

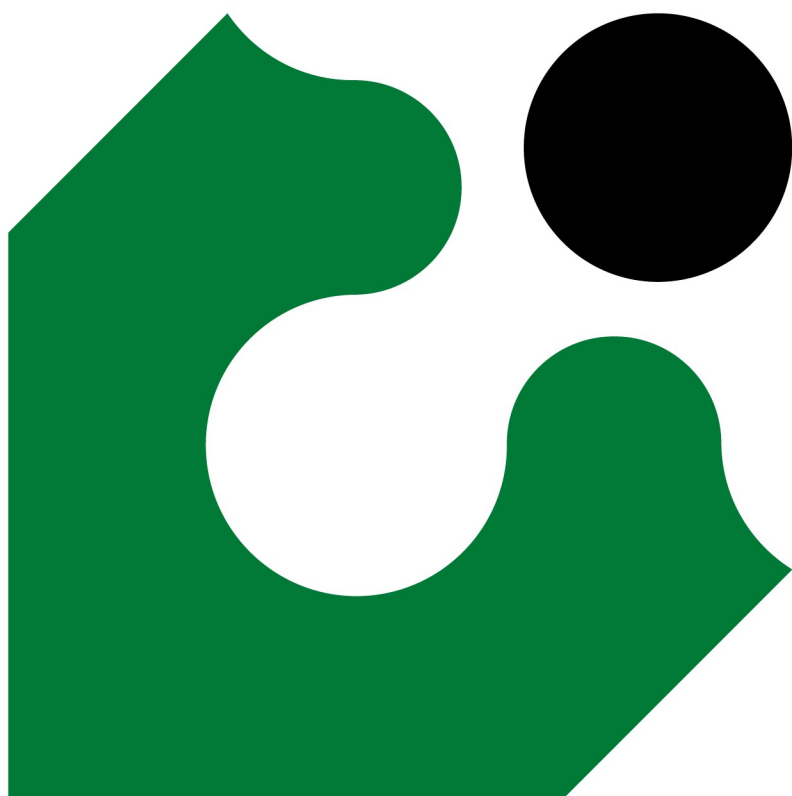


**Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa
Complessa di Psichiatria del Dipartimento di
Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi
Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel
contesto dei cambiamenti in atto a seguito del
processo di attuazione della nuova legge di
riforma regionale**

Alessandro Carozzi

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso: UNIMI-DSC2101/CE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

Alessandro Carozzi

dirigente medico psichiatra

Unità Operativa Complessa Psichiatria San Carlo

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

alessandrocarozzi@yahoo.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof. Federico Lega

Full professor in healthcare management & policy

Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Federico Lega

Full professor in healthcare management & policy

Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE.....	4
INQUADRAMENTO STRATEGICO.....	9
ANALISI DELLA STRUTTURA/OFFERTA.....	10
SVILUPPI DELL'ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALE DELLA STRUTTURA.....	12
LE INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE E LO SVILUPPO PROFESSIONALE.....	15
1.1Il Budget di salute.....	16
CONCLUSIONI.....	19
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21
APPENDICE (tabelle dati attività 2016-2020).....	22

INTRODUZIONE

Il progetto vuole fornire un'analisi della Struttura Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, Polo San Carlo prendendo in esame tutte le sue componenti: ospedaliera, residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale.

La componente ospedaliera è rappresentata dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che insieme al Pronto Soccorso psichiatrico si occupa della gestione dell'acuzie psichiatrica.

La componente semiresidenziale è rappresentata dal Day-hospital psichiatrico, situato all'interno del presidio ospedaliero e contiguo all'SPDC e da due Centri Diurni, uno in via Primaticcio a Milano ed uno a Buccinasco.

La componente residenziale è costituita da tre comunità terapeutiche a diversa intensità riabilitativa ed assistenziale: la CRA (comunità riabilitativa ad alta intensità) sita a Buccinasco, la CRM (comunità riabilitativa a media intensità) e la CPM (comunità protetta a media intensità) entrambe site a Milano in via Assietta (zona Affori).

La componente ambulatoriale è costituita da tre Centri Psico-sociali (CPS), due a Milano ed uno a Corsico.

Il bacino di utenza dell'unità operativa è costituito dalla zona ovest di Milano e dai comuni di Corsico, Trezzano Sul Naviglio, Assago, Buccinasco, Cesano Boscone e Cusago.

Tutte le strutture dell'unità operativa complessa concorrono alla presa in carico del paziente dalla gestione ospedaliera dell'acuzie alla gestione territoriale ambulatoriale e domiciliare, con strutture idonee alla gestione del post-acuzie e del paziente subacuto e con progetti semiresidenziali e residenziali di tipo riabilitativo e assistenziale.

In questo contesto si inseriscono le novità che la riforma regionale del servizio sanitario punta a realizzare nei termini di una maggior implementazione della presa in carico territoriale, a cui concorre anche il progetto regionale del "budget di salute" che il nostro Dipartimento di Salute Mentale sta avviando in via sperimentale.

I riferimenti culturali e normativi nazionali e di Regione Lombardia dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

L'attuale organizzazione della assistenza psichiatrica in Italia esprime l'evoluzione di un percorso culturale e normativo che prende le mosse nella seconda metà del secolo scorso, quando, nel contesto di profonde riforme innovative coerenti con lo sviluppo e il progresso culturale del paese che lo hanno emancipato nel panorama internazionale conferendogli il riconoscimento di paese umano, garantista e proteso verso la modernità, sono state promulgate leggi a tutela dei diritti dei cittadini quali la riforma sanitaria (Legge 833/78) e, solo di poco antecedente, la riforma della psichiatria (Legge 13 maggio 1978 n.180 - Legge Basaglia).

Entrambe hanno promosso, riuscendo nell'intento, il superamento di limiti e pregiudizi dimostrando che sia la salute fisica, sia la salute mentale sono un bene che una società civile deve garantire ai suoi cittadini. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, a partire dal mutamento epocale avviato in Italia con la legge 180 nel 1978, ne ha assunto e promosso i valori e il modello di riferimento.

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

La legge 180 di riforma della psichiatria:

- promuove che la salute mentale sia da tutelarsi per ciascun individuo e afferma il principio che la malattia mentale sia da considerarsi al pari delle altre malattie. Occorre quindi attuare strategie sanitarie e sociosanitarie nell'ambito della salute pubblica, quale diritto, non lusso, prodotto di azioni tese alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dell'individuo nel suo contesto di vita;
- disciplina l'istituzione di un Servizio per la tutela della salute mentale, al quale attribuire funzioni preventive, curative e riabilitative per la malattia psichica, nel contesto di un'Unità Sanitaria Locale (allora definite USL) e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute (fatto altrettanto innovativo poiché fino ad allora la tutela del malato di mente assolveva ad un mandato custodialistico e non sanitario). L'esclusione del mandato custodialistico a favore di quello di cura sanitaria è inoltre alla base della procedura, che della legge è parte integrante, relativa ai trattamenti senza consenso (Trattamenti Sanitari Obbligatori - TSO);
- avvia il graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici. L'ambito della salute pubblica si assume le funzioni in materia di assistenza psichiatrica, subentrando nella gestione esercitata dalle Province, dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e da altri enti pubblici che, fino all'entrata in vigore della riforma, provvedevano al ricovero e alla cura dei pazienti psichiatrici.

La 180 rimanda inoltre a gestioni regionali con obiettivi specifici. Da essa scaturiscono progressivamente i diversi Progetti Obiettivi Regionali e Nazionali, con il rafforzamento dell'idea di assistenza sul territorio e di lavoro d'equipe in presidi differenziati per condizioni cliniche e caratteristiche strutturali (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC, Centri Psico Sociali - CPS, comunità, centri diurni), che tuttavia svolgono in rete la loro funzione di cura/presa in carico degli utenti.

I Progetti Obiettivi Regionali e Nazionali per la salute mentale (POR e PON) precisano obiettivi e organizzazione dei servizi psichiatrici, sancendo ulteriormente un approccio di sanità pubblica in cui sono introdotte normative a garanzia della qualità e dell'universalità delle cure.

