

Spett.le ASST Sette Laghi
di Varese

La/Il sottoscritto/o

BIAGIOTTI GIUSEPPE

In relazione alla candidatura agli incarichi di funzione e come previsto dal Regolamento Aziendale con la presente ai sensi della normativa vigente;

AUTORIZZA

ASST SETTE LAGHI

Dalla pubblicazione della/delle seguente/i Relazione/i:

Project Work di Biagiotti Giuseppe

DSAD: Quale innovazione nell'organizzazione? Empowerment del
Case Management comunitario e centralità del paziente nei percorsi di cura

Luogo e Data ARGi'sale

Firma per autorizzazione alla pubblicazione Biagiotti Giuseppe

9 Febbraio 2021

Sistema Socio Sanitario  	Project Work di Giuseppe Biagiotti DSMD: quale innovazione nell'organizzazione? Empowerment del Case Management comunitario e centralità del paziente nei percorsi di cura	DAPSS Pagina 1 di 3
--	--	-----------------------------------

Descrizione tipologia progetto	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Miglioramento e sviluppo in ambito organizzativo assistenziale e riabilitativo
Data Stesura e presentazione	9 febbraio 2021

INDICE

1.1 Motivazioni alla candidatura Incarico di Funzione	pag. 1
1.2 Premessa	pag. 1
1.3 Finalità	pag. 1
2.1 Analisi del contesto	pag. 2
2.2 Obiettivi generali	pag. 2
3.1 Obiettivi specifici	pag. 3
3.2 Conclusioni	pag. 3

1.1 MOTIVAZIONI ALLA CANDIDATURA QUALE INCARICO DI FUNZIONE DAPSS AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Nel formulare la mia candidatura alla Funzione in oggetto mi sono chiesto quali fossero le ragioni che avrebbero potuto sostenere la bontà del mio scopo. Ho approfondito il tema della motivazione personale, dell'attitudine e della competenza¹ chiedendomi se possedessi questi requisiti ed in quale misura. La mia motivazione è sostenuta dalla convinzione che l'impegno debba migliorare l'esistente, il funzionamento del sistema o di una sua parte; la mia conoscenza dell'Area è frutto di un'esperienza professionale di decenni, sia diretta sul campo che formativa; ciò ha costantemente arricchito la mia competenza tecnica tesa all'integrazione tra le figure professionali e al miglioramento continuo. Riguardo l'attitudine, credo di possedere la curiosità intellettuale, la coerenza, il senso critico e il senso di responsabilità, necessari per il raggiungimento degli scopi e degli obiettivi della "mission" dell'incarico di Funzione Area Salute Mentale e Dipendenze.

1.2 PREMESSA

*"Per ottenere un'assistenza di elevata qualità e migliori risultati di salute, i sistemi sanitari dovrebbero essere sostenibili dal punto di vista finanziario, coerenti con gli scopi dichiarati, centrati sulla persona e basati sulle evidenze"*².

Nell'elaborato si tratta il tema dell'empowerment del case management comunitario nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, al fine di orientare i servizi del DSMD alla recovery del paziente, che vede il concetto di salute integrarsi con la qualità della vita ed il benessere come *"condizione dinamica di equilibrio fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente, adattandosi al modificarsi della realtà circostante"*³.

1.3 FINALITÀ DEL PROGETTO

Ho cercato di rispondere a due ipotesi iniziali:

la prima se l'identificazione dei processi nell'assunzione della funzione/ruolo di Case Manager comunitario da parte del personale, attraverso il contributo di un coordinamento di Area efficace nell'integrare le risorse e nel sostenere un appropriato percorso formativo, potesse concorrere a migliorare la qualità dei percorsi di assistenza, riabilitazione e presa in carico.

La seconda ipotesi pone l'accento invece sull'analisi della percezione del clima e benessere organizzativo: il miglioramento della "salute organizzativa" dei team potrebbe divenire un fattore vincente al fine di aumentare la motivazione al miglioramento continuo, della propria realizzazione professionale e del senso di appartenenza aziendale.

In sostanza, se lo sviluppo di una maggiore autonomia e competenza professionale propria del Case Manager comunitario, potesse essere percepita dal personale sanitario e sociosanitario come elemento qualificante della propria valorizzazione professionale e conseguire la centralità del paziente nel percorso di cura con il suo coinvolgimento attivo nel piano di trattamento individuale, l'inclusione nell'ambito sociale, il percorso lavorativo, la dimensione abitativa, gli ambiti relazionali ed affettivi della vita del pz.

