



**APPELLO
PER LA SALUTE
MENTALE**

**DOSSIER
INFORMATIVO**

**AGGIORNAMENTO
GENNAIO 2025**

info: salutementaleappello@gmail.com

Documento a cura di *Coripe, Consortium for Research and Continuing Education in Economics*,
nell'ambito del progetto "*Salute mentale: giovani, persone, famiglie e servizi*",
finanziato dalla Fondazione Compagnia di San Paolo

Premessa

Il seguente dossier contiene alcune informazioni significative e alcuni documenti di base sulla salute mentale in Piemonte.

L'obiettivo è condividere pochi elementi di conoscenza sulle condizioni di salute della popolazione, sui diritti delle persone con sofferenza mentale e sui principali documenti nazionali e regionali che dovrebbero guidare l'azione delle aziende sanitarie del Piemonte. Informazioni e documenti spesso noti solo a pochi addetti ai lavori, ma non sufficientemente conosciuti da tutti i professionisti e dalla popolazione.

Il dossier contiene:

- quattro schede sintetiche sulle risorse (finanziarie e di personale) e sulle attività dei DSM della regione Piemonte, nonché sulla salute mentale dei giovani;
- lo stralcio degli articoli di interesse per la salute mentale della *Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità*, un ombrello protettivo anche per le persone con esperienza di disagio mentale;
- gli articoli del DPCM 2017 sui *Livelli Essenziali di Assistenza* relativi alla salute mentale rispettivamente dei minori, degli adulti e delle persone con dipendenze patologiche;
- copia della lettera con la quale nel 2001 i Presidenti delle Regioni si sono impegnati a destinare alla salute mentale almeno il 5% del Fondo sanitario regionale (impegno sempre disatteso);
- il *Piano di azione per la salute mentale* della regione Piemonte del 2019, la cui attuazione è ancora piuttosto carente;
- il recente provvedimento nazionale sul *Budget di salute*, progettato con la persona cui è destinato, da adottare in tutte le regioni;
- l'appello dei professionisti delle Neuropsichiatrie dell'infanzia e della adolescenza del Piemonte sull'emergenza adolescenza.

MATERIALE INFORMATIVO

MATERIALE INFORMATIVO	4
1. LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE.....	5
2. CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'	9
3. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, LEA	10
4. IMPEGNO DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI	17
5. PIANO D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE (PASM)	18
7. LINEE PROGRAMMATICHE: PROGETTARE IL BUDGET DI SALUTE CON LA PERSONA	29
8. APPELLO DEI MEDICI NEUROPSICHIATRI INFANTILI DELLE REGIONI PIEMONTE, VALLE D'AOSTA E LIGURIA SULL'EMERGENZA ADOLESCENZA	37

1. LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

L'assistenza agli adulti con sofferenza mentale¹ Confronto Piemonte-Italia - anno 2023

La **spesa sostenuta** per la salute mentale in Piemonte è molto contenuta: circa 67 euro per persona nel 2022 (i dati del 2023 non sono ancora disponibili), 6,3% in meno rispetto ai valori medi nazionali (pari a 72 euro). Anche la percentuale di **risorse destinate alla salute mentale** è inferiore alla media nazionale: 2,7% del Fondo sanitario regionale, contro il 3% dell'intero Paese.

Il **personale** disponibile (anno 2023) è ancor più contenuto: quasi un terzo in meno della media nazionale. Emergono alcuni dati molto preoccupanti: la forte presenza di posti letto residenziali (il 55% in più della media nazionale, con conseguente forte assorbimento di risorse); la lunga permanenza dei pazienti nelle residenze (+ 71%), il diffuso ricorso al ricovero ospedaliero (+57%) e il frequente ricorso al Pronto soccorso (+49%).

	PIEMONTE	ITALIA	Var. %
Spesa pro capite (anno 2022)	67,4	71,9	-6,3%
Spesa in % FSR (anno 2022)	2,7%	3%	-9,3%
Personale DSM x 100.000 ab.	39,7	58,3	-31,9%
Assistenza territoriale			
Prevalenza - utenti trattati x 10.000 ab (tasso stand.)	201,3	169,5	+18,8%
Incidenza - nuovi casi trattati x 10.000 ab (tasso stand.)	50,1	54,2	-7,56%
Prestazioni medie utente/anno	12,1	13,6	-11,0%
P.L. strutture psichiatriche residenziali (pubbliche e private) x 10.000 ab	7,9	5,1	+54,9%
Durata media trattamento residenziale (gg)	1.883	1.098	+71%
Assistenza ospedaliera			
Dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da tutti i reparti (x 100.000 ab)	41,3	26,3	+57%
Degenza media tutti i reparti, reg. ord. (gg)	19,9	14,4	+38%
Degenza media reparti psichiatria, reg. ord. (gg)	12,1	12,4	-2,4%
% Riammissioni non programmate entro 30 gg dalla dimissione nei reparti di Psichiatria	15,4%	14,8%	+4,1%
TSO x 10.000 ab	1,0	1,0	-
Accessi PS per motivi psichiatrici x 1.000 ab.	17,1	11,5	+48,7%
Assistenza farmaceutica (DDD 1.000 ab. die)²			
Antidepressivi (in convenzione)	50,7	44,3	+14,4%
Antidepressivi (distribuzione diretta)	3,5	0,6	+483%
Antipsicotici (in convenzione)	1,0	2,69	-63%
Antipsicotici (distribuzione diretta)	8,8	4,9	+79,5%

Fonte: Elaborazione su dati SISM relativi al 2023, salvo i dati di spesa che si riferiscono al 2022.

¹ Il Sistema Informativo Salute Mentale del Ministero della salute rileva esclusivamente l'attività svolta dai DSM, alle persone con più di 18 anni.

² Dosi giornaliere definite (DDD, Defined Daily Dose) erogate ogni 1.000 abitanti (adulti) in media al giorno, in regime di convenzione (dalle farmacie convenzionate) o in distribuzione diretta (tramite le strutture sanitarie del Ssn).

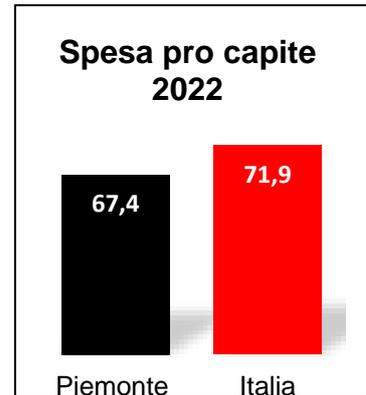
La spesa per la salute mentale

Le risorse destinate dal Piemonte alla salute mentale sono molto contenute.

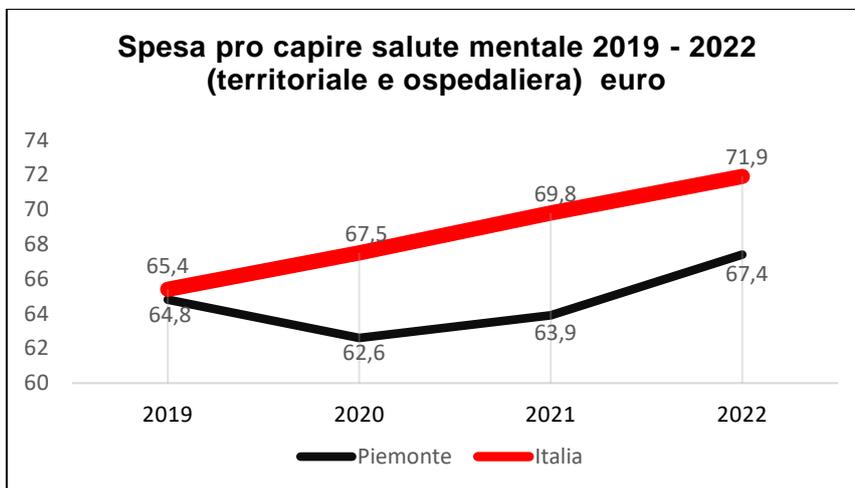
In valore assoluto, la regione Piemonte spende, nell'anno 2022 (ultimo anno disponibile), 245 milioni di euro, corrispondenti al solo 2,7% del Fondo sanitario regionale, a fronte di una media nazionale del 3%.

Si ricorda che nel 2001 la Conferenza dei Presidenti delle Regioni assunse l'impegno di raggiungere il 5% del FSR.

Rispetto alla popolazione, la spesa è pari a 67,4 euro pro capite, contro una media nazionale di 71,9 euro (-6,3%).



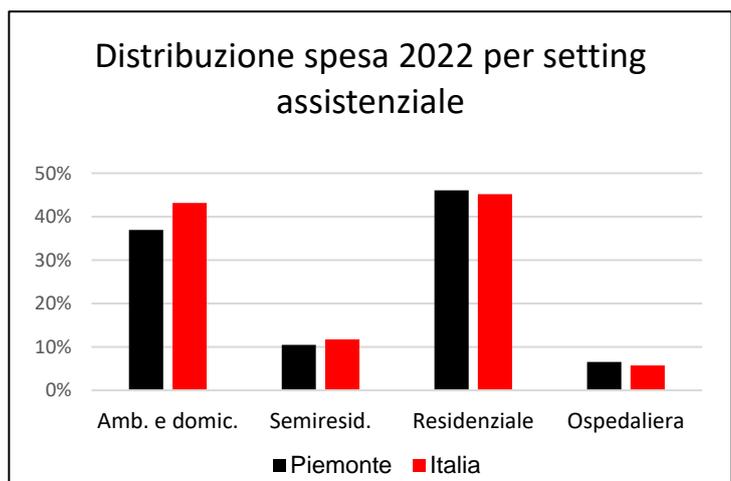
Da parecchi anni il Piemonte destina alla salute mentale meno risorse del resto del Paese. Nel 2019, la differenza era minima, mentre negli anni il divario è cresciuto, con solo una lievissima flessione nel 2022.



Il costo complessivo dell'assistenza *territoriale* ammonta a 229 milioni, di cui il 37% per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare (percentuale inferiore al 41% della media nazionale), il 10% per la semiresidenziale (media nazionale: 11%) e il 46% per l'assistenza residenziale (superiore al 43% della media nazionale).

La spesa per l'assistenza ospedaliera (remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero) è pari a 16 milioni, corrispondenti al 7% della spesa totale (5% a livello nazionale).

Rispetto al resto del Paese, le cure erogate in Piemonte a chi sperimenta disturbi mentali appaiono caratterizzate da un maggior ricorso alla residenzialità e al ricovero ospedaliero e da un minor impegno nell'attività ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale.



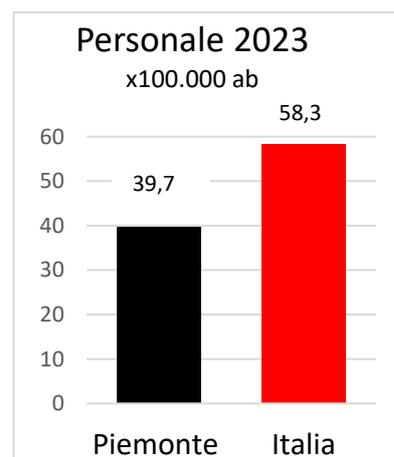
Fonte: elaborazione dati SISM, Ministero Salute, vari anni. I dati si riferiscono alla sola popolazione adulta.

Il personale per la salute mentale*

Il personale è una risorsa fondamentale per garantire l'assistenza alle persone con sofferenza mentale.

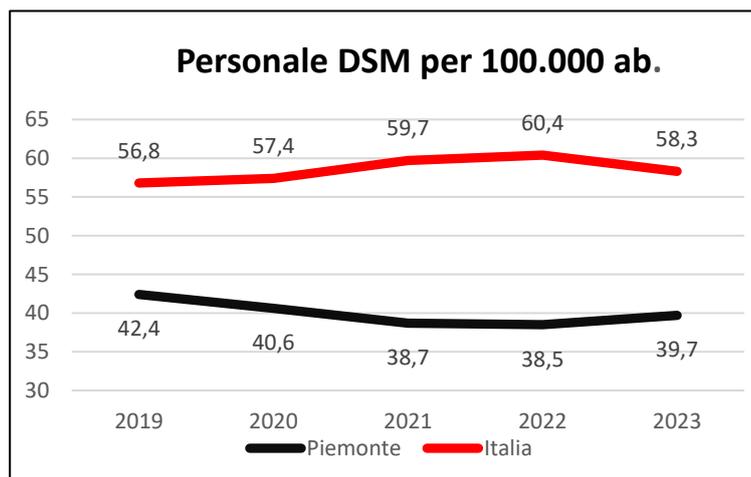
In Piemonte la dotazione di personale dei DSM è nettamente inferiore alla media nazionale: 39,7 professionisti ogni 100.000 abitanti, contro una media nazionale di 58,3 (-32%).

Particolarmente carente il personale medico (-32% rispetto al resto del Paese), infermieristico (-18%), Ota/Oss (-31%) e psicologi (-49%).



Personale DSM per qualifica (x 100.000 ab)		
Personale	PIEMONTE	ITALIA
Medico	6,8	10,0
<i>di cui Psichiatri</i>	5,8	6,5
Psicologo	2,3	4,5
Infermiere	19,9	24,4
Tecn. Riabilit. Psych.	0,3	1,2
Educatore Prof.	2,7	4,4
OTA/O.S.S.	4,6	6,7
Assistente Sociale	1,2	2,4
Sociologo	0,1	0,1
Amministrativo	1,3	1,6
Altro	0,4	3,0
Totale	39,7	58,3

L'evoluzione della dotazione di personale è in Piemonte in controtendenza rispetto al resto del Paese. Dal 2019 al 2023, la dotazione è diminuita del 6,5% mentre nel resto del Paese è aumentata del 2,6%.