Il Progetto Obiettivo Nazionale (PON) "Tutela della Salute Mentale 1994-1996", atto di programmazione nazionale per la salute mentale, che ha trovato evoluzione, pur conservandone i presupposti, nel Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000", istituisce i Dipartimenti di Salute Mentale conferendo a essi la centralità dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

Il Dipartimento di Salute Mentale è un Dipartimento Strutturale a Direzione unica. È una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa e ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale. Il Dipartimento gestisce le proprie risorse, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti, operando mediante l'integrazione socio-sanitaria. Esso inoltre agisce attraverso le Unità Operative di Psichiatria, strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale, che provvedono alla realizzazione delle attività descritte sopra, assumendo, per una data area territoriale, tutte le funzioni di direzione e coordinamento dei percorsi di cura degli utenti di quella comunità. Le Unità Operative di Psichiatria hanno il proprio baricentro nei Centri Psico sociali (CPS in Lombardia), ovvero Centri di Igiene Mentale (CIM), presidi territoriali ambulatoriali primo filtro e perno della rete delle cure, e comprendono inoltre i presidi territoriali residenziali (Strutture Riabilitative Psichiatriche - SRP) e semiresidenziali (Centri Diurni - CD), i reparti ospedalieri per i ricoveri degli stati di acuzie (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC).

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

In particolare il Progetto Obiettivo Nazionale 1994-1996 prevede la presenza sul territorio di moduli funzionali tipo riferiti a bacini di utenza di 150000 abitanti, dotati almeno di 1 CPS (Centro Psicossociale), 1 SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) con 1 posto letto ogni 10.000 abitanti, 1 struttura semiresidenziale CD (Centro Diurno) con 1 posto ogni 10000 abitanti, 1 struttura residenziale (SRP- Struttura Residenziale Psichiatrica) 20 letti, una dotazione di organico con 1 operatore (comprese tutte le professionalità della salute mentale) ogni 1500 abitanti.

L'impostazione di cura prevede di:

- privilegiare le soluzioni di cura extraospedaliere;
- garantire la continuità terapeutica e la reintegrazione nel tessuto sociale;
- articolarsi con gli altri presidi sanitari e con quelli sociali;
- promuovere l'organicità degli interventi e delle attività;
- realizzare programmi orientati a corrispondere ai reali bisogni dell'utenza;
- garantire la presa in carico degli individui portatori di un bisogno di assistenza psichiatrica, anche lungo tutto l'arco della vita.

I compiti dei servizi, fra loro integrati, si declinano inoltre attraverso le funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, garantendo la continuità e la organicità degli interventi sul territorio con prestazioni e attività ambulatoriali e domiciliari, provvedendo in modo coordinato e programmato a realizzare anche una politica di educazione sanitaria.

L'assistenza privilegiata è in sintesi quella alternativa e preventiva del ricovero ospedaliero, attuata, in funzione terapeutica, tramite iniziative, risorse e strutture strettamente inserite nella realtà sociale del territorio, stimolando la partecipazione della collettività e seguendo le persone nei loro luoghi di vita per restituirle al tessuto sociale e abbattere lo stigma verso la malattia mentale.

Con la Legge Regionale LR 11 luglio 1997, N. 31 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali", è ulteriormente esemplare, nel senso della vocazione della psichiatria a collocarsi nell'ambito delle specialità mediche, il percorso che in Lombardia, con l'istituzione del Servizio Sanitario Regionale aziendalizzato, ha portato la Psichiatria all'interno dell'organizzazione generale dei servizi, con un riferimento particolare ai poli ospedalieri, con un'irreversibile scelta su un modello globale di inclusione nell'ambito sanitario.

Il Piano Regionale Salute Mentale (DGR 17513 del 17 maggio 2004), nel riconoscere la dimensione multifattoriale della malattia mentale, i suoi bisogni pressoché illimitati e la necessità di affrontarla in ambito sanitario, sociosanitario e del terzo settore, con analisi basate sull'evidenza dei risultati degli interventi clinici e dei loro costi, l'introduzione del governo clinico delle risorse, dispone elementi di riorganizzazione dei diversi ambiti: acuzie, riabilitazione, territorio, definendo i programmi di cura per progetti e declinando i percorsi di cura per i servizi ambulatoriali territoriali differenziandoli in:

- "consulenza" per le patologie "minori", ovvero non di esclusiva pertinenza psichiatrica, attraverso la definizione di percorsi diagnostico - terapeutici con corresponsabilizzazione dei MMG;
- "assunzione in cura" per la risposta a bisogni di trattamento essenzialmente specialistico con l'elaborazione di protocolli di trattamento specifici;
- "presa in carico" (trattamento integrato) per il soggetto con disturbi psichici gravi e che richiede programmi articolati nel tempo, con piano terapeutico-riabilitativo personalizzato con il coinvolgimento delle famiglie;

e inoltre programmi specifici per la risposta all'acuzie.

Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale è stato emanato nel 2014 dal Ministero della Salute, su indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Esso tiene conto di una serie di indicazioni

internazionali definite nella Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008), nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita in Italia con la Legge 18/2009, le Linee di Indirizzo per la Salute Mentale del 20/3/2008 e il Patto per la Salute 2010-2012. Da un punto di vista metodologico la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi prevede la definizione degli obiettivi di salute mentale per la popolazione, la definizione delle azioni e degli attori e infine la definizione dei criteri e degli indicatori di verifica e di valutazione.

Le determinazioni legislative nazionali e regionali successive hanno portato modifiche, non tanto nei presupposti dell'assistenza psichiatrica già definiti, ovvero nei fondamenti costitutivi dei servizi esistenti, ma nella sollecitazione a lavorare sempre più per progetti di intervento, e programmi innovativi, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione. In Lombardia, al fine di armonizzare la Psichiatria con le modifiche più ampie del Sistema Sociosanitario Lombardo, si è costituita un'Area Salute Mentale a cui afferiscono compiti, strutture e servizi di diversa e più ampia provenienza.

Ciò è espresso nella Legge regionale 29 giugno 2016 - n. 15 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" con le specifiche per l'area della salute mentale in generale alla quale far afferire gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità psichica, ampliando strategicamente la prospettiva puntando sull'integrazione di percorsi sanitari disciplinarmente attinenti.

L'area della salute mentale continua ad essere organizzata in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) competente per territorio, operando tramite il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) istituito nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), articolato, potenzialmente, in una o più Unità Operative di Psichiatria (UOP), in una o più Unità Operative dei Servizi Dipendenze (UOSD), in una o più Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), in una o più Unità Operative di Psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica. Le Unità Operative di Psichiatria, articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente psichiatrico. Esse inoltre, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza. Il Piano Socio-Sanitario integrato Lombardo (PSL) 2019-2023 ha evidenziato come la principale problematica relativa alla psichiatria sia che più del 70% della spesa riguarda il sistema della residenzialità coinvolgendo tuttavia meno del 5% dei pazienti in carico ai DSMD, non rispondendo quindi appropriatamente alle esigenze dei pazienti psichiatrici, ma vicariando spesso bisogni sociali, trattando patologie organiche non di pertinenza psichiatrica e corrispondendo bisogni relativi all'età avanzata dei pazienti con modalità poco flessibili e non appropriate. Il sistema della residenzialità imporrebbe una revisione a favore di percorsi più flessibili e centrati (sperimentazioni budget di salute) che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità, spostino risorse utilizzate sulla residenzialità a favore di un più alto numero di pazienti curati sul territorio in modo intensivo introducendo un circuito più virtuoso. È necessario in tal senso riorganizzare i Centri Psico Sociali, rafforzandone le competenze, aggiornando ulteriormente i percorsi di cura. Il trattamento delle

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

persone affette da disturbo psichico e il loro percorso riabilitativo sono completati quando consentono una restituzione del soggetto, in relazione all'individuale grado di funzionamento, a una legittima dimensione sociale, nel rispetto di un diritto di cittadinanza che ne valorizzi gli aspetti umani e produttivi. A tale scopo i servizi del DSMD devono costruire e consolidare i rapporti con le diverse agenzie presenti sul territorio (istituzionali, formali, imprenditoriali, associazionistiche) allo scopo di favorire l'orientamento verso diversi percorsi di inserimento lavorativo per promuovere l'autonomia sociale ed economica delle persone fragili. La psichiatria si trova ad affrontare inoltre spettri psicopatologici sempre più emergenti quali i disturbi psichiatrici comuni, in costante aumento, i disturbi della personalità, i disturbi dell'umore (in particolare la depressione perinatale), i disturbi in comorbidità con l'utilizzo di sostanze, cercando sempre uno sguardo preventivo per il riconoscimento precoce degli esordi e il tempestivo intervento multidisciplinare.