Inoltre proprio per la visione che questo modello organizzativo e gestionale sottende nel processo di lavoro, il perseguirlo appieno nei Servizi della Salute Mentale e Dipendenze favorirebbe una più efficace sinergia ed integrazione nel progettare e gestire gli interventi di rete territoriali ed istituzionali (es. tra SPDC, Case Management ospedaliero, CPS, Medici di Medicina Generale, SERD, NPIA, Strutture Residenziali e Semiresidenziali ecc.) nell'elaborare e proporre protocolli e procedure operative, nella pianificazione della presa in carico "precoce" dalle dimissioni dal SPDC, alla somministrazione di farmaci Long-Acting, al Foglio Unico di Terapia, interventi territoriali, domiciliari, riabilitativi ed assistenziali.

¹ Pennini A. "Le attitudini, i talenti e le motivazioni personali pp.33-35" in "Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie" Ed. Mac Graw Hill Education, Mi, 2013.

² World Health Organization, Regional Office for Europe "Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being." WHO Geneva, 2013.

³ Nuovo concetto di salute presentato nel 2011, World Health Organization.



2.1 ANALISI DEL CONTESTO

La ricerca⁴ ha messo in luce come i servizi del DSMD lombardi e le modalità di lavoro sviluppate negli ultimi 30 anni siano entrati in crisi rispetto sia ai mutamenti della società che dell'utenza. Il cambiamento epidemiologico è avvenuto sia in termini quantitativi: il tasso di prevalenza trattata è quasi raddoppiato e quello di incidenza trattata è triplicato⁵, che qualitativi del case mix⁶: accanto ai disturbi mentali gravi, nuove classi di pazienti es. giovani con disturbo della personalità ed abuso di sostanze, con disturbo dello spettro autistico provenienti dalla NPJA, con disturbi del comportamento alimentare, migranti con disturbo da stress post traumatico e pazienti autori di reato con misure di sicurezza; a tutto ciò non è seguito un cambiamento significativo del contesto organizzativo che è rimasto sostanzialmente invariato, articolato in CPS generalisti, con un SPDC focalizzato sui pazienti con disturbi mentali gravi gestiti in fase acuta e Strutture Residenziali e semiresidenziali finalizzate alla cura delle cronicità. Un modello non più sostenibile, sia per la carenza di specialisti, sia per i maggiori carichi di lavoro, sia per i cambiamenti avvenuti nella maturazione e autonomia professionale del personale. Le figure professionali afferenti alla DAPSS, nel DSMD sono Infermieri, Educatori professionali, Assistenti sociali e personale di supporto: OSS e Ausiliari, per un totale di 185 teste ad oggi. Le Strutture e i Servizi distribuiti nel territorio aziendale sono: SPDC Varese 13+1*(emergenze*) posti letto; SPDC Cittiglio 13 posti letto (ridotti a 8 da gennaio 2021)+ 4 posti Day Hospital; CRM Varese accreditata per 20 posti letto; CRM Luino accreditata per 15 posti letto; CPA Villa Forzinetti Varese accreditata per 13 posti letto; CPM Luino accreditata per 20 posti letto; CD Varese, CD Bisuschio, CD Luino, accreditati per max 20 posti in presenza; CPS di Varese, CPS di Arcisate e CPS di Azzate della Psichiatria di Varese: bacino di utenza, circa 217.000 abitanti con un tasso di prevalenza di 1,8%; CPS di Laveno, CPS di Luino afferenti alla Psichiatria di Luino: bacino di utenza, circa 119.000 abitanti con un tasso di prevalenza di 1,4%. SERD Varese, SERD Cittiglio, SERD Tradate, SERD Arcisate, con attività di prevenzione e contrasto delle dipendenze, vecchie e nuove. Le conclusioni di una ricerca⁷ sui dati di attività registrati in psiche web dal 2013 al 2017 nei CPS della psichiatria di Varese, segnalavano *"una preoccupante perdita di terreno sul territorio"* e *"diminuzione delle attività di infermieri e medici disomogenea per periodo e servizio"* trend confermato dai dati psiche web 2019 e 2020⁸ sia per Varese che per il Verbano. È interessante notare come i dati percentuali dei percorsi di cura indichino circa il 44% di Consulenze, il 47% di Assunzione in cura e il 9% di Prese in carico per Varese; il 30% di Consulenze, il 62% di Assunzione in cura e il 8% di Prese in carico per il Verbano. I dati mostrano come i team di lavoro siano in generale statici (anche prima del covid), i punti di debolezza sembrano essere determinati dall'assenza di un metodo di lavoro omogeneo, standardizzato e condiviso. Si lamentano mancanza di mezzi e di tempo, ma la gestione sembra caotica, poco improntata alla pianificazione. Sembra esserci uno scarso coinvolgimento degli psichiatri che determina una sorte di limite al mandato di assunzione di responsabilità professionale degli altri operatori dell'équipe e dell'empowerment delle funzioni del case manager. I maggiori ostacoli sembrano essere determinati dalla resistenza al cambiamento, dallo scarso interesse all'innovazione e soprattutto da una cultura pervasiva di tipo autoreferenziale che non vede utilità né beneficio nella pianificazione progettuale del lavoro con l'assunzione di un agire cooperativo, con ruoli, funzioni e responsabilità determinate, non subordinate ad una visione medico-centrica.