La diminuzione dal 2019 al 2023 del personale piemontese riguarda quasi tutte le qualifiche professionali impegnate nei Dipartimenti di Salute Mentale, in particolare i medici, gli infermieri, gli educatori e gli Ota/Oss, figure già molto carenti prima del Covid.

Aumentano solo gli psicologi (ma di un terzo rispetto a quanto registrato a livello nazionale).

Si osserva una forte riduzione degli Ota/Oss: la cui dotazione si è ridotta del 9% a fronte di un aumento a livello nazionale di ben il 10%.

Personale 2023 (var. % su 2019)		
	Piemonte	Italia
Medico	-15%	-5%
Psicologo	+4%	+12%
Infermiere	-4%	-4%
Educatore	-7%	+29%
Ota/Oss	-9%	+10%
Altro	-6%	+23%
Totale	-6,5%	+2,6%

* Fonte: elaborazione dati SISM, Ministero Salute, vari anni. I dati del 2023 sono riferiti al 31.12.2022. Le variazioni tra il 2019 e il 2023 sono calcolate a partire dai dati del personale dei DSM (tassi per 100.000 ab.).

La salute mentale dei ragazzi e dei giovani

Le informazioni disponibili sul disagio mentale di bambini, adolescenti e giovani-adulti sono estremamente carenti, a livello europeo, nazionale e regionale.

Alcuni dati sono reperibili nei report dell'Unicef³.

Riportiamo di seguito alcuni dati significativi.

A livello globale, un adolescente su sette convive con un disturbo mentale diagnosticato. Spesso, stigma e paura impediscono ai ragazzi di chiedere e ricevere aiuto, limitando le opportunità di stare meglio, crescere e raggiungere il proprio potenziale.

Nonostante la carenza di dati, le evidenze indicano che, nel 2022, per quasi la metà dei giovani tra i 18 e i 29 anni i bisogni di assistenza per la salute mentale non erano soddisfatti.

Secondo l'Unicef, nei paesi dell'UE:

- 1 bambino su 4 è a rischio di povertà o esclusione sociale
- 11 milioni di bambini e giovani soffrono di problematiche legate alla salute mentale.
- Circa 5,9 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine hanno problemi di salute mentale. Il tasso è più alto per i maschi rispetto alle femmine fino a 14 anni e un po' più alto per le femmine tra i 15 e i 19 anni
- Gli adolescenti hanno maggiori probabilità di essere esposti a problematiche legate alla salute mentale, tra cui ansia e depressione, che colpiscono un quinto dei giovani tra i 15 e i 19 anni. I tassi aumentano con l'età.
- Nei giovani di età tra 10 e 19 anni i disturbi d'ansia e depressione costituiscono circa il 40% di tutti i disturbi mentali. I tassi per entrambe le condizioni sono più elevati in questa fascia di età per le donne rispetto ai maschi.
- 1 bambino su 8, a partire dai 12 anni, riceve regolarmente richieste online indesiderate a sfondo sessuale.
- Circa la metà (48%) di tutti i problemi di salute mentale si manifesta entro i 18 anni, eppure molti casi rimangono non individuati e non trattati.
- Nel 2020, circa 931 giovani sono morti per suicidio nell'UE, circa 18 giovani a settimana. Il suicidio è la seconda causa di morte (dopo gli incidenti stradali) tra i giovani di età tra 15 e 19 anni. Circa il 70% dei giovani tra i 15 e i 19 anni che muoiono per suicidio sono maschi.
- I problemi di salute mentale tra i giovani europei sono aumentati durante la pandemia. L'impatto a lungo termine deve ancora essere studiato.

³ Unicef, *La Condizione dei bambini nell'Unione Europea nel 2024*, <https://www.datocms-assets.com/30196/1708354042-the-state-of-children-in-the-european-union-in-inglese.pdf>

2. CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'

La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale, costituisce uno strumento condiviso dalla comunità internazionale che segna valori e obiettivi per ampliare il grado di inclusione sociale delle persone con disabilità. La convenzione assimila i diritti delle persone con disabilità mentale a quelli delle persone con disabilità fisica, ponendo così fine a una discriminazione che sussisteva anche all'interno dello stesso mondo delle disabilità.

È stata ratificata dal Parlamento italiano con la legge 3 marzo 2009, n. 18 con la quale l'Italia si è impegnata a darne piena e intera esecuzione.

Il documento afferma, con riguardo alle persone con disabilità, il *diritto di avere diritti*, il che non è poco quando ci si riferisce a una popolazione che è stata, e continua ad essere, privata di molti diritti.

Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità

Articolo 1 (Scopo)

1. Scopo della presente Convenzione è promuovere, proteggere e garantire il **pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali** da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità.
2. Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature **menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali** che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

Articolo 25 (Salute)

Gli Stati membri riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità. Gli Stati membri adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l'accesso a servizi sanitari che tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione. In particolare, gli Stati membri devono:

- (a) fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone [...];
- (b) fornire alle persone con disabilità i servizi sanitari di cui hanno necessità proprio in ragione delle loro disabilità;
- (c) fornire i servizi sanitari [...] il più vicino possibile alle proprie comunità, comprese le aree rurali;
- (d) richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri [...];
- (e) vietare nel settore delle assicurazioni le discriminazioni a danno delle persone con disabilità [...];
- (f) prevenire il rifiuto discriminatorio di assistenza medica o di prestazione di cure e servizi sanitari o di cibo e liquidi in ragione della disabilità.



3. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, LEA

Quali sono le prestazioni, i servizi, i percorsi assistenziali cui hanno diritto le persone che sperimentano un disagio mentale?

La risposta è nel DPCM del 2017, il quale indica - per i diversi ambiti di bisogno - ciò che i cittadini hanno diritto di ricevere dal Ssn. Si tratta dei cosiddetti LEA, livelli essenziali di assistenza, che danno attuazione, per il settore sanitario, a quanto stabilito dalla Costituzione, che affida allo Stato il compito di definire i *“livelli essenziali delle prestazioni concernenti di diritti civili e sociali”* che devono essere *“garantiti su tutto il territorio nazionale”* (Costituzione, art. 117, comma 2, lettera m).

Si riportano di seguito gli articoli di interesse per la salute mentale.

Per l'ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo valgono gli articoli 25 e 32.

Per la salute mentale degli adulti valgono gli articoli 26 e 33.

Per le dipendenze patologiche valgono gli articoli 28 e 35.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 25

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;
- e) visite neuropsichiatriche;
- f) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- j) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanità;
- k) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- l) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- m) gruppi di sostegno per i familiari;
- n) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- p) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- q) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;
- t) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 32

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi di cui al comma 2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerge che i trattamenti territoriali o semiresidenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore.

2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni garantite mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento e con la famiglia;
- c) visite neuropsichiatriche;
- d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- e) colloqui psicologico-clinici;
- f) psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);
- g) interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);
- h) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee guida;
- i) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- j) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- k) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- l) collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale;
- m) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- n) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;
- o) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

3. In relazione al livello di intensità riabilitativa e assistenziale l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- b) trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- c) trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativi rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga motivata dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti a minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.

5. I trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui ai commi 3 e 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 26

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità, e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- e) visite psichiatriche;
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;
- o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;
- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 33

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;
- c) visite psichiatriche;
- d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapia farmacologiche;
- e) colloqui psicologico-clinici;
- f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- h) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- i) collaborazione con i medici di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acute. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1° ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 28

Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici;
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k) interventi di riduzione del danno;
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- q) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 35

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Ssn garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);
- f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- h) collaborazione con la rete sociale formale e informale;
- i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;
- j) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
- l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dip. patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dip. patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;
- c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dip. patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni la settimana;
- b) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno 5 giorni la settimana.

5. I trattamenti semiresidenziali di cui al comma 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

4. IMPEGNO DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI

In occasione della 1^a Conferenza Nazionale sulla Salute mentale del 2001, i Presidenti delle Regioni si sono impegnati a destinare almeno il 5% del Fondo sanitario regionale per le attività di promozione e tutela della salute mentale.

Ad oggi, le risorse destinate a livello nazionale alla salute mentale sono sempre state inferiori al 5%. Nel 2022, ultimo dato disponibile, la percentuale si attesta al 3% del Fsr. Per il Piemonte il dato è pari al 2,7% (Dati SISMI, Ministero salute)

Conferenza dei Presidenti delle Regioni

Roma, 18 gennaio 2001

Documento sulla Tutela della salute mentale

In occasione della Prima Conferenza Nazionale sulla Salute mentale – organizzata dal Ministero della Sanità in collaborazione con le Associazioni dei familiari e svoltasi a Roma nei giorni 10, 11 e 12 gennaio 2001 – le Regioni hanno avuto modo di rappresentare le diverse situazioni, le problematiche e le esigenze specifiche del settore nonché di confrontarsi con le altre istituzioni e con tutti i soggetti pubblici e privati che operano nel settore sugli impegni che devono ancora essere attuati.

Nell'evidenziare il ruolo della Regione che costituisce – nell'ambito di una strategia coordinata d'interventi – il livello istituzionale più adeguato alla realizzazione ottimale dei servizi alla persona e per la piena attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, le Regioni hanno ribadito il loro concreto impegno per la completa attuazione del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000 nelle singole realtà regionali.

In tale contesto hanno sottolineato l'importanza di:

1. realizzare il "Patto per la salute mentale" – previsto nel P.O. – fra i diversi attori sanitari e sociali, pubblici e privati Enti Locali ed Associazioni per valorizzare al massimo le risorse finanziarie ed umane presenti nel territorio;
2. promuovere Conferenze regionali per la salute mentale quali momenti di organizzazione, di programmazione e di raccordo delle azioni e delle risorse nelle singole Regioni;
3. realizzare in ogni Regione un programma di azioni integrate per la tutela della Salute mentale che abbia al centro dell'intervento i bisogni del paziente e che operi in stretta connessione con gli altri soggetti della Comunità sociale e territoriale sia pubblici che privati per il raggiungimento dell'obiettivo comune della prevenzione, della cura e della riabilitazione (fino al reinserimento nel luogo di lavoro) della persona con disturbi mentali;
4. prevedere, in tale direzione, forme di collaborazione nei Dipartimenti di Salute Mentale fra le diverse Associazioni che operano nel settore, i familiari, il volontariato nonché migliori procedure per un'effettiva integrazione tra medici di base, distretto sanitario e DSM.
5. promuovere approfondimenti sul tema dell'assistenza psichiatrica nell'età evolutiva e sul paziente grave.

Nel corso del dibattito in sede di Conferenza Nazionale, le Regioni hanno riconfermato l'impegno – già precedentemente assunto in fase di approvazione del PO nell'aprile del 1999 – di **destinare almeno il 5% dei Fondi sanitari regionali 2001 per le attività di promozione e tutela della Salute mentale.**

Infine, nel riaffermare le competenze e le responsabilità dirette della Regione mediante l'attività di programmazione e di integrazione sul territorio delle politiche socio-assistenziali, è stato altresì auspicato un forte impegno della Conferenza dei Presidenti alla definizione ed alla verifica dell'attuazione dei programmi mirati e specifici nel settore della Salute mentale sulla base delle risorse, dei modelli organizzativi e degli interventi più idonei e più efficaci da realizzare nelle diverse realtà regionali.

5. PIANO D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE (PASM)

La Regione Piemonte, con la D.C.R. n. 355-1817 del 22 gennaio 2019, ha approvato il Piano d'Azione regionale per la Salute Mentale (PASM), recependo il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) approvato in Conferenza unificata il 24 gennaio 2013, che a sua volta fa seguito al Piano d'Azione Mondiale 2013-2020 per la Salute Mentale dell'OMS.

Il PASM della Regione Piemonte prevede 7 macroaree di azione e 20 obiettivi operativi:

1. MIGLIORARE LA GOVERNANCE

- Azione 1 – Consulta regionale per la salute mentale
- Azione 2 – Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la Salute Mentale
- Azione 3 - Monitoraggio dei percorsi di cura
- Azione 4 – Valutazione della qualità dei servizi e degli esiti

2. SUPERARE LO STIGMA

- Azione 5 – Campagne informative e di sensibilizzazione

3. PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE NELLE COMUNITÀ

- Azione 6 – Genitorialità
- Azione 7 – Life skill nell'infanzia e nell'adolescenza
- Azione 8 – Invecchiamento attivo
- Azione 9 – Sostegno ai care giver
- Azione 10 – Attività motoria
- Azione 11 – Prevenzione e promozione della salute mentale

4. ASSICURARE ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

- Azione 12 – Accessibilità
- Azione 13 – Cure primarie e salute mentale
- Azione 14 – Sito internet

5. INTEGRARE I PERCORSI DI CURA

- Azione 15 – Organizzazione e processi dei DSM
- Azione 16 – Interventi precoci sugli esordi

6. GARANTIRE PERCORSI DI AUTONOMIA

- Azione 17 – Sostegno all'abitare
- Azione 18 – Sostegno al lavoro
- Azione 19 – Socialità

7. GARANTIRE LA FORMAZIONE

- Azione 20 – Formazione continua

Il Piano regionale, così come quello nazionale, non erano finanziati. Lo stato di attuazione del Piano è ancora insoddisfacente.

Approvazione del Piano d'azione per la salute mentale in Piemonte.