INQUADRAMENTO STRATEGICO

Il contesto della psichiatria italiana oggi ed in particolare di quella lombarda evidenzia una generale scarsità di risorse umane nelle strutture pubbliche dovuta ad un picco demografico pensionistico che nell'ultimo quinquennio ha impoverito pesantemente gli organici del personale, favorito anche dalla legislazione pensionistica vigente (quota 100, opzione donna) che ha permesso ad un gran numero di operatori di andare in pensione in un limitato periodo temporale.

Tale perdita non è stata compensata da una programmazione adeguata di nuove assunzioni dovuta in parte alle politiche economiche dei governi che si sono succeduti nel decennio scorso caratterizzate dal blocco delle assunzioni per il contenimento della spesa pubblica e dall'altra dalla scarsa lungimiranza del Ministero dell'Università e Ricerca che non ha previsto un aumento per tempo delle borse di specializzazione e dei posti disponibili nei corsi di laurea delle professioni sanitarie, con il risultato di non avere un numero sufficiente di professionisti formati quando necessario e concorsi che vanno deserti per le figure di psichiatra o che riescono a coprire solo in minima parte le necessità di operatori delle altre figure professionali.

In una branca della medicina dove gli aspetti di innovazione tecnologica e farmacologica rivestono un'importanza limitata nell'attività clinica, la componente delle risorse umane risulta invece fondamentale per il percorso di cura, assistenza e riabilitazione dei pazienti con disturbi mentali.

In questo contesto di scarsità di risorse umane gli obiettivi strategici sono volti ad una riorganizzazione dell'attività clinica nell'ottica di una maggiore efficienza, una precisa programmazione delle assunzioni e delle sostituzioni del personale che andrà in pensione, una valorizzazione del personale in servizio per contrastare fenomeni di abbandono (licenziamenti o richieste di trasferimento), un'attenzione particolare a situazioni di burnout legate ai maggiori carichi di lavoro.

Riveste particolare importanza inoltre la messa a norma dei luoghi di cura e il reperimento di spazi adeguati, idonei e dignitosi sia nella componente ospedaliera che in quelle territoriali (ambulatoriale e residenziale).

ANALISI DELLA STRUTTURA/OFFERTA

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo comprende l'UOC di Psichiatria del presidio Ospedaliero San Carlo e quella del Presidio Ospedaliero San Paolo, oltre all'UOSD Neuropsichiatria Infantile, all'UOC Psicologia Clinica e alla UOC Dipendenze.

L'Unità Operativa Complessa Psichiatria San Carlo è composta dalle UOP (unità operativa di psichiatria) regionali 53 e 54. La prima comprende il territorio della zona Ovest di Milano (corrispondente alle ex zone amministrative del Comune di Milano n.17 e 18), la seconda fa riferimento ai comuni di Corsico, Cesano Boscone, Trezzano sul Naviglio, Buccinasco, Assago e Cusago. Sulla carta afferiscono all'UOP 53 i CPS di zona 17 e 18 (via Mosca e via Soderini), recentemente unificati dall'ultimo POAS aziendale nell'unico CPS Area nord Milano, ma di fatto ancora separati e autonomi sia dal punto di vista clinico che organizzativo, il Centro diurno di via Primaticcio, le comunità CRM e CPM in via Assietta, il day-hospital e parte dei 20 letti del reparto ospedaliero SPDC. Afferiscono invece all'UOP 54 il CRA di Buccinasco, il Centro diurno di Buccinasco, il CPS di Corsico e la restante parte dei letti del reparto ospedaliero SPDC.

L'Unità Operativa Complessa è suddivisa funzionalmente in quattro Unità Operative Semplici : UOS SPDC (a cui fa riferimento il reparto ospedaliero di 20 letti), UOS CPS Milano (che comprende i CPS di via Soderini e di via Mosca a Milano), UOS CPS Corsico (a cui fa riferimento il CPS di Corsico) e UOS semiresidenzialità (che comprende day-hospital, Centro diurno di via Primaticcio e Centro diurno di Buccinasco). Concorre all'attività dell'Unità Operativa anche la UOSD residenzialità (che come struttura semplice dipartimentale comprende oltre alle comunità CRA di Buccinasco, CRM e CPM di via Assietta a Milano che fanno riferimento al San Carlo anche le due comunità CPA Badile e CPM Cantalupa che fanno riferimento alla UOCP dell'Ospedale San Paolo).

Il personale medico normalmente impiegato nelle numerose strutture dell'unità operativa risulta di 4 medici per l'SPDC, 2 medici per la semiresidenzialità, 3 medici per la residenzialità, 4 medici per ognuno dei tre CPS. In totale 21 più il direttore per poter rispondere in modo sufficientemente adeguato alle richieste di cura e alle disposizioni di accreditamento di ATS Milano.

Il personale medico ruota inoltre su turni di guardia attiva per la copertura 24 ore su 24 del Pronto Soccorso psichiatrico e negli orari in cui non è presente personale medico dell'SPDC per la copertura del reparto (dalle h18 alle h9 durante la settimana oltre al sabato e alla domenica), ed è reperibile per le comunità dalle 17 alle 21 durante la settimana oltre al sabato e alla domenica.

I medici dell'Unità Operativa concorrono con gli altri psichiatri delle strutture pubbliche della città di Milano alla turnistica per la convalida dei TSO nel territorio del Comune di Milano.

Nei servizi dell'Unità Operativa operano psicologi dell'UOC Psicologia Clinica, in tutti i casi con una presenza oraria insufficiente rispetto alle necessità cliniche.

Il personale del comparto (infermieri, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica ed educatori) subisce come descritto per il personale medico una condizione di importante carenza di personale.

Ci sono tre Coordinatrici del personale sanitario del comparto, una per la parte ospedaliera (SPDC e day-hospital), una per la territorialità ambulatoriale (CPS) e una per la territorialità residenziale e semiresidenziale.

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Per le due comunità CRM e CPM di via Assietta a Milano tutto il personale non medico (infermieri, educatori, terp e psicologa) è fornito in appalto da una cooperativa sociale (Seriana 2000), così come per il personale del Centro diurno di Buccinasco (2 terp e un'infermiera) e parzialmente per il day-hospital (1 terp) e per il Centro diurno di via Primaticcio a Milano (2 terp).

All'UOC afferisce anche la struttura Nucleo di Valutazione Qualità composta da personale amministrativo, una persona in sede e tre sul territorio (una in ognuno dei tre CPS), con compiti di inserimento dati al sistema regionale SIPRL (ex Psicheweb), supporto all'attività amministrativa e di segreteria dei CPS, elaborazione di statistiche e report di supporto alla gestione del direttore dell'UOC e dei responsabili di unità operativa semplice.

SVILUPPI DELL'ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALE DELLA STRUTTURA

SPDC e day-hospital

Il reparto di psichiatria dell'Ospedale San Carlo necessita di una completa ristrutturazione che comporti un aumento dei posti letto del 20-25% (da 20 posti letto a 24-25) per fare fronte alle richieste di ricovero che arrivano da pronto soccorso e strutture territoriali (CPS e comunità) oltre ad una disposizione che preveda stanze da massimo due persone con bagno.

Potrebbe essere prevista una stanza adeguatamente predisposta con rivestimenti protettivi alle pareti per consentire al paziente agitato a rischio di fare del male a sé stesso o ad altri di permanere temporaneamente in un ambiente protetto permettendo di evitare procedure di contenzione fisica o farmacologica.

Nel caso l'SPDC fosse composto da due reparti separati da 10-15 posti letto sarebbe possibile evidenziare una diversa intensità di cura potendo strutturare come aperto uno dei due reparti. Attualmente l'SPDC è chiuso e si può entrare e uscire solo con la chiave per evitare fughe di pazienti scarsamente complianti o in regime di TSO, con due reparti separati si potrebbero spostare nel reparto aperto i pazienti più stabilizzati dal punto di vista psicopatologico o più vicini alla dimissione rispetto a quelli più acuti o con maggior rischio di fuga.

Inoltre l'aumento di posti letto permetterebbe di adeguare la durata del ricovero alle reali necessità dei pazienti. Spesso per mancanza di posto letto si è costretti a ricoverare temporaneamente un paziente presso la psichiatria di un altro ospedale che però sollecita nei giorni successivi per rinviarlo quando disponibile un posto letto. La cronica mancanza di posti costringe anche ad anticipare dimissioni di pazienti che si sarebbero giovati di un ulteriore periodo di ricovero, favorendo il fenomeno dei ricoveri ravvicinati.