2.2 OBIETTIVO GENERALE

La presa in carico del soggetto cronico vede il superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sul modello di analisi del funzionamento bio-psico-sociale. Un modello di *asessment* dei bisogni della persona globale, da ciò la necessità di fornire al professionista socio-sanitario una formazione qualificata e specifica, un set di strumenti per programmare obiettivi e valutarne il raggiungimento a distanza di tempo, secondo un approccio *evidence-based* da affiancare agli strumenti diagnostici già presenti nei servizi. Diviene indispensabile la valutazione funzionale del pz, operata dai diversi punti di vista professionali, con l'adozione di strumenti qualitativi (interviste e storie di vita, carte di rete) e strumenti quantitativi (scale, classificazione ICF ecc.) per definire gli obiettivi del Piano di Trattamento Individuali. La condivisione del gruppo di lavoro di questi temi può determinare il convincimento necessario per adottare nuove tipologie d'intervento, che definiscano i criteri rispetto alla Presa in carico dei pazienti gravi e dei percorsi di cura per patologia, gli indicatori per definire le priorità e la tipologia (assistenziale, riabilitativa, sociale) del "bisogno di Presa in carico", degli esiti della stessa e di conseguenza una valutazione appropriata del carico di lavoro in funzione dello specifico professionale. Sono tre le condizioni propedeutiche allo sviluppo di tale modello operativo: la prima è che il team di lavoro sia qualificato e formato, con una forte integrazione professionale; la seconda e la terza sono il tempo e la disponibilità che occorre per modificare l'esistente. Parrebbe strategicamente necessario lavorare affinché queste condizioni si realizzino investendo nella capacità dei team di lavoro di rinnovarsi.

⁴ Lora A. (a cura di) "Il Sistema di Salute Mentale di Regione Lombardia, Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria infantile e Terme pp.58-84", Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Milano, 2007.

Lora A. (a cura di) "Il Sistema informativo per la Salute Mentale di Regione Lombardia, dal monitoraggio alla valutazione pp.25-42" in "La psichiatria di comunità in Lombardia" Eupolis Lombardia, Ed. Mac Graw Hill, Mi, 2013.

⁵ "Balestreri et al." 1992, Ministero della Salute, 2019, "Rapporto Salute Mentale - Analisi dei dati del Sistema informativo per la Salute Mentale, Anno 2017" disponibile : <http://www.salute.gov.it>

⁶ "I percorsi di cura nei disturbi mentali gravi, tra valutazione della qualità della cura e nuovi modelli di finanziamento" Progetto QUADIM finanziato nel 2016 dal Ministero della Sanità, Convegno, Regione Lombardia, 18 aprile 2019, Milano

⁷ Fonte: Diurni e Sutura. Presentazione: "Dati attività: CPS Varese, Azzate e Arcisate", (Psiche web), UOP Varese, ottobre 2017.

⁸ Sistema Informativo Psichiatrico della Regione Lombardia (Psiche web), Rilevazione attività periodo dal 01/01/2019 al 31/12/2020 Varese (sistema interrogato il 31 dicembre 2020) - Rilevazione attività periodo dal 01/01/2019 al 28/12/2020 Verbano, (sistema interrogato il 29 dicembre 2020).