1. Dai valori ispiratori al percorso partecipato per il Piano d'azione regionale

1.1 I valori ispiratori: i riferimenti nella programmazione nazionale e sovranazionale

Che cos'è la salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale come uno stato di benessere in cui una persona può realizzarsi a partire dalle proprie capacità, affrontare lo stress della vita di ogni giorno, lavorare in maniera produttiva e contribuire alla vita della sua comunità. Diviene pertanto evidente quanto la salute mentale sia cruciale per il benessere di tutti gli individui. Nelle comunità si creano o si perdono le opportunità di salute e di salute mentale.

I disturbi mentali e del comportamento⁴ includono i disturbi che generano un elevato carico di malattia come la depressione, i disturbi d'ansia (classificati anche come disturbi mentali comuni) e i disturbi affettivi bipolari, la schizofrenia (disturbi mentali gravi).

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale identifica i bisogni di salute mentale:

Bisogni prioritari

- Area esordi – intervento precoce
- Area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia)
- Area disturbi gravi persistenti e complessi
- Area disturbi infanzia e adolescenza

Altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo

- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi di personalità
- Disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche
- Disturbi psichici in età geriatrica
- Disturbi psichici associati agli autori di reato
- Disturbi dell'umore
- Prevenzione del suicidio
- Disturbi dello spettro autistico
- Bisogni di salute mentale della popolazione immigrata.

A quali valori facciamo riferimento

Il settore sanitario, come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità, da solo non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici, ma può farsi promotore di azioni opportune.

Così le declina il Piano d'Azione Mondiale per la Salute Mentale OMS 2013-2020:

1. rafforzare *leadership e governance* nella salute mentale
2. fornire servizi di salute mentale e supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposte
3. progettare e realizzare strategie di prevenzione e promozione della salute mentale
4. rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca.

Queste azioni poggiano su 6 "Pilastri valoriali", validi universalmente, che rappresentano i principi ispiratori delle politiche per la salute mentale in tutti gli Stati membri e che la Regione Piemonte pone alla base di questo Piano d'azione:

- a) accesso alla copertura sanitaria universale
- b) diritti umani
- c) interventi basati sulle evidenze scientifiche
- d) approccio orientato a tutte le fasi della vita
- e) approccio multisettoriale
- f) *empowerment* delle persone con disturbo mentale e disabilità psico-sociali.

In particolare, per la Regione europea l'OMS enfatizza tre aspetti rilevanti dei sei "Pilastri": l'equità, l'*empowerment* dei pazienti e l'efficacia di tutte le azioni.

Dai valori alle strategie alle azioni

In Italia il Piano di Azioni per la Salute Mentale raccomanda un modello che garantisca accessibilità, continuità, integrazione e personalizzazione delle cure, attraverso percorsi di presa in carico e di cura esigibili orientati alla *recovery*, intesa come percorso verso il miglior stato di salute possibile.

La Regione Piemonte aderisce pienamente a questo modello, sottolineando il carattere universale, inclusivo e proporzionale ai bisogni degli interventi di promozione della salute mentale e la necessità di attribuire particolare attenzione alla relazione nei percorsi di cura. In merito ai diritti umani la Regione Piemonte si propone come obiettivo il

⁴ Dal PASM OMS 2013—2020.

superamento del ricorso alle tecniche di contenzione meccanica e la partecipazione degli utenti e dei loro famigliari alla costruzione del progetto di cura.

1.2 Il percorso partecipato di elaborazione del piano

Per coinvolgere le istituzioni, il mondo professionale, i soggetti economici collegati, le associazioni, i pazienti, le loro famiglie e, più in generale la collettività regionale, a riflettere insieme sulle politiche a tutela della salute mentale in Piemonte, all'inizio del 2017 l'IRES Piemonte ha avviato un percorso partecipato per l'elaborazione di un Piano d'azione regionale per la Salute Mentale (PASM). [...]

Gli obiettivi da perseguire e le venti azioni utili a realizzarli sono contenuti nella proposta di PASM che segue.

1.3 La valutazione del piano

Per verificare la reale efficacia di un piano è necessario monitorarne l'attuazione e valutare l'impatto delle azioni sulla salute della popolazione.

Sarà quindi strutturato un sistema di monitoraggio e di valutazione delle 20 azioni del Piano avendo come riferimento le indicazioni contenute nei documenti di programmazione nazionali e internazionali. Particolare attenzione sarà posta allo sviluppo della valutazione partecipata.

Il funzionamento a regime del Sistema Informativo per la Salute Mentale costituisce un prerequisito per lo sviluppo del sistema di monitoraggio e valutazione.

2. MIGLIORARE LA GOVERNANCE

2.1 La situazione attuale e i problemi

I percorsi di presa in carico e di cura e l'organizzazione dei servizi

Alla promozione della salute mentale partecipano vari soggetti: servizi socio-sanitari dedicati, servizi pubblici primari (istruzione, agenzie di formazione, enti locali), altri attori sociali come le associazioni sportive, culturali e il volontariato). Nelle ASL i percorsi di presa in carico e cura sono realizzati dai servizi per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza), con la rete dei servizi sociosanitari nei Distretti. In Piemonte sono presenti 9 DSM.

Il DSM contiene in sé servizi territoriali (i servizi ambulatoriali dei Centri di Salute Mentale, domiciliari, di sostegno territoriale integrato e le strutture residenziali) e ospedalieri (il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura - SPDC) ed è chiamato a garantire:

- il supporto complessivo in tutto il percorso del paziente
- la flessibilità, adattando gli interventi alle potenzialità evolutive del paziente
- la continuità terapeutica
- la documentazione dei casi gravi presi in carico e la rilevazione dei *drop out*.

La sfida da affrontare è creare le condizioni affinché i DSM siano effettivamente in grado di svolgere queste funzioni focalizzandosi sulle domande e i bisogni degli utenti, coordinandosi con le altre realtà esistenti sui territori.

Le risorse per la salute mentale

Secondo i dati riportati nel Primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale del Ministero della Salute nel 2015 il Piemonte ha speso, per i servizi di salute mentale, 66,60 Euro per residente, circa il 10% in meno dei 73,80 Euro pro capite della media nazionale.

Monitoraggio e valutazione

Nel quadro d'insieme sui servizi di salute mentale nelle regioni italiane elaborato a fine 2015 dal Ministero della Salute emergono differenze nei modelli regionali di monitoraggio e valutazione. Anche tra le ASL della nostra Regione si riscontrano forti disomogeneità nella raccolta e nella disponibilità dei dati. Esiste dunque una carenza di dati raccolti in modo sistematico e uniforme sui bisogni della popolazione, i servizi e gli interventi. Per questo motivo è necessario investire nel monitoraggio e nella valutazione per una programmazione delle risorse basata su rigorose evidenze.

2.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- a) perfezionare il sistema informativo regionale sulla salute mentale
- b) istituire organi di partecipazione e controllo delle politiche per la salute mentale in Piemonte
- c) estendere e rafforzare l'uso della valutazione della qualità dei servizi e degli esiti
- d) Integrazione e collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella tutela della salute mentale.

2.3 Le azioni

Azione 1 – Consulta regionale per la salute mentale

È costituita una Consulta regionale per la salute mentale che veda la partecipazione degli attori che nei diversi territori hanno competenze in questo ambito: associazioni di utenti e famigliari; associazioni attive nel campo della cultura, del

volontariato, dello sport; operatori sanitari e sociali pubblici (aziende sanitarie ed enti gestori delle funzioni socio-assistenziali); operatori sanitari e sociali privati; operatori sanitari e sociali del terzo settore; università, istituti scolastici e agenzie formative; sindacati e associazioni di categoria; l'Associazione delle fondazioni di origine bancaria; l'Agenzia Piemonte Lavoro; le ATC; l'Anci; l'Inps.

La Consulta ha come funzioni far emergere e segnalare i problemi che riguardano la salute mentale nel Piemonte, avanzare proposte di soluzione, rivolgere domande conoscitive e di ricerca a tutti i soggetti competenti e ha il diritto di ricevere risposte nel merito, trasparenti e tempestive.

La Consulta è costituita da un Comitato promotore transitorio, composto da un numero limitato di membri, individuati in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata di operatori sanitari e sociali, associazioni di utenti e familiari, altre associazioni. Il Comitato promotore può inoltre avvalersi della consulenza di esperti in materia. La Consulta, una volta costituita, nomina un rappresentante che prenderà parte al Comitato di monitoraggio del PASM (vedi l'Azione 2).

Azione 2 – Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la Salute Mentale

È costituito un Comitato di monitoraggio del PASM. Il Comitato di monitoraggio è composto da un minimo di 9 e un massimo di 15 membri, in modo da comprendere una rappresentanza numericamente equilibrata dei tavoli di lavoro e del gruppo di lavoro regionale che hanno collaborato all'elaborazione del PASM, oltre al rappresentante della Consulta per la salute mentale.

Il Comitato ha come funzioni verificare su base periodica l'effettiva attuazione delle azioni del PASM, evidenziare i problemi che lo riguardano, rivolgere domande conoscitive e di ricerca alle Direzioni regionali competenti e ha il diritto di ricevere risposte nel merito, trasparenti e tempestive.

Azione 3 - Monitoraggio dei percorsi di cura

Il sistema informativo su percorsi di cura e utenti in carico è sviluppato in modo da raccogliere dati omogenei sul territorio e produrre rapporti di monitoraggio periodici, almeno annuali. Particolare attenzione è posta alla verifica del rispetto degli standard già esistenti, anche in riferimento alle figure professionali impegnate. I rapporti di monitoraggio e i relativi dati sono resi pubblici e facilmente accessibili a tutti coloro che siano interessati.

L'azione è svolta dalla Direzione Sanità della Regione attraverso l'Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale del Piemonte. La Consulta regionale per la salute mentale e il Comitato di monitoraggio del PASM hanno il potere di rivolgere domande conoscitive alle Direzioni regionali competenti e il diritto di ricevere risposta in tempi adeguati.

Sulla base dei dati di monitoraggio sono inoltre definiti obiettivi di miglioramento dei servizi, anche in sede di definizione annuale degli obiettivi delle direzioni aziendali, in termini univoci e verificabili.

I flussi informativi, anche connessi ai sistemi di controllo di gestione utilizzati dalle aziende sanitarie, sono resi coerenti e confrontabili a livello regionale.

Azione 4 – Valutazione della qualità dei servizi e degli esiti

La Regione Piemonte promuove e realizza specifiche analisi di approfondimento e di valutazione della qualità dei servizi e degli esiti delle cure e degli interventi, anche su richiesta della Consulta regionale per la salute mentale e del Comitato di monitoraggio del PASM.

Possibili temi oggetto di approfondimento e valutazione, anche attraverso la valutazione partecipata, sono l'uso dei farmaci, il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), il ricorso alla contenzione.

Gli esiti delle analisi di approfondimento e di valutazione sono resi pubblici, facilmente accessibili a chiunque sia interessato e sono utilizzati per migliorare la qualità dei servizi.

3. SUPERARE LO STIGMA

3.1 La situazione attuale e i problemi

Almeno una persona su quattro sperimenta nella sua vita una malattia mentale. Se i numeri sono così elevati, perché la malattia mentale è ancora un tabù?

Lo stigma è un termine complesso, che comprende problemi di conoscenza (ignoranza o disinformazione), di atteggiamento (pregiudizio) e di comportamento (discriminazione) diffusi sia nella popolazione in generale sia tra gli operatori e i professionisti del settore.

La paura di essere stigmatizzati o etichettati può rappresentare una delle principali cause per cui molte delle persone che convivono con la malattia mentale non chiedono aiuto. Nonostante non vi siano ormai dubbi che le cure abbiano tanto più successo quanto più è precoce la diagnosi, purtroppo, a causa dello stigma, molte persone che soffrono di disturbi mentali decidono di ricorrere alle cure solo dopo diversi anni dall'esordio dei sintomi (in media 8 per i disturbi dell'umore, 9 per i disturbi d'ansia).

Uno studio recente condotto su un campione di medici di medicina generale in Italia suggerisce, tra le strategie per superare lo stigma, l'educazione degli operatori, con il coinvolgimento degli utenti nei percorsi educativi, nonché una

miglior collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatria che mitighi la percezione di pericolosità dei pazienti, ancora diffusa tra i medici di medicina generale⁵.

3.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

d) contrastare la stigmatizzazione, intervenendo sui pregiudizi e la disinformazione nella popolazione in generale, tra gli operatori e i professionisti del settore.

3.3 Le azioni

Azione 5 – Campagne informative e di sensibilizzazione

Sono promosse e realizzate:

- campagne informative rivolte alla popolazione in generale e non solo agli addetti ai lavori, attraverso vari canali mediatici e basate su messaggi chiari, positivi e ripetuti nel tempo. Come strategia per lottare contro lo stigma queste campagne mirano a creare e diffondere la consapevolezza che la sofferenza mentale è una questione che riguarda tutti, che la guarigione è possibile, che il disagio psichico non è mai una colpa e non è mai una scelta, né della persona interessata, né della sua famiglia
- campagne informative mirate a specifici target, come ad esempio le scuole, le aziende (anche attraverso le associazioni di categoria), i proprietari di casa e finalizzate a facilitare l'inserimento sociale, l'inserimento lavorativo, la ricerca dell'abitazione
- eventi strutturati e specifici sul tema in grado di coinvolgere attori del territorio e cittadini, anche durante la loro progettazione. Questi eventi possono ad esempio consistere in festival e manifestazioni culturali, rassegne cinematografiche e teatrali, manifestazioni sportive, mostre itineranti sul territorio, convegni di carattere divulgativo con la partecipazione di esperti del settore e di esperti per esperienza, iniziative specifiche all'interno di altre manifestazioni locali già esistenti.

4. PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE NELLE COMUNITÀ

4.1 La situazione attuale e i problemi

Secondo l'OMS la prevenzione e la promozione della salute mentale hanno definizioni differenti. La promozione indica un intervento che ha per obiettivo il miglioramento del benessere psicologico attraverso la modifica delle condizioni individuali e socio-ambientali associate in modo positivo alla salute mentale. La prevenzione dei disturbi mentali fa riferimento a interventi che hanno per obiettivo la riduzione dell'incidenza di una o più specifiche malattie mentali definite da criteri diagnostici riconosciuti, attraverso la riduzione di uno o più fattori di rischio associati alla malattia stessa (WHO, 2002). Esistono in ogni caso ampie sovrapposizioni tra i due ambiti, poiché sono entrambi orientati a supportare le persone nel raggiungimento di uno stato di benessere in cui ciascuno possa realizzare le proprie capacità, far fronte alle normali tensioni della vita, sia in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso, sia in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive (OMS 2007). Nel nostro contesto, esistono ancora carenze nel coordinamento tra gli interventi di prevenzione e promozione della salute per la popolazione, essendo a oggi eccessivamente frammentati e non in tutti i casi basati su evidenze scientifiche aggiornate.

Promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali è responsabilità di tutti i settori e di tutti i servizi pubblici: la salute mentale è infatti fortemente influenzata da una serie di determinanti non solo biologici ma anche sociali ed economici, tra cui il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la discriminazione, le violazioni dei diritti umani e l'esposizione a eventi di vita sfavorevoli, quali violenze sessuali, abuso e abbandono dei bambini (PASM WHO 2013-2010).

I bisogni in materia di salute mentale richiedono un'attenzione particolare per ogni fase della vita. Il contesto socio-culturale contemporaneo fa emergere, in particolare, la fragilità delle reti primarie: un tempo costituivano un riferimento più stabile soprattutto per i familiari più fragili, mentre oggi sono connotate da frammentarietà, instabilità, disorientamento. Mancano azioni nella comunità che facilitino i rapporti, le relazioni d'aiuto reciproco e di scambio che, come dimostrato dalle evidenze empiriche, possono migliorare la qualità della vita di bambini e adulti.

Le azioni da mettere in campo sono svariate, ma tutte ormai ritenute valide per lo sviluppo e il sostegno del benessere delle persone: ad esempio supportare i genitori nei momenti più delicati quali la nascita di un bimbo, durante la preadolescenza e l'adolescenza dei figli, sostenere i *care giver* nei lunghi tempi dedicati all'accudimento di persone disabili o anziane, realizzare azioni volte allo sviluppo delle qualità intrinseche di ciascun individuo nell'età evolutiva (*life skill*), sono tutti interventi che si dimostrano efficaci nel migliorare la qualità della vita dei singoli e nel prevenire eventi secondari negativi. Nel territorio regionale emergono particolari carenze di iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza, pur a fronte di evidenze scientifiche robuste e validate sulla loro utilità.

⁵ Lorenza Magliano, *Salute mentale, stigma e accesso alle cure*, "Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici", Volume 15, 10 Novembre 2017.

4.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- e) superare la frammentazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute e la scarsa attenzione alle evidenze degli stessi
- f) sviluppare e coordinare le reti primarie a supporto delle fragilità e le iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza.

4.3 Le azioni

Le azioni che seguono sono promosse dai Dipartimenti di Salute Mentale, dai Distretti, dai Dipartimenti di prevenzione, dai Dipartimenti delle dipendenze patologiche, dai Dipartimenti materno infantile, dalla Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dai servizi di psicologia laddove presenti, dagli Enti locali. Le iniziative coinvolgono e mettono in rete le esperienze già esistenti promosse da attori pubblici, privati e del terzo settore.

Azione 6 – Genitorialità

È attivato un servizio di accompagnamento, sostegno e promozione universale alla genitorialità.

È curato da un soggetto pubblico competente in materia (come ad esempio i Centri famiglie), in rete con i servizi e le risorse dei territori.

Il servizio di accompagnamento alla genitorialità si articola in diverse attività come ad esempio: *peer education* e *peer support* tra genitori, visite domiciliari ai neo-genitori da parte di operatori professionali specificatamente formati sulle relazioni di attaccamento e sulla valorizzazione delle risorse genitoriali, consulenza educativa e familiare ai genitori di pre-adolescenti e adolescenti all'interno di luoghi non connotanti.

Azione 7 – Life skill nell'infanzia e nell'adolescenza

Sono costituiti specifici tavoli territoriali di co-progettazione che, in raccordo con i gruppi di lavoro già esistenti, elaborano progetti per potenziare, estendere e connettere gli interventi di promozione delle *life-skill* nell'infanzia e nell'adolescenza, nel contesto scolastico ed extrascolastico (ad esempio: i centri di aggregazione).

Con *life skill* si fa riferimento a un nucleo fondamentale di abilità e competenze personali e sociali che riguardano: l'autocoscienza, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress, il senso critico, prendere decisioni e risolvere problemi, la creatività, la comunicazione efficace, l'empatia, interagire e relazionarsi con gli altri.

I tavoli territoriali coinvolgono le figure di riferimento (ad esempio: insegnanti, educatori, allenatori sportivi, animatori) e tutti gli attori rilevanti di carattere pubblico, privato, del terzo settore e dell'associazionismo. Progetti e interventi fanno riferimento alle evidenze derivate dagli studi esistenti in materia e individuano specifici criteri minimi di qualità dei progetti, riguardanti aspetti cruciali quali ad esempio: la continuità nel tempo delle azioni; la formazione degli operatori coinvolti nell'attuazione delle azioni; il coinvolgimento attivo e partecipato dei destinatari; il monitoraggio delle azioni attraverso strumenti ad hoc; la valutazione dei risultati conseguiti.

I progetti di *life skill* sono oggetto di un'attività di monitoraggio strutturata e periodica.

Azione 8 – Invecchiamento attivo

Sono realizzate iniziative e attività di invecchiamento attivo (*healthy aging*), connettendo le diverse generazioni e trasmettendo saperi tra esse, a partire dall'infanzia fino alla quarta età.

Le iniziative e le attività possono consistere in: uscite organizzate, anche utilizzando videocamere, fotocamere e specifiche applicazioni; percorsi di alfabetizzazione digitale promossi da ragazzi e giovani, anche nell'ambito dell'alternanza scuola-lavoro; percorsi di trasmissione di conoscenze, esperienze e memoria storica; percorsi di trasmissione di saperi pratici riguardanti mestieri tradizionali, lavori manuali, passatempi; esperienze di *co-housing* tra anziani e giovani; attività didattiche, educative e ludiche, comprese attività di tutoraggio qualificato (*mentoring*) da parte di anziani verso ragazzi e giovani; esperienze strutturate di accudimento e/o adozione di animali di affezione; esperienze di provata efficacia nella prevenzione delle demenze; azioni informative per la prevenzione dei reati verso gli anziani; azioni di sostegno agli anziani vittime di reato.

Le iniziative pongono particolare attenzione al coinvolgimento attivo degli anziani.

Azione 9 – Sostegno ai care giver

Sono realizzate iniziative e attività di sostegno ai *care giver*.

Le iniziative e le attività possono consistere in: gruppi di auto-mutuo-aiuto strutturati in modo da facilitare l'effettiva partecipazione dei *care giver*; azioni di supporto pratico e di sostituzione temporanea, anche a domicilio, modulate sui bisogni reali dei *care giver*; luoghi di incontro per *care giver* (ad esempio i *care giver café*); supporto e accompagnamento ai *care giver* nell'accesso a servizi e benefici riconosciuti dalla normativa vigente; informazione e formazione per *care giver*.

Azione 10 – Attività motoria

Sono promossi e realizzati progetti per la promozione del movimento ludico non agonistico e dell'attività motoria.

I progetti contrastano la sedentarietà e favoriscono la socialità, sia per promuovere il benessere psico-fisico della popolazione in generale, sia come misura di prevenzione universale e selettiva.

I progetti coinvolgono le figure di riferimento, compresi studenti in scienze motorie, potenziando, estendendo e connettendo le azioni già esistenti in questo ambito, come ad esempio: attività sportive individuali e di squadra; pedibus; gruppi di cammino; escursionismo; ginnastica dolce; altre attività all'aperto.

Azione 11 – Prevenzione e promozione della salute mentale

È realizzato almeno un progetto per Area sovraziendale, ulteriore rispetto alle Azioni 7, 8, 9 e 10, in tema di prevenzione e promozione della salute mentale, anche nei contesti aziendali pubblici e privati, da finanziare attraverso un budget dedicato.

I progetti sono finanziati in seguito a una valutazione basata sui seguenti criteri:

- la capacità di intervenire sui bisogni più rilevanti del territorio in tema di prevenzione e promozione della salute mentale
- il grado di innovazione. Sono considerati innovativi sia i progetti che prevedano nuovi servizi e interventi prima non esistenti sul territorio sia i progetti che prevedano di rivolgere servizi e interventi già esistenti a nuovi destinatari
- il grado di integrazione. L'integrazione consiste nel connettere, coordinare e/o armonizzare servizi e interventi già esistenti sul territorio, anche coinvolgendo le Case della Salute
- il grado di sostenibilità nel tempo dei servizi e degli interventi previsti nei progetti. I progetti devono essere sviluppati adottando un approccio partecipativo e devono prevedere un piano di valutazione strutturato.

5. ASSICURARE ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

5.1 La situazione attuale e i problemi

Quasi 1 italiano su 5 usa il web per informarsi su questioni di salute e lo indica come fonte dalla quale ha acquisito la maggior parte di quanto sa sulla sua salute. Cresce anche il numero di chi utilizza la rete per aspetti pratici, quali prenotare visite, esami, comunicare tramite e-mail con il proprio medico.

Nel caso della salute mentale l'informazione attualmente in rete sull'insieme dei servizi e operatori disponibili nei territori risulta frammentaria oppure difficilmente accessibile. L'accesso diretto a questi servizi può inoltre comportare stigma sociale – come per i servizi per le dipendenze, i consultori, i servizi sociali.

Più in generale chi accede ai servizi alla persona non sempre riesce a presentare i suoi diversi bisogni, che talvolta si sovrappongono, soprattutto per persone in condizioni di fragilità. Talvolta è difficile accedere a prestazioni "leggere", infermieristiche o fisioterapiche. Inoltre i servizi alla persona, compresi quelli per la salute mentale, hanno spesso limiti negli orari di apertura. Un sistema di cure primarie ai cittadini fornite su un arco temporale più esteso (24h/7gg) e con varie professionalità, oltre a migliorare il servizio, porterebbe benefici agli stessi professionisti della sanità, favorendo ad esempio l'accesso alle informazioni cliniche sul paziente o una maggiore complementarietà tra il lavoro dei medici di famiglia e degli infermieri di territorio.

L'*empowerment* del paziente e la partecipazione dei famigliari ai percorsi di cura possono beneficiare grandemente dalla condivisione di conoscenza su attori e servizi attivi, loro approcci e metodi, evidenze sugli esiti. L'esistenza di strumenti informativi e mezzi di *advocacy* e auto aiuto, riguarda specifiche situazioni di fragilità (disabilità, dipendenze, talune malattie rare). Altre situazioni sono meno coperte e sono rare le organizzazioni a vocazione universale, in grado di rispondere a uno spettro più ampio di bisogni delle persone.

Da tempo, anche in Piemonte, si sperimentano soluzioni che affrontano queste questioni quali ad esempio la rete delle Case delle Salute, presenti ormai su tutto il territorio. È inoltre in corso il tentativo di integrare progressivamente l'azione dei servizi sociali, di quelli per l'impiego, con i servizi sanitari e le agenzie formative: l'obiettivo sono i 30 ambiti in cui dovrebbe confluire l'azione coordinata degli oltre 50 Enti gestori, dei Distretti sanitari, dei Centri per l'impiego.

Come sottolinea anche l'OMS, lo sviluppo di servizi di salute mentale di buona qualità richiede l'uso di protocolli e pratiche basati su evidenze, che comprendono l'intervento precoce, l'inclusione dei principi riguardanti i diritti umani, il rispetto dell'autonomia dell'individuo e la salvaguardia della sua dignità.

5.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- g) migliorare l'accessibilità ai servizi avendo come riferimenti la medicina di iniziativa che va incontro al paziente, in maniera pro-attiva e programmata, la *recovery*, la partecipazione di utenti e famigliari
- h) costruire un quadro conoscitivo condiviso sui servizi, le risorse, le esperienze, le opportunità disponibili nei territori.

5.3 Le azioni

Azione 12 – Accessibilità

Sono promossi e realizzati progetti sull'accessibilità dei servizi che prevedano:

- la continuità delle cure nei Dipartimenti di Salute Mentale, anche attraverso l'apertura lunga dei Centri di Salute Mentale
 - la garanzia di risposta all'urgenza psichiatrica sul territorio da parte dei Centri di Salute Mentale
 - la definizione di specifici protocolli per favorire l'accessibilità ai servizi per persone in condizioni di grave emarginazione: senza dimora, stranieri temporaneamente presenti senza permesso di soggiorno, comunitari con tessera europea non iscrivibile, richiedenti asilo e rifugiati
 - margini di flessibilità al vincolo di residenza sull'assunzione in cura da parte del servizio territoriale di riferimento e della libera scelta per i pazienti dello specialista a cui rivolgersi all'interno di uno stesso Centro di Salute Mentale.
- É inoltre posta attenzione al miglioramento sotto il profilo estetico e funzionale degli spazi utilizzati per i servizi, considerando che anche la bellezza e il confort degli ambienti costituiscono elementi di cura.