Anche il day-hospital vive una situazione di inadeguatezza degli spazi che ha costretto recentemente ATS, a seguito delle procedure di accreditamento, a concedere la disponibilità di soli tre posti letto nonostante il personale in servizio avesse permesso fino ad allora una presa in carico di un numero molto maggiore di pazienti.

L'adeguamento degli spazi del day-hospital permetterebbe di riprendere la funzione di cura del paziente post-acuto per un congruo numero di pazienti alleggerendo le richieste ai servizi del territorio in un'ottica di migliore e più efficiente gestione delle risorse.

Comunità residenziali

La CRA di Buccinasco necessita di una ristrutturazione delle stanze di degenza dove gli arredi sono vecchi e spesso malfunzionanti (armadi rotti o con serrature non funzionanti) e dei bagni associati ad ogni camera che necessiterebbero di un completo rifacimento perché vecchi e bisognosi di continua manutenzione straordinaria per perdite, rotture, intasamenti degli scarichi. Inoltre in quasi tutti i bagni sono presenti vecchie vasche dove i pazienti fanno fatica a compiere l'igiene quotidiana rispetto

a delle moderne docce grazie a cui si potrebbero prevenire rischi di caduta, scivolamento e traumatismi.

E' poi presente una grande cucina attrezzata che potrebbe essere utilizzata per gruppi riabilitativi con i pazienti, ma che non è accreditata da ATS. La procedura di revisione dell'accreditamento della CRA avvenuta nel 2019 non ha ancora ricevuto il documento di conclusione dell'iter burocratico, impedendo di poter richiedere ulteriori ampliamenti dell'accreditamento anche se limitatamente all'attività della cucina. Appena ricevuto il documento di conclusione della verifica bisognerà richiedere ad ATS un'ispezione della cucina ed indicazioni su eventuali modifiche da apportare per poter essere accreditata ed utilizzata per i gruppi con i pazienti.

Le comunità di via Assietta a Milano, CRM e CPM, necessitano di lavori strutturali importanti sia interni che nell'edificio nel suo complesso. Attualmente grazie al percorso che prevede la chiusura della CPM a fine 2022 e il trasferimento al suo posto della comunità dell'Ospedale San Paolo CPA Badile nel progetto complessivo del budget di salute, sono previsti finanziamenti dell'azienda per lavori di ristrutturazione che inizieranno nelle prossime settimane.

Permane un'importante distanza dell'edificio che ospita le due comunità (in zona Affori a Milano) dal territorio bacino d'utenza dell'unità operativa che rende difficile il lavoro di rete con i servizi territoriali (CPS e terzo settore).

Centri diurni

Il Centro Diurno di via Primaticcio a Milano e il Centro Diurno presso la CRA di Buccinasco servono principalmente pazienti rispettivamente afferenti ai due CPS di Milano il primo e al CPS di Corsico il secondo.

Al CD Primaticcio afferiscono pazienti con maggiori capacità di lavorare in gruppo e di partecipare alle attività riabilitative anche più strutturate, al CD Buccinasco afferiscono pazienti con maggior cronicità e meno in grado di sostenere gruppi e attività riabilitative più strutturate.

Anche l'organizzazione del tempo è diversa in quanto a Buccinasco è previsto il pranzo e l'attività è più improntata alla presenza giornaliera mentre a Primaticcio non è previsto il pranzo e l'attività è suddivisa tra gruppi al mattino e al pomeriggio.

Il recente accreditamento del CD Buccinasco ha ridotto il numero di pazienti che possono frequentare contemporaneamente il servizio rispetto al passato costringendo a ripensare l'offerta riabilitativa. E' inoltre cambiato in toto il personale del CD Buccinasco (2 educatori/terp ed un infermiere) in quanto il personale precedentemente in servizio da molti anni si è licenziato avendo trovato lavoro tramite concorso in altre strutture pubbliche della regione. Il personale del CD Buccinasco è infatti da diversi anni appaltato esternamente alla cooperativa Seriana 2000.

Una migliore gestione delle risorse umane ed un'adeguata programmazione avrebbe forse permesso di non perdere preziose risorse con esperienza e formate nel tempo favorendo un naturale passaggio alla dipendenza tramite concorso degli operatori della cooperativa più validi.

CPS

Il CPS di via Soderini a Milano e il CPS di via Mosca a Milano sono formalmente unificati in un unico CPS. La fusione è però puramente formale in quanto le previsioni di unificazione in un'unica sede dopo diversi anni non hanno avuto alcun seguito. Continuano pertanto la loro attività nelle rispettive sedi, con i rispettivi bacini d'utenza, con il rispettivo personale.

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Anche la necessità di unificazione non risponde ad alcun criterio clinico, anzi la disponibilità sul territorio di un servizio ambulatoriale di questo tipo è fondamentale per pazienti con forti limitazioni all'autonomia e alla mobilità come i pazienti psichiatrici. Il progetto della direzione prevedeva l'unificazione dei due CPS in uno spazio all'interno del perimetro dell'Ospedale San Carlo, accentrando nell'ospedale un servizio che per sua natura dovrebbe stare sul territorio e specificamente nella zona/quartiere di riferimento.

Il CPS di via Mosca risulta tuttavia inadatto dal punto di vista strutturale sia per la presenza di importanti barriere architettoniche (è al primo piano senza ascensore) sia per la carenza di spazi adeguati alle esigenze e alle necessità sia dei pazienti che degli operatori (mancano adeguati studi per le visite, manca una sala d'attesa per i pazienti, manca uno spazio per gli operatori).

Tutte queste criticità sono ben note all'azienda da molti anni, ma non hanno mai trovato soluzione. Negli scorsi anni, quando era d'attualità l'ipotesi della costruzione di un nuovo ospedale che riunisse San Paolo e San Carlo, le richieste di ristrutturazioni della parte ospedaliera venivano comprensibilmente limitate alle situazioni di urgenza.

La parte territoriale tuttavia, in particolare il CPS di via Mosca a Milano e le comunità, è stata ampiamente trascurata, nonostante l'ottica di una rinnovata attenzione alla componente territoriale come delineato dalla nuova riforma regionale.

LE INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE E LO SVILUPPO PROFESSIONALE

Gestione del personale

In questi anni ci sono stati numerosi colleghi che si sono licenziati o hanno chiesto trasferimento ad altro Ospedale, almeno uno all'anno negli ultimi cinque anni. Oltre ad un fisiologico ricambio a causa delle legittime motivazioni personali e di vita, emerge un segnale di iniziale insoddisfazione per le condizioni di lavoro, il numero rilevante di ore di guardia, la difficoltà a rispondere alle richieste di cura della popolazione che sono invece aumentate.

Un'adeguata gestione del personale, anche in collaborazione con le altre unità operative del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, potrebbe aiutare ad un riequilibrio, anche temporaneo, dei carichi di lavoro.

Si potrebbero coinvolgere i colleghi dei servizi per le dipendenze a collaborare nella turnistica sulle guardie e, come successo nel corrente mese di aprile 2022, ottenere stabilmente l'aiuto di alcuni colleghi psichiatri del San Paolo che si sono resi disponibili a coprire alcuni turni di guardia nel mese, permettendo di lasciare meno scoperti i servizi territoriali (sulla base di una notevole discrepanza del numero di risorse tra i due presidi) fintanto che i prossimi concorsi contribuiscano ad un graduale recupero del personale mancante.

Formazione

La formazione oltre che un obbligo del professionista è anche un momento di crescita e di valorizzazione. E' necessario un adeguato programma di formazione per il personale dell'Unità Operativa, parametrato sui bisogni delle diverse categorie professionali. Il personale infermieristico che inizia a lavorare nelle strutture dell'Unità Operativa, magari provenendo da altri reparti dell'ospedale con realtà cliniche completamente differenti, necessita di una formazione specialistica sui principali temi della psichiatria. Un corso di formazione con tali caratteristiche dovrebbe essere strutturato e organizzato ciclicamente dall'Unità Operativa con la supervisione del direttore e non come avviene attualmente lasciato all'iniziativa del momento o del singolo coordinatore infermieristico.

L'organizzazione di convegni, conferenze, incontri con esperti, andrebbe programmata con la collaborazione del personale dell'Unità Operativa in un'ottica di valutazione dei bisogni formativi concordata e discussa tra gli psichiatri dell'equipe.