L'orientamento e le scelte organizzative future saranno fortemente condizionate dalla cultura e dalla competenza degli operatori dell'équipe multi professionali nello strutturare percorsi personalizzati di cura per patologia e appropriatezza⁹. Il progetto QUADIM¹⁰ ha documentato come i servizi presentino livelli significativi di non appropriatezza e disomogeneità nella qualità erogata sia tra Regioni che nelle Regioni stesse¹¹. Per potenziare sul territorio équipe integrate di "prossimità" è necessario formare "case manager" non medici nella gestione dei pazienti con disturbo mentale grave e stabilizzato e modificare l'organizzazione interna per realizzare l'integrazione non semplice tra le due fasi consecutive della formazione e dell'implementazione. Questi passaggi di competenza tra figure professionali su specifiche aree cliniche sono definiti dall'OMS¹² "task shifting" ovvero "la redistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri a qualificazione formale meno elevata, ma specificatamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili".

3.1 OBIETTIVI SPECIFICI

- Continuità e sicurezza dei trattamenti nei servizi del DSMD. L'obiettivo di tendere a standard omogenei di appropriatezza, può trovare nell'utilizzo e implementazione della cartella clinica informatizzata un forte strumento di integrazione della rete istituzionale.
- Umanizzare la cura e l'assistenza in SPDC è l'obiettivo che dovrebbe accompagnare e orientare i processi di lavoro e gli outcomes, migliorare la qualità tecnica erogata in SPDC dal personale e favorire un approccio relazionale focalizzato sul pz (Primary Nursing), prevenire i comportamenti aggressivi e diminuire gli episodi di contenzione.
- Rimodulare e specializzare il case mix professionale, potenziando e modificando il rapporto tra i professionisti della riabilitazione e dell'assistenza nei servizi in funzione della loro mission. Per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione delle strutture Residenziali¹³ e semiresidenziali, un elemento su cui riflettere è la scarsa specializzazione sia delle strutture che del personale con il rischio di risposte indifferenziate e istituzionalizzanti; in particolare quando il paziente è giovane e i programmi sono di lungo periodo, il rapporto con il territorio e con la famiglia è fragile e gli obiettivi sono vaghi.
- Abbattere le recidive dei ricoveri favorendo un primo contatto del pz nei giorni successivi alla dimissione (come da obiettivi Regione Lombardia) formando case manager che sappiano efficacemente utilizzare le reti sociali e sanitarie del territorio e che implementino la conoscenza e la collaborazione tra i servizi, CPS, SPDC e MMG ecc.
- Evitare il burn-out del personale e la sclerotizzazione dei comportamenti, attraverso la gestione di percorsi professionali formativi mirati, interventi per la prevenzione dello stress lavorativo e di supervisione. Altresì si rende opportuno un utilizzo delle risorse umane appropriato e flessibile.
- Perseguire compiutamente l'integrazione tra i servizi della Psichiatria e quelli delle Dipendenze, già in stato avanzato nella gestione dei casi a "doppia diagnosi" e lo sviluppo di una progettualità condivisa in merito alla prevenzione nei giovani adolescenti e adulti (15-20 anni).
- Sviluppare azioni organizzative "programmatiche" integrate e sperimentali tra i servizi della salute mentale dell'età evolutiva (NPJA) e della salute mentale dell'età adulta (Psichiatria) dedicati alla intervento precoce nei disturbi psichici gravi¹⁴ adolescenziali e nel passaggio dei casi dei giovani adulti tra la NPJA e la Psichiatria.

3.2 CONCLUSIONI

Si è ipotizzata una stretta correlazione tra la soddisfazione del proprio lavoro e la motivazione degli individui a far bene il proprio lavoro. Locke¹⁵ afferma che la soddisfazione lavorativa è *"uno stato emozionale piacevole o positivo derivante dalla percezione che l'attività professionale svolta consente di soddisfare importanti valori personali connessi al lavoro"*. Ma cosa rende soddisfatti del proprio lavoro? I team sembrano interessati a migliorare i processi di lavoro, si ha però la percezione di mancanza di chiarezza su "cosa bisogna fare" e "chi lo deve fare" e di lentezza nell'esecuzione dei compiti. I gruppi di lavoro sono costituiti da personale di un'età anagrafica importante: il 30% ha un'età che va oltre i 55 anni, mentre la fascia di maggiore consistenza è costituita da persone che hanno tra i 40 anni e i 55 anni, pari al 60%. È evidente che questa connotazione, può determinarsi come vincolo rispetto al cambiamento e all'innovazione in termini di resistenza, ma può anche rappresentare una notevole risorsa umana per competenza ed esperienza su cui investire in termini formativi e motivazionale. In ultima analisi parrebbe proficuo gestire le risorse in funzione della costruzione di team di lavoro ben equilibrati integrati e flessibili, dove l'opportunità del ricambio generazionale degli operatori potrebbe essere sfruttata per ridefinire con maggiore appropriatezza il personale rispetto allo specifico professionale.