Azione 13 – Cure primarie e salute mentale

Sono promossi percorsi per valorizzare il ruolo delle cure primarie nella tutela della salute mentale e per implementare, laddove necessario, il collegamento strutturale e/o funzionale tra le cure primarie, in particolare le Case della Salute e il sistema dei servizi di assistenza psichiatrica.

A titolo di esempio, sono definiti:

- specifici percorsi di cura della salute mentale nelle Case della Salute
- specifiche modalità di comunicazione tra Centri di Salute Mentale e medici dell'assistenza primaria.

Azione 14 – Sito internet

É realizzato un portale regionale *on line* istituzionale per l'accessibilità ai servizi sulla salute mentale.

Il sito è progettato coinvolgendo potenziali utenti in modo da essere facilmente reperibile *on line*, agevolmente utilizzabile da tutti, attraverso modalità di interrogazione intuitive e *user friendly*.

Il sito ha come obiettivo diffondere informazioni:

- sui servizi e sulle opportunità esistenti sui territori attraverso un database periodicamente aggiornato
- sulle attività svolte dalla Consulta regionale per la salute mentale, dal Comitato di monitoraggio del Piano d'Azione per la salute mentale, dall'Osservatorio epidemiologico sulla salute mentale del Piemonte
- sulle iniziative sui territori.

Il sito è adeguatamente connesso con i *social media*.

6. INTEGRARE I PERCORSI DI CURA

6.1 La situazione attuale e i problemi

Le persone con problemi di salute mentale presentano bisogni complessi, che richiedono un approccio sistemico e cure appropriate. Si distinguono tre categorie di utenti:

- utenti che non necessitano di cure specialistiche e continuative (collaborazione e consulenza)
- utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multi professionali (assunzione in cura)
- utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali (presa in carico)⁶.

Tra le criticità più diffuse nei servizi per la salute mentale, anche in Piemonte vi sono l'uso eccessivo di farmaci, la scarsità dei servizi domiciliari, la carenza degli interventi di prevenzione. L'approccio alla cura è spesso sbilanciato sul versante della prescrizione farmacologica, poco concordato con i destinatari e focalizzato sulle emergenze. Dei circa 300 Milioni di Euro spesi annualmente per la salute mentale in Piemonte il 34,4% è destinato all'assistenza residenziale, il 31% all'assistenza ambulatoriale, il 14,5% a farmaci antidepressivi, il 7,5% all'attività di ricovero in case di cura, il 6,6% all'assistenza territoriale nei DSM, il 6% a farmaci antipsicotici.

I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) prevedono l'erogazione di "Percorsi assistenziali integrati alle persone con disturbi mentali", attraverso la presa in carico multidisciplinare e un Programma terapeutico individualizzato (PTI) - per intensità, complessità e durata - che include prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e riabilitative.

Le evidenze internazionali e le raccomandazioni nazionali sottolineano l'efficacia dell'integrazione delle cure. Un punto di forza del Piemonte è rappresentato dalla presenza di alcune reti di cura integrate nell'ambito della salute mentale con competenze multidisciplinari. Le principali reti di questo tipo sono:

⁶ Si veda l'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 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".

- l’Inserimento eterofamiliare supportato di adulti (IESA)
- la Rete regionale per la presa in carico di soggetti con disturbi del comportamento alimentare
- i percorsi per i disturbi psicotici resistenti al trattamento
- i percorsi per i disturbi della personalità
- il Centro Pilota regionale autismo adulti
- il Centro per la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) dell’adulto.

Ancora troppo spesso, tuttavia, si lavora per compartimenti stagni e l’integrazione tra servizi è lasciata all’iniziativa di singoli. Oggi i DSM non sempre creano rete con altri servizi. Un’opportunità in tal senso è fornita in Piemonte dalla possibilità di integrare interventi e cure nella costituenda Rete delle Cure Primarie, nelle 69 Case della Salute in avvio.

6.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d’Azione per la Salute Mentale persegue i seguenti obiettivi operativi:

- i) assicurare la presa in carico dei pazienti
- l) superare un approccio alla cura eccessivamente orientato alle emergenze
- m) promuovere la domiciliarità individuando risorse adeguate
- n) promuovere percorsi strutturati in reti integrate istituzionali tra servizi sanitari e territoriali
- o) promuovere una presa in carico precoce ed adeguata degli esordi psichiatrici.

6.3 Le azioni

Azione 15 – Organismi e strumenti per l’integrazione dei percorsi di cura

A livello locale, nell’ambito dei Comitati dei Sindaci di Distretto, integrati dai referenti istituzionali dei servizi distrettuali territoriali, sono definiti gli strumenti operativi necessari ad attuare l’obiettivo dedicato all’integrazione dei percorsi di cura, sulla base delle risorse regionali e locali definite nel bilancio distrettuale e in coerenza con gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci.

Uno degli strumenti di cui si prevede l’attivazione è l’Unità Multidisciplinare di Valutazione della Salute mentale. L’Unità Multidisciplinare è la commissione che definisce le modalità di presa in carico dei singoli pazienti e valida un Progetto Individuale in relazione ai bisogni della persona.

Essa è presieduta dai direttori di Distretto e dai direttori degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali o da loro delegati: è composta da referenti istituzionali dei servizi distrettuali territoriali (Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, Geriatria, Dipartimento Prevenzione, Disabilità, Servizio sociale aziendale, Servizio Sociale di Comuni ed Enti gestori) ed è integrabile caso per caso da altri referenti di enti e da soggetti competenti, compresi utenti e famigliari.

L’Unità Multidisciplinare sposta il modello di intervento dalla focalizzazione sul singolo dipartimento all’integrazione nel distretto, dall’accento sulla malattia alla promozione della salute, dall’intervento sul malato all’azione sul cittadino a tutto tondo, occupandosi anche delle problematiche connesse all’abitare e all’inserimento lavorativo.

Per superare un’impostazione parcellizzata esclusivamente focalizzata sulla malattia, l’Unità Multidisciplinare associa la valutazione di tipo clinico con la valutazione di tipo funzionale, ricorrendo a metodi adeguati ad integrare tutti gli aspetti biologici e psicosociali, valutando il “funzionamento” della persona nel contesto ambientale.

Su iniziativa delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale, nell’ambito dell’assegnazione annuale degli obiettivi direzionali, sono definiti e attuati specifici protocolli di intesa per avviare, mantenere e rafforzare il collegamento strutturato e il lavoro in rete tra le varie articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura - SPDC, Centri di Salute Mentale - CSM, residenzialità, altri interventi territoriali) e tra queste e la rete dei servizi territoriali (in particolare la costituenda rete delle Case della Salute).

Sono inoltre stilate procedure per il monitoraggio della contenzione meccanica in ogni Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC.

Azione 16 – Interventi precoci sugli esordi

Sono definiti e attuati specifici protocolli di intesa riguardanti le modalità operative sulla presa in carico degli esordi in tutte le fasce di età e in particolare nella fascia 16-25 anni.

Più precisamente i protocolli di intesa riguardano:

- la presa in carico nel passaggio dall’età evolutiva all’età adulta
 - lo scompenso psichico acuto
 - la presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici in qualsiasi fascia d’età in modo da prevenire la cronicizzazione, adottando approcci, metodi e strumenti specifici, anche di carattere innovativo e supportati dalle evidenze scientifiche.
- I protocolli di intesa coinvolgono i Dipartimenti di Salute Mentale, i Dipartimenti Materno Infantile, i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze, i Dipartimenti Prevenzione, i Dipartimenti Emergenza Accettazione, i Distretti Socio-sanitari, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, gli istituti scolastici, le agenzie lavorative.

I protocolli di intesa devono prevedere l’individuazione di spazi neutri non connotanti e il ricorso a interventi di carattere domiciliare.

Per l’attuazione dei protocolli di intesa vengono costituiti gruppi di lavoro multidisciplinari adeguatamente formati.

7. GARANTIRE PERCORSI DI AUTONOMIA

7.1 La situazione attuale e i problemi

In Piemonte le persone con problemi di salute mentale, che vivono in famiglia o da soli, sono quasi 55mila. Delle prestazioni che ricevono dai DSM solo il 15% sono interventi di supporto, di rete oppure di risocializzazione.

Servono pertanto opportunità abitative in autonomia e di sostegno alla permanenza in famiglia. L'autonomia si basa inoltre su opportunità di lavoro e opportunità di socializzazione, anche per chi non possa svolgere attività retribuita. La carenza di queste opportunità limita l'efficacia dei percorsi di cura.

Gli alloggi di edilizia residenziale pubblica vengono assegnati con graduatorie basate su tre criteri: il disagio sociale (che valorizza i casi di provenienza da strutture sociali, come la conclusione di un progetto terapeutico; l'invalidità; i nubendi; i nuclei numerosi; la presenza in graduatorie precedenti); il disagio economico e abitativo. Si tratta di risposte insufficienti a fronte di una domanda complessiva in crescita, oltre a presentare alcune criticità: manutenzione, morosità, concentrazione di fragilità, occupazioni abusive.

La pratica degli ultimi dieci anni ha portato allo sviluppo di altre soluzioni, come quelle di mediazione sociale volte all'utilizzo di alloggi sfitti con contributi alla manutenzione e fornitura di garanzie e altri interventi nel mercato degli affitti. Ad esempio, in Provincia di Cuneo si sono pattuiti ben 2300 patti di solidarietà tra proprietari e inquilini, grazie ad apposite commissioni istituite nei maggiori comuni e incentivi finanziari diversi, sostenuti da una fondazione bancaria (a fronte dei 3000 nuclei che ricevono forme di sostegno economico all'abitare dai propri Comuni, oppure del numero non dissimile di famiglie assegnatarie di alloggio gestito dall'ATC). Un'altra forma sono le varie soluzioni di *social housing* che si stanno sviluppando da parte di vari soggetti e che possono sviluppare anche funzionalità importanti di socializzazione e integrazione.

In presenza di disagio psichico le persone affrontano difficoltà di accesso al lavoro e di mantenimento dello stesso. Le risposte finora hanno puntato su forme di collocamento obbligatorio presso enti pubblici e aziende private. In secondo luogo, si è sviluppata l'esperienza delle cooperative sociali di tipo B, imprese esplicitamente finalizzate a fornire ambiti di lavoro protetto, per le quali godono di agevolazioni fiscali. Un altro approccio punta a un rapido inserimento nel mercato del lavoro ordinario con il supporto esterno temporaneo di un tutor, senza ambienti ad hoc o altre forme di protezione.

Il Piemonte sperimenta da tempo molteplici risposte nell'ambito della socialità: dall'integrazione in attività a carattere agricolo, alla riabilitazione attraverso lo sport; ad esse si aggiungono nuove sperimentazioni, ad esempio la montagna-terapia. Le risposte richiedono spesso il coinvolgimento di più soggetti e la costruzione di partnership sui territori che possono coinvolgere anche servizi primari come quello dell'istruzione.

7.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

p) estendere e rafforzare gli interventi a sostegno dell'abitare, dell'inserimento lavorativo e delle opportunità di socializzazione e "mescolanza" sociale.

7.3 Le azioni

Azione 17 – Sostegno all'abitare

Sono promossi e realizzati progetti che riguardano:

- il sostegno all'abitare in modo autonomo. I progetti ricorrono a due principali strategie: individuare alloggi inutilizzati di proprietà pubblica e privata da destinare a pazienti e/o ex pazienti; facilitare l'accesso di pazienti e/o ex pazienti all'edilizia residenziale pubblica, anche attraverso specifici protocolli di intesa che coinvolgano la Regione Piemonte, le Agenzie Territoriali della Casa – ATC del territorio ed eventualmente altri soggetti competenti
- il sostegno all'abitare in varie forme di condivisione (*co-housing*, co-abitazione) promosse da istituzioni pubbliche e/o soggetti della società civile
- il mantenimento della permanenza al domicilio, attraverso servizi e interventi di sostegno, che consistano anche nell'estensione a pazienti e/o ex pazienti di servizi e interventi già previsti per altre categorie fragili. Possibili esempi di servizi e interventi da prevedere nei progetti sono la reperibilità telefonica, i pasti a domicilio, l'affido etero-familiare, le forme di auto-mutuo-aiuto, i servizi a domicilio nelle situazioni a rischio di perdita dell'autonomia abitativa, il sostegno economico.

Relativamente a specifici progetti di domiciliarità la messa a disposizione delle risorse deve essere coerente con i livelli di intensità assistenziale previsti, le risorse umane dedicate disponibili in modo flessibile e, quando indicato, nell'arco delle 24 ore 7/7 giorni. L'obiettivo è limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati e sostituirli con la personale capacità di autogestione degli utenti stessi e/o con l'accesso alle prestazioni sociali previste per ogni cittadino.

Azione 18 – Sostegno al lavoro

Sono promossi e realizzati progetti per:

- garantire l'inserimento lavorativo di pazienti e/o ex pazienti in contesti aziendali, anche attraverso interventi per un'effettiva ed efficace attuazione della normativa già esistente in materia (Legge nazionale 68/99 "Norme per il

diritto al lavoro dei disabili”, Legge 381/91 “Disciplina delle cooperative sociali” e successive modificazioni) e specifiche convenzioni che coinvolgono i Centri per l’impiego e le Aziende sanitarie

- sostenere iniziative di lavoro autonomo e imprenditoriale che coinvolgano pazienti e/o ex pazienti e/o operatori socio-sanitari e/o altri soggetti del territorio
- adottare buone pratiche di inserimento lavorativo di pazienti e/o ex pazienti nei servizi di salute mentale con il profilo di esperti in supporto tra pari
- estendere gli interventi di socializzazione al lavoro anche presso agenzie territoriali (enti pubblici, soggetti privati e del terzo settore) che non si occupano in termini prevalenti o esclusivi di salute mentale.