Burnout

In periodi di intensa attività come quello attuale, anche a seguito della recente pandemia da Covid 19 che ha messo a dura prova i professionisti della sanità e ha fatto emergere ulteriori sacche di fragilità nella popolazione, è frequente che alcuni professionisti vivano periodi caratterizzati da sensazione di sfinimento, calo dell'efficienza lavorativa, distacco emotivo.

La sindrome da burnout è una vera e propria manifestazione clinica, con sintomatologia specifica, spesso alla base di fenomeni di abbandono del lavoro, licenziamento, richiesta di trasferimento, lunghi periodi di malattia.

Un confronto regolare con i singoli medici e con i coordinatori infermieristici sul tema, con particolare attenzione a situazioni di insoddisfazione, conflittualità, diminuzione dell'efficienza sarebbe un buon metodo per prevenire ed eventualmente affrontare sul nascere situazioni di burnout degli operatori. Investire su momenti di supervisione clinica delle equipe multiprofessionali che operano nei diversi servizi dell'Unità Operativa è oggi indispensabile per far fronte alle complessità cliniche che ci si trova ad affrontare con gli inevitabili risvolti emotivi e di coinvolgimento personale.

Organizzazione dell'attività

Nell'attuale situazione di carenza di personale e di aumento delle richieste di cura da parte della popolazione risulta indispensabile una riorganizzazione dell'attività per poter far fronte adeguatamente al mandato istituzionale affidatoci.

Un tema fondamentale è il rapporto con la medicina di base che va ricostruito in un'ottica di collaborazione e maggior conoscenza reciproca delle attuali difficoltà a rispondere da parte dei servizi psichiatrici territoriali alle richieste, spesso urgenti, di visite, relazioni, valutazioni, molte volte senza una reale urgenza clinico-psicopatologica. Va costruita una cornice di dialogo attraverso momenti di confronto organizzando incontri, discussioni, tavole rotonde.

Un altro spazio di maggiore collaborazione va costruito con i Servizi Sociali del Comune di Milano.

Sono frequenti i ricoveri ospedalieri molto lunghi per pazienti con diagnosi di disabilità intellettiva o anziani soli non autosufficienti che necessitano quindi di trasferimento in strutture per disabili od anziani del Comune e per i quali il Comune non trova sistemazione in tempi ragionevoli, con l'effetto di occupare un letto in un reparto per acuti da parte di pazienti ormai cronici.

Sarebbe poi indispensabile realizzare pienamente il concetto di presa in carico e di case manager : la presa in carico di un paziente grave dovrebbe esercitarsi attraverso il lavoro di una microequipe coordinata da un case manager. Purtroppo il ruolo di case manager è quasi sempre svolto in concreto dallo psichiatra del CPS che dovrebbe invece delegare ad altri operatori il coordinamento della microequipe per essere relazionato ciclicamente e chiamato ad intervenire in caso di necessità.

Anche in questo caso è mancato un adeguato progetto di formazione del personale soprattutto sui temi della gestione della responsabilità, delle competenze professionali e del proprio ruolo/qualifica.

1.1 Il Budget di salute

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo ha proposto un progetto di sperimentazione sul "Budget di Salute" con i seguenti obiettivi:

- Ridurre e Razionalizzare l'area della Residenzialità Psichiatrica.
- Attivare nuovi posti di Residenzialità Leggera.
- Attivare interventi territoriali intensivi dedicati a pazienti ad elevata complessità già inseriti in strutture residenziali o a rischio d'inserimento.

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Nell'ambito della rete di strutture residenziali psichiatriche gestite direttamente dall'ASST Santi Paolo e Carlo sono identificate quali strutture coinvolte nel progetto:

- Comunità ad Alta Protezione (CPA) sita a Zibido San Giacomo, in Via Adige 2.

Posti letto Accreditati pari a 10.

- Comunità a Media Protezione (CPM) sita a Milano, Via Assietta 38.

Posti letto accreditati pari a 14.

L'ASST Santi Paolo e Carlo dispone inoltre di una seconda Comunità a Media Protezione in Milano, Via De Finetti, 6, condizione che consente di prospettare una razionalizzazione dell'area della residenzialità psichiatrica attraverso la riduzione di posti letto dedicati a tale tipologia assistenziale.

L'operazione si svolgerà riconvertendo la struttura di Via Assietta in Comunità ad Alta Protezione destinata ad accogliere gli ospiti della struttura di Zibido San Giacomo, che sarà fisicamente dismessa.

La sperimentazione prevede la graduale riconversione della struttura di Via Assietta, con:

- la ricollocazione delle persone ivi assistite in altre strutture appropriate o al proprio domicilio;
- il parallelo accoglimento in essa dei pazienti ora ricoverati in Zibido San Giacomo.

L'obiettivo finale è la riduzione complessiva di posti di residenzialità del DSM per 14 unità entro il 1° anno dall'avvio del progetto.

A seguito del mantenimento dei ricavi da parte della ASST nel corso del primo anno di sperimentazione anche a fronte della progressiva riduzione di produzione fino alla sospensione delle attività in Residenzialità a Media Protezione, il DSM della ASST Santi Paolo e Carlo si impegna:

- a individuare 28 pazienti con disturbo psichico grave, 14 dei quali provenienti dalla struttura CPM in trasformazione, da inserire in programmi territoriali intensivi;
- ad attivare entro il secondo anno di progetto:
 - 8 nuovi posti di residenzialità leggera.
 - 20 percorsi intensivi di trattamento territoriale alternativo alla residenzialità psichiatrica nell'ambito di tre tipologie di percorso (alta, media, bassa intensità di assistenza territoriale)

Dal punto di vista metodologico, l'attivazione delle nuove attività avviene con i seguenti criteri:

- Anticipo di cassa da parte di Regione Lombardia pari a Euro 390.000, da restituire a partire dal 4° trimestre del 1° anno di progetto.
- Riassegnazione del personale non medico in forza alla Comunità di Zibido San Giacomo ad altre strutture psichiatriche e non psichiatriche dell'ASST, in sostituzione di figure omogenee cessanti o carenti, con risparmio conseguente al mancato incremento di organico aziendale.
- Individuazione, tramite bando di gara, di partner per la co-gestione del progetto nell'ambito della fornitura di servizi / prestazioni riconducibili a residenzialità leggera e progetti individuali che coinvolgano le seguenti aree di attività: assistenza domiciliare, housing sociale, sviluppo della cura della persona, cura della casa e della capacità di svolgere incombenze quotidiane e burocratiche, formazione lavoro, formazione professionale e avvio di attività lavorativa supportata in grado di fornire un reddito, capacità relazionali e sociali, sviluppo delle risorse personali per l'utilizzo delle stesse all'interno della rete naturale, amicale, familiare.
- Affidamento delle attività a soggetto/i esterno/i identificato/i attraverso il bando di gara e sottoscrizione del contratto per attività di residenzialità leggera e per l'attivazione dei percorsi territoriali intensivi;
- Costi di gestione ASST Santi Paolo e Carlo per il mantenimento di alcune figure professionali come operatori di presidio clinico, coordinamento e raccordo nell'ambito del progetto, ruolo di case manager, aspetti tecnici e di gestione del progetto.

Per la realizzazione del progetto è necessaria la piena collaborazione degli Enti Locali, Piani di Zona, ambiti istituzionali dedicati all'inclusione sociale per la disponibilità delle quote sociali della

residenzialità leggera e per il sostegno economico alle attività di promozione sociale nell'ambito dei percorsi intensivi territoriali.

Si potranno altresì sperimentare modalità assistenziali/educative di tipo non sanitario rivolgendosi sia al contesto sociale che al terzo settore, e possibilità di *empowerment* attraverso l'utilizzo di tecnologie abilitanti alla socializzazione e all'apprendimento.