⁹ Conferenza unificata Stato Regioni 13 novembre 2014 "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità", disponibile su: <http://www.regioni.it/sanita/2014>.

¹⁰ Progetto QUADIM (QUALità della cura nei Disturbi Mentali) finanziato nel 2016 dal Ministero della Sanità, attraverso i programmi del Centro Controllo Malattie ha coinvolto 4 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia).

¹¹ Monzani E. e Lora A. (a cura di) "La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia" Regione Lombardia, Direzione Sanità, 2013.

¹² World Health Organization, "task shifting: global recommendations and guideline" WHO Geneva, 2008.

¹³ Conferenza unificata Stato Regioni 17 ottobre 2013 "Le Strutture Residenziali Psichiatriche", disponibile su: <http://www.salute.gov.it>

¹⁴ Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013.

¹⁵ Locke, E. A., "The Nature and Causes of Job Satisfaction." In M. D. Dunnette, ed., Handbook of Industrial and Organizational Psychology.

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong M., *Come dirigere le persone*, Franco Angeli, Milano, 2009.
2. Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale (QuASM), *Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*, III revisione, Milano, 2008, disponibile all'indirizzo: <http://www.accreditamento.it>
3. Avallone F., Bonaretti M. (a cura di), *Benessere Organizzativo per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche, Analisi e strumenti per l'innovazione*, I Manuali, Programma Cantieri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Rubbettino, Catanzaro, 2003.
4. Boldizzoni D. (a cura di), *Management delle risorse umane, dalla gestione del lavoratore dipendente alla valorizzazione del capitale umano*, ISTUD, Il sole 24 ore, Milano, 2003.
5. Cassis I., *L'infermiere case manager in Psichiatria*, L'Infermiere, 7/2006, pp 21-5.
6. Caunt J., *Imparate ad organizzarvi*, Franco Angeli, Milano, 2007.
7. Chiari P., Santullo A. *L'infermiere Case Manager, dalla teoria alla prassi*, McGraw-Hill, Milano, 2° ed., 2010.
8. CMSA, *Case Management Model Act-Supporting case management programs*, Case Management Society of America, Ranch Drive, Little Rock, Arkansas, USA, 2009, disponibile all'indirizzo: <http://www.csma.org>
9. Erlicher A., Rossi G. *Manuale di Accreditamento Professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*, Qualità e accreditamento, Centro Scientifico, Torino, 2003.
10. Goleman D., Boyatzis R.E., McKee A., *Essere leader*, BUR Rizzoli, Milano, 2002, Cap. 4, pp 81-99, Cap.9, pp 211-31.
11. Guay J., *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli, 2000.
12. Guidicini P., *Questionari Interviste Storie di vita come costruire gli strumenti, raccogliere le informazioni ed elaborare i dati*, Collana di sociologia, Franco Angeli, Milano, 1995.
13. IREF, *Corso di formazione per i Case Manager dei DSM della Regione Lombardia*, materiale didattico IREF, Milano, 2010
14. IREF, *Corso di formazione per i Case Manager-Attuazione fase locale Case Manager*, materiale didattico IREF, A.O Ospedale di Circolo di Varese e Fond.Macchi, Varese, 2011.
15. IPASVI Ferrara, *Case management (Internet)*, materiale didattico in Corso di aggiornamento, Collegio Provinciale IPASVI Ferrara 2006, Disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvife.it/case_management.ppt
16. Locke, E. A., *The Nature and Causes of Job Satisfaction*. In M. D. Dunnette, ed., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Rand McNally, Chicago, 1976, pag.1304.
17. Lora A., (a cura di) *Il Sistema di Salute Mentale di Regione Lombardia*, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Milano, novembre 2007, disponibile all'indirizzo: <http://www.psychiatryonline.it>
18. Lora A. (a cura di) *"Il Sistema informativo per la Salute Mentale di Regione Lombardia, dal monitoraggio alla valutazione pp.25-42"* in *"La psichiatria di comunità in Lombardia"* Eupolis Lombardia, Ed. Mac Graw Hill, Milano, 2013.
19. Maguire L., *"Il lavoro sociale di rete"*, 2° ed, Erickson, Trento, 2002.
20. Maslow A., *"Motivazione e Personalità"*, 6° ed., Armando Editore, Roma, 1992.
21. Ministero della Salute, 2019, *Rapporto Salute Mentale "Analisi dei dati del Sistema informativo per la Salute Mentale (SISM), Anno 2017"* disponibile : <Http://www.salute.gov.it>
22. Monzani E. e Lora A. (a cura di) *"La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia"* Regione Lombardia, Direzione Sanità, Milano, 2013.
23. Pasqualotto L., Carozza P., Cibir M. (a cura di) *"ICF, salute mentale e dipendenze" sottotitolo "strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery"*, ed. Carocci Faber, collana I Manuali, Roma, 2020.
24. Paladino M., Cerizza Tosoni T., *"Il Case Management nella realtà sociosanitaria italiana"* ed. Franco Angeli, Milano, 2000.