Azione 19 – Socialità

Sono attivate nuove forme di riabilitazione e di inclusione sociale con budget dedicato utilizzando anche presidi territoriali all’interno di agenzie e soggetti (associazioni, enti pubblici, ...) che non si occupino in termini prevalenti o esclusivi di salute mentale e attingendo alle buone pratiche già sviluppate sui territori.

8. GARANTIRE LA FORMAZIONE

8.1 La situazione attuale e i problemi

Dagli operatori della salute mentale dipende in buona parte la qualità dei servizi psichiatrici.

La Regione Piemonte ha sviluppato nell’ultimo triennio progetti formativi diversificati per rispondere agli specifici bisogni di formazione: 167 nel 2015, 155 nel 2016 e 120 nel 2017, incentrati su molteplici temi. Tra i principali temi:

- aggiornamenti legislativi
- percorsi clinici
- percorsi riabilitativi
- percorsi di salute mentale degli adolescenti
- sistema informativo
- stili di vita (cibo) e promozione della salute
- contenzione in psichiatria
- urgenze in psichiatria
- standard in psichiatria
- integrazione e metodologie di lavoro in gruppi
- costi della salute mentale
- sostegno all’abitare
- aspetti organizzativi
- *recovery*.

La realizzazione delle azioni previste dal PASM richiede il lavoro congiunto di molteplici équipes professionali e il coinvolgimento degli operatori in attività mirate di formazione.

8.2 Gli obiettivi operativi

Il Piano d’Azione per la Salute Mentale persegue il seguente obiettivo operativo:

q) definire l’offerta formativa sulla base dei fabbisogni e delle specifiche competenze necessarie per gli operatori.

8.3 Le azioni

Azione 20 – Formazione continua

Sono promosse attività di formazione continua e specifica, rivolte a operatori sanitari e sociali, insegnanti, famigliari e utenti, altri soggetti a vario titolo attivi nei percorsi sulla salute mentale.

La formazione si articola in percorsi strutturati che hanno un carattere multidisciplinare, ricorrono anche all’utilizzo di esperienze professionali e di prossimità, a metodologie di didattica attiva e partecipata.

Possibili temi oggetto di formazione sono:

- l’appropriatezza delle cure
- le modalità di intervento innovative e basate sulle evidenze riguardanti la prevenzione, la promozione della salute mentale, la cura, l’emancipazione, l’autonomia e l’abilitazione
- lo stigma, le credenze e le rappresentazioni del disagio mentale
- la figura professionale degli esperti per esperienza
- i metodi di valutazione della qualità dei servizi e degli esiti conseguiti.



7. LINEE PROGRAMMATICHE: PROGETTARE IL BUDGET DI SALUTE

Il 6 luglio 2022 la Conferenza Unificata ha approvato le linee programmatiche sul budget di salute.

Nell'ambito delle misure volte a promuovere e rilanciare l'assistenza territoriale per la salute mentale, assumendo la comunità come cornice di riferimento, proteggendo i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale e favorendo ovunque possibile una presa in carico inclusiva e partecipata, il Budget di Salute costituisce uno strumento integrato a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psicosociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

LINEE PROGRAMMATICHE: PROGETTARE IL BUDGET DI SALUTE CON PERSONA

PREMESSA

La salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del Servizio Sanitario Nazionale e, in tale ambito, lo scopo principale di un moderno ed efficace sistema sanitario e quello di individuare metodologie e strumenti il più possibili efficienti. La corretta gestione dei disturbi mentali gravi si traduce, inoltre, in una sostanziale riduzione dell'impatto sociale ed economico che tali disturbi apportano anche a livello di sistema. Del resto, le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell'ambito della presa in carico delle persone con disturbo mentale severo, assicurare adeguati interventi nel territorio e nel contesto di vita, al fine anche di evitare processi di ospedalizzazione inappropriata/istituzionalizzazione, non risolutivi, tanto più se protratti nel tempo. Per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute mentale è fondamentale creare le condizioni strutturali e contesti tecnici innovativi per una integrazione, la più articolata possibile, delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale. In questa ottica è importante mettere al centro dell'intervento la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di habitat e di comunità, di socialità/affettivi sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale per persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, da quello immobiliare e dai contesti socioculturali. Gli interventi sociosanitari integrati sono normati da ultimo dal DPCM 12 gennaio 2017 agli artt. 24, 25, 26, 27, 28,57, 60, e dalla normativa vigente relativa ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali - LEPS (Legge 328/2000; Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - adottato con decreto interministeriale del 22 ottobre 2021; Piano per gli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà 2021/2023 - adottato con decreto interministeriale del 30 dicembre 2021; legge 30 dicembre 2021, n.234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" art.7, commi 159-171) riguardanti l'assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche, con infezioni HIV/AIDS, con disturbi dello spettro autistico. Essi costituiscono diritti esigibili dal cittadino e perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e/o rafforzarne l' 'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso la promozione del protagonismo della persona e della comunità. Negli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto alle esperienze territoriali di integrazione sociosanitaria condotte attraverso l' impiego del modello organizzativo gestionale "Budget di Salute" (BdS) che rappresenta una delle più avanzate e innovative proposte nel favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità nel campo della salute mentale in Italia.

Il BdS, costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Si configura inoltre come vettore di trasformazione della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, individuazione di opportunità e progetti di concreta inclusione socioeconomica e abitativa. Individua infine modelli regolativi di rapporto con il Terzo Settore improntati alla cogestione dei progetti e alla loro dinamicità, evitando deleghe inappropriate e scarsamente produttive. Il protagonismo delle persone si realizza nella co- costruzione dei singoli Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) che si declinano sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialisti) e nella definizione di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti. Ciò consente di integrare le risorse di diversi servizi, Enti del Terzo Settore e altre agenzie che, in base alle specifiche competenze, intervengono nel restituire alle persone coinvolte un orizzonte di dignità e di migliore qualità della vita, attivando al contempo tutte le risorse personali (ivi incluse le risorse economiche) e della rete naturale.

Questo modello ormai in via di diffusione in tutte le Regioni italiane, sebbene in modo non uniforme: le esperienze differiscono tra di loro, sia per aspetti tecnico professionali che amministrativi, anche in relazione alle diverse modalità di finanziamento, nonché per volume e durata delle sperimentazioni in atto. Il Ministero della Salute ha il compito di collaborare fattivamente con le Regioni e le Province Autonome, e le relative strutture aziendali, procedendo alla valorizzazione di eventuali modelli di intervento che si sono dimostrati

efficaci in determinati contesti territoriali al fine di renderli trasferibili a più ambiti regionali. Sulla tematica la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute a novembre 2019 ha finanziato, nell'ambito delle spese per le attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana, il Progetto "soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute", con l'obiettivo di valorizzare, in un'ottica di potenziamento, il modello Budget di Salute già posto in essere da numerose Regioni. Tra queste l'Emilia-Romagna che ha avviato una puntuale sperimentazione e un percorso di formazione rivolto a tutti gli operatori che con funzioni differenti saranno impegnati a trasferire nella quotidianità queste pratiche.

La proposta progettuale ha risposto all'esigenza di mappare le diverse esperienze regionali/provinciali e di proporre linee di indirizzo o raccomandazioni nazionali che supportino le Regioni e le Province Autonome nell'adozione del modello. Al progetto hanno aderito tutte le Regioni e Province Autonome, il cui confronto approfondito ha portato a ricondurre le diverse esperienze regionali/provinciali raccolte e analizzate ad un orientamento condiviso attraverso una Consensus Conference dedicata e con l'elaborazione di linee di indirizzo e raccomandazioni nazionali a supporto dell'implementazione del modello nelle diverse Regioni e Province Autonome. Tale elaborazione ha visto coinvolti tutti gli attori, persone, familiari e loro Associazioni, Servizi Sociali e Sanitari, Terzo Settore, Volontariato, portatori di interesse della Società civile.

Il Progetto e il modello BdS è stato anche oggetto di una delle sessioni tematiche della 2ª Conferenza Nazionale sulla Salute mentale - Per una salute mentale di Comunità -, tenutasi il 25 e 26 giugno scorsi, dal titolo "Lavoro, casa, sostegno alla vita indipendente: attori e strumenti di inclusione sociale".

La suddetta Conferenza ha rappresentato l'occasione per ribadire l'impegno del Ministero della Salute nel promuovere e rilanciare l'assistenza territoriale per la salute mentale, assumere la comunità come cornice di riferimento, proteggere i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una presa in carico inclusiva e partecipata, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio dei pazienti e dei loro familiari e degli operatori dei servizi.

Le presenti linee programmatiche possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo.

ESPERIENZE SULLA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE

Per introdurre il tema è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale ed è stata raccolta la documentazione delle Regioni e Province Autonome al fine di individuare le "Buone pratiche" in vista di una Consensus Conference nazionale.

La revisione sistematica della letteratura internazionale ha individuato 31 pubblicazioni relative al Budget di Salute in contesti di salute mentale, sia da una prospettiva qualitativa che quantitativa, e ha riassunto le recenti evidenze su interventi, risultati e costo-efficacia del Budget di Salute in persone con disturbi di salute mentale. Dei 31 studi internazionali selezionati che coinvolgono circa 1.825 utenti, familiari e professionisti, 6 studi sono stati condotti in Italia da aprile 2013 a settembre 2021. Gli studi inclusi nella revisione sistematica mostrano alcune limitazioni che rendono difficile la generalizzazione dei risultati. In primo luogo, la distribuzione dei Paesi tra gli studi inclusi è solo rappresentativa del mondo occidentale. Inoltre, il confronto dei Budget di Salute tra i Paesi è complicato a causa delle caratteristiche profondamente diverse del Sistema Sanitario di riferimento. In secondo luogo, molti studi includono una scarsa dimensione del campione, hanno un disegno prevalentemente qualitativo, non utilizzano strumenti validati per misurare gli esiti, e la qualità degli studi non è sempre soddisfacente. In terzo luogo, i campioni degli studi inclusi non sono sempre rappresentativi della popolazione studiata e mancano di una descrizione completa del fenotipo dei pazienti. Infine, informazioni sulle risorse economiche impiegate nel Budget di Salute sono state quasi sempre omesse. Tenendo conto di queste limitazioni, possiamo trarre alcune considerazioni generali. I risultati positivi per le persone con disturbi di salute mentale che utilizzano il Budget di Salute sono stati confermati in termini di scelta e controllo del paziente sul suo percorso di recupero. L'uso del Budget di Salute per tali persone ha mostrato diversi benefici nella responsabilizzazione del paziente, nell'impegno delle parti interessate, nel

coinvolgimento delle cure e del personale nella definizione del Budget di Salute e nell'accesso tempestivo e adeguato al trattamento. Inoltre, diversi studi hanno mostrato che gli utenti si sono dimostrati soddisfatti per la realizzazione dei Budget di Salute. Inoltre, il Budget di Salute ha migliorato gli esiti clinici degli utenti, la qualità della vita, l'impegno nel lavoro retribuito nelle esperienze lavorative e di vita indipendente, e hanno avuto un riflesso positivo sull'intera famiglia e sul contesto di supporto. Le evidenze hanno rilevato che il Budget di Salute ha favorito cambiamenti significativi nel modo in cui le risorse sono state utilizzate e negli approcci di intervento personalizzati e ha determinato risparmi sui costi per le famiglie e per i Sistemi Sanitari Nazionali. Preoccupazioni per l'applicazione del Budget di Salute sono state espresse in diversi studi. I familiari hanno percepito difficile e stressante la gestione e le procedure del Budget di Salute, le sue modalità di applicazione con i professionisti e si sono quindi sentiti meno coinvolti nella cura dei loro cari. In alcuni studi, i professionisti hanno trovato la gestione del Budget di Salute come un onere aggiuntivo nel loro lavoro.

La ricchezza delle esperienze ha fatto emergere prassi e concezioni diverse del Budget di Salute, espressione di culture e bisogni dei contesti locali, di processi storicamente determinatisi, in particolare per quanto attiene la salute mentale in relazione al processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Tuttavia, dalle esperienze mappate, si è rilevata la necessità di promuovere il modello del Budget di Salute per facilitare i cambiamenti organizzativi dei servizi del welfare in modo trasversale.

Dal punto di vista normativo, si è evidenziata inoltre la necessità di coordinare ed integrare le norme contenute nel Codice degli Appalti e nel Codice del Terzo Settore con prassi amministrative che siano in grado di realizzare gli obiettivi del Budget di Salute.

Le pratiche sanitarie e sociali dovrebbero essere flessibili e garantire una rimodulazione dei servizi in favore di una maggiore personalizzazione, consentendo la valutazione dei rischi/benefici e l'utilizzo innovativo, a partire dalla persona, delle risorse dei servizi e del territorio di appartenenza.

Pertanto, l'importante è che vengano definite le procedure amministrative che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione di questo modello. La strategia del progetto è quindi orientata a rendere il Budget di Salute sempre più chiaro e consolidato nelle pratiche dei servizi, diffondendone l'utilizzo e un'appropriata applicazione a livello regionale.

Di seguito si riportano gli elementi qualificanti, che devono essere tutti coesistenti per poter definire il Budget di Salute, e gli elementi attuativi con indicazione di percorsi e strumenti amministrativi adeguati. Due ambiti che devono andare di pari passo. Per dare unitarietà al processo e piena attuazione ai percorsi con Budget di Salute occorre, infatti, creare punti di convergenza fra la parte clinico-assistenziale e quella amministrativa.