Al termine del secondo anno di progetto l'insieme delle azioni previste devono essere concluse e appare necessario un successivo anno (terzo anno) per attuare un percorso di monitoraggio e valutazione degli esiti basato sui seguenti elementi:

- I pazienti che saranno inclusi nel progetto saranno valutati a T0 e ogni 6 mesi con le seguenti rating scale: GAF e HONOS
- Il monitoraggio prevede la raccolta di tutte le prestazioni e le attività erogate a ogni paziente sia nell'ambito delle attività territoriali sia di quelle ospedaliere e residenziali con l'obiettivo di definire, al termine del progetto, il costo complessivo (per Regione) dell'assistenza in confronto con quanto previsto al momento dell'inclusione, nei percorsi proposti, dei pazienti coinvolti nel progetto. Il panel di pazienti partecipanti al progetto svolgerà il ruolo di campione (non in senso statistico, in quanto i pazienti non sono selezionati) in riferimento alla popolazione globalmente assistita dal DSM, per la quale sarà al pari elaborato il costo (per Regione) sostenuto per l'assistenza "tradizionale". Quest'ultimo, pesato per la gravità dei casi, potrà essere posto a base dell'ipotesi tariffaria di plafond per il "budget di salute", sul quale impostare la politica di retribuzione per "presa in carico".
- I pazienti inclusi nel progetto corrisponderanno ai seguenti requisiti clinici e anagrafici: età 18-50 anni; diagnosi di disturbo psichico grave (schizofrenia e sindromi correlati, disturbo bipolare; disturbo di personalità); esclusione di grave ritardo mentale e gravi comorbidità internistiche
- Indicatori di esito: miglioramento/peggioramento GAF e HONOS, numero di ospedalizzazioni; giornate di ospedalizzazione; numero di ingressi in SR; giornate di residenzialità, inserimento in percorsi di avviamento al lavoro e di autonomia abitativa.

CONCLUSIONI

Il progetto strategico per l'Unità Operativa Complessa Psichiatria San Carlo dell'ASST Santi Paolo e Carlo non può prescindere da un investimento a medio termine sugli aspetti strutturali dei servizi che necessitano di importanti lavori di ristrutturazione per rendere gli ambienti di cura idonei e dignitosi. In particolare le comunità di via Assietta, il CRA di Buccinasco e il CPS di via Mosca per la parte territoriale, il reparto SPDC e il day-hospital per la parte ospedaliera.

Nell'ambito del progetto « budget di salute » partiranno a breve lavori di ristrutturazione per quanto riguarda le strutture di via Assietta. Non sono per ora previsti progetti di ristrutturazione della parte ospedaliera o il reperimento di uno spazio più idoneo rispetto all'attuale per il CPS di via Mosca.

Inoltre il progetto di unificazione dei due CPS di Milano con trasferimento all'interno dell'area ospedaliera, rimasto per ora sulla carta e indicato dal POAS, necessiterebbe di revisione perché andrebbe a togliere da un territorio urbano di estrema complessità sociale due presidi di cura importanti che si occupano di un'utenza con problematiche psichiatriche gravi, spesso con invalidità e riduzione delle autonomie, oltre a rendere maggiormente difficoltosa una collaborazione con le realtà della zona del terzo settore.

Da un punto di vista organizzativo anche l'unificazione delle due unità operative semplici CPS Soderini e CPS Mosca in un'unica unità operativa semplice appare sempre più una mera operazione di taglio di posizioni in un'ottica di risparmio che non corrisponde alle esigenze cliniche e alla mole di attività svolta. Ricordiamo che ogni CPS ha in carico un numero di pazienti tra 1000 e 1500, ed in ogni CPS lavora un'equipe multidisciplinare composta da almeno 15 operatori tra medici, psicologi, infermieri, educatori e assistenti sociali. Allo stesso modo l'assegnazione di un'unica coordinatrice delle professioni sanitarie per tutti i tre CPS non risponde adeguatamente alle reali esigenze dei tre servizi. Sarebbe auspicabile una gestione del personale più attenta con una programmazione adeguata delle assunzioni, delle procedure di concorso necessarie e che miri alla stabilizzazione del personale precario per non perdere risorse con esperienza e formate negli anni.

Manca completamente un programma formativo a tutti i livelli, attraverso il quale possano essere valorizzate le caratteristiche di ogni singolo operatore.

Manca un programma di sostegno al burnout degli operatori, quotidianamente a confronto con il disagio mentale, con richieste sempre maggiori di impegno per la scarsità delle risorse, in un periodo che vive gli effetti di due anni di pandemia.

Il nuovo progetto del budget di salute sarà una prima esperienza di trasferimento di risorse dalla parte residenziale a quella territoriale, rispondendo agli indirizzi contenuti nella nuova riforma regionale che prescrive una maggiore attenzione alle cure territoriali. Sarà importante l'inizio di tale progetto e la verifica nel tempo della sua attuazione sia dal punto di vista organizzativo che di risultati in termini di salute della popolazione di pazienti interessata.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 13 maggio 1978, n. 180, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori";
Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1994-1996";
Progetto Obiettivo – Regione Lombardia "Tutela della Salute Mentale 1994-1996" (DPR 7 aprile 1994);
Progetto Obiettivo – Regione Lombardia "Tutela Socio-Sanitaria dei malati di mente 1995-1997" (DPR 30 gennaio 1995);
Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31, Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali;
Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000";
Deliberazione 17 maggio 2004, n. 7/17513 "Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004";
Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri "Le Linee di Indirizzo per la Salute Mentale" del 21 marzo 2008;
Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33, "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
Ministero della Salute, "Patto per la salute 2010-2012" approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 3 dicembre 2009;
Ministero della Salute "Pansm Piano di azioni nazionale per la salute mentale", approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 24 gennaio 2013 e i suoi tre documenti di approfondimento del 2014 (residenzialità per adulti, semi-residenzialità e residenzialità in età evolutiva, percorsi di cura per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza);
Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
Piano Socio-Sanitario integrato Lombardo (PSL) 2019-2023 (art. 4 Legge regionale 33/2009).
Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - AGENAS Protocollo n. 2020/0007526 del 16/12/2020": "La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio."

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

BIBLIOGRAFIA

Camilla Callegari. *Programma di sviluppo gestionale e operativo ospedale-residenzialità-territorio integrato della SC Psichiatria Varese della ASST Sette Laghi, PW Polis Lombardia, DSC 1901/AE*

Giuseppe Biffi. *Relazione attività 2009 e progetti per il 2010, Dipartimento di salute mentale, AO San Carlo Borromeo*

Giuseppe Biffi. *Relazione attività 2010 e progetti per il 2011, Dipartimento di salute mentale, AO San Carlo Borromeo*

Nucleo Valutazione Qualità. *Report annuale 2020 UOP 53/54, ASST Santi Paolo e Carlo, presidio San Carlo*

APPENDICE

Attività CPS UOP 53/54 Annuale 2020					
	Interventi 2016	Interventi 2017	Interventi 2018	Interventi 2019	Interventi 2020
Prima Visita	707	992	1.017	1.116	891
Incremento su anno precedente		40,3%	2,5%	9,7%	-20,2%
Visita-Colloquio	22.121	25.693	22.059	22.977	21.630
Incremento su anno precedente		16,1%	-14,1%	4,2%	-5,9%
Visite Domiciliari	1.605	1.891	1.745	1.646	1.117
Incremento su anno precedente		17,8%	-7,7%	-5,7%	-32,1%
Somministraz. Farmaci	6.835	7.111	7.131	6.905	5.573
Incremento su anno precedente		4,0%	0,3%	-3,2%	-19,3%
Psicoterapie Individuali	358	472	286	679	779
Incremento su anno precedente		31,8%	-39,4%	137,4%	14,7%
Psicoterapie Familiari	6	4	8	3	2
Incremento su anno precedente		-33,3%	100,0%	-62,5%	-33,3%
Colloqui Familiari	4.194	4.516	3.464	4.216	4.016
Incremento su anno precedente		7,7%	-23,3%	21,7%	-4,7%
Interventi Psico-educativi	70	30	13	10	8
Incremento su anno precedente		-57,1%	-56,7%	-23,1%	-20,0%
Riunioni Casi Interni UOP	5.315	5.302	5.393	7.057	6.446
Incremento su anno precedente		-0,2%	1,7%	30,9%	-8,7%
Valutazioni e accert.ml	129	142	53	57	9
Incremento su anno precedente		10,1%	-62,7%	7,5%	-84,2%
Riunioni altri Enti	2356	2.116	1.812	1.779	2.716
Incremento su anno precedente		-10,2%	-14,4%	-1,8%	52,7%
Riunioni gruppi non istituzionali	593	527	863	715	559
Incremento su anno precedente		-11,1%	63,8%	-17,1%	-21,8%
Interventi abilità di base	2.280	1.979	1.926	2.348	2.680
Incremento su anno precedente		-13,2%	-2,7%	21,9%	14,1%
Interv.ind. risocializzazione	5.624	4.170	4.333	4.747	3.386
Incremento su anno precedente		-25,9%	3,9%	9,6%	-28,7%
Inserimenti Lavorativi	191	222	187	233	175
Incremento su anno precedente		16,2%	-15,8%	24,6%	-24,9%
Supporto attività quotidiane	2.357	2.075	1.726	1.629	370
Incremento su anno precedente		-12,0%	-16,8%	-5,6%	-77,3%
Supporto sociale	4.504	4.012	3.492	3.939	3.988
Incremento su anno precedente		-10,9%	-13,0%	12,8%	1,2%
N°.Totale Interventi	59.245	61.254	55.508	60.056	54.345
Incremento su anno precedente		3,4%	-9,4%	8,2%	-9,5%