25. Pennini A. *"Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie"* ed. Mac Graw Hill Education, Milano, 2013.
26. Progetto QUADIM (*QUALità della cura nei Disturbi Mentali*) finanziato nel 2016 dal Ministero della Sanità, attraverso i programmi del Centro Controllo Malattie ha coinvolto 4 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia).
27. Ruggeri M., Tansella M., (a cura di), Scapicchio P.L. (prefazione di), *"CAN: Camberwell Assessment of Need. Uno strumento per la valutazione dei bisogni nei soggetti con disturbi mentali gravi,"* Psichiatria Oggi Edizione Italiana, CIC edizioni Internazionali, Roma 2000.
28. Starr J., *"Quando il capo diventa coach"*, ed. Franco Angeli, Milano, 2011.
29. Sestante n.8, rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri *"L'Innovazione nella personalizzazione i nuovi DSM DP"*, URP/AUSL della Romagna, Forlì, dicembre 2019.
30. World Health Organization, Regional Office for Europe *"Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being."* WHO Geneva, 2013.
31. World Health Organization, *"task shifting: global recommendations and guideline"* WHO Geneva, 2008.

FONTI NORMATIVE

- DGR, 16 dicembre 2019, n.XI/2672 *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020.*
- L.R., 11 agosto 2015, n. 23 *Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009 n.33 (testo unico in materia di sanità).*
- Conferenza unificata Stato Regioni 13 novembre 2014 *"Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"*, disponibile su: <http://www.regioni.it/sanita/2014>.
- Conferenza unificata Stato Regioni 17 ottobre 2013 *"Le Strutture Residenziali Psichiatriche"*, disponibile su: <http://www.salute.gov.it>
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013.
- DGR, 01 dicembre 2010, n.IX/937, *Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sanitario per l'esercizio 2011.All.9 punto3-Monitoraggio delle attività erogate dai CPS.*
- L.R, 30 dicembre 2009, n.33 *Testo Unico in materia di Sanità.*
- DGR, 26 novembre 2008 n.VIII/8501, *Linee di indirizzo regionali per il triennio 2009/2011: sviluppo e innovazione in psichiatria*, allegato n.11.
- L.R., 12 marzo 2008, n.3 *Governo della rete degli interventi e dei Servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario.*
- Circolare 49/San, 8 novembre 2005, *Indirizzi operativi per la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche in attuazione del Piano Regionale Salute Mentale*, Giunta Regionale Direzione Generale Sanità.
- Circolare 28/San, 21 luglio 2004, *Residenzialità Psichiatrica: prime norme attuative del Piano Regionale Salute Mentale*, Giunta Regionale Direzione Generale Sanità.
- DGR, 17 maggio 2004, n.VII/17513, *Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale.*
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- DGR, 06 agosto 1998, n.6/38133, *Attuazione dell'art.12 comma 3 e 4 della L.R. n.31/97, Definizione dei requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie.*
- L.R., 16 settembre 1988 n.47, *Organizzazione e funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale.*
- L.R., 31 dicembre 1984 n.67, *Provvedimento per la Tutela Socio-Sanitario dei malati di mente e per le riorganizzazione dei servizi psichiatrici.*
- Legge 13 maggio 1978 n.180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori.*