ELEMENTI QUALIFICANTI

1) Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Protagonista del Budget di Salute è la persona considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.

2) Il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un professionista sanitario, sociosanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. Mira all'abilitazione nell'ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza.

La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute ed entrambe concorrono al diritto all'abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi. L'Equipe sociosanitaria, così composta da almeno un professionista sanitario, sociosanitario e sociale, deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione

nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.

3) L'approccio capacitante mira a costruire una relazione di fiducia per effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la definizione del Budget di Salute. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona, anche attraverso strumenti validati e standardizzati e deve esplorare tutte le seguenti aree:

- Area clinica
- Area del funzionamento psicosociale
- Area bisogni e risorse, personali e di comunità
- Area della qualità della vita

4) Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte sempre in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita.

Ogni progetto Budget di Salute deve essere coordinato da un Case Manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale e che svolge la funzione principale di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dall'équipe.

5) Il Budget di Salute per diventare operativo richiede il consenso, che viene espresso - nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti. L'accordo è parte integrante del budget di salute.

6) Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata dal Case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prende in considerazione anche indicatori di esito.

Per consentire l'applicazione del Budget di Salute e la qualità del percorso facilitando la sua diffusione in tutti gli ambiti territoriali, appare indispensabile definire un piano strategico ampio e diffuso secondo gli elementi qualificanti e attuativi condivisi dal Gruppo di lavoro, prevedendo anche una adeguata raccolta di informazioni indispensabile a livello programmatico. Più nello specifico, appare necessario condividere il documento programmatico recante le linee di indirizzo con apposita intesa in Conferenza Unificata, con conseguente impegno da parte delle Regioni e Province Autonome a recepire, con propri provvedimenti e/o piani applicativi, i contenuti di detta intesa, nonché definire un sistema di monitoraggio nazionale periodico strutturando modalità per attuarlo attraverso indicatori di qualità del percorso e di esiti in termini di qualità di vita.

ELEMENTI ATTUATIVI

Il Budget di Salute colloca al centro del sistema la persona, unica e irripetibile, portatrice di valori, convinzioni e scelte individuali, nonché mira alla ricostruzione ed alla valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare e comunitario.

a. Co-programmazione. Al fine di sostenere i percorsi individuati con Budget di Salute, le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali condividono una co-programmazione, ai sensi dell'art. 55 d.lgs. 11712017, coinvolgendo gli Enti del Terzo settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Si raccomanda di formalizzare tale co-programmazione attraverso l'accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L 328/2000), per definire e condividere le risorse economico-finanziarie necessarie alla realizzazione dei programmi e interventi sociosanitari con Budget di Salute. Nella fase di co-

progettazione, oltre agli enti del terzo settore, possono essere coinvolti tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati).

b. Formulazione di Elenchi di soggetti qualificati per la realizzazione di progetti Budget di Salute.

Coerentemente con il progetto individualizzato e in ossequio al principio di sussidiarietà di cui all'art. 118, u.c. Cost., in coerenza dell'art.55, d. lgs. n. 11712017 (Codice del Terzo settore)⁷ le aziende sanitarie e gli enti locali possono istituire appositi Elenchi di soggetti qualificati che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi socio sanitari (ad es. socio assistenziali, socio educativi, socio occupazionali e socio riabilitativi), in favore di persone in carico ai servizi sanitari e sociali con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale, secondo il modello del Budget di salute. Con proposte innovative di inclusione i co-gestori devono essere in grado di sostenere la capacitazione⁸ e il protagonismo della persona, al fine di consentire alla stessa di diventare imprenditrice del proprio progetto di vita.

Ribadita la centralità della persona e il ruolo attivo del paziente e dei famigliari/figure significative della persona nella definizione del percorso personalizzato di cura e inclusione sociale, alla luce dei suoi specifici bisogni, l'avviso pubblico ha lo scopo di garantire:

- interventi e percorsi individuali ad elevata qualità di capacitazione, valorizzando i progetti finalizzati al recupero di autonomie e al reinserimento sociale, adottando la metodologia del budget di salute;
- omogeneità nel sistema di offerta, dotando gli ambiti territoriali di uno strumento uniforme e utile alla definizione dei soggetti con cui stabilire accordi contrattuali di co-gestione; coinvolgimento di utenti e famigliari esperti per esperienza (punto 1);
- rispetto dei principi di trasparenza, parità di trattamento, imparzialità e proporzionalità nella formazione dell'elenco e nell'individuazione dei soggetti gestori

In generale, rimane ferma la facoltà per le amministrazioni pubbliche di ricorrere alle procedure previste dal d. lgs. n. 50/2016. Le Regioni adottano indirizzi, strumenti e schemi di atti anche attraverso la previsione di un accordo quadro tra singola Regione, Asl/Distretti e Comuni/Ambiti sociali territoriali per l'omogenea e integrata costruzione e attuazione del modello di budget di salute sul territorio regionale, coerentemente alla programmazione sanitaria e sociale.

c. Progettazione esecutiva

Gli Elenchi dei soggetti costituiti con le procedure indicate nel punto precedente divengono il riferimento per la scelta dei soggetti partecipanti al singolo progetto con le seguenti fasi applicative:

- la persona è già in cura ai servizi sanitari e sociali e viene sviluppata una prima ipotesi progettuale di massima con una fase di progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto inclusa la persona;

⁷ La scelta di individuare nel Codice del Terzo settore la fonte normativa per la regolazione dei progetti delle modalità e degli interventi compresi nel Budget di Salute risulta coerente con gli obiettivi dei PTRI. Questi ultimi contemplano invero interventi, percorsi ed attività che, da un lato, devono provenire da una ampia gamma di soggetti e, dall'altro, devono opportunamente essere condivisi tra enti pubblici, organizzazioni non profit e utenti/beneficiari e le loro famiglie. Dalle procedure ad evidenza pubblica risultano esclusi gli enti del Terzo settore, per i quali il d.lgs. n. 117/2017 ha individuato nella co-programmazione, nella co-progettazione, nell'accreditamento libero e nel convenzionamento gli istituti giuridici cooperativi e collaborativi attraverso i quali rapportarsi con gli enti pubblici.

Qualora l'amministrazione procedente si trovi nella condizione di selezionare un operatore economico cui affidare la gestione di uno o più servizi, essa far ricorso alle procedure del Codice dei contratti pubblici. In tutti gli altri casi, le amministrazioni pubbliche potranno applicare gli istituti di cui agli artt. 55 e 56 del Codice del terzo settore ritenute maggiormente coerenti e compatibili con il principio degli interventi a rete e della loro personalizzazione. Per approfondimenti sulle procedure amministrative applicabili si rinvia alle "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo Settore negli artt. 55-57 del Codice del Terzo Settore d. lgs. n. 777/2017" recentemente approvate dalla Conferenza Stato Regioni.

⁸ Fornire al soggetto quelle libertà strumentali necessarie per provvedere attivamente al proprio sviluppo e al proprio benessere.

- al termine della progettazione viene sottoscritto il Budget di Salute e identificato il Case Manager;
- il Budget di Salute diviene esecutivo con dell'accordo/contratto;
- il Case Manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'équipe sociosanitaria.

d. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale: strumenti condivisi e concordati dall'Equipe sociosanitaria

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale viene garantita dall'Equipe sociosanitaria costituita da una componente sanitaria e da una componente sociale. La componente Sanitaria è rappresentata dai professionisti sanitarie sociosanitari che hanno in carico la persona, anche considerando eventuali comorbidità.

La componente Sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'Ente Locale e da altri operatori educativi o sociali che hanno in carico la persona.

Entrambe le componenti compongono le équipe multidisciplinari contribuendo alla costruzione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati.

Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale.

La valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree. area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento. Tutta la fase valutativa deve prevedere la partecipazione la sottoscrizione della persona e, su sua richiesta, dei soggetti significativi.

L'équipe sociosanitaria con potere decisionale o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale, avvalendosi degli Elenchi di soggetti qualificati, e il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all'utente la risposta più idonea. In questa valutazione deve essere considerata la capacità di rispondere in termini di appropriatezza degli interventi, di qualità dell'accoglienza, dell'offerta, dell'adeguatezza delle caratteristiche strutturali / logistiche nonché sotto il profilo dell'impiego delle risorse economiche in relazione alle diverse modalità organizzative locali.

e. Definizione PTRI: bisogni/risorse, patto/accordo e suo monitoraggio

Il PTRI deve contenere:

- obiettivi nelle diverse aree dei determinanti sociali della salute
- abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi
- risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita
- piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità
- operatori coinvolti le altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità
- programmazione dei tempi di verifica
- ipotesi durata del progetto
- responsabile del progetto: case manager

Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona
- eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita
- tutore/amministratore di sostegno se presente
- équipe sanitaria curante
- équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale
- referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati.

f. Coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza

Si raccomanda il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari nella fase di co-programmazione. Nella realizzazione del Budget di Salute possono essere coinvolti i familiari, le figure significative per la persona e va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP), o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni/PA nell'ambito di percorsi di formazione dedicati.

8. APPELLO DEI MEDICI NEUROPSICHIATRI INFANTILI DELLE REGIONI PIEMONTE, VALLE D'AOSTA E LIGURIA SULL'EMERGENZA ADOLESCENZA

Nel periodo storico che stiamo vivendo e che ci sta profondamente segnando, desideriamo fortemente porre l'attenzione sulla grave situazione emergenziale che stiamo affrontando come medici NPI del Piemonte e delle Regioni limitrofe, situazione già in essere prima della pandemia ma ulteriormente e gravemente potenziata dal trauma sociale conseguente.

Questa lettera vuole essere un appello a più voci finalizzato a condividere consapevolezza su quanto sta accadendo ai minori in carico, alle loro famiglie già fragili, e a noi operatori, in termini di sofferenza e danno (perdita di salute) protratto nel tempo, e a trovare insieme strade da percorrere in un'ottica propositiva e costruttiva.

In particolare, segnaliamo con preoccupazione quanto emerge dal confronto con Società Scientifiche Pediatriche che riportano per la fascia di età infantile un significativo incremento di segnali di allarme relativi a problemi di regolazione (sonno, alimentazione) e somatizzazioni, che sappiamo spesso preludere a forme di disagio giovanile più severe.

In età preadolescenziale e adolescenziale registriamo come medici NPI una marcata sofferenza psichica testimoniata dalla crescita esponenziale degli accessi in Pronto Soccorso, delle richieste di ricovero e di visita urgente, richieste che conducono alla necessità di dare risposte immediate, per quanto possibile appropriate al bisogno e volte non solo a fronteggiare l'urgenza, ma a contribuire al percorso di vita e di crescita del ragazzo.

Sappiamo infatti che il danno alla salute psichica che ora affrontiamo inciderà in modo significativo sulla salute globale dell'individuo, producendo conseguenze non soltanto nel periodo attuale, ma nei prossimi anni.

La necessità presente da tempo di nuove forze in ambito neuropsichiatrico infantile e di una rimodulazione delle risorse e dei modelli di lavoro esistenti emerge in modo sempre più forte e ci conduce al bisogno di "superare a livello morale e professionale il distanziamento pandemico" per muoverci e suscitare un movimento verso nuove strade e nuove proposte.

A questo proposito, desideriamo sottolineare che il Coordinamento nelle NPIA Piemontesi, negli anni, ha lavorato assiduamente e continuativamente per assicurare la costituzione di una rete dei Servizi NPI della Regione, la condivisione di modelli di lavoro e di una filiera di risposte al disagio dell'area infantile e adolescenziale.

Nel corso di questo lavoro, i Servizi hanno purtroppo dovuto assistere negli ultimi anni ad un inarrestabile e preoccupante aumento dei disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza, da mettere verosimilmente in rapporto ai cambiamenti storici della società, come lo sfaldamento dei legami familiari e sociali, la caduta dell'etica del limite e il collasso del sistema educativo.

In particolare stiamo assistendo ad un forte aumento delle patologie internalizzanti (ansia, depressione, fobie, ritiro sociale), dei disturbi dirompenti e delle patologie distruttive in tutte le sue forme (severi disturbi alimentari, autolesionismo) e della suicidalità, espressa e messa in atto in fasce d'età sempre più precoci rispetto al passato.

L'attuale emergenza pandemica e il trauma sociale conseguente si sommano alla grave crisi già esistente e ci obbligano quindi ad evidenziare la necessità di un nuovo modello di lavoro, più adeguato ai bisogni dell'utenza ed in grado di reggere sia la crisi pandemica di cui non si vede immediata fine, sia gli esiti psichiatrici con cui ci confronteremo nei prossimi anni.

Desideriamo quindi condividere: parole-chiave; nuovi bisogni; nuove proposte. In Appendice: studi in corso sui dati epidemiologici attuali e fonti bibliografiche.

Parole-chiave

1. **SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E dell'ADOLESCENZA:** è lo stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le proprie capacità cognitive ed emozionali, per rispondere agli appuntamenti evolutivi, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, dimostrando capacità di adattamento alla realtà esterna e ai conflitti interni.
2. **LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA DA PARTE DEI SERVIZI NPIA:** tutelare la salute mentale significa attrezzarsi con strumenti adeguati a curare sul piano biologico, psicologico e in ambito di inclusione socio/educativa. La multidisciplinarietà è lo strumento cardine di questo lavoro che richiede competenze specifiche in termine di cooperatività e traduzione dei saperi, declinati sulla base sia delle condizioni di malattia, che delle reali potenzialità (resilienza) dell'individuo.