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Attività CPS 17 Soderini Annuale 2020

Attività Individuale									
Tipologia d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Prima visita	202	228	12,9%	247	8,3%	272	10,1%	199	-26,8%
Visita-Colloquio	8.222	7.701	-6,3%	6.426	-16,6%	6.087	-5,3%	6.229	2,3%
Visite Domiciliari	381	429	12,6%	515	20,0%	345	-33,0%	307	-11,0%
Somministraz. Farmaci	2.499	2.098	-16,0%	1.741	-17,0%	1.683	-3,3%	1.125	-33,2%
Psicoterapie Individuali	307	273	-11,1%	199	-27,1%	158	-20,6%	149	-5,7%
Psicoterapie Familiari	4	1	-75,0%	6	500,0%	3	-50,0%	1	-66,7%
Colloqui Familiari	883	905	2,5%	769	-15,0%	994	29,3%	938	-5,6%
Interventi Psico-educativi	67	28	-58,2%	13	-53,6%	10	-23,1%	8	-20,0%
Riunioni Casi Interni UOP	1.506	1.464	-2,8%	1.360	-7,1%	2.232	64,1%	1.977	-11,4%
Valutazioni e accert.ml	51	58	13,7%	43	-25,9%	39	-9,3%	5	-87,2%
Riunioni altri Enti	208	306	47,1%	389	27,1%	374	-3,9%	827	121,1%
Riun. gruppi non istituzionali	32	22	-31,3%	109	395,5%	66	-39,4%	153	131,8%
Interventi abilità di base	1421	1351	-4,9%	1250	-7,5%	1316	5,3%	796	-39,5%
Interventi risocializzazione	1.433	1.296	-9,6%	1.284	-0,9%	1.345	4,8%	535	-60,2%
Inserimenti Lavorativi	15	1	-93,3%	17	1600,0%	19	11,8%	39	105,3%
Supporto attività quotidiane	239	201	-15,9%	310	54,2%	303	-2,3%	195	-35,6%
Supporto sociale	1.812	1.596	-11,9%	1.668	4,5%	1.695	1,6%	2.202	29,9%
N°.Totale Interventi	19.282	17.958	-6,9%	16.346	-9,0%	16.941	3,6%	15.685	-7,4%

Sede d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Interventi in sede	17.490	16.329	-6,6%	14.351	-12,1%	14.660	2,2%	13.670	-6,8%
Interventi domiciliari	729	743	1,9%	787	5,9%	660	-16,1%	644	-2,4%
Interventi in altro luogo	1.037	870	-16,1%	1.161	33,4%	1.535	32,2%	1.329	-13,4%
Interv. in altra struttura UOP	26	16	-38,5%	47	193,8%	86	83,0%	34	-60,5%
Residenzialità leggera	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
In remoto	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	800,0%

Interventi per ruolo professionale*	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Medici	7.541	7.448	-1,2%	6.556	-12,0%	7.088	8,1%	6.376	-10,0%
Psicologi	797	732	-8,2%	533	-27,2%	706	32,5%	644	-8,8%
Infermieri	10.746	10.953	1,9%	8.281	-24,4%	8.254	-0,3%	5.767	-30,1%
Ass. Sociali	4.810	4.371	-9,1%	4.846	10,9%	5.569	14,9%	6.114	9,8%
Educatori	3.226	3.114	-3,5%	2.943	-5,5%	3.349	13,8%	2.924	-12,7%
Altri	79	10	-87,3%	1	-90,0%	12	1100,0%	8	-33,3%
TERP	0	0	0,0%	0	0,0%	152	15200,0%	42	-72,4%
OSS/OTA	0	0	0,0%	0	0,0%	12	1200,0%	1	-91,7%

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Attività CPS 18 Mosca Annuale 2020

Attività Individuale									
Tipologia d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Prima Visita	234	333	42,3%	335	0,6%	422	26,0%	307	-27,3%
Visita-Colloquio	5.004	8.685	73,6%	7.148	-17,7%	7.878	10,2%	6.890	-12,5%
Visite Domiciliari	637	820	28,7%	757	-7,7%	743	-1,8%	602	-19,0%
Somministr. Farmaci	2.078	2.461	18,4%	2.754	11,9%	3.096	12,4%	2.512	-18,9%
Psicoterapie Individuali	0	0	0,0%	0	0,0%	373	37300,0%	380	1,9%
Psicoterapie Familiari	1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Colloqui Familiari	1808	1987	9,9%	1531	-22,9%	1615	5,5%	1392	-13,8%
Interventi Psico-educativi	2	1	-50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Riunioni Casi Interni UOP	2.337	2.308	-1,2%	2.556	10,7%	2.577	0,8%	2.042	-20,8%
Valutazioni e accert.ml	3	2	-33,3%	0	0,0%	7	700,0%	1	-85,7%
Riunioni altri Enti	1.154	1.040	-9,9%	820	-21,2%	674	-17,8%	914	35,6%
Riun. gruppi non istituzionali	460	405	-12,0%	690	70,4%	558	-19,1%	344	-38,4%
Interventi abilità di base	345	296	-14,2%	332	12,2%	317	-4,5%	569	79,5%
Interventi risocializzazione	3.677	2.457	-33,2%	2.749	11,9%	2.472	-10,1%	2.141	-13,4%
Inserimenti Lavorativi	1	3	200,0%	5	66,7%	1	-80,0%	19	1800,0%
Supporto attività quotidiane	312	267	-14,4%	201	-24,7%	236	17,4%	146	-38,1%
Supporto sociale	1.544	1.432	-7,3%	1.185	-17,2%	1.062	-10,4%	801	-24,6%
N°.Totale Interventi	19.597	22.497	14,8%	21.063	-6,4%	22.031	4,6%	19.060	-13,5%

Sede d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Interventi in sede	16.078	19.104	18,8%	17.629	-7,7%	18.997	7,8%	16.314	-14,1%
Interventi domiciliari	2.031	2.026	-0,2%	1.848	-8,8%	1.606	-13,1%	1.349	-16,0%
Interventi in altro luogo	1.393	1.302	-6,5%	1.484	14,0%	1.378	-7,1%	1.110	-19,4%
Interv. in altra struttura UOP	95	65	-31,6%	101	55,4%	50	-50,5%	21	-58,0%
Residenzialità leggera	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
In Remoto	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	266	26600,0%

Interventi per ruolo professionale*	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Medici	8.111	8.511	4,9%	8.648	1,6%	8.872	2,6%	8.159	-8,0%
Psicologi	643	4.575	611,5%	4.964	8,5%	1.573	-68,3%	848	-46,1%
Infermieri	12.367	13.511	9,3%	13.662	1,1%	13.763	0,7%	8.743	-36,5%
Ass. Sociali	3.611	3.423	-5,2%	2.805	-18,1%	2.473	-11,8%	2.451	-0,9%
Educatori	4.882	4.508	-7,7%	5.641	25,1%	5.189	-8,0%	5.461	5,2%
Altri	186	3	-98,4%	27	800,0%	27	0,0%	4	-85,2%
TERP	0	0	0,0%	0	0,0%	82	8200,0%	4	-95,1%
OSS/OTA	0	0	0,0%	0	0,0%	2	200,0%	0	0,0%

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Attività CPS Corsico Annuale 2020

