo sviluppo di progetti specifici per fasce di problemi,di età,di popolazione.

L'attenzione a questo tipo di domanda ha stimolato la diversificazione delle procedure terapeutiche , moltiplicato le risorse e gli strumenti che devono essere resi disponibili e reso attraversabile lo spazio dei servizi a soggetti diversi (volontari,operatori naturali,familiari) . In questo senso il DSM deve garantire punti di ingresso diversificati, bassa soglia di accesso e favorire in tempi rapidi l'attivazione di risorse molteplici e

differenti.

La costruzione di sinergie e la collocazione nella rete dei servizi della comunità sociale definisce lo sforzo progettuale attuale e disegna vie possibili di sviluppo ulteriore.

Trieste, Aprile 2000

**Parzialmente aggiornato ottobre 2005**

Dott. Giuseppe Dell'Acqua  
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste  
A.S.S. n. 1 Triestina  
Via Weiss 5  
34100 – Trieste  
tel. 0403997350  
fax 0403997363  
e-mail [giuseppe.dellacqua@ass1.sanita.fvg.it](mailto:giuseppe.dellacqua@ass1.sanita.fvg.it)