3. **EMERGENZA COVID E IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE:** il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato che l'epidemia di COVID 19 è un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. Il virus ha già avuto un impatto diretto sulla salute mentale di milioni di persone e si pensa possa rappresentare una minaccia per la salute mentale a livello globale.

Stante queste premesse, la salute mentale è attualmente a forte rischio e non è e non sarà più uno stato alla portata per tutti, ma "un lusso" per pochi.

Il rischio di danno si manifesta secondo declinazioni differenti in una percentuale estesa della popolazione e attraverso in modo trasversale i bambini, gli adolescenti ma anche i genitori e gli operatori che li assistono.

La suicidalità mette in pericolo in modo irrecuperabile la vita dei ragazzi tanto quanto la malattia organica: salute e salute mentale sono collegate e richiedono pertanto nuovi percorsi e sinergie tra le varie discipline pediatriche, psicologiche, psichiatriche e neuropsichiatriche infantili.

1. **FRONTEGGIARE L'EMERGENZA:** riteniamo possibile fronteggiare l'emergenza solo attraverso una collaborazione multiprofessionale, all'interno di una rete di NPIA diffusa e collegata. La rete NPIA deve a sua volta intersecarsi con la rete degli altri Specialisti che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza (Psicologi, Pediatri, SERD), con il mondo Sociale e con il mondo Scuola.

Nuovi bisogni

1. Prevenzione:

- Poniamo attenzione a tutti i **bambini e adolescenti** e a quanto le scelte di distanziamento e le restrizioni che si stanno inevitabilmente prolungando data la pandemia possano essere fonte di progressiva perdita di investimento (e di capacità di investimento) nelle attività del mondo reale e di eccessivo rifugio in un mondo virtuale; gli studi più recenti ci dicono che quanto sta accadendo sta producendo e produrrà un danno significativo e **perdurante nel tempo** (non si tratta di un danno transitorio ma cronico che porterà le proprie conseguenze per i prossimi anni).
- Poniamo inoltre attenzione ai **nuclei familiari** in cui sono inseriti i minori, verso i quali si sommano le conseguenze del trauma sociale di questo periodo storico: economiche, lavorative, familiari e personali. Nello specifico vogliamo porre particolare attenzione ai nuclei familiari di minori con disabilità, gravemente provati dal distanziamento sociale, dall'isolamento relazionale e dalla sospensione o riduzione degli interventi riabilitativi e delle occasioni educative socializzanti.

Bisogni di Cura:

1. Marcato aumento dei bisogni nell'area del disagio psichico e della disabilità in preadolescenti/adolescenti:

Si rileva un marcato aumento delle richieste di aiuto dei preadolescenti e adolescenti per problematiche legate al disagio psichico (già affrontato in epoca pre-Covid, come anche indicato nelle *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza* INTESA STATO REGIONI REP. ATTI N. 70/CU DEL 25 LUGLIO 2019) ma accentuato indicativamente da 3 a 5 volte per le conseguenze sociali del periodo pandemico), in particolare: tentativi di suicidio, autolesionismo, disturbi della condotta alimentare (DCA), abuso di sostanze, comportamenti dirompenti, breakdown psicotici, gravi disturbi d'ansia e fobie.

Anche nelle fasce di età infantile e scolare si sta assistendo ad un importante incremento di manifestazioni di disagio, in particolare sul versante dei disturbi della regolazione (alimentazione e sonno), dei disturbi del comportamento e di gravi disturbi somatoformi.

Si assiste ad una riduzione dell'età di esordio e ad un parallelo aumento della comorbidità e dei disturbi con caratteristiche transnosografiche e ad un aumento del ricorso a terapie con farmaci psicotropi.

L'aumento delle richieste di aiuto comprende:

- **marcato aumento del numero di accessi in PS** di minori con Scopenso Psichico Acuto;
- **aumento del numero delle richieste di ricovero programmato e in acuzie di minori psichiatrici**, con necessità di accoglienza in spazi ad hoc specializzati e protetti;
- **aumento del numero di richieste di accessi in strutture residenziali** della salute mentale dei minori;
- **aumento del numero di richieste di cure ambulatoriali psichiatriche urgenti** ai Servizi NPIA.

- Mancanza di adeguate risorse a livello quantitativo e qualitativo

L'inadeguatezza delle risorse comprende:

- **grave carenza nel numero di posti letto dedicati** a pazienti afferenti alle cure NPIA;
- -carenza numerica a livello del personale presente nei Servizi NPIA, in particolare Medici NPI;
- **carenza numerica a livello del personale presente nei reparti NPI di degenza ordinaria e di DH, che riguarda sia il personale medico NPI che le figure professionali di psicologi, educatori, ass. sociali che costituiscono la necessaria équipe multiprofessionale integrata**
- **carenza o assenza di educatori/terapisti della riabilitazione psichiatrica** con attenzione ai servizi NPIA che possiedono posti letto dedicati e di appoggio;
- -inadeguato numero di specializzandi NPI nelle Scuole di Specializzazione;
- insufficiente, e disomogenea sui diversi territori regionali **adeguatezza strutturale** delle strutture di appoggio dal punto di vista dell'**accoglienza** e della sicurezza.
- **Insufficiente formazione del personale** nei Reparti che possiedono posti letto dedicati e nei Reparti di Pediatria che potrebbero in parte accogliere situazioni di disagio psichico meno gravi.

Nuove proposte:

1. Prevenzione:

- Occorre proseguire a lavorare all'interno della rete NPIA in collaborazione con gli altri Specialisti, il mondo Scolastico e Sociale per costruire percorsi condivisi di prevenzione del disagio, di individuazione precoce del rischio e di diagnosi e presa in carico precoce. Si auspica che tali attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria possano essere svolte in modo omogeneo sui territori regionali e ad esse **prendano parte sempre indispensabilmente i Servizi NPIA che si occupano di cura.**
- In ambito di **Prevenzione primaria** desideriamo porre l'attenzione sulla necessità di "riaprire un movimento" mentale verso una **consapevolezza condivisa sia di tipo comunitario che istituzionale** di quanto sta succedendo in termini di grave malessere dei minori e delle famiglie, osservato a più livelli: come genitori, insegnanti, medici npi, pediatri e Psichiatri, Psicologi, Educatori, Assistenti sociali. Occorre agire insieme con adeguate e varie proposte, fra le quali l'introduzione, attraverso le istituzioni sanitarie/sociali/scolastiche/terzo settore (privato sociale), di **occasioni di socializzazione nel mondo reale**, "protette" in termini di rischio infettivo attraverso la promozione di: luoghi di aggregazione giovanile in piccolo gruppo con opportuni DPI e distanziamento come aule studio e centri sociali, aree gioco attrezzate e spazi aperti dedicati, percorsi ciclabili protetti, attività sportive, attività laboratoriali, artistiche ed espressive rivolte all'età giovanile).
- In ambito di **Prevenzione secondaria e terziaria**, occorre ripensare alla rete e alla filiera NPIA per prevedere indispensabilmente in tutti i territori della Regione **opportuni Spazi con caratteristiche di multiprofessionalità** deputati all'accoglienza, all'ascolto, alla lettura dei bisogni degli adolescenti e preadolescenti con elementi di rischio e con disagio in fase precoce, per filtrare precocemente il bisogno ed effettuare adeguati e tempestivi invii e proposte successive. In tal senso pare opportuno potenziare la rete di lavoro con le scuole nonché la formazione specifica dei docenti e rafforzare il lavoro di condivisione con i pediatri di libera scelta.

Bisogni di Cura:

Proposte immediate e a breve termine:

- 1) Immediata attivazione su tutti i territori di un appropriato numero di posti letto dedicati ai pazienti NPIA, in spazi ad hoc, da utilizzare per il ricovero di preadolescenti e adolescenti con scompenso psichico acuto

Attraverso:

- una mappatura dei territori Regionali e delle risorse disponibili e attivabili subito nei **Reparti di Pediatria** tramite una **immediata riconversione di posti letto**;

- la costruzione in tutti i territori, qualora non ancora presenti, di **Protocolli di collaborazione con i Pronti Soccorsi, le Strutture di Pediatria e con le SDPC dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dello scompenso psichico acuto (SPA) in Pronto soccorso e nei ricoveri:**
 - di minori di specifiche fasce d'età in fase di scompenso psichico acuto con sintomatologia caratterizzata da elevata distruttività e di suicidalità (con rischio per sé e per gli altri) in SPDC;
 - di minori in fase di scompenso psichico acuto per problematiche specifiche, necessitanti di spazi e percorsi multiprofessionali dedicati es: Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA); Disturbi Psichiatrici in minori con Disabilità.
2. **Adeguamento dell'organico NPIA dei Reparti** dove sono distribuiti i posti letto convertiti per pazienti NPI, con particolare attenzione alla disponibilità delle figure di: Medico NPI; Psicologo dell'età evolutiva; Educatore professionale e Terapista della riabilitazione psichiatrica.
 3. **Adeguamento strutturale e gestionale** dei Reparti dove sono distribuiti i posti letto convertiti per pazienti NPI, con obiettivi di accoglienza e di sicurezza.
 4. **Rimodulazione degli organici dei Servizi NPI Ambulatoriali**, appropriata rispetto ai bisogni e ai Servizi erogati, sia di tipo ospedaliero che di tipo territoriale. Appare urgente rimodulare gli organici presenti nei Servizi ambulatoriali NPIA, indispensabili per garantire dimissioni protette dai ricoveri e far fronte anche agli aumenti esponenziali delle richieste urgenti di presa in carico ambulatoriale, con attenzione alle figure professionali di: Medico NPI; Psicologo dell'età evolutiva; Educatore professionale e Terapista della riabilitazione psichiatrica.

Proposte a medio termine:

- **Aumento del numero di Specializzandi NPI** presso la Scuola di Specializzazione;
- **Ridefinizione delle reti NPI regionali** attraverso una definizione del numero di NPI per minori residenti sul territorio;
- **Rafforzamento e potenziamento della filiera di proposte e di percorsi** esistenti e in fase di costruzione, con particolare riferimento a:
 - spazi dedicati alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria in stretto contatto con gli spazi di cura;
 - **spazi ambulatoriali di cura**, sempre in un'ottica multiprofessionale, con attenzione non solo al minore ma anche al suo nucleo familiare; estendendo la possibilità di raggiungere tutte le fasce di popolazione, comprese **quelle socialmente più deboli e più distanti**, attraverso sinergie con i Servizi Sociali, la scuola e i SerD e con il contributo di risorse di telemedicina;
 - **spazi dedicati al ricovero** per problematiche specifiche, situati all'interno di filiere e di un ventaglio di proposte adeguate all'età e al percorso di vita del paziente;
 - **cura e rafforzamento dei percorsi di dimissioni protette e dei percorsi alternativi alla residenzialità**, favorenti l'integrazione sul territorio, con particolare attenzione a: Servizi di Educativa Rafforzata, Centri Semiresidenziali; Interventi Territoriali sanitari;
 - **cura dei percorsi residenziali**, con particolare attenzione alle Comunità (CER, CRP, CTM), prevedendo la costruzione di percorsi il più possibile transitori, favorenti sempre l'integrazione sul territorio e il supporto quando possibile alla famiglia di origine e specializzati secondo aree cliniche (es: Disturbi da uso di sostanze, Disturbi Condotta Alimentare, Disturbi del comportamento in disabilità, Disturbi dello Spettro Autistico).
- **Rafforzamento del collegamento della rete NPIA con gli altri Servizi Sanitari e con gli Enti Gestori delle Funzioni Socio-assistenziali** per rispondere al Disagio psichico in comorbidità, anche quando associato a problematiche sociali e fragilità, con particolare riferimento per l'area sanitaria ai Servizi di Psicologia dell'Età Evolutiva, ai Consultori, ai Pediatri di Libera Scelta, ai SerD.
Rispetto alla collaborazione con le Strutture di Psichiatria e i DSM, sottolineiamo la necessità di rafforzare l'attenzione alla continuità di cure (*transitional care*), valutando la possibilità di creare percorsi specifici per la fascia di età 15-25 anni.

- **Costruzione di percorsi formativi**, in ottica multiprofessionale, che portino anche attraverso strumenti di formazione sul campo alla costruzione di procedure e accordi di collaborazione con i medesimi Enti.

Conclusioni

L'appello qui proposto porta all'attenzione le criticità emergenti che negli ultimi anni la rete dei Servizi di Neuropsichiatria in Piemonte e nelle Regioni limitrofe (Valle d'Aosta e Liguria), in maniera condivisa con le Società Scientifiche Pediatriche, sta affrontando sia sul territorio che a livello ospedaliero, con l'obiettivo di individuare possibili soluzioni e rispondere in maniera più appropriata ed efficace ad una fase storica senza precedenti e che inevitabilmente lascerà il segno sulla nostra Società e sulle generazioni a venire.

“Va però detto con forza che l'esperienza e la volontà degli operatori dei servizi NPIA non possono supplire a carenze croniche e alla mancata assunzione di responsabilità istituzionale nei confronti degli utenti, e che un piano di sviluppo nazionale nella pandemia e dopo la pandemia che non veda **un rilancio e un potenziamento dei servizi di NPIA** è zoppo e miope prima di nascere” (Dott.ssa Antonella Costantino, Presidente SINPIA, Prefazione- I servizi di NPIA e il COVID-19. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, vol. 40, n. 2, 55-56.2020).

Certi della Vostra attenzione, porgiamo distinti saluti.

Lettera sottoscritta da:

Rete NPIA Regione Piemonte

I medici NPI del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria

Ultimo aggiornamento: 11/04/24