Attività Individuale									
Tipologia d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Prima Visita	271	431	59,0%	435	0,9%	422	-3,0%	385	-8,8%
Visita-Colloquio	8.895	9.307	4,6%	8.485	-8,8%	9.012	6,2%	8.511	-5,6%
Visite Domiciliari	587	642	9,4%	473	-26,3%	558	18,0%	208	-62,7%
Somministr. Farmaci	2.258	2.552	13,0%	2.636	3,3%	2.126	-19,3%	1.936	-8,9%
Psicoterapie Individuali	51	199	290,2%	87	-56,3%	148	70,1%	250	68,9%
Psicoterapie Familiari	1	3	200,0%	2	-33,3%	0	0,0%	1	100,0%
Colloqui Familiari	1.503	1.624	8,1%	1.164	-28,3%	1.607	38,1%	1.686	4,9%
Interventi Psico-educativi	1	1	0,0%	0	-100%	0	0,0%	0	0,0%
Riunioni Casi Interni UOP	1.472	1.530	3,9%	1.477	-3,5%	2.248	52,2%	2.427	8,0%
Valutazioni e accert.ml	75	82	9,3%	10	-87,8%	11	10,0%	3	-72,7%
Riunioni altri Enti	994	770	-22,5%	603	-21,7%	731	21,2%	975	33,4%
Riun. gruppi non istituzionali	101	100	-1,0%	64	-36,0%	91	42,2%	62	-31,9%
Interventi abilità di base	514	332	-35,4%	344	3,6%	715	107,8%	1.315	83,9%
Interventi risocializzazione	514	417	-18,9%	300	-28,1%	930	210,0%	710	-23,7%
Inserimenti Lavorativi	175	218	24,6%	165	-24,3%	213	29,1%	117	-45,1%
Supporto attività quotidiane	1.806	1.607	-11,0%	1.215	-24,4%	1.090	-10,3%	29	-97,3%
Supporto sociale	1.148	984	-14,3%	639	-35,1%	1.182	85,0%	985	-16,7%
N°.Totale Interventi	20.366	20.799	2,1%	18.099	-13,0%	21.084	16,5%	19.600	-7,0%

Sede d'intervento	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Interventi in sede	13.301	13.722	3,2%	12.176	-11,3%	13.070	7,3%	12.344	-5,6%
Interventi domiciliari	1.148	1.147	-0,1%	907	-20,9%	1.072	18,2%	385	-64,1%
Interventi in altro luogo	1.751	1.619	-7,5%	799	-50,6%	2.574	222,2%	1.551	-39,7%
Interv. in altra struttura UOP	118	102	-13,6%	80	-21,6%	115	43,8%	58	-49,6%
Residenzialità leggera	4.048	4.209	4,0%	4.137	-1,7%	4.253	2,8%	3.714	-12,7%
In Remoto	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2.548	254800,0%

Interventi per ruolo professionale*	Interventi 2016	Interventi 2017		Interventi 2018		Interventi 2019		Interventi 2020	
		quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.	quantità	% inc.
Medici	9.202	9.081	-1,3%	8.252	-9,1%	9.437	14,4%	9.309	-1,4%
Psicologi	925	1.042	12,6%	986	-5,4%	1.100	11,6%	1.076	-2,2%
Infermieri	9.457	9.448	-0,1%	7.000	-25,9%	8.643	23,5%	7.705	-10,9%
Ass. Sociali	3.755	3.163	-15,8%	3.105	-1,8%	4.171	34,3%	3.755	-10,0%
Educatori	4.757	5.018	5,5%	4.937	-1,6%	5.508	11,6%	5.529	0,4%
Altri	1.474	1.174	-20,4%	1.064	-9,4%	588	-44,7%	551	-6,3%
TERP	0	0	0,0%	0	0,0%	1.021	102100,0%	819	-19,8%
OSS/OTA	0	0	0,0%	0	0,0%	470	47000,0%	479	1,9%

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Attività Individuale SPDC Annuale 2020

	Interventi 2015	Interventi 2016	Interventi 2017	Interventi 2018	Interventi 2019	Interventi 2020
Numero Ricoveri	624	554	616	578	554	469
Incremento su anno precedente		-11,2%	11,2%	-6,2%	-4,2%	-15,3%
Paz. Ricoverati	421	385	398	373	357	325
Incremento su anno precedente		-8,6%	3,4%	-6,3%	-4,3%	-9,0%
Ammissioni	604	537	599	563	536	458
Incremento su anno precedente		-11,1%	11,5%	-6,0%	-4,8%	-14,6%
Recidive	183	152	201	190	179	133
Incremento su anno precedente		-16,9%	32,2%	-5,5%	-5,8%	-25,7%
TSO	53	49	48	40	20	16
Incremento su anno precedente		-7,5%	-2,0%	-16,7%	-50,0%	-20,0%
1° Ricovero	171	319	345	314	287	251
Incremento su anno precedente		86,5%	8,2%	-9,0%	-8,6%	-12,5%
Degenza gg	7001	7155	6821	7160	6695	6035
Incremento su anno precedente		2,2%	-4,7%	5,0%	-6,5%	-9,9%
Degenza media gg	11,22	12,92	11,07	12,39	12,08	12,87
Incremento su anno precedente		15,1%	-14,3%	11,9%	-2,4%	6,5%
Indice di saturazione	95,90%	97,75%	93,44%	98,08%	91,71%	82,45%
Incremento su anno precedente		1,9%	-4,4%	5,0%	-6,5%	-10,1%
Intervalli di TurnOver	0,48	0,30	0,78	0,24	1,09	2,74
Incremento su anno precedente		-37,8%	161,1%	-68,9%	350,9%	150,9%
Indice di rotazione	30,20	26,85	29,95	28,15	26,80	22,90
Incremento su anno precedente		-11,1%	11,5%	-6,0%	-4,8%	-14,6%

Intervalli di turnover : $((\text{giorni periodo} * \text{n}^\circ \text{ posti letto}) - \text{giorni degenza}) / \text{ricoveri}))$

Indice di rotazione : $(\text{n}^\circ \text{ ammissioni} / \text{n}^\circ \text{ posti letto})$

Degenza media : $(\text{giorni di degenza} / \text{ricoveri})$

Indice di saturazione : $((\text{giorni degenza} / (\text{n}^\circ \text{ posti letto} * \text{giorni periodo}))$

Recidive : $(\text{n}^\circ \text{ ammissioni} - \text{n}^\circ \text{ pazienti ricoverati})$

SESSO ed ETA/DIAGNOSI	SCHIZO- FRENIA	SINDROME AFFETTIVA	SINDROME NEVROTICA	DISTURBI PERSONAL.	ALTRE DIAGNOSI	TOTALE UTENTI
18/24	10	2	5	13	4	34
24/34	11	9	10	13	6	49
35/44	13	11	5	10	4	43
45/54	34	14	9	20	9	86
55/64	17	27	8	8	6	66
>65	7	12	5	2	8	34
TOTALE UTENTI	92	75	42	66	37	312
Maschi	53	40	18	36	22	169
Femmine	39	35	24	30	15	143

Analisi e sviluppo strategico dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano - Polo San Carlo, nel contesto dei cambiamenti in atto a seguito del processo di attuazione della nuova legge di riforma regionale

Attività Individuale Centro Diurno Annuale 2020

	Interventi 2016	Interventi 2017	Interventi 2018	Interventi 2019	Interventi 2020
Visita-Colloquio	191	96	177	138	100
Incremento su anno precedente		-49,7%	84,4%	-22,0%	-27,5%
Psicoterapie Individuali	152	156	136	95	139
Incremento su anno precedente		2,6%	-12,8%	-30,1%	46,3%
Colloqui/Psicoter. Familiari	61	29	32	51	62
Incremento su anno precedente		-52,5%	10,3%	59,4%	21,6%
Interventi Psico-educativi	0	0	1	0	0
Incremento su anno precedente		0,0%	100,0%	-100,0%	0,0%
Riunioni Casi Interni UOP	393	330	376	429	339
Incremento su anno precedente		-16,0%	13,9%	14,1%	-21,0%
Valutazioni e accert.ml	7	23	68	4	0
Incremento su anno precedente		228,6%	195,7%	-94,1%	-100,0%
Riunioni altri Enti	18	6	3	6	0
Incremento su anno precedente		-66,7%	-50,0%	100,0%	-100,0%
Riun. gruppi non istituzionali	24	18	30	29	13
Incremento su anno precedente		-25,0%	66,7%	-3,3%	-55,2%
Interventi abilità di base	818	721	683	770	613
Incremento su anno precedente		-11,9%	-5,3%	12,7%	-20,4%
Interventi risocializzazione	45	46	65	61	35
Incremento su anno precedente		2,2%	41,3%	-6,2%	-42,6%
Inserimenti Lavorativi	0	1	0	1	19
Incremento su anno precedente		100,0%	0,0%	100,0%	1800,0%
Supporto soc./att.quotidiane	0	0	1	2	0
Incremento su anno precedente		0,0%	100,0%	100,0%	-100,0%
N°.Totale Interventi	1.709	1.426	1.572	1.586	1.320
Incremento su anno precedente		-16,6%	10,2%	0,9%	-16